

Волгоградский медицинский университет.
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов.



Научно-исследовательская работа:

**«Послеоперационной уход за больными
оперированных на брюшной полости»**

Выполнила:
студентка 1 курса 2 группы
педиатрического факультета
Деева Виктория

Содержание:

Введение	3
Послеоперационный период.....	4
Транспортировка больного из операционной в палату.....	5
Осложнения, связанные с наркозом	6
Борьба с послеоперационной болью.....	7
Расстройства функции ряда органов после операции и восстановление их функции.....	8
Уход за больными, оперированными на органах брюшной полости ...	12
Роль медицинского персонала.....	16
Период выздоровления.	17
Заключение.....	17
Используемая литература.....	18

ВВЕДЕНИЕ

Специфика хирургии органов брюшной полости обусловлена сложностью анатомии, особенностями физиологии и реакции органов на оперативное вмешательство, высокой потенциальной возможностью плохо контролируемого развития инфекции при возникновении осложнений. Несомненно, операция имеет решающее значение в лечении больного, но, пожалуй, ни в какой другой области хирургии правильно организованный и проведенный послеоперационный период не имеет такого определяющего значения для исхода. Уход за больными, оперированными на органах брюшной полости, требует знаний особенностей послеоперационного периода и возможных осложнений.

Несмотря на достижения современной медицины, одной из актуальной проблем абдоминальной хирургии является помощь пациенту после операции на брюшной полости.

1. Послеоперационный период

Послеоперационным периодом называется период с момента окончания операции до выздоровления больного (или до выписки больного из стационара).

Проблема послеоперационных осложнений и летальности остаётся весьма актуальной. Особенно важное значение имеет послеоперационное выхаживание пожилых больных и детей.

Принято разделять **послеоперационный период** на три фазы:

1. Ранняя фаза (ранний послеоперационный период) – до 3-5 суток после операции.

2. Поздняя фаза (поздний послеоперационный период) – 2 – 3 недели после операции.

3. Отдалённая фаза - 3 недели – 3 месяца после операции.

Основными задачами медперсонала в послеоперационном периоде являются:

1. Обеспечить уход за больным силами врача, медсестёр, санитаров (обезболивание, обеспечение жизненно важных функций, перевязки).
2. Предупредить возникновение и провести лечение возникших в послеоперационном периоде осложнений.

Срок окончания послеоперационного периода зависит от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей тела больного, направленных на процесс выздоровления.

Время восстановления разделяется на четыре фазы:

- 1) катаболическая – изменение в большую сторону выделений азотистых шлаков с мочой, диспротеинемия, гипергликемия, лейкоцитоз, потеря массы тела;
- 2) период обратного развития – влияние гиперсекреции анаболических гормонов (инсулин, соматотропный);
- 3) анаболическая – восстановление электролитного, белкового, углеводного, жирового обмена;
- 4) период увеличения здоровой массы тела.

Задачами периода считаются: предупреждение возникновения осложнений; распознавание патологий; уход за больным – ввод анальгетиков, блокад, обеспечение жизненно важных функций, перевязки; профилактические мероприятия для борьбы с интоксикацией, инфекцией.

Ранний послеоперационный период

Со второго по седьмой день после операции длится ранний постоперационный период. За эти дни врачи устраняют осложнения (пневмонии, дыхательную и

почечную недостаточность, желтуху, лихорадку, тромбоэмболические нарушения). Этот период влияет на исход операции, который зависит от состояния функции почек. Ранние послеоперационные осложнения почти всегда характеризуются нарушениями почечной работы из-за перераспределения жидкости в секторах организма. Снижается почечный кровоток, который заканчивается на 2-3 сутки, но иногда патологии слишком серьезные – потеря жидкости, рвота, понос, нарушение гомеостаза, острая почечная недостаточность. Защитная терапия, восполнение потери крови, электролитов, стимуляция диуреза помогают избежать осложнений. Частыми причинами развития патологий в раннем периоде после операции считаются шок, коллапс, гемолиз, повреждение мышц, ожоги.

