**Лекция №4**

**Ведение больных в послеоперационном периоде**

***Послеоперационный период –*** это время с момента окончания операции до восстановления трудоспособности или её стойкой утраты (инвалидности).

Основными задачами этого периода являются:

* предупреждение возможных осложнений;
* своевременное их распознавание и лечение;
* облегчение состояния больного;
* ускорение процессов регенерации в организме больного;
* восстановление трудоспособности больного.

Основные стадии этого периода:

* ранняя реанимационная (3-5 дней);
* поздняя послеоперационная (2-3 недели);
* отдаленная (реабилитационная, от 3 недель до 3-6 месяцев).

Роль медицинской сестры в организации послеоперационного ухода. От её профессионализма зависит успешность проведённой операции.

*Подготовка палаты и постели*. После обширных опера­ций больного на 2-4 дня помещают в отделение реанима­ции. Затем, в зависимости от его состояния, переводят в послеоперационную или общую палату. В этих палатах необходимо строго соблюдать СЭР: проветривание, кварцевание, влажная уборка.

Функциональная кровать для каждого больного засти­лается чистым бельем, готовится чистое полотенце и по­ильник с водой. Перед укладыванием послеоперационного больного постель необходимо согреть грелками.

*Доставка больного из операционной*. С операционного стола больного перекладывают на каталку или функцио­нальную кровать и, соблюдая меры предосторожности, транспортируют в реанимационную или послеоперацион­ную палату.

При доставке больного на каталке, последнюю ставят головным концом под прямым углом к нижнему концу кровати. Втроем, по команде, одномоментно поднимают больного и перекладывают на кровать. Другой спосо.6: нож­ной конец каталки ставят к головному концу кровати под прямым углом и перекладывают больного на кровать. Сверху укрывают одеялом.

*Положение больного на кровати* определяется видом операции.

*Положение на спине* — самое частое после наркоза. Пер­вые два часа больной лежит без подушки, голова повер­нута набок. Такое положение предупреждает развитие ги­поксии головного мозга, аспирацию дыхательных путей рвотными массами и слизью.

*Положение на боку* — облегчает работу сердца, улучшает функцию ЖКТ, предупреждает рвоту. Допускается после стабилизации состояния больного.

*Положение Фаулера (полусидячее*) — головной конец приподнят, ноги согнуты в коленях и тазобедренных сус­тавах под углом 120-130°. Способствует восстановлению функции кишечника, облегчает работу сердца и легких. Применяется после операции на ЖКТ.

*Положение на животе* — применяется после операции на позвоночнике, головном мозге.

*Положение Транделенбурга* — головной конец опущен, ножной поднят на 30-45°. Применяется при острой анемии, шоке, а также на операционном столе (операции на органах малого таза).

При операциях на нижних конечностях — их уклады­вают на *шины Белера.*

*Наблюдение за больным*. Медицинская сестра наблю­дает за внешним видом больного: выражение лица (стра­дальческое, спокойное, бодрое); цвет кожных покровов (бледность, гиперемия, синюшность) и их температура при ощупывании.

Медицинская сестра обязана регистрировать основные функциональные показатели: пульс, дыхание, АД, темпе­ратуру, количество введенной и выделенной (с мочой, по­том, из плевральной или брюшной полости) жидкости; отхождение газов, стула. Обо всех изменениях в состоянии больного она немедленно докладывает врачу.

Медицинская сестра осуществляет уход за полостью рта, кожей больного, проводит гигиенические процедуры, кормит больного, выполняет все назначения врача.

