

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский  
университет»

Кафедра «Хирургических болезней педиатрического и  
стоматологического факультетов»



НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

На тему:

Особенности ухода за больными, оперированными на органах грудной полости

Выполнила  
студентка 1 курса 8 группы  
Педиатрического факультета  
Дудина Полина Владимировна

Проверил преподаватель  
Доцент, кандидат медицинских  
наук  
Голуб Владимир Алексеевич

Волгоград

2018

## Содержание

1. Введение.....	3
2. Предоперационная подготовка к операциям на органах грудной клетки	6
3. Особенности подготовки больных при наличии сопутствующей патологии.....	7
4. Особенности ухода за больными после оперативных вмешательств....	8
5. Уход за больными после операции на легких.....	9
6. Список литературы.....	15

## Введение

Хирургические вмешательства на органах грудной полости относятся к числу наиболее часто выполняющихся в настоящее время. При этом плановые операции на органы грудной полости обычно являются уделом специализированных отделений. Во многих крупных городах открыты и успешно работают отделения грудной хирургии, хирургии пищевода и желудка, хирургии сердца, сердечно-сосудистой хирургии. Однако больные с хирургической патологией органов грудной клетки, особенно экстренной, достаточно часто поступают и в общехирургические стационары, поэтому с вопросами оказания медицинской помощи этой категории больных и ухода за ними должен быть знаком широкий круг медицинских работников не только высшего, но и среднего звена.

В последние десятилетия рост смертности от сердечнососудистых заболеваний в значительной мере уменьшился благодаря развитию кардиохирургии. Операции на сердце выполняются при ранениях сердца и кровеносных сосудов, приобретенных и врожденных пороках сердца, ишемической болезни, аневризме, нарушениях сердечного ритма. При ранении сердца или кровеносных сосудов требуется немедленное хирургическое вмешательство. Операция состоит в ушивании раневого отверстия в мышце сердца, перикарде и кровеносном сосуде. После операции возможны нагноения – гнойный перикардит, эмпиема плевры, медиостенит. Операции проводят во многих клиниках, выздоровление – до 75 – 90%.

Приобретенные пороки сердца – стойкие нарушения функций клапанов сердца, обусловленные органическими изменениями самих клапанов или отверстий в виде стойкого его расширения или сужения. Приобретенные пороки развиваются вследствие ревматического эндокардита, атеросклероза и различных травм. Пороки могут быть простыми, когда возникает сердечная недостаточность, или стеноз; сочетанными – развитие недостаточности и стеноза одного и того же отверстия; комбинированными – с одновременным

поражением разных клапанов. Недостаточность клапанов развивается в результате утолщения, укорочения и сморщивания его створок, а также прикрепленных к ним сухожильных нитей, что и обуславливает их неполное смыкание. Сужение отверстия (стеноз) – это сращение створок по краям и кальциноз клапанного кольца и створок. Характер нарушения кровообращения зависит от вида порока. Например, при недостаточности митрального клапана кровь во время систолы желудочков направляется не только в аорту, но и в левое предсердие, куда одновременно поступает кровь из легочной вены. Обычно болезнь прогрессирует медленно. Сначала больные жалуются на одышку при физической работе, затем одышка и сердцебиение начинают беспокоить даже при выполнении обычной работы, развивается сердечная недостаточность. При стенозе митрального клапана кровь при систоле левого предсердия с большим трудом поступает в левый желудочек, развивается гипертрофия левого предсердия, увеличивается АД в малом круге кровообращения, потом страдает правый отдел сердца, развивается сердечная недостаточность. Операция при стенозе сводится к рассечению спаянных створок клапанов (комиссуротомия); при недостаточности клапанного аппарата производят искусственное протезирование клапанов.