Поздний послеоперационный период

По истечении 10 суток с момента операции начинается поздний послеоперационный период. Он разделяется на больничный и домашний. Первый период характеризуется улучшением состояния больного, началом передвижения по палате. Он длится 10-14 дней, после чего больного выписывают из стационара и направляют на домашнее послеоперационное восстановление, прописывается диета, прием витаминов и ограничение по активности.

2 Транспортировка больного из операционной в палату.

Больного транспортируют из операционной на каталке в послеоперационную палату, или в отделение реанимации и интенсивной терапии. При этом больной может быть вывезен из операционной только с восстановленным самостоятельным дыханием. Врач анестезиолог обязательно должен сопровождать больного в отделение реанимации, или посленаркозную палату вместе с двумя (не менее) медсестрами. Во время перевозки больного необходимо следить за положением катетеров, дренажей, повязок. Неосторожное обращение с больным может привести к выпадению дренажей, снятию послеоперационной повязки, случайному удалению эндотрахеальной трубки. Анестезиолог должен быть готовым к нарушениям дыхания при транспортировке. С этой целью бригаде, транспортирующей больного, необходимо иметь с собой ручной дыхательный аппарат (или мешок Амбу). Во время транспортировки может проводиться (продолжаться) внутривенная инфузионная терапия, но в большинстве случаев при перевозке система для внутривенного капельного введения растворов перекрывается.

Ко времени окончания операции все должно быть готово к приему больного. Палату заранее проветривают, готовят кровати с чистым бельем и

тщательно расправляют простыни. После операции больной чувствует себя лучше всего, если его никто не беспокоит и не раздражает. Поэтому в палате, где он находится, не должно быть никакого шума, разговоров, посетителей. 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.

3. Осложнения, связанные с наркозом

-Нарушение сердечного ритма.

-Западение языка.

-Рвота.

-Нарушение терморегуляции.

Сбой сердечного ритма после наркоза. Препараты для общей анестезии в подавляющем большинстве случаев приводят к снижению артериального давления и замедлению пульса. Если у пациента есть склонность к нарушениям ритма на фоне болезней сердца, то они усиливают клинические проявления аритмии, так как замедляют кровообращение, оказывая кардиодепрессивное действие. Низкая возбудимость и проводимость миокарда может сохраняться на протяжении суток, в дальнейшем ритм постепенно восстанавливается. Развитие брадикардии и блокады проводящих путей можно предотвратить введением Атропина на этапе премедикации. Сложные формы аритмии возникают у пациентов с ишемическими процессами в миокарде, кардиосклерозом, кардиомиопатией. Им показано мониторирование ЭКГ не менее 2—3 суток после операции.

Послеоперационная рвота. Рвота может быть следствием действия наркотизирующих веществ и самой операции. Она может возникнуть после затекание крови в желудок. В желудке происходит обработка гемоглобина желудочным соком с соляной кислотой, в результате чего образуется солянокислый гематин (железо), является токсичным для организма, и вызывает рвоту черными редкими массами. Это защитная реакция организма. Рвота особенно опасна из-за возможной аспирации, если возникает до полного пробуждения больного ее нужно предусматривать, поэтому после операции необходимо заранее нужно убрать подушку и повернуть голову пациента набок для опорожнения рта и предотвращения аспирации рвотных масс. В послеоперационной палате должен быть готовым к работе электроаспиратор, которым из ротовой полости, или из дыхательных путей при ларингоскопии удаляются рвотные массы. Рвотные массы можно также удалять из ротовой

полости при помощи марлевой салфетки на корнцанге. Если рвота развилась у больного, находящегося в сознании, необходимо помочь ему, подав тазик, поддержать над тазиком его голову. После рвоты умойте его, дайте воды для полоскания рта или проведите обработку ротовой полости.

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

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. Необходимо своевременное восстановление проходимости дыхательных путей с помощью введения воздуховодной трубки, или же при помощи запрокидывания головы и выведения нижней челюсти. Следует помнить, что пациент после наркоза должен постоянно находиться под наблюдением дежурного медперсонала вплоть до полного пробуждения.