**Послеоперационный уход за детьми.** После операции, выполненной под местной анестезией, ребенка помещают в общую палату. Детей первого года жизни передают матери. После операции, выполненной под наркозом, ребенка помещают в реанимационную палату. Во избежание переохлаждения детей температура воздуха в послеоперационной палате должна быть 20-22 °С. Для новорожденных и недоношенных выделяется специальная палата, где, поддерживается температура 22-26 °С. После операции под наркозом, ребенок укладывается горизонтально на спину, без подушки, голову поворачивают набок. В случае рвоты полость рта обрабатывается тампоном, смоченным водным раствором антисептика. Через сутки верхняя часть туловища приподнимается (поло­жение Фаулера). Особое внимание медицинская сестра обязана уделить контролю за повязкой, дренажами, постоянными катете­рами, так как дети стараются избавиться от них и могут выдернуть. При ранах на промежности, в нижней части живота применяют особые меры предосторожности с ис­пользованием влагонепроницаемых материалов (клеенка, полихлорвиниловая пленка) и памперсов. При загрязнении повязки испражнениями ее следует немедленно сменить. Для борьбы с болью детям назначаются дроперидол в комбинации с ненаркотическими анальгетиками и бар­битураты в возрастной дозировке. После операций под местной анестезией детям сразу же дают сладкий чай с учетом характера оперативного вмеша­тельства. После наркоза и при отсутствии рвоты питье на­значают через 4-6 ч. Кормление детей разрешается через 6-8 ч после опера­ции с учетом характера заболевания, видом оперативного вмешательства, возрастом ребенка. Для профилактики метеоризма детям вводят газоотвод­ную трубку несколько дней подряд. Гипертермия — повышение температуры тела до 40-41°С — особенность детского организма. Она наблюдается у детей даже после небольших операций. Особенно опасен синдром бледной гипертермии. Через несколько часов после операции отмечается подъем темпе­ратуры (40-41 °С), лицо становится бледным, развивается коллапс, на фоне которого ребенок погибает. Медицинская сестра должна знать основные принципы лечения этого состояния, чтобы грамотно осуществлять уход за больным ребенком. Используются физические методы охлаждения: пузырь со льдом к голове, на область печени, паховых складок; обтирания кожи растворами спирта с во­дой (1/1) или уксуса с водой (1:1). Внутренно вводится 5 % раствор глюкозы (18-20 °С), внутримышечно — аналь­гин 0,1 мл на 1 год жизни. Судороги — отличительная черта оперированных детей. Причины их возникновения различны: гипоксия, гиперкапния (повышенное содержание углекислого газа в арте­риальной крови), передозировка новокаина, повышение тем­пературы, внутричерепное кровоизлияние и др. Лечение назначает врач в зависимости от причины, вызвавшей су­дороги. Используются транквилизаторы (седуксен), а так­же оксибутират натрия, тиопентал натрия в дозах, соот­ветствующих возрасту ребенка.

Острая дыхательная недостаточность (ОДН) возни­кает у детей вследствие нарушения проходимости верхних дыхательных путей, реже — центрального происхождения. Ребенок беспокоен, губы цианотичны, отмечается потли­вость, затрудненное дыхание с участием вспомогательных мышц. Может наступить внезапная остановка дыхания.

Для профилактики ОДН медицинская сестра должна предупреждать аспирацию рвотных масс, отсасывать слизь из носоглотки, осуществлять подачу увлажненного кисло­рода, в случае необходимости проводить ИВЛ.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность харак­теризуется прогрессирующим ухудшением состояния опе­рированного ребенка. Нарастает апатия, теряется интерес к окружающему, снижается реакция на боль, появляется цианоз ногтевых фаланг, пульс становится нитевидным и мягким, АД падает, кожа влажная, сероватого оттенка, тоны сердца приглушены.

При появлении этих симптомов медицинская сестра дол­жна немедленно поставить в известность врача; опустить голову ребенка и приподнять ноги (положение Транделенбурга); приготовить препараты (кордиамин, эфедрин); осу­ществить подачу кислорода. При остановке сердца прово­дится закрытый массаж сердца с учетом возраста ребенка.