Из врожденных пороков наиболее успешно оперируют артериальный (боталов) проток, соединяющий аорту с легочным стволом. Этот проток необходим в период эмбрионального развития для нормального кровообращения плода, когда легкие еще не дышат. После рождения он облитерируется. Если облитерация не наступает, применяют оперативное лечение, заключающееся в перевязке протока. Наряду с этим оперируют и более сложные врожденные пороки. Например, триада Фалло – порок, при котором стеноз легочного ствола сочетается с дефектом межпредсердной перегородки и гипертрофией правого желудочка. Тетрада Фалло, когда к вышеописанным дефектам при триаде Фалло прибавляется неправильное положение аорты. Продолжительность жизни таких больных в среднем 20 – 25

лет, лечение хирургическое – ушивание врожденных дефектов в перегородках сердца.

Оперативные вмешательства на крупных сосудах в настоящее время выполняют на сосудах грудной и брюшной полости, почек, нижней конечности, грудной аорте, сосудах головного мозга. Чаще всего патология связана с сужением, аневризмой (расширением) сосуда или патологией их развития. Операция заключается в резекции сосуда с дальнейшим его протезированием, шунтированием или перевязке.

При хронической ишемической болезни сердца операция показана больным с выраженной стенокардией, плохо поддающейся медикаментозному лечению, при резком сужении нескольких коронарных сосудов, когда нарушается функция желудочков сердца вследствие ишемии миокарда.

Оперативное лечение – аорто-коронарное шунтирование – состоит из наложения анастомоза (соустья) между аортой и коронарной артерией. Анастомоз накладывают ниже места сужения артерии, увеличивая этим кровоснабжение миокарда. Кроме того, если после инфаркта образуется аневризма, то ее иссекают. Как правило, оперируют больных при II – III стадии развития сердечной недостаточности, используя аппарат искусственного кровообращения (АИК). Как и при оперативных вмешательствах на легких, производят торакотомию с рассечением мышц грудной клетки, реберных хрящей и ребер.

## **Предоперационная подготовка к операциям на органах грудной клетки**

Операции на легких в большинстве случаев проводят в профильных (пульмонологических) отделениях или клиниках. Если больных госпитализируют в общехирургическое отделение, лучше выделить для них отдельные палаты, так как при хирургических заболеваниях легких у больных нередко отмечается высокая лихорадка, они сильно кашляют, выделяют много мокроты с неприятным запахом. У таких больных необходимо восполнять потери белка высококалорийной пищей, проведением сбалансированного энтерального и парентерального питания. Для освобождения бронхиального дерева от мокроты применяют дренажное положение (без подушки с опущенным головным концом кровати больной поворачивается в разные стороны и старается максимально отхаркивать мокроту), массаж грудной клетки, постуральный дренаж. При наличии большого количества гнойной мокроты с неадекватным ее откашливанием проводят туалет трахеобронхиального дерева отсасыванием мокроты через санационный дренаж или в ходе бронхоскопии.

Перед операцией на пищеводе по поводу непроходимости (опухоли, рубцы после ожогов) основная подготовка заключается в борьбе с истощением, обезвоживанием (при явлениях дисфагии). При этом коррекция всех видов обмена проводится с помощью парентерального питания или энтерального питания через ранее наложенную гастростому, инфузий альбумина, трансфузий плазмы, назначения витаминов, глюкозы, тонизирующих и антианемических средств. У больных с ранее наложенной гастростомой особое внимание следует уделять состоянию кожи передней брюшной стенки, непосредственно прилежащей к колостоме: явления мацерации, мокнутия до операции должны быть устранены.

## **Особенности подготовки больных при наличии сопутствующей патологии**

*В предоперационной подготовке при заболеваниях органов дыхания* основные мероприятия должны быть направлены на улучшение функции внешнего дыхания, на уменьшение воспалительного процесса или его ликвидацию, а также на уменьшение интоксикации. В лечении дыхательной недостаточности особое место уделяется оксигенотерапии и дыхательной гимнастике. В комплекс дыхательных упражнений включаются:

- 1) упражнения на общее расслабление;
- 2) специальные упражнения для дыхания (движение ребер вверх, расширение боковых отделов грудной клетки и дыхательные движения диафрагмы);
- 3) контролирование дыхания и физической нагрузки.