Нарушение терморегуляции после наркоза может выражаться в резком повышении или снижении температуры тела, сильном ознобе. При необходимости требуется накрыть больного, или же наоборот, создать условия создать условия для улучшенного охлаждения его тела. При высокой гипертермии применяют внутримышечное введение анальгина с папаверином и димедролом. Если и после введения литической смеси температура тела не снижается, 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.

4. Борьба с послеоперационной болью.

По мере пробуждения на первый план вступает проблема послеоперационной боли. В настоящее время принят мультимодальный принцип профилактики и лечения послеоперационного болевого синдрома, который предусматривает воздействие на центральные и периферические механизмы возникновения, проведения и восприятие ноцицептивной импульсации. В каждом лечебном учреждении наряду с формулярными списками антибиотиков и прочих

жизненно важных препаратов должен существовать и формуляр медикаментозных средств, используемых для послеоперационного обезболивания. Внедрены в клиническую практику методы и способы центральных и периферических блокад современными местными анестетиками (наропин, бупивакаин), а также хорошо известными – лидокоин, пироккаином и др.; применяют опиоидные (морфин, омнопон, промедол, фентанил, просидол, стадол) и неопиоидные анальгетики центрального действия: баралгин, триган, новиган, кетанов, брал, трамал (имеет четыре лекарственных формы: капли, капсулы, суппозитории, растворы для инъекций, что делает его удобным в детской практике); ингибиторы синтеза простагландинов (неспецифические противовоспалительные препараты (НПВП): ксефокам, найз, кеторол, торадол, кетонал (имеет шесть лекарственных форм: раствор, свечи, крем, капсулы, таблетки-ретард и -форте); парентеральные салицилаты аспизол, ацелизин; ингибиторы синтеза кининов (контрикал, гордокс, трасилол); ингибиторы возбуждающих аминокислот (кетамин); адренергический препарат клофелин и т.д.

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

5. Расстройства функции ряда органов после операции и восстановление их функции.

- парез кишечника
- задержка мочеиспускания
- стоматит и паротит
- пневмония
- итромбоэмболия
- пролежни
- гипертермия

Парез кишечника – обычное рефлекторное явление после операции, особенно на органах брюшной полости. Парез приводит к метеоризму. Наряду с усилением боли в послеоперационной из-за растяжения брюшной стенки раздутые петли кишечника приподнимают диафрагму, что приводит к

уменьшению дыхательного объема, отдышке и способствует развитию сердечно-легочной недостаточности и пневмонии. В послеоперационном периоде важно как можно раньше восстановить перистальтику кишечника.

Профилактика этого состояния начинается еще во время операции, когда хирурги стараются максимально бережно обращаться с кишечником, сильно не тянуть и не сдавливать его; при травматичных операциях или при наличии выраженных воспалительных изменений в брюшной полости перед зашиванием в корень брыжейки вводят новокаин или другой местный анестетик. Необходимым условием раннего восстановления перистальтики является адекватное обезболивание в послеоперационном периоде. Для этого применяют парентеральное введение анальгетиков и перидуральную анестезию. При отсутствии противопоказаний ставят очистительную или гипертоническую клизму. Для медикаментозной стимуляции кишечника применяют церукал, прозерин, а для симптоматической терапии метеоризма применяют эспумизан, который устраняет избыточное газообразование, облегчает тяжесть в желудке, уменьшает вздутие живота, отрыжку, кишечные колики. Более естественной стимуляцией перистальтики является ранее начало естественного питания.

Задержка мочеиспускания после операции имеет чаще всего нервно-рефлекторное происхождение и встречается после вмешательства на промежности, половых органах, прямой кишке и органах малого таза. Для облегчения мочеиспускания пациента необходимо оставить одного в палате или загородить ширмой, если больной не может мочиться лежа, его по разрешению врача можно на короткое время посадить на судно, установленное на постели. Можно согреть промежность и область мочевого пузыря грелкой. При отсутствии эффекта прибегают к катетеризации мочевого пузыря. Если катетер был установлен еще перед операцией, после операции его удаляют в течении как минимум суток. Но и длительное пребывание катетера нежелательно, так как может привести к инфицированию мочевого пузыря.