***Послеоперационный уход за больным пожилого и старческого возраста***. Эти больные склонны к легоч­ным осложнениям, поэтому профилактике бронхитов и пневмоний медицинская сестра должна уделять особое вни­мание. С этой целью с первого дня после операции при­дают больному положение Фаулера, проводят раннее поворачивание, дыхательную гимнастику, вибрационный массаж и др. Организм пожилых людей чувствителен к кислородному голоданию, поэтому им необходимо прово­дить оксигенотерапию.

Кровеносные сосуды больных старческого возраста склерозированы, малоэластичны, поэтому быстрое введение большого количества жидкости внутривенно вызывает пе­регрузку сосудистого русла и правых отделов сердца. В связи с этим инфузии и трансфузии этой категории больных проводят медленно, капельно. Подкожные инъекции также следует проводить осторож­но, так как у людей преклонного возраста жидкость плохо рассасывается, а быстрое введение ее вызывает сдавлива­ние тканей, что может привести к некрозу участков кожи и подкожной клетчатки. Поэтому на место инъекций наносить йодную сетку, ставить компрессы.

Снижение иммунитета в старческом возрасте приводит к бессимптомному нагноению послеоперационной раны. В связи с этим пожилым людям рекомендуются частые пе­ревязки.

Уход за кожей пожилых людей после операции требует особой тщательности для профилактики пролежней, кото­рые плохо поддаются лечению в этом возрасте.

***Неосложненный послеоперационный период***

Хирургическая операция и наркоз вызывают опреде­ленные изменения в органах и системах больного, которые являются ответом организма на операционную травму. При нормальном («гладком») течении послеопе­рационного периода реактивные изменения выражены умеренно и наблюдаются в течение 2-3 дней после хирур­гического вмешательства. Причиной боли в области послеоперационной раны является травматичность операции и нервное возбуждение. С целью профилактики боли в первые дни после операции назначают аналгетики, придают удобное положение в постели. Причиной нарушения сна является боль, нервное возбуждение. Необходимо удобное положение в кровати, проветривание палаты, снотворные средства. Травматичность операции и реакция организма на всасывание белков в зоне операции, приводят к повышению температуры тела не выше 38 С. После общей анестезии может возникнуть дрожь, озноб. Необходимо согреть постель, грелки к ногам. Травматичность операции и кровопотеря вызывают учащение дыхания, тахикардию, незначительное снижение АД. М/сестре необходимо измерять и регистрировать ЧДД, АД, пульс, по назначению врача восполнять кровопотерю. Нервно-рефлекторный спазм мочевыделительных путей, необычное положение пациента может привести к острой задержке мочи. Необходимо измерение суточного диуреза, применение рефлекторных мер (включить кран, тепло на лонную область, отгородить ширмой и т.д.). После операции изменяется состав крови: лейкоцитоз, уменьшение количества Э, тромбоцитов, снижение гемоглобина. М/сестре необходимо своевременно подавать заявку в лабораторию для обеспечения проведения клинических анализов крови.