Медикаментозная подготовка, направленная на улучшение функции дыхания, включает в себя назначение отхаркивающих средств, бронхолитиков, а также антибактериальных препаратов при наличии признаков острого инфекционного процесса. Для уменьшения интоксикации организма при нагноительных легочных заболеваниях (абсцессы легких и бронхоэктатическая болезнь) наиболее эффективна бронхоскопия с санацией бронхиального дерева, которую проводит врач в специально оборудованном кабинете. При этом отсасывают мокроту с последующим промыванием бронха и введением в его просвет растворов антибиотиков. Дезинтоксикационная терапия предусматривает инфузионную терапию с добавлением кардиотонических препаратов.

*Предоперационная подготовка больных с диффузными дистрофическими изменениями миокарда* должна включать в себя оксигенотерапию, витаминотерапию, коррекцию метаболических процессов в миокарде, гормонотерапию (анаболические гормоны). Больным назначается высококалорийная диета, содержащая повышенное количество витаминов и белков, с уменьшением объема животных жиров, жидкостей, соли. Целью ее

является повышение сопротивляемости организма. Оксигенотерапию рекомендуется проводить воздушно-кислородной смесью, при этом наилучшие результаты дает вдыхание газовой смеси, содержащей 30-45 % кислорода, в течение 30-40 мин, повторяемое от 4 до 8 раз в сутки. Оксигенотерапия приводит к ликвидации гипоксии миокарда, улучшает состояние сердечно-сосудистой системы.

*Предоперационная подготовка больных ишемической болезнью сердца* (со стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом), кроме вышесказанного, включает в себя назначение постельного режима: при болевом синдроме (боли в области сердца) необходимо применять быстродействующие нитраты (нитроглицерин сублингвально, ингаляционно), а позднее длительно действующие нитриты (сустанг, эринит, нитросорбит и т.д.). Учитывая эмоциональную лабильность больных, следует назначать и седативные препараты.

*Предоперационная подготовка больных с сопутствующей гипертонической болезнью* начинается с первых же дней поступления в стационар, так как именно в эти дни чаще всего отмечено возникновение гипертонических кризов. Гипотензивную терапию проводят под динамическим контролем артериального давления для стабилизации его показателей, после чего препараты продолжают давать в поддерживающих дозах. Обычно назначают гипотензивный препарат, который до госпитализации был наиболее эффективным для данного больного.



## **Особенности ухода за больными после оперативных вмешательств**

*После операций на органах грудной клетки* больные в подавляющем большинстве случаев первые 2-3 сут находятся в отделении интенсивной терапии. После выхода из состояния наркоза больному придают возвышенное положение, наиболее удобное для дыхания, отхаркивания мокроты, работы сердца. Большое значение имеет кислородотерапия (подается увлажненный кислород). Исключительно важно для предупреждения скоплений слизи своевременно отсасывать мокроту катетером или аспиратором.

Нередко после операции в полости плевры, а иногда и перикарда оставляют резиновую дренажную трубку для эвакуации скопления воздуха и жидкости. Если отделяемое по трубке делается необычно обильным, интенсивно окрашенным кровью, требуется экстренный осмотр пациента хирургом для решения вопроса о незамедлительной помощи (возможно, потребуется оперативное вмешательство для остановки кровотечения). Опасны нарушения герметичности дренажа, что может вести к засасыванию воздуха и сдавлению сердца и легких; состояние больных при этом ухудшается, учащаются пульс, дыхание, появляется синюшность. Подобное состояние может возникнуть и у больных, которым во время операции не был введен дренаж, а в плевральной полости скапливается жидкость или воздух: этим больным необходимо произвести срочную плевральную пункцию. В случае нарушения сердечной деятельности может потребоваться проведение реанимационных мероприятий: искусственного дыхания, непрямого массажа сердца.