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

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

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

Профилактика послеоперационной пневмонии заключается в применении комплекса мероприятий:

1. Предупреждение регургитации и аспирации во время операции и в первые часы после нее.
2. Раннее и тщательное обезболивание.
3. Регуляторное изменение положения тела.
4. Постуральный дренаж.
5. Ранняя активизация больного.
6. Стимуляция кашля (волевая и рефлекторная).
7. Гипервентиляция с применением надувных шаров и спиротренажеров.

8. Лечебная гимнастика с первых часов после операции.
9. Ультразвуковые ингаляции.
10. Муколитики: АЦЦ, флюдitek, бронхикум, аскорил.
11. Вибромассаж, банки и горчичники.
12. При пневмонии – антибиотики.

Тромбозы периферических вен и тромбозы боли встречаются чаще после полостных и травматических операций, особенно по поводу злокачественных новообразований. Предрасполагающими факторами являются: избыточный вес, пожилой возраст, атеросклероз, варикозное расширение вен нижних конечностей, беременность, применение противозачаточных препаратов. Способствует тромбообразованию замедление кровотока у длительно лежащего больного и повышение свертываемости крови в послеоперационном периоде. Основными факторами, обуславливающими отток крови из нижних конечностей при горизонтальном положении, являются: остаточная сила сердечного выброса на периферии; тонус окружающих вену тканей, главным образом мышц; присасывающее действие грудной клетки, создающее определенный градиент давления между нижней полой веной и венами нижних конечностей.

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

Пролежни – омертвление (некроз) кожи с подкожной клетчаткой и других мягких тканей, которое образуется у тяжелых и ослабленных больных, вследствие заболевания вынужденных длительное время неподвижно находится в постели (кроватьная рана). Одним из факторов, приводящих к развитию пролежней, является длительное сдавливание мягких тканей между поверхностями, на которую они опираются, и костными выступами. Для предупреждения пролежней необходимо прежде всего устранить или свести до минимума давления на ткани. Это достигается следующими приемами:

1. Изменяют положение больного в кровати каждые 2 ч: чередовать положения на спине, на одном и другом боку, приподнимая его над кроватью или перекачивая, но не сдвигая, положения Фаулера и Симса;

2. Под костные выступы подкладывают поролоновые и ватно-марлевые подушки, валики и круги;
3. Применяют функциональные кровати и противопролежневые матрасы (водные, гелевые, воздушные); в положение Фаулера необходимо устанавливать упор для ног;
4. В кресле-каталке или инвалидной коляске обязательно применение поролоновых подушек под ягодицы и спину, а также поролоновых прокладок под стопы;
5. Обучают родственников правильному уходу;
6. Объясняют пациенту цели и необходимость всех профилактических мероприятий;
7. Обучают пациента технике самостоятельного изменения положения тела с помощью специальных приемов и вспомогательных средств.

Борьба с гипертермией После некоторых оперативных вмешательств в первые сутки наблюдается резкое повышение температуры тела (операции на нервной системе, в условиях гипотермии и др.). Повышение температуры резко ухудшает состояние больного. Снижение температуры, уменьшение неприятных ощущений, возникающих при этом, достигается прикладыванием пузырей со льдом к голове или области операции, накладыванием на лоб холодных компрессов. При стойких повышениях температуры возможно применение жаропонижающих: аспирин, пирамидон, антипирин и др. Наиболее эффективно внутримышечное введение 5-10 мл 4% раствора пирамидона.