***Возможные осложнения после операции,*** со стороны ор­ганов и систем разделяются на *ранние* (ранняя и поздняя послеоперационная стадии) 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 ранние послеоперационные осложнения***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Осложнение |  Причины |  Профилактика |  Лечение |
| Кровотечение, гематома | Соскальзывание лигатуры; понижение свертываемости крови | Холод на рану, измерять АД, следить за цветом слизистых. | Вызвать врача; приготовить: аминокапроновую кислоту, хлористый кальций, диценон, викасол, одноразовую систему для инфузии, готовить пациента к повторной остановке кровотечения. |
| Инфильтрат, нагноение | Попадание инфекции; грубые манипуляции; наличие некротизированных тканей. | Измерять температуру тела; соблюдать правила асептики при перевязках; проводить щадящие перевязки | Сообщить врачу; снятие швов; разведение краев раны; дренирование; антибиотики |
| Расхождение послеоперационной раны | Развитие гнойного воспаления; раннее снятие швов; снижение процессов регенерации (сахарный диабет, авитаминоз, истощение; кашель; запоры | Соблюдать правила асептики при перевязках; своевременно снимать швы с учетом имеющихся заболеваний; следить за дыханием; следить за стулом; профилактика пневмоний, метеоризма. | Сообщить врачу; вторичные швы; лечить возникшее гнойное воспаление. |
| Шок | Невосполненная кровопотеря; возбуждение нервной системы | Положение Транделенбурга; измерять пульс и АД | Вызвать врача; снять боль (аналгетики); восполнить кровопотерю |
| Послеоперационный психоз | Психическая травма; характер психической деятельности больного; возраст | Хорошая психологическая подготовка; фиксировать пациента в кровати; обеспечить хороший сон | Вызвать врача; снять боль (аналгетики); дать снотворное; восполнить кровопотерю. |
| Бронхиты, пневмонии | Нарушение вентиляции лёгких –застой; переохлаждение | Активная предоперационная подготовка; полусидячее положение; дыхательная гимнастика; вибрационный массаж; оксигенотерапия; исключить переохлаждение | Вызвать врача; отхаркивающие препараты; банки; горчичники; ингаляции. |
| Сердечно-сосудистая недостаточность | Шок; кровопотеря; гипоксия | Активная предоперационная подготовка; положение Транделенбурга; измерять АД, пульс; оксигенотерапия | Вызвать врача; сердечные, тонизирующие средства; восполнить кровопотерю |
| Тромбоз вен | Замедление кровотока; повышение свертываемости крови | Бинтование конечностей эластичным бинтом; раннее вставание; возвышенное положение конечностей | Вызвать врача; антикоагулянты (гепарин) реополиглюкин, анализы крови (тромбоциты, свертываемость, протромбиновый индекс); ежедневное введение жидкостей |
| Отрыжка, тошнота, рвота | Парез кишечника | Положение на спине (голову набок) или на боку; приготовить лоток, полотенце, воду для полоскания рта; отсасывать содержимое желудка; промывать желудок | Вызвать врача; атропин 0,1٪ - п./к или в/м; церукал 1 мл –в/м , в/в; аминазин 2,5%- в/м, в/в |
| Метеоризм | Парез кишечника | Полусидячее положение; дыхательная гимнастика; отсасывать содержимое желудка; промывать желудок (2% раствор соды, 50-100 мл); гипертоническая клизма; газоотводная трубка | Вызвать врача; 10% р-р натрия хлорида 30 мл в/в; паранефральная или перидуральная блокада; прозерин 0,05% п/к; ФТО (диодинамотерапия) |
| Перитонит | Расхождение швов на стенках органов ЖКТ; заболевание органов брюшной полости | Следить за внешним видом пациента; измерять температуру тела; наблюдать за повязкой | Вызвать врача; готовить к экстренной релапаротомии; дренирование брюшной полости; антибиотики; дезинтоксикационная терапия |
| Острый паротит | Нарушение оттока слюны; обезвоживание; истощение | Тщательный туалет полости рта; давать жевать сухари и сосать дольки лимона | Вызвать врача; пилокарпин 1% закапывать в рот; УВЧ; антибиотики; инфузионная терапия |
| Пролежни | Истощение; вынужденное положение на спине; нарушение трофики при повреждении спинного мозга | Профилактика по ОСТу | Сообщить врачу; иссечение некротической ткани; антисептики; протеолитические ферменты |

Поздние послеоперационные осложнения могут возник­нуть после выписки больного из стационара со стороны ор­ганов, на которых проводилась операция. Например, болезнь оперированного желудка, спаечная болезнь, фантомные боли после ампутации конечности и др. Возможны осложнения со стороны послеоперационной раны в виде лигатурного сви­ща, послеоперационной грыжи, келоидного рубца. Лечение этих состояний проводится амбулаторно, хирургом поликли­ники, а некоторые из них требуют повторной операции (пос­леоперационная грыжа, келоидный рубец).

Задание: составить тезисы по содержанию лекции.