Некоторыми особенностями отличается уход за больными, оперированными по поводу рака молочной железы, когда удаляют всю молочную железу с грудными мышцами, фасциями, жировой клетчаткой и лимфатическими узлами подмышечной, подключичной и подлопаточной областей; в конце операции в подмышечную впадину вводят резиновый дренаж для выведения скоплений крови и лимфы. Больную после операции

укладывают в постель с приподнятым головным концом, под спину обязательно должна быть подложена клеенка, так как по дренажу сразу же выделяется значительное количество кровянистой жидкости.

Следует заметить, что эта операция для женщин является не столько физической, сколько психической травмой. Тяжело реагируют на потерю молочной железы молодые женщины. Хирурги наблюдали острые психозы после подобных операций. Сестра должна быть особенно чуткой, отзывчивой и тактичной, чтобы помочь больной примириться с имеющимся косметическим дефектом. Первую перевязку желательно делать с помощью палатной сестры, которая отвлекает больную, закрывает место операции с тем, чтобы она не могла видеть большую операционную рану, отсутствие молочной железы. После смены нужно наложить повязку, напоминающую по форме грудную железу. В последующем женщина постепенно привыкает к потере органа и острота психоэмоциональной реакции уменьшается.

Для того чтобы предупредить образование контрактур в суставах верхней конечности, нужно объяснить необходимость ранних движений, обучить приемам лечебной гимнастики. Со 2-го дня после операции больная начинает заниматься лечебной физкультурой

### Уход за больными после операции на легких

После операции на легких больного из операционной доставляют в послеоперационную палату. При транспортировке больного обязательно сопровождает анестезиолог, готовый буквально на ходу оказать помощь в случае развития осложнений: рвоты, аспирации, остановки дыхания, сердца и т. д. Как правило, в первые двое суток после операции на легких назначается индивидуальный сестринский пост. Через каждый час измеряют артериальное давление, частоту пульса и дыхания, систематически производят рентгеновские снимки, анализы крови и мочи. Это дает возможность заметить остро или постепенно возникают осложнения. Все эти данные фиксируются на специальном листе, на котором лечащим врачом составлен почасовой график назначений. Кроме того, в первые два дня производится измерение диуреза и количества выпитой жидкости.

Больного, доставленного из операционной, укладывают на спину в предварительно согретую постель, тепло укрывают, к ногам кладут грелку. В связи с явлениями гипоксии, развивающимися после операции на легких, показана кислородная терапия. Для этого с помощью резиновых трубок подводят увлажненный кислород к ноздрям больного. Вдыхание кислорода уменьшает явления аноксии, снижает давление в сосудах малого круга кровообращения, уменьшает транссудацию плазмы крови в альвеолы, увеличивает удаление углекислоты и других кислых продуктов обмена веществ из крови, повышает насыщение артериальной крови кислородом.

Через 6-8 ч после выхода больного из наркоза приподнимают головной конец кровати и придают больному полусидячее положение. В этом положении больной активен, дыхательные движения более свободны. Известно, что ЖЕЛ даже у здоровых людей, когда они находятся в горизонтальном положении, снижается на 200-300 мл.

Ходить по палате рекомендуется со 2-3-х суток. Большое значение имеет проводимая лечебная физкультура. Она поднимает общий тонус, улучшает

аппетит, способствует откашливанию мокроты, повышает вентиляцию легких, снижает предпосылки к венозному тромбозу (движение конечностями, поворот туловища, перкуссионный массаж грудной клетки). Со 2-3-го дня для лучшего расправления оставшейся части легкого предлагают упражнения с наддуванием резиновых шаров (3-4 раза в день).

Вопросы питания не представляют каких-либо особенностей. Первые 2-3 дня после операции – щадящий стол и соки. С активизацией больного и улучшением общего состояния диету быстро расширяют.

Одной из главных задач после частичных резекций легких является обеспечение полноценного и быстрого расправления легкого. После резекций легкого дренирование плевральной полости обязательно. Предпочтение отдается двум дренажам, которые ставят в стандартных точках: во II-III межреберьях по среднеключичной линии и в VIII межреберье по заднеподмышечной линии.