6. Уход за больными, оперированными на органах брюшной полости

Послеоперационный уход за пациентом при заболеваниях органов брюшной полости имеет решающее значение для выздоровления. Медсестре необходимы знания особенностей течения послеоперационного периода, возможных осложнений и специальные навыки по уходу за больным. Как правило, после вмешательства на оперированную зону кладут пузырь со льдом для остановки кровотечения и уменьшения боли. В раннем послеоперационном периоде больного размещают на функциональной кровати в горизонтальном положении, подушку под голову не подкладывают – это необходимо для профилактики аспирации рвотных масс в случае рвоты и западения языка. До полного пробуждения от посленаркозного сна пациент должен находиться под постоянным наблюдением медперсонала. После прихода его в сознание ему помогают принять положение, способствующее расслаблению мышц брюшной стенки: приподнимают головной конец

кровати, ноги чуть сгибают в коленях. Такое положение обеспечивает покой для операционной раны и облегчает дыхание больного, а также улучшает кровообращение в брюшной полости. Если ранний послеоперационный период протекает благоприятно, то через 2 – 3 ч пациент может согнуть ноги, повернуться на бок и занять более удобное положение.

Ранняя активность послеоперационного больного приводит к более быстрому восстановлению организма. Тем не менее она должна согласовываться с врачом. Большинство пациентов в первые сутки после операции на органах брюшной полости могут менять положение тела в постели, выполнять дыхательную гимнастику. При отсутствии противопоказаний допускается массаж.

В последнее время на органах брюшной полости все чаще проводятся эндоскопические операции с использованием специальных инструментов, которые вводятся через прокол или небольшой разрез на брюшной стенке. Восстановительный период после такого лечения значительно короче.

Медсестра следит за общим состоянием пациента, цветом его кожных покровов, частотой и характеристиками пульса, показателями артериального давления, характером дыхания, диурезом, отхождением газов и стулом. Операции на органах брюшной полости приводят к временному нарушению моторной функции желудка и кишечника, в связи с чем возможно появление икоты, отрыжки, тошноты, рвоты, метеоризма, запоров, нарушений мочеиспускания.

В послеоперационном периоде обязателен контроль состояния операционной раны и повязки. Медсестра следит за тем, насколько повязка комфортна для пациента, чиста, за степенью ее промокания. В некоторых случаях при ушивании раны в ней устанавливают дренаж для оттока образующейся в ране жидкости. В такой ситуации повязка может быстро намокать и ее нужно менять более часто. При пропитывании перевязочного материала кровью, лимфой надо обязательно сообщить об этом врачу и провести совместную смену повязки или наложить дополнительный слой перевязочного материала.

У пациентов с онкологическими заболеваниями, старших возрастных групп и с истощенным состоянием достаточно часто происходит расхождение краев операционной раны с возможным выпадением внутренних органов (эвентрацией). Обычно такое осложнение возможно на 8 – 10-й дни после лапаротомии (рассечения передней брюшной стенки). Во время кашля, резкого напряжения мышц живота или при отсутствии видимых причин больной обращает внимание на пропитывание повязки отделяемым из раны серозного или кровянистого характера. При расхождении краев раны из брюшной полости могут выпасть сальник и петли кишок. Выпавшие органы переохлаждаются и инфицируются – все это может привести к их ущемлению, вызвать перитонит (воспаление брюшины), развитие шока. При эвентрации показаны экстренная помощь и оперативное вмешательство. Выпавшие внутренности нужно накрыть стерильной салфеткой, смоченной раствором

антисептика, и срочно вызвать хирурга. Во время операции выпавшие органы saniруют и производят послойное ушивание раны на передней брюшной стенке. Часто выполняют дренирование брюшной полости. Перевязку пациента осуществляет врач. Медсестра в процессе ухода за больным следит за состоянием дренажной системы, характером и количеством отделяемого и меняет накопительные емкости.

Пациентам с наружными свищами органов пищеварительной системы необходим специальный уход. Перевязки им проводят не менее 1 раза в сутки (по мере пропитывания повязки) с соблюдением всех правил асептики во избежание смещения установленных дренажных трубок.

Перевязки больных после операций на органах желчевыделительной системы или поджелудочной железе с наличием дренажей выполняют совместно с врачом. Достаточно часто в таких случаях окружающие свищи ткани мацерируются агрессивным отделяемым (желчью, панкреатическим соком). Во время перевязки кожу вокруг дренажных трубок обрабатывают раствором фурацилина, промокают стерильным марлевым шариком и обильно смазывают цинковой или салициловоцинковой пастой. Затем накладывают стерильные марлевые салфетки, разрезанные до середины, которые подводят под дренажные трубки во встречном направлении.

Желчь и сок поджелудочной железы обладают большой химической активностью, поэтому их попадание в рану, на кожу и слизистые может привести не только к раздражению, воспалению, но и к некрозу.

При перевязках пациентов с желчными или панкреатическими свищами смена повязки должна производиться в присутствии врача, так как при этом из раны вместе с повязкой можно удалить дренаж. Нередко при желчных или панкреатических свищах имеется мацерация окружающей кожи от раздражения желчью и панкреатическим соком. Раздраженную кожу обмывают теплым раствором фурацилина, просушивают стерильным шариком, после чего наносят на нее толстый слой цинковой пасты или пасты Лассара. Обычно накладывают сухую асептическую повязку из нескольких слоев больших марлевых салфеток с разрезом до середины так, чтобы можно было через разрез пропустить дренаж. Вторую салфетку укладывают в противоположном направлении, следя за тем, чтобы разрезанная часть верхней салфетки легла на целую часть нижней. Перевязка пациентов с дренированием двенадцатиперстной и тонкой кишок происходит аналогично. Следует иметь в виду, что при выраженной мацерации кожи может возникнуть боль жгучего характера и прикосновения к поврежденному участку могут быть очень болезненными. В такой ситуации предварительно больному вводят обезболивающие препараты.

При уходе за пациентом с гастростомой (свищем желудка) обязательно обращают внимание на состояние кожи вокруг гастростомической трубки и ее фиксацию. Желудочный свищ формируют при пищеводной непроходимости, связанной с новообразовательными процессами, ожоговыми рубцовыми

сужениями, и используют для питания. Если произошло выпадение гастростомической трубки в послеоперационном периоде, то не следует вводить ее обратно, так как свищевой канал еще не сформировался и она может попасть не в желудок, а в брюшную полость. После того как свищ сформирован и сняты послеоперационные швы, пациента обучают самостоятельному вводу гастростомической трубки и уходу за гастростомой. Окружающую свищ кожу обрабатывают после каждого кормления: обмывают раствором фурацилина, подсушивают мягким перевязочным материалом и смазывают цинковой или салициловоцинковой пастой. После обработки кожи на свищ накладывают стерильную салфетку, пропитанную вазелиновым маслом, и закрепляют таким образом, чтобы она не мешала при движении. Для фиксации перевязочного материала используют бинты или специальные бандажи. Клеевые повязки не применяют, так как их частая смена может привести к кожному раздражению и воспалению.

После операций на толстой кишке пациенту необходимо соблюдать режим принятия пищи. Питание должно быть щадящим, дробным, небольшими порциями во избежание перегрузки кишечника и снижения перистальтики. При сформированном свище толстой кишки (колостоме) во время перевязки оформленные каловые массы удаляют с помощью ваты или марлевой салфетки. Кожу вокруг омывают водой с мылом, затем прикрепляют чистый калоприемник. После обучения пациент может самостоятельно осуществлять уход за колостомой. Калоприемники надо ежедневно мыть и дезинфицировать; если они одноразовые, то уход значительно облегчается. При нарушении отхождения кала из стомы (свища) выполняют клизму. Медсестра надевает перчатки и вводит палец в вышерасположенный отдел кишечника, затем вводит в том же направлении клизменный наконечник и 500 – 600 мл воды (можно использовать 150 – 200 г вазелинового масла) – эти меры помогут опорожнению кишечника.

Оперативное лечение заболеваний прямой кишки и анального сфинктера также требует специального ухода. На последнем этапе операции в прямую кишку вводят тампоны с маслами и дренажную трубку. Для подавления перистальтики кишечника и задержки стула пациенту назначают настойку опия на срок не менее 5 дней. В течение этого времени раневая поверхность покрывается грануляциями – разрастаниями молодой соединительной ткани. После отмены настойки опия пациенту для более легкого опорожнения кишечника назначают вазелиновое масло внутрь – 2 – 3 раза в день по 1 ст. л.