Верхний дренаж обеспечивает расправление легкого за счет эвакуации воздуха из плевральной полости. Нижний дренаж нужен для выведения воспалительного экссудата и крови. В клинике применяют подводный дренаж с помощью банки Боброва. Если сразу после операции легкое не удается расправить, поступление газа не прекращается, то используется активная аспирация с небольшим вакуумом (не менее 15 см водного столба).

Контроль за расправлением легкого осуществляется путем наблюдения за дренажами, а также аускультацией, перкуссией и рентгеноскопией. Поступление воздуха по дренажам указывает, что легкое не расправлено и что нет существенных нарушений бронхиальной проходимости. Рентгеноскопия на этом этапе нужна для того, чтобы установить степень спадения легкого, отсутствие сегментарных ателектазов, сгустков крови в полости плевры. Прекращение поступления воздуха может быть результатом трех причин: полного расправления легкого, ателектаза и нарушений в системе аспирации. Ясное везикулярное дыхание над оперированным легким и нормальное

положение средостения, определяемое пальпацией верхушечного толчка и перкуссией, подтверждают диагноз расправления легкого. Наоборот, отсутствие дыхательных шумов, притупление перкуторного звука над оперированным легким и смещение средостения в сторону операции – симптомокомплекс ателектаза. Отсутствие дыхательных шумов без притупления перкуторного звука бывает при скоплении газа из-за непроходимости дренажа. Таким образом, когда дренажи перестают функционировать, врач должен решить на основании данных перкуссии и аускультации, нет ли показаний к срочному рентгенологическому обследованию.

«Плановый» рентгенологический контроль до полного расправления легкого и удаления дренажей должен быть ежедневным. В раннем послеоперационном периоде предпочтительна рентгеноскопия. Она позволяет исследовать больного в нескольких проекциях, определить функциональные симптомы (подвижность диафрагмы, признак Гольцкнехт-Якобсона), четко выявить горизонтальные уровни жидкости, наметить точку для плевральной пункции.

При удалении дренажей необходимо соблюдать большую осторожность, чтобы во время этой процедуры не впустить воздух в плевральную полость. Чтобы избежать этого, необходимо удалять дренажи только на активной аспирации. По извлечении дренажа желательно наложить на края кожной раны 1-2 шелковых шва.

После операции грудная полость должна быть ушита герметично. Это имеет особенно большое значение при тотальном удалении легкого. Негерметичность раны приводит к тому, что воздух из плевральной полости при кашле вытесняется под кожу, а это ведет к развитию подкожной эмфиземы. Вслед за нарастанием подкожной эмфиземы увеличивается и отрицательное давление в остаточной плевральной полости с соответствующим смещением средостения в больную сторону. Дальнейший уход за раной включает

профилактику инфекции, так как из раны она легко проникает в плевральную полость и нередко вызывает вторичную эмпиему. При малейших признаках инфекции кожные швы раны должны быть частично сняты, чтобы обеспечить выход гноя наружу, иначе он попадет в плевральную полость. Края раны в таких случаях обкалывают раствором антибиотика, что способствует борьбе с начинающейся инфекцией.


Борьба с болями. Послеоперационный болевой синдром отрицательно влияют на течение болезни. У больных после операции на грудной клетке наблюдаются: 1) поверхностное дыхание с нарастающим цианозом; 2) задержка бронхиального секрета из-за подавления кашля с последующими явлениями асфиксии; 3) нарастание сердечной слабости из-за аноксемии и смещения средостения. Наиболее действенной мерой против этих болей является назначение наркотических анальгетиков в сочетании с ненаркотическими.

### Список литературы

- 1) Уход за хирургическими больными / Михин И.В., Косивцов О.А. – М. : Издательство ВолгГМУ, 2012 – 97 с.
- 2) Уход за больными в хирургической клинике / Евсеев М.А - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 - 192 с.
- 3) Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие. Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др. / Под ред. Н.А. Кузнецова. 2011.- 192 с
- 4) Полный справочник по уходу за больными /Храмова Елена (<http://www.e-reading.club/book.php?book=1025286>)

## 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 8 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 завершённое научное исследование.

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



В.А. Голуб