Перевязка пациентов после операций на прямой кишке и анальном сфинктере выполняется только на 3-й день после вмешательства. Это очень болезненная процедура, так как связана с заменой тампонов в прямой кишке. С обезболивающей целью за 30 – 40 мин до перевязки больному вводят наркотический анальгетик. Для менее травматичного отхождения тампонов предварительно пациент принимает сидячую ванну с раствором перманганата калия. В дальнейшем (до выписки) перевязки делают после дефекации (опорожнения кишечника) и принятия сидячих ванн. После операций на

печени и желчевыводящих путях часто снижается свертывающая способность крови и развиваются послеоперационные кровотечения. Поэтому следует контролировать состояние повязки, пульс и артериальное давление больного. Оперативное лечение органов, расположенных рядом с диафрагмой, приводит к ограничению ее подвижности. В результате повышается риск развития застойной пневмонии. Во избежание этого следует выполнять дыхательную гимнастику, проводить кислородотерапию, вводить обезболивающие препараты.

7. Роль медицинского персонала.

Основными задачами медперсонала в послеоперационном периоде являются: предупреждение возникновения послеоперационных осложнений. Главная задача, для чего следует: вовремя распознать послеоперационное осложнение; обеспечить уход за больным силами врача, медсестёр, санитаров (обезболивание, обеспечение жизненно важных функций, перевязки, четкое выполнение врачебных назначений); вовремя оказать адекватную доврачебную помощь при возникших осложнениях. Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения. В задачи медицинской сестры по послеоперационному уходу за больными входят следующие обязанности: своевременный ввод лекарств; уход за пациентом; участие в кормлении; гигиенический уход за кожей и ротовой полостью; наблюдение за ухудшением состояния и оказание первой помощи. Уже с момента поступления больного в палату интенсивной терапии, в зависимости от его общего состояния, вида обезболивания, особенностей операции палатная сестра обеспечивает нужное положение больного в постели (поднимает ножной или головной конец функциональной кровати; если кровать обычная, то заботится о подголовнике, валике под ноги и т. п.). Палата, куда поступает пациент из операционной, должна быть проветрена и убрана. Яркий свет в палате недопустим. Кровать нужно поставить таким образом, чтобы было возможно подойти к больному со всех сторон. Эти требования выполняет младший медицинский персонал.

8. Период выздоровления.

За послеоперационным периодом следует период выздоровления, когда больной из больничного учреждения уже уходит, но вполне выздоровевшим считаться еще не может. В этом периоде больной, ослабленный операцией, длительным лежанием, должен остерегаться всех тех вредных влияний, которые легко могут вызвать какое-либо заболевание. Он более обычного должен остерегаться охлаждения, переутомления, должен быть осторожен в

пище и избегать подъема тяжестей, особенно после брюшных операций, так как может растянуться рубец и образоваться послеоперационная грыжа. Желательно, чтобы и в ближайшем послеоперационном периоде (3-4 недели) больной оставался под медицинским наблюдением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, послеоперационный период является очень важным для выздоровления больного. В этот период больной подвержен риску возникновения осложнений. Существует множество мероприятий для создания больному максимального покоя. Большое значение имеют мероприятия по устранению боли как при операциях и в послеоперационном периоде, так и при других манипуляциях, а также внимание к психическому состоянию больного, его самочувствию, переживаниям (психическая профилактика). Все это создает охранительный лечебный режим для больных

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колб Л.И., Леонович С.И., Яромич И.В. Общая хирургия.- Минск: Выш.шк., 2008 г.
2. Евсеев М. А. «Уход за больными в хирургической клинике» Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.
3. Андреев Д.А., Найман Е.Л. «Уход за больными в хирургическом стационаре» ООО «Медицинское информационное агентство». Оформление, 2004 г.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса А группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб