

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ВЫСШЕЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ УКРАИНЫ
“УКРАИНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
АКАДЕМИЯ”
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ С УХОДОМ ЗА БОЛЬНЫМИ



ОСНОВЫ УХОДА ЗА ХИРУРГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

учебно-методическое пособие для иностранных студентов высших
медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации,
обучающихся по специальности «Лечебное дело»

ПОЛТАВА – 2016

«Рекомендовано Державною установою «Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ України» як навчально-методичний посібник для іноземних студентів вищих навчальних закладів МОЗ України, які навчаються російською мовою» (протокол засідання Комісії для організації підготовки навчальної та навчально-методичної літератури для осіб, які навчаються у вищих медичних навчальних закладах та закладах післядипломної освіти МОЗ України від 27.10.2016 №3).

Учебно-методическое пособие подготовили: к.мед.н. доцент Стороженко О.В., д.мед.н.профессор Лигоненко А.В., к.мед.н. доцент Шумейко И.А.

Рецензенты:

Скиба Владимир Викторович - д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии последипломного образования Национального медицинского университета имени О.О. Богомольца.

Ганжий Владимир Валентинович - д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии с уходом за больными Запорожского государственного медицинского университета.

Основы ухода за хирургическими больными: учебно-методическое пособие для иностранных студентов высших медицинских учебных заведений III-IV уровней аккредитации обучающихся по специальности «Лечебное дело».

В учебно-методическом пособии представлены актуальные вопросы ухода за хирургическими больными до и после операций на различных участках тела, а также уход за больными в отделении гнойной хирургии. Данное пособие рекомендовано иностранным студентам 2 и 3 курсов медицинских вузов и медицинским сестрам.

ВВЕДЕНИЕ

Нередко после хирургического лечения возникают осложнения, которые затрудняют процесс выздоровления. Поэтому подготовка больного к операции включает в себя ряд профилактических мероприятий, как общих так и местных, направленных на предупреждение осложнений как во время операции так и в послеоперационном периоде.

Хирургическая операция и наркоз приводят к определенным изменениям в организме человека, которые носят общий характер и являются ответом на операционную травму. Правильное ведение больного в послеоперационном периоде, организация пребывания его в отделении, выполнение необходимых манипуляций и процедур по уходу, имеют чрезвычайно важное значение для профилактики возможных осложнений и благоприятного результата лечения.

Благоприятный результат лечения больного в послеоперационном периоде в большой мере зависит не только от адекватности выполненной операции, но и от знаний и профессиональных навыков среднего и младшего медицинского персонала. Итак, овладение практическими навыками и профессиональными умениями по уходу за больными, которые перенесли оперативное вмешательство, является важным для всех сотрудников хирургического отделения.

РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ.

В нашей стране медпомощь организована по территориальному принципу, однако с развитием страховой и частной медицины этот принцип, особенно относительно плановой помощи, начинает меняться.

1.1. Организация хирургической помощи.

Фельдшерско-акушерский пункт – предоставляет экстренную доврачебную помощь, проводит профилактику заболеваний и травматизма жителям одного или нескольких сельских населенных пунктов.

Участковая больница – предоставляет экстренную и неотложную врачебную помощь при острых хирургических заболеваниях и травмах, проводит работу по их профилактике, руководит работой фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в области этого района.

Районная больница – предоставляет хирургическую помощь всем больным с острыми хирургическими заболеваниями и травмами, проводит плановое лечение наиболее распространенных хирургических заболеваний (грыжа, язвенная болезнь желудка, холецистит и т.д.)

Областная больница – кроме объема помощи, который предоставляется в районных больницах, обеспечивает предоставление специализированной хирургической помощи: урологической, травматологической, онкологической и т.д.

Городские больницы – предоставляют экстренную и плановую хирургическую помощь жителям районов города.

Хирургические кафедры медицинских вузов – кроме предоставления хирургической помощи ведут научную разработку определенных разделов хирургии.

Научно-исследовательские институты – согласно своему профилю предоставляют специализированную хирургическую помощь, проводят научную разработку хирургических проблем.

Стационарная хирургическая помощь предоставляется в хирургических отделениях общего, специализированного профиля.

Хирургические отделения ***общего профиля*** организовываются в составе районных и городских больниц. Они обеспечивают основными видами квалифицированной стационарной хирургической помощи большую часть населения страны. Здесь лечат разные заболевания, среди которых больше 50% приходится на острую хирургическую патологию и 20-40% на повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата.

Специализированные отделения – открываются в областных, городских больницах и обслуживают от 50 тыс. до 3 млн. населения. Они предназначены для предоставления больным хирургической помощи соответствующей специальности. В основе организации специализированных отделений лежат аналогичные принципы, которые будут способствовать концентрации больных за определенным признаком:

- по заболеваемости одной системы органов – отделение хирургии сосудов, хирургии легких, проктологическое, урологическое и т.д.;
- по нозологическим формам, с учетом локализации – ожоговые отделения, хирургии мочевого пузыря и костно-суставного туберкулеза и т.д.;
- по разделам хирургической патологии – онкологические отделения, неотложной хирургии, гнойной хирургии и т.д.;
- по особенностям методик операций – пластическая хирургия;
- по возрастным особенностям – детская хирургия.

Хирургические отделения общего профиля открываются, как правило, на 60 коек и больше, специализированные – на 25-40 коек. Значительная часть городских и областных больниц являются клиническими, поскольку на их базе работают хирургические клиники медицинских вузов. Хирургические койки есть также в специальных клиниках медицинских институтов, которые не входят в городскую сеть, в научно-исследовательских институтах, которые находятся в подчинении министерств и ведомств.

Организация экстренной и неотложной хирургической помощи

В городах она осуществляется по схеме: ургентная медпомощь (здравпункт или поликлиника) – хирургический стационар. В селе: фельдшерско-акушерский пункт, участковая больница – хирургическое отделение районной больницы. В хирургических отделениях для предоставления экстренной хирургической помощи установлено круглосуточное дежурство хирургов, анестезиологов и операционных медицинских сестер.

Отделения хирургического профиля должны размещаться в одном корпусе с приемным отделением, операционным блоком, отделением интенсивной терапии и реанимации, поскольку они функционально зависят друг от друга. Палатные отделения организовываются на 60 и больше коек.

Согласно СНИП (Строительные нормы и правила, 1971), отделения в новых больницах планируются из двух непроходных секций, которые отделяются холлами.

В секции должно быть 30 коек. В палатной секции предполагается: пост дежурной сестры (4 м²), процедурная (18 м²), перевязочная (22 м²), столовая (с количеством мест не меньше 50% от количества коек), помещение для сортировки и временного хранения грязного белья, предметов уборки (15 м²), ванная (12 м²), уборная (мужская, женская, для персонала).

Вместе с этим в отделении находится: кабинет заведующего (12 м²), ординаторская (10 м² на каждого врача, свыше одного дополнительно 4 м²), комната старшей медсестры (10 м²), сестры-хозяйки (10 м²). В клиниках предполагаются кабинеты профессора, доцента, ассистентов и учебные комнаты на 10-12 человек.

Палата – основное место нахождения больного в лечебном учреждении. В палатах хирургического отделения на одну койку отводится 7 м².

Большинство палат в секции планируются на 4 койки, 2 – двухместные палаты, 2 – одиночные. Оптимальное количество кроватей в палате – 3.

Перед входом в палату планируется шлюз, где размещены встроенные индивидуальные шкафы больных и вход в туалет, с умывальником, ванной или душем.

Палаты оснащаются кроватями металлической конструкции, к которым можно прикрепить штатив для переливания и приспособления для скелетного вытяжения. Большинство кроватей должны быть функциональными.

Интерьер палаты дополняется прикроватной тумбочкой, общим столом, стульями, корзиной для бумаг. Температура в палате должна быть 20°C. Оптимальная влажность воздуха составляет 50-60%, подвижность воздуха около 0,15 м/с. Палаты должны хорошо освещаться естественным светом, ориентация окон не должна быть на север.

Соотношение площади окон и пола должна быть 1:6. Предполагается общее и местное электрическое освещения. У каждой кровати должна быть система вызова палатной сестры.

Пост палатной сестры размещают в коридоре так, чтобы обеспечить достаточный обзор палат. Пост располагают в центре секции. Он оборудуется шкафами для хранения медикаментов, инструментов, предметов ухода и документации (листы врачебных назначений, журнал передачи дежурств и т.д.).

При размещении больных должны учитывать особенности контингента, должны быть выделены чистые и гнойные отделения. Это сделает лечение более эффективным, и предупредит осложнения.

Хирургические отделения нужно обеспечить принудительной вентиляцией, а отдельные помещения вытяжкой или кондиционированным воздухом. Помещения хирургических отделений подлежат уборке влажным способом, с использованием дезинфицирующих средств, дважды в день: утром после подъема больных и вечером перед сном. Один раз в месяц нужно проводить генеральную уборку, с влажной дезинфекцией матрасов и подушек. Ежемесячно берут пробы воздуха на бактериологическое исследование.

Организация работы медицинского персонала регламентируется “Типичными правилами внутреннего распорядка”, на основании которых составляются правила для разных учреждений в зависимости от их назначения. Каждое хирургическое отделение имеет распорядок дня, который направлен на создание рациональных условий работы медицинского персонала и оптимальных условий для выздоровления больных.

К персоналу хирургического отделения предъявляются особые требования: человеческие качества персонала не менее важно, чем качества их как специалистов. Необходимо безупречно выполнять принципы врачебной деонтологии и этики.

Деонтология (греч. deon – надлежащее, logos – учение) – совокупность этических и организационных норм выполнения медработниками своих профессиональных обязанностей. Основные элементы деонтологии направлены на создание особого психологического климата в хирургическом отделении. Основной функцией психологического климата в хирургическом учреждении является создание условий для быстрого, качественного и надежного выздоровления больных. Из этого вытекают две основных цели:

- минимизировать действие факторов, которые замедляют и качественно ухудшают процесс выздоровления больных;
- максимизировать степень восприятия больными лечения, как основного средства для достижения здорового образа жизни.

1.2. Организация работы хирургического отделения поликлиники.

В поликлинике обеспечивается прием больных с хирургическими заболеваниями и лечение тех из них, которые не нуждаются в стационарном лечении. Большинство больных посещают поликлинику повторно для перевязок и лечебных процедур.

Хирургическое отделение поликлиники должно располагаться, если нет лифта, на первом или втором этаже. Это облегчает посещение его больными с заболеваниями нижних конечностей и доставку больных на носилках. Если в отделении работает один хирург, то оно должно включать: кабинет врача, перевязочную, операционную, стерилизационную и материальные комнаты.

При большом количестве работающих хирургов операционная, стерилизационная, материальная могут быть общими, но кабинет и перевязочная должны быть отдельными для каждого врача. В кабинете хирурга должны быть стол, 2 стула, кушетка для обследования больных, которую лучше ставить за ширмой, негатоскоп и т.д.

Стены должны быть гладкими и, во всех кабинетах, на высоту не меньше двух метров окрашены масляной краской, стены операционной должны быть покрыты плиткой. Все комнаты хирургического отделения должны иметь умывальники. Помещение хирургического кабинета нужно особенно тщательно оберегать от загрязнения. Контингент больных, который часто меняется во время приема, доставка больных в загрязненной после травм одежде, способствует занесению грязи в хирургический кабинет. Поэтому необходимо часто мыть полы кабинетов и перевязочных, используя дезинфицирующие растворы, лишенные неприятного запаха. Влажная текущая уборка помещения (пол, стены) должна проводиться после каждого приема. По окончании дневной работы проводится полная уборка кабинета.

Работа хирурга в поликлинике существенным образом отличается от работы хирурга в стационаре. В отличие от хирурга стационара, амбулаторный хирург имеет значительно меньше времени на каждого больного и часто лишен возможности точно распределить часы своей работы, особенно там, где нет отдельного травматологического кабинета.

Обращение больных за неотложной хирургической помощью (вывихи, переломы, ранения) требует остановки текущего приема и предоставления в первую очередь помощи пострадавшему больному, однако, это не освобождает хирурга от предоставления помощи остальным больным, записанным на прием.

Хирург принимает участие в консультациях с врачами других специальностей, решает вопросы плановой и экстренной госпитализации больных, вопросы трудоспособности, трудоустройства. Кроме лечебной, консультативной работы поликлинический хирург проводит диспансеризацию отдельных групп больных с такими заболеваниями как (варикозное расширение вен, тромбофлебит, остеомиелит, грыжи, после операций по поводу язвы желудка и т.д.), принимает участие в профилактической работе на участке, в работе инженерно-врачебных бригад.

Хирург поликлиники поддерживает связь со стационаром, куда он направляет больных, а также осуществляет их долечивание после выписки из стационара. В некоторых случаях врачу приходится посещать больных дома, где при отсутствии дополнительных методов исследования, он обязан поставить правильный диагноз и решить тактику дальнейшего лечения больного. Ошибка в диагнозе и промедление в предоставлении необходимой помощи могут привести к фатальным последствиям, поэтому хирург должен быть очень внимательным.

Характер работы хирургического кабинета требует, чтобы весь персонал хорошо знал свои обязанности и своевременно их выполнял. Сестра хирургического кабинета должна быть осведомлена в области асептики и антисептики, соблюдать их требования в работе и следить за соблюдением последних другими сотрудниками и больными, помогать врачу в организации приема больных.

Санитарка хирургического отделения должна быть научена правилам уборки, мытья инструментов, технике подготовки материала для стерилизации. Она должна умело помогать врачу и сестре при проведении некоторых манипуляций (помочь при раздевании, перевязке и т.д.). Знать об опасности нарушения правил асептики (уметь открывать биксы со стерильной бельем, подать стерилизатор с инструментами, миску для мытья рук и т.д.).

При проведении занятия в хирургическом кабинете поликлиники студенты вместе с хирургом, работающим в кабинете, ведут прием первичных и вторичных больных, принимают участие в их осмотре, знакомятся с правилами заполнения медицинских документов (амбулаторная карта, диспансерная карта, талоны и направления) и отбором больных для госпитализации. Наиболее интересные случаи и тематические болезни пациентов детальнее разбираются с преподавателем.

По ходу приема студенты знакомятся с порядком выдачи и продления больничных листов.

РАЗДЕЛ 2. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ДО ОПЕРАЦИИ.

2.1. Понятие об уходе за хирургическими больными.

Хирургия является особой медицинской специальностью, использующей с целью лечения приемы механического воздействия на ткани организма, то есть хирургическую операцию, которая обуславливает ряд серьезных отличий в организации и осуществлении ухода за больными.

Закономерные отклонения от нормальных физиологических процессов чаще всего являются естественным ответом на операционную травму и частично не требуют устранения, поскольку система гомеостаза их самостоятельно нормализует.

Для правильного понимания вопросов ухода за хирургическими больными, необходимо помнить, что операция – это специфический метод лечения, результат которого зависит не только от правильной и высокой техники операции, но и от грамотного ухода за больным до и после вмешательства. Правильно организованный уход за больными в послеоперационном периоде в хирургии остается одним из самых важных элементов, которого может быть вполне достаточно для полного и быстрого лечения больного.

Профессиональный уход за больными после операций предполагает знание как закономерных изменений их общего состояния и местных процессов, так и возможного развития осложнений.

Уход – это один из самых важных моментов в лечении больного, который организовывается на основании профессионального знания возможных изменений или осложнений в организме больных после операций и направлен на своевременное предупреждение и их устранение.

Характер ухода зависит от состояния больного, его возраста, характера заболевания, объема оперативного вмешательства, назначенного режима, возникающих осложнений.

Уход за больными – это комплекс мероприятий, направленных на создание благоприятных условий успешного лечения, который приводит к улучшению состояния пациента и удовлетворению его физиологических нужд.

Уход за больными подразделяется на **общий и специальный**:

а) общий уход - совокупность мероприятий, необходимых любому больному, независимо от характера болезни, возраста, пола и т.д.;

б) специальный уход - включает дополнительные мероприятия, которые имеют свою специфику и выполняются с учетом характера заболевания и индивидуальных особенностей его течения.

У тяжелых послеоперационных больных уход включает в себя помощь в осуществлении ими основных жизненных нужд (еда, питье, движение, опорожнение кишечника, мочевого пузыря и др.); проведение личной гигиены (умывание, профилактика пролежней, смена белья и др.); помощь

при таких состояниях как (рвота, кашель, кровотечение, нарушение дыхания и т.д.).

К уходу относится и ряд санитарно-эпидемиологических мероприятий, которые осуществляются медицинским персоналом и направлены на поддержку надлежащей чистоты в медицинском учреждении и предупреждение возникновения и распространения инфекционных (гнойно-септических) осложнений. К таким мерам относятся регулярная уборка и проветривание помещений, санитарная обработка больных, их одежды, белья, предметов ухода, некоторые методы дезинфекции (**дезинфекция** – уничтожение патогенных микроорганизмов) и дезинсекции (**дезинсекция** – уничтожение насекомых-паразитов).

В хирургической практике у больных, что страдают от боли, находятся в страхе до, или после оперативного вмешательства, уход предполагает активную позицию со стороны персонала. Хирургические больные, особенно тяжёлые послеоперационные больные, не просят о помощи. Любые мероприятия по уходу приносят им дополнительные болезненные неприятные ощущения, поэтому они отрицательно относятся к любым попыткам активизации двигательного режима, выполнению необходимых гигиеничных процедур. В этих ситуациях персонал должен проявлять заботливую, терпеливую настойчивость.

Важным компонентом ухода за больными является создание максимального физического и психического покоя. Тишина в помещении, где находятся больные, спокойное, ровное, доброжелательное отношение к ним медицинского персонала, устранение всех неблагоприятных факторов, которые могут травмировать психику больного, – вот некоторые основные принципы лечебно-охранительного режима медицинских учреждений, от которого во многом зависит эффективность лечения больных.

Для выздоровления очень важно, чтобы больной находился в спокойном, физиологически удобном положении, получал рациональное питание. Способствует выздоровлению заботливое, теплое, внимательное отношение медицинского персонала.

Общий уход за больными.

2.2. Гигиена тела больного в хирургическом отделении.

Соблюдение правил личной гигиены, обеспечение чистоты палат и мебели создает условия для быстрого выздоровления больных и предупреждает развитие многих осложнений.

Важное место в уходе за больными занимает уход за кожей. Функции сальных и потовых желез способствуют сохранению упругости и мягкости кожи. Однако, вместе с выделениями желез, на коже скапливается пыль и микроорганизмы. Загрязнение кожи вызывает зуд, который ведет к нарушению ее целостности, содействует проникновению вглубь кожи

микробов, находящихся на ее поверхности. Медицинская сестра должна следить, чтобы больные соблюдали правила личной гигиены.

Больные, что находятся на общем режиме, если нет противопоказаний, моются в ванне или принимают душ не реже 1 раза в неделю.

Техника подготовки и проведения гигиенической ванны.

1. Вымыть ванну губкой или щеткой с мылом, порошком, ополоснуть ее 1 % раствором триацита или 1% раствором дезоксона-1, а потом горячей водой.

2. Заполнить ванну теплой водой (37 °С).

3. Помочь больному разместиться в ванне. Уровень воды должен доходить до мечевидного отростка. Чтобы больному было удобно сидеть, в ножном конце ванны необходимо поставить деревянную подставку для ног.

4. Вымыть больного губкой с мылом, начиная с головы, в такой последовательности: туловище, верхние и нижние конечности, паховую область, промежность. Продолжительность процедуры не должна превышать 20-25 мин.

5. Помочь больному выйти из ванны, вытереть теплым полотенцем или простыней (рис. 1).

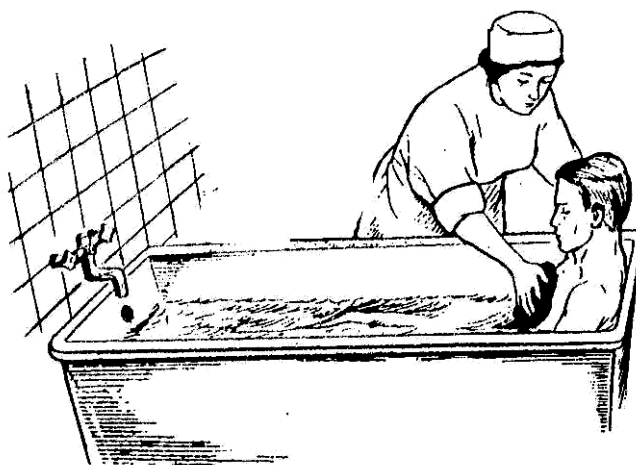


Рис. 1. Уход за кожей – принятие ванны.

Техника подготовки и проведения гигиенического душа.

1. Вымыть ванну моющими средствами.

2. Поставить в ванну стульчик и посадить на него больного.

3. Моют больного в той же последовательности, что и в ванне.

После душа или ванны губки моются в воде и стерилизуются кипячением в воде или в автоклаве. Лучше всего использовать одноразовые губки, которые после применения утилизируются.

Уход за волосами

При продолжительном пребывании мужчин в стационаре им нужно коротко стричь волосы и мыть голову не реже 1 раза в 7-10 дней.

Женщинам с длинными волосами нужно каждый день расчесывать их густыми гребешками, которые должны быть индивидуальными у каждой больной. Чужими гребешками пользоваться категорически запрещается. Короткие волосы нужно расчесывать от корней до кончиков, а длинные разделить на параллельные пряди и расчесывать от кончиков до корней. Густой гребень, смоченный в растворе уксусной кислоты хорошо вычесывает перхоть и грязь. Чтобы лучше промыть волосы, нужно применять разные шампуни, детское мыло или воду с хной (рис. 2).

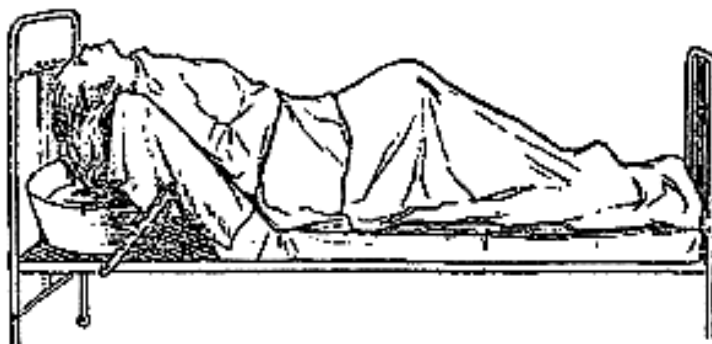


Рис. 2. Положение в кровати для мытья головы.

Гигиена полости рта

Гигиене полости рта необходимо уделять достаточно внимания, поскольку при накоплении микроорганизмов могут возникнуть гнойные поражения слизистой оболочки, которые сопровождаются неприятным запахом изо рта. Больные, которые могут ходить, должны дважды на день, утром и вечером чистить зубы, а после приема пищи полоскать рот слегка подсоленной водой или 2% раствором гидрокарбоната натрия (рис. 3).

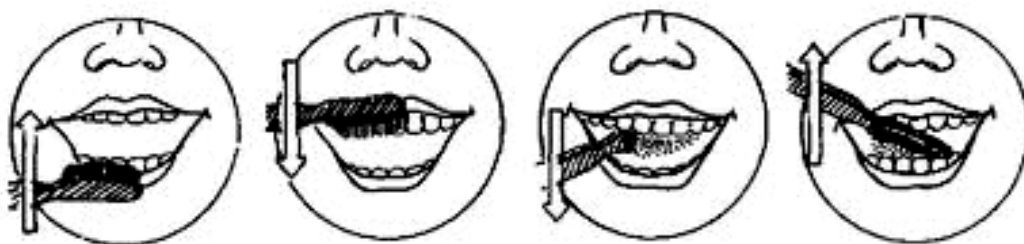


Рис. 3. Направления движения щетки при чистке зубов.

Уход за ушами

Во время ежедневного утреннего туалета больные моют уши. При образовании серных пробок в ушах медсестра должна их удалить ватным тампоном после предварительного закапывания 5-6 капель 3% перекиси водорода.

При скоплении большого количества серных пробок проводят спринцевание уха с помощью большого шприца Жане или резинового баллона.

Спринцевание ушей

Больного располагают перед собой боком, чтобы источник света хорошо освещал ухо. В руки больному дают лоток, который он прижимает к шее под ушной раковиной. Потом медсестра левой рукой оттягивает ушную раковину назад и вверх, а правой вводит конец шприца во внешний слуховой проход, направляя в него по верхнезадней стенке струю раствора под давлением, которая подогрета до температуры тела (рис. 4).

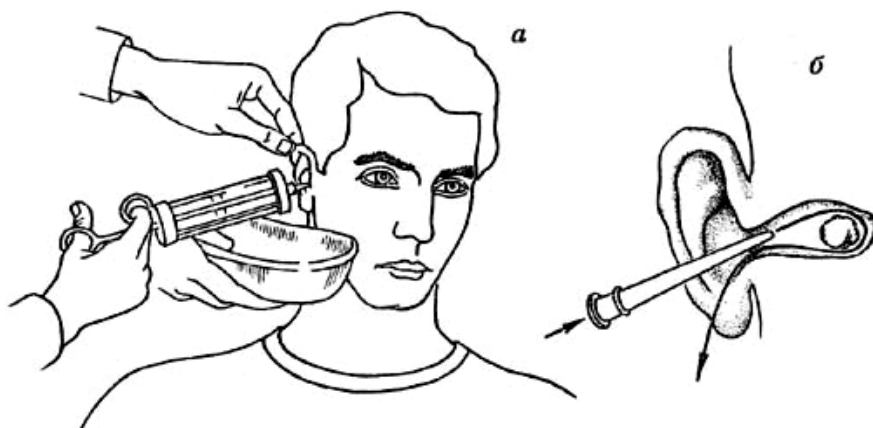


Рис. 4. Спринцевание уха.

Закапывание капель в ухо

Для закапывания капель в ухо нагибают голову больного в здоровую сторону. Мочку уха больного левой рукой несколько оттягивают, а правой держат пипетку и капают определенное количество капель, подогретых до комнатной температуры, в слуховой проход. После этого в ухо закладывают небольшой ватный тампон на несколько минут (рис. 5).



Рис. 5. Закапывание капель в ухо.

Уход за наружными половыми органами и задним проходом.

Составной частью мероприятий по гигиене кожи является уход за наружными половыми органами и задним проходом. Необходимо проводить подмывание заднего прохода и наружных половых органов дважды на день, а после акта дефекации – отдельно. Эту процедуру удобно проводить при наличии восходящего душа или подмыванием теплой водой с мылом.

Техника подмывания больного

Материальное обеспечение: кружка с теплой (30-35 °С) водой или со слабым раствором перманганата калия, корнцанг, салфетка, судно, резиновые перчатки.

Алгоритм действия:

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Подведите под крестец больного левую руку, помогите ему поднять таз.
3. Правой рукой подведите и расправьте под тазом клеенку, поверх которой поместите судно и опустите таз больного.
4. Встаньте справа от больного, держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой – в правой, поливайте антисептиком из кувшина на половые органы, салфеткой в тоже время протирайте промежность, кожу вокруг нее, осуществляя движения от половых органов к заднему проходу (спереди назад).
5. Просушите другой салфеткой кожу промежности в том же направлении, заберите судно и клеенку.

Необходимо помнить, что подмышечные и паховые области и складки кожи под молочными железами необходимо обрабатывать чаще (особенно у полных людей), поскольку в этих участках часто возникает опрелость.

Техника спринцевания

Кроме подмывания наружных половых органов женщинам часто бывает необходимо спринцевание. Для этой цели используют кружку Эсмарха, которую подвешивают на штатив на высоту до 1 метра над уровнем кровати. Можно использовать слабый раствор калия перманганата 0,2%, натрия гидрокарбоната 1 % или лечебный раствор, назначенный врачом.

После подмывания промежности медицинская сестра, разводя двумя пальцами левой руки половые губы, осторожно вводит в половую щель на глубину 6-7 см вагинальный наконечник. Придерживая наконечник, открывает кран и регулирует скорость поступления раствора. Кружка Эсмарха, резиновая трубка, кран и наконечник обязательно стерилизуются перед каждым применением. Медицинская сестра работает в стерильных перчатках.

Использование обуви

Больным не разрешается пользоваться собственной обувью. Выдают тапочки из ткани, которая легко стерилизуется. Эту обувь после выписки больного протирают тампоном, смоченным в ультрациде, аэродезине, 25%

растворе формалина, 40% растворе уксусной кислоты или обрабатывают внутри аэрозолем “Сапोजок”.

Использование личных вещей

Один из путей попадания инфекции в хирургическое отделение связан с личными вещами больного, на которых в больших количествах часто находятся патогенные микроорганизмы. Спектр флоры полностью отображает состав выделений больного: преобладают псевдомонады, энтеробактерии и патогенные стафилококки. Эти микроорганизмы часто в значительном количестве оказываются на бритве, гребешке, зубной щетке, дужках очков и других личных вещах больного. Поэтому личные вещи, которые больной приносит в хирургическое отделение, необходимо свести к минимуму и по возможности рекомендовать вещи разового пользования. Хранятся личные вещи в тумбочке возле кровати больного. Персонал отделения обязан каждый день контролировать наличие и состояние личных вещей больных.

Бритвы, гребешки, стаканы для чистки зубов необходимо каждый день дезинфицировать. Зубные щетки стерилизуются кипячением или УФО излучением. Другой метод - использовать таблетки **акватабс** для приготовления дезинфицирующего раствора и обрабатывать им щетину несколько раз в неделю или чаще. Одна таблетка, растворенная в теплой воде, используется для замачивания щетки на протяжении приблизительно десяти минут. После замачивания зубная щетка промывается и используется.

Нельзя хранить предметы туалета в полиэтиленовых мешках, потому что через наличие повышенной влажности в них быстро создаются условия для размножения флоры.

Книги нужно обертывать в обложки, которые легко дезинфицируются, лучше чтобы это были новые книги. Разрешается использовать вещи, которые можно продезинфицировать, а пациента предупреждают о возможности их повреждения.

Гигиена передач

Все, что относится к гигиене личных вещей больного, относится и к гигиене передач. Содержимое передач должно контролироваться медсестрой. Категорически запрещается принимать в отделения хирургического профиля мягкие игрушки, меховые и шерстяные вещи и другие предметы, которые не подлежат дезинфекции. В качестве тары для передач желательно использовать полиэтиленовые и пластиковые пакеты.

Количество продуктов питания в передачах должно быть ограничено лишь продуктами, разрешенными больному его диетой. Нужно помнить, что в тумбочках должны находиться только продукты продолжительных сроков хранения (сахарный песок, печенье, конфетки и т.д.). Продукты, которые быстро портятся, принимаются только в количестве, которое можно использовать на протяжении суток, хранятся в холодильнике. Хранение

продуктов в палате запрещено. При малейшем подозрении на инфицирование и порчу продукты уничтожаются.

Больной, находящийся в стационаре даже кратковременно, ощущает себя оторванным от родных и друзей, что создает неблагоприятное эмоциональное состояние для его выздоровления. В то же время беспорядочная система посещения мешает работе медперсонала, содействует загрязнению больничной среды, занесению инфекции. В связи с этим в распорядке дня больницы должны быть предусмотрены и четко определены часы посещения больных.

Правила посещения пациентов

- Посещение пациентов допускается во всех отделениях больницы;
- Посетители в верхней одежде в стационар не допускаются;
- В палату к каждому больному допускается лишь один посетитель, не больше, чем на 20 минут;
- Посещение разрешается каждый день с 11-00 до 13-00 и с 17-00 до 19-00;
- К больным в тяжелом состоянии посетители допускаются с разрешения заведующего отделением или дежурного врача;
- Посетители обязаны соблюдать чистоту, порядок и не нарушать покой больных согласно правилам внутреннего трудового распорядка;
- Категорически запрещается сидеть в палатах на кровати;
- Вход в больницу во время тихого часа с 15-00 до 17-00 и после 19-00 часов запрещен;
- Посетители в нетрезвом состоянии к больным не допускаются;
- Посетители обязаны соблюдать общепринятые нормы общения с пациентами и медицинским персоналом;
- Посетителям запрещается вступать в споры и ссоры с персоналом больницы;
- Со всеми претензиями просят посетителей обращаться к дежурному врачу, заведующему отделением или к руководству больницы.

Больные, которые ходят, могут увидаться с родственниками и друзьями в специально отведенных для этого местах – в холлах и коридорах. Количество посетителей должно быть сведено к минимуму – не больше 2-х человек. Детям до 10 лет посещения должны быть ограничены через повышенную чувствительность их к инфицированию патогенной флорой. В палатах реанимации и интенсивной терапии посещения больных запрещены, из-за опасности инфицирования этих больных.

Все посетители должны сдать в гардероб свою верхнюю одежду и получить белые накидки или халаты. Для посетителей хирургического отделения в правилах внутреннего распорядка должна быть предусмотрена возможность принести с собой и переобуть перед входом в отделение

чистую сменную обувь, желательны кожаные или пластиковые тапочки, надеть бахилы. Целесообразно в часы посещения стелить возле входа в отделение и в лифт резиновые коврики, пропитанные дезинфицирующим раствором (2% хлорантоина или триацита 1%), при этом необходимо следить, чтобы раствор не высыхал, а коврики постоянно увлажнялись.

Нельзя позволять посетителям садиться на кровать больных, для этого должны быть специальные стулья. Перед входом в хирургическое отделение рекомендуется надеть маски и шапочки на голову. Посетители без соответствующей одежды, в нетрезвом состоянии, с респираторными заболеваниями не могут быть допущены к хирургическим больным.

После окончания времени посещения, в отделении необходимо проветрить палаты, провести кварцевание и влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств.

2.3. Санитарная подготовка больного к операции.

В системе лечения и его организации важное место занимает предоперационный период.

Предоперационный период – это период времени с момента госпитализации больного в отделение до начала оперативного вмешательства. Его продолжительность зависит от характера болезни (острая или хроническая), от объема будущей операции, от состояния больного и резервов его организма. Операции, которые выполняются в остром периоде, который непосредственно угрожает жизни больного, проводят после минимального объема предоперационной подготовки. В случае плановых операций предоперационный период длится от нескольких часов до нескольких суток, реже – недель.

Основные задачи предоперационного периода:

- 1) установить диагноз;
- 2) определить показания, срочность и характер операции;
- 3) подготовить больного к операции.

Основная цель предоперационного периода: свести к минимуму риск оперативного вмешательства и возможность развития осложнений после операции.

Предоперационная подготовка больных состоит из общей подготовки (всем без исключения больным) и индивидуальной подготовки органов и систем, в которых выявлены различные нарушения. Индивидуальную подготовку проводят как общепринятыми, так и специальными мероприятиями.

Общая подготовка к плановым операциям включает все исследования, связанные с установлением диагноза, определением функционального состояния органов жизнедеятельности, осложнений основного и сопутствующих заболеваний. При их выявлении назначается медикаментозное лечение, направленное на приведение больного к

состоянию, при котором оптимально подготовлены органы и системы к операции. От предоперационного периода во многом зависит результат будущего хирургического лечения.

Плановые операции целесообразно отложить во время менструаций, при повышении температуры, легкой простуде, появлении гнойников на теле и т.д. Обязательна санация полости рта.

Вечером при отсутствии противопоказаний всем больным ставят очистительную клизму.

Экстренная операция – это оперативное вмешательство, которое выполняется немедленно или через несколько часов с момента госпитализации больного (острый аппендицит, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка и т.д.).

Плановая операция – выполняется лишь после детального обследования и тщательной предоперационной подготовки больного по поводу хронической хирургической патологии.

Таким образом - предоперационный период может быть очень коротким при проведении экстренных операций и относительно растянутым при проведении плановых операций.

В зависимости от того плановая операция или экстренная - различают полную и частичную санитарную обработку больного, которая проводится еще в приемном отделении.

Полная санитарная обработка:

а) подготовка больного к плановому оперативному вмешательству

Перед плановой операцией больной принимает гигиеническую ванну или душ, ему меняют нательное и постельное белье. Тяжелобольным в этом помогает медперсонал. На ночь по назначению врача больному дают снотворное или седативное средства.

б) подготовка операционного поля перед плановым оперативным вмешательством

Утром, приблизительно за 2 ч. до операции, больному бреют волосы сухим способом с помощью станка и нового лезвия. Волосы бреют на большей площади, которая прилегает к месту оперативного вмешательства, потому что может возникнуть потребность расширить разрез или сделать дополнительный. Перед бритьем кожу протирают дезинфицирующим раствором и дают ей подсохнуть. Бритье проводят в санитарной комнате, после чего побритое место обрабатывают спиртом. Эти меры нельзя проводить заранее, поскольку возможно инфицирование полученных в процессе бритья ссадин или царапин. Несколько часов достаточно для превращения их в источник инфекции с развитием со временем послеоперационных осложнений.

Подготовка больного к плановому оперативному вмешательству в день операции

Утром больной умывается, чистит зубы. Зубные протезы вынимают, заворачивают в марлевую салфетку и кладут в тумбочку. На волосистую часть головы надевают шапочку или косынку. Женщинам с длинными волосами заплетают косички.

Непосредственно перед транспортировкой больной должен умыться, почистить зубы, снять зубные протезы, прополоскать рот, освободить нос, мочевого пузыря. Мужчины должны побрить бороду и усы, женщины - снять лак с ногтей.

За 30 минут до операции больному выполняют **премедикацию** (от лат. *pre* – перед; лат. *medikamentum* - лекарство) – медикаментозная подготовка больного к общей анестезии и хирургическому вмешательству. Цель данной подготовки – снижение уровня тревоги пациента, снижение секреции желез, усиление действия препаратов для анестезии):

Перед экстренной операцией больному вводят наркотический анальгетик и атропин (промедол 2% -1,0, атропин - 0,01 мг / кг). По показаниям возможно введение дроперидола или антигистаминных средств.

Перед плановой операцией обычная схема премедикации такая:

1. На ночь накануне операции назначают – снотворный препарат (фенобарбитал - 2 мг / кг) и для полноценного эффекта премедикации транквилизатор(феназепам-0,02мг/кг).

2. За 30 минут до операции вводят внутримышечно наркотический анальгетик - промедол 2% -1,0, антихолинэстеразные препараты - атропин (0,01 мг / кг), антигистаминный препарат - димедрол (0,3 мг / кг).

После премедикации пациента доставляют в операционную, обязательно на каталке в сопровождении медсестры, одетой в чистый халат, шапочку и маску.

Частичная санитарная обработка:

Подготовка больного к экстренному оперативному вмешательству

У больных, которые поступают по экстренным показаниям, объем санитарной подготовки зависит от срочности операции и определяется дежурным врачом. Обязательными мероприятиями являются освобождение желудка с помощью желудочного зонда и бритье волосяного покрова операционного поля.

Техника подготовки кожных покровов больного к экстренной операции.

Перед экстренной операцией больному проводят частичную санитарную обработку.

1. Подложить под больного клеёнку.

2. Губкой, смоченной теплой водой, протирают верхнюю часть тела больного.

В воду можно добавить моющие вещества с антисептическим действием: камфорный спирт, этиловый спирт и т.д.

3. Насухо вытирают обработанные участки тела и прикрывают их.

4. Таким же способом обрабатывают живот, спину и нижние конечности.

Особенно тщательно обрабатывают область операционного поля, проводят его бритье за 0,5-1 ч. до операции.

При наличии раны обработка операционного поля имеет свои особенности. Повязку снимают, рану покрывают стерильной салфеткой, а кожу вокруг раны протирают спиртом и сбывают волосы вокруг сухим способом. Все движения проводятся от раны, чтобы уменьшить степень ее загрязнения. После этого салфетку снимают, кожу снова обрабатывают 70% спиртом, рану накрывают стерильной салфеткой.

РАЗДЕЛ 3. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ.

3.1. Хирургическая операция и послеоперационный период.

Хирургическая операция – это сложная целенаправленная диагностическая или чаще всего лечебная манипуляция, связанная с методическим разъединением тканей, направленным на доступ к патологическому очагу и его ликвидации с дальнейшим восстановлением анатомических связей органов и тканей.

Изменения, которые происходят в организме больных после оперативного вмешательства, чрезвычайно разнообразны и включают функциональные, биохимические и морфологические расстройства любого органа или системы. Они вызваны рядом причин: операционной травмой, кровопотерей, нервным напряжением, голоданием до и после операции, охлаждением, особенно при полостных операциях, изменением соотношения органов и т.д.

Общие клинические проявления в послеоперационном периоде имеют разную степень выраженности: от незначительного повышения температуры и ускорения пульса, легкого ощущения недомогания, потери аппетита до тяжелых терминальных состояний, которые граничат со смертью. Это зависит от сложности и объема хирургической операции, от первоначального состояния здоровья больного, возраста и осложнений которые возникли. Закономерные отклонения от нормальных физиологических процессов чаще всего являются естественным ответом организма на операционную травму и частично не требуют устранения, поскольку система гомеостаза их самостоятельно нормализует. В других же случаях необходимы значительные усилия по их ликвидации, вплоть до временного восстановления функций отдельных органов и систем.

Местным результатом операции является рана, процессы заживления которой подчиняются общебиологическим законам, имеют стадийность и клиническую симптоматику.

Таким образом, послеоперационный период – это период, который связан с заживлением раны и восстановлением сниженных или пострадавших функций органов и систем жизнеобеспечения.

Патофизиологические и биохимические изменения, происходящие в организме в послеоперационном периоде, можно разделить на 4 фазы, которые отвечают клиническим проявлениям:

1. Адреналово-кортикоидная фаза, или фаза напряжения. Длится 1-5 дней.

2. Катаболическая фаза – связанная с распадом травмированных тканей организма (5-9 дней).

3. Фаза анаболизма (10-30 дней) – период, когда происходит регенерация всех процессов.

4. Восстановительная или фаза реабилитации, когда наступает стойкое физиологическое равновесие функций организма

В первой фазе напряжения в ответ на проведенное разрушение тканей и боль развивается возбуждение симпатического отдела нервной системы, усиленное выделение гормонов гипофиза и надпочечников, возникают многочисленные реакции органов. Одна из главных опасностей послеоперационного периода состоит в обезвоживании или гиповолемии.

Больной реагирует на недостаточность воды, ощущение жажды у него незначительное или совсем отсутствует, ясная речь, слизистые оболочки сухие, тургор тканей снижен, черты лица заострены.

К гиповолемии приводят кровопотеря, экссудация жидкости в ткани области оперативного вмешательства (через серозные оболочки), внешние потери жидкости (через органы дыхания, мочевыделение, кожу, обширные раневые поверхности, дренажи, кишечные свищи и т.д.). Парез желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде приводит к значительной миграции жидкости в просвет кишечника и к ограничению потребления её через рот.

Снижение объема циркулирующей крови рефлекторно через барорецепторы вызывает гиперпродукцию антидиуретического гормона задней части гипофиза и увеличение канальцевой реабсорбции, активацию функции коры надпочечников с повышением секреции глюкокортикоидов и минералокортикоидов, а также выделение катехоламинов и ренина. Наступает увеличение частоты сердечных сокращений и спазм периферических сосудов с раскрытием артерио-венозных анастомозов, обеднение микроциркуляции и снижение органного кровотока, то есть развивается биологически целесообразная в данный момент компенсаторная централизация кровообращения.

Снижение органного кровотока в этот период, в состоянии обеспечить лишь самые важные, жизненно необходимые функции организма и может привести к нарушению компенсаторных механизмов при имеющейся патологии. Это является предпосылкой возникновения сердечной, дыхательной, почечной, печеночной недостаточности.

За счет снижения гемоглобина, утраченного вместе с эритроцитами, уменьшается количество кислорода артериальной крови. Усиленное и частое дыхание является реакцией на кислородное голодание.

Наиболее частым вариантом нарушения кислотно-щелочного равновесия в фазе напряжения является метаболический ацидоз. Основной причиной его возникновения служит гипоксия дыхательного, циркуляторного, анемического и гистотоксического генеза.

При нарушениях доставки кислорода, метаболизм клеток перестраивается на путь анаэробного гликолиза, с накоплением ионов за счет образования органических и неорганических кислот (молочная, пировиноградная, мочева, жирные кислоты, аминокислоты). Ослабление легочной вентиляции в послеоперационном периоде приводит к снижению оксигенации крови и накоплению углекислого газа. Нарушение функции почек (снижение почечного кровотока, уменьшение диуреза), расстройство

кровообращения (анемия, гиповолемия, изменения микроциркуляции), гиперкатаболизм как отображение агрессивной реакции организма на операционную травму и стрессовую ситуацию, повышение температуры тела в послеоперационном периоде, создают условия для накопления ионов H^+ и нарушению кислотно-щелочного равновесия.

В фазе напряжения на короткий срок повышается количество сахара в крови. Гипергликемия вызвана полезным гликолизом в связи с активацией симпатoadреналовой системы.

Вследствие кровотечения, разрушения тканей во время операции, плазморрагии и голодания, под влиянием повышенного выделения кортикостероидов наблюдается усиленный распад белков, переход их в углеводы, что приводит к гипопроотеинемии (особенно за счет потери альбуминной фракции), повышенной азотемии и азотурии.

Для второй, катаболической фазы послеоперационного периода, характерно прекращение разрушительных процессов. Частичный и полный некроз тканей в участке операционной раны заканчивается, патологические биохимические процессы проявляются с меньшей интенсивностью.

Снижение возбудимости симпатической системы, связанное с уменьшением патологической импульсации из раны и ослаблением боли, проявляется замедлением пульса, нормализацией дыхания. Перераспределение жидкости из интерстициального пространства в сосудистое русло, вместе с повышением питьевого режима через рот, увеличивает массу крови, уменьшает централизацию, устраняет спазм сосудов. Повышение объема жидкости в организме ведет к оживлению всех обменных процессов. С уменьшением выделения адренкортикотропного гормона, а также глюко- и минералокортикоидов, снижается интенсивность распада белков. Они в значительном количестве начинают поступать как строительный материал в область раны, способствуя ее заживлению.

В третьей фазе анаболизма все восстановительные процессы, которые начались ранее, проявляются в полной мере. Наступает нормализация функций центральной нервной системы, гипофиза, надпочечниковых желез. Распад белков полностью прекращается. Пероральное питание ликвидирует белковый дефицит. Накопление белков активизирует больного, содействует рубцеванию раны.

В четвертой фазе – фазе полного восстановления физиологического статуса – организм возвращается к нормальной деятельности. Достигает первоначального объема мышечная масса, под влиянием инсулина излишек углеводов, накопленный в конце предыдущего периода, превращается в жир. Трудоспособность и физическая сила достигают предоперационного уровня.

Таким образом, в послеоперационном периоде в организме больного происходят сложные закономерные отклонения от нормальных физиологических процессов, вызванные операционной травмой, наркозом, пассивным положением в кровати, ограничением в пищевом и водном

рационе. Эти нарушения, кроме медикаментозной коррекции, требуют мероприятий по организации необходимого выхода из этого состояния.

3.2. Уход за больным в раннем послеоперационном периоде.

После окончания операции больного переключают на каталку, транспортируют в палату и кладут на кровать (рис. 6).

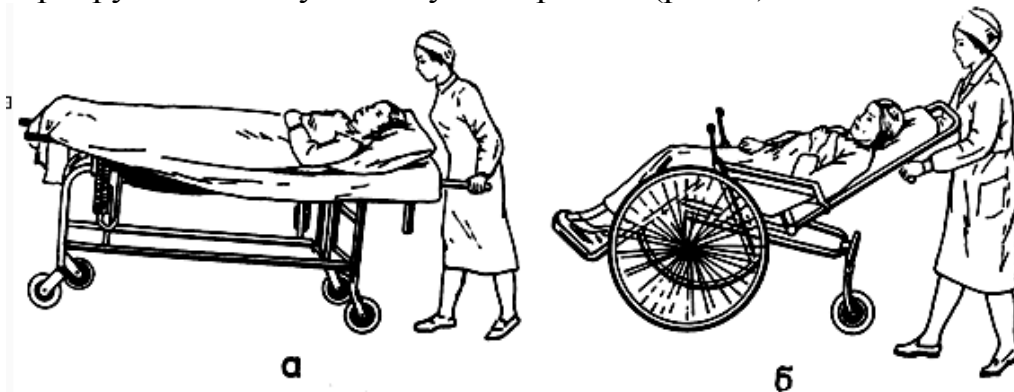


Рис. 6. Транспортировка больного на каталке (а) и кресле-каталке (б).

В зависимости от тяжести состояния, больного можно поместить в послеоперационной или в реанимационной палате с индивидуальным постом. В реанимационной палате должна быть подготовлена аппаратура для предоставления необходимой помощи – аппарат искусственной вентиляции легких, набор для трахеостомии, дефибриллятор, средства для инфузионной терапии, медикаменты (адреналин, эфедрин, хлористый кальций и т.д.). К принятию больного палата должна быть убрана, проветрена, подготовлена чистая, без складок постель, в холодное время года согретая с помощью грелок.

Во время транспортировки в палату, а также до полного пробуждения от наркотического сна, возле больного должна быть сестра-анестезистка или врач-анестезиолог, поскольку в стадии пробуждения, после применения миорелаксантов, может наступить рекураризация с остановкой дыхания или сердечной деятельности.

В этих случаях проводят повторную интубацию трахеи и искусственную вентиляцию легких, а при остановке сердца – закрытый массаж. Лучше всего прооперированного больного положить на **функциональную кровать**, которая позволит придать больному удобное положение, а при ее отсутствии – на щит.

Современные функциональные кровати оборудованы прикроватными тумбочками, штативом для систем внутривенного вливания, секциями для подкладных суден и мочеприемников (рис.7).



Рис. 7. Функциональная кровать.

С целью улучшения притока крови к головному мозгу положение больного в кровати на протяжении первых двух часов должно быть на спине, без подушки, а после выхода из наркоза ему придают положение, которое зависит от характера операции.

Изменение положения тела больного после оперативного вмешательства, допускается лишь с разрешения врача. Наиболее удобное положение на правом боку, при котором облегчается работа сердца, улучшается функция пищеварительного тракта, уменьшается вероятность рвоты. После операции на грудной и брюшной полостях необходимо полусидящее положение, которое предупреждает застойные явления в легких, облегчает дыхание и сердечную деятельность, содействует более быстрому восстановлению функции кишечника. Для того чтобы больные не смещались, в ножной конец кровати, необходимо положить подставку для ног (рис. 8).



Рис. 8. Полусидящее положение больного на кровати с подставкой для ног (положение Фаулера).

Для улучшения дренирования брюшной полости, дугласового пространства, органов малого таза применяют положение с поднятым головным концом - **положение Фаулера**.

Положение Фаулера - можно назвать положением полулежащим и полусидящим. Пациента укладывают в положения Фаулера в следующей последовательности:

- 1) приводят кровать пациента в горизонтальное положение;
- 2) поднимают изголовье кровати под углом 45 – 60 градусов (в таком положении пациент ощущает себя комфортнее, ему легче дышать и общаться с окружающими);
- 3) кладут голову пациента на матрас или низкую подушку, чтобы предупредить сгибающую контрактуру шейных мышц;
- 4) если пациент не в состоянии самостоятельно двигать руками, под них подкладывают подушки для предупреждения вывиха плеча вследствие растягивания капсулы плечевого сустава под влиянием направленной вниз силы тяжести руки и предупреждения сгибающей контрактуры мышц верхней конечности;
- 5) под поясницу пациенту кладут подушку с целью уменьшения нагрузки на поясничный отдел позвоночника;
- 6) под бедро пациента подкладывают небольшую подушку или валик (для предупреждения переразгибания коленного сустава и сдавления подколенной артерии под действием силы тяжести);
- 7) под нижнюю треть голени пациента подкладывают небольшую подушку с целью предупреждения продолжительного давления матраса на пяточную кость;
- 8) ставят опору для стоп под углом 90 градусов, чтобы поддержать их тыльное сгибание и предупредить «провисание».

Положение с поднятым ножным концом кровати (**положение Кларка**) применяют при большой кровопотере, при травматическом и послеоперационном шоке (рис. 9).

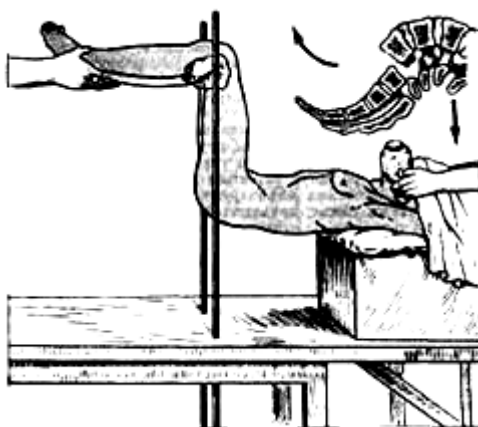


Рис. 9. Положение с поднятым ножным концом кровати (положение Кларка).

После операций на нижних конечностях, последним придают удобное приподнятое положение, размещая их на шинах типа **Беллера** или **Брауна** (рис. 10).

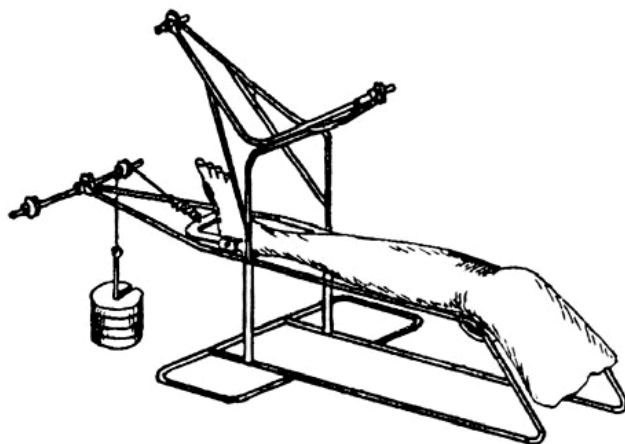


Рис. 10. Положение нижней конечности на шине Беллера.

После операций на позвоночнике, а также после некоторых операций на головном мозге больной занимает положение на животе (**положение Симса**). Положение Симса - это промежуточное положение между положением лежа на животе и лежа на боку (рис. 11). Если операция была на грудном или поясничном отделах позвоночника – под грудную клетку подкладывают мягкий валик.

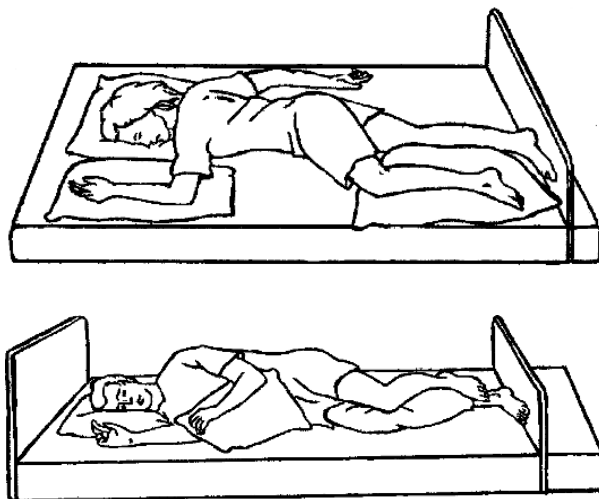


Рис. 11. Промежуточное положение между положением лежа на животе и лежа на боку (**положение Симса**).

Всегда надо помнить, что любое положение больного, даже самое удобное и оптимальное, необходимо как можно раньше и чаще (с разрешения врача) менять, что будет способствовать уменьшению послеоперационных осложнений, повысит общий тонус организма, улучшит кровообращение.

Послеоперационному больному медицинская сестра выполняет все необходимые назначения врача.

Вводят внутримышечно или подкожно обезболивающие средства: первые 3 суток после операции 3 раза в день наркотические анальгетики (растворы промедола, омнопона), а в следующие дни – ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин) по потребности.

3.3. Гигиена тела, белья, выделений больного с постельным режимом.

Если с соблюдением гигиенических мероприятий у больных с общим режимом до операции, функции медицинского персонала сводятся к организации и контролю, то для тяжелых больных с постельным режимом после операции необходима активная помощь по уходу за телом, бельем и осуществлением физиологических отправлений. Больным не разрешается пользоваться своим личным бельем и полотенцами. Если такое разрешение будет предоставлено администрацией больницы, необходимо белье менять и дезинфицировать в установленном для лечебного заведения порядке.

При смене белья большое значение имеет соблюдение принципа разделения грязного и чистого белья. Во время упаковки и транспортировки белья нужно создать условия, не допускающие контаминации чистого белья. Грязное белье собирают в мешки из непроницаемой для бактерий пленки или емкости с крышкой. Сортировку грязного белья проводят вне отделения, в специально отведенных для этого помещениях.

Чистое бельё доставляют только в специальной упаковке. Для транспортировки белья внутри больницы нужно выбирать наиболее короткий и безопасный путь.

После смены белья, пол и предметы в палате протирают дезинфицирующим раствором (сандима 1,5%, триацита 1% с 0,5% раствором моющего средства).

Чаще всего больничное белье подвергается одновременной стирке и дезинфекции. Эта работа проводится в централизованных прачечных, дополнительно обеспеченных дезинфекционными камерами, которые позволяют проводить дезинфекцию матрасов, подушек, ковров, мягкой мебели и т.д.

Камерная дезинфекция имеет большое значение для учреждений здравоохранения, как составная часть противомикробного режима, который необходим не только для эффективной борьбы с инфекционными заболеваниями, но и для защиты населения.

Нательное и постельное белье подвергается стирке в прачечной с кипячением. Пижама, халаты, цветное белье замачивают в дезинфицирующем растворе (0,2% хлорантоина, 5% дезкоцида - 1 час) с дальнейшей стиркой в прачечной.

Носовые платки меняют каждый день, а также стерилизуют кипячением. Допускается вместо платков пользоваться одноразовыми салфетками, которые сразу после употребления складывают в пластиковый мешок и сжигают.

У больных с постельным режимом различают активное, пассивное и вынужденное положения.

Активное положение присуще больным со сравнительно легкими заболеваниями или в начальной стадии тяжелых заболеваний. Больной может самостоятельно менять положение в кровати, садиться, вставать, ходить.

Пассивное положение наблюдается при бессознательном состоянии больного или в случае крайней слабости. Больной неподвижный, в предоставленном положении, голова и конечности свисают под их тяжестью. Тело спадает с подушек до нижнего конца кровати. Такие больные требуют особого наблюдения со стороны персонала. Необходимо время от времени менять положение тела или отдельных его частей, это важно для профилактики осложнений: пролежней, гипостатической пневмонии и т.д.

Вынужденное положение больной принимает для прекращения или ослабления болезненных ощущений (боль, кашель, одышка и др.).

В компетенцию медицинского персонала входит создание для больного функционально выгодного положения, которое способствует выздоровлению и профилактике осложнений. Например, после операции на органах брюшной полости, целесообразно положение с поднятым головным концом и слегка согнутыми коленями, что приводит к расслаблению брюшного пресса и обеспечивает покой операционной ране, благоприятные условия для дыхания и кровообращения.

Для придания больному функционально выгодного положения могут быть использованы специальные подголовники, валики и т.д. Существуют функциональные кровати, которые состоят из трех подвижных секций, что позволяет с помощью ручек плавно и бесшумно придать больному удобное положение в кровати. Ножки кровати обеспечены колесиками для передвижения на другое место.

В хирургическом отделении запрещены для использования деревянные кровати, применяются только металлические, покрытые масляной краской или никелированные, которые удобно протирать и дезинфицировать. Очень важно, чтобы кровать больного была опрятной, сетка хорошо натянута, с ровной поверхностью, сверху сетки кладут матрас без горбов и впадин, а на него чистая простыня, край которой подворачивают под матрас, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки.

Под больных, страдающих недержанием мочи, кала, при значительных выделениях из ран необходимо подкладывать клеенку по всей ширине кровати и хорошо подгибать ее края для предупреждения загрязнения постели. Сверху стелют пеленку, которую меняют по мере надобности, но не реже, чем каждые 1-2 дня. Широко используют памперсы и памперсные пеленки, которые также меняют по мере необходимости.

На подушки обязательно надевают наволочки, а на одеяло пододеяльники. Не разрешается заменять пододеяльник другой простыней.

Смена постельного и нательного белья проводится регулярно, но не реже одного раза в неделю, после гигиенической ванны. В отдельных случаях смена белья проводится дополнительно по мере необходимости. В зависимости от состояния больного существует несколько способов смены постельного и нательного белья. Когда больному позволяют сидеть, его пересаживают из кровати на стул, а младшая медсестра перестилает ему постель.

Смена простыни под тяжелобольным требует от персонала определенных навыков. Если больному разрешено поворачиваться на бок, надо сначала осторожно приподнять его голову и убрать из-под него подушку, а потом помочь больному повернуться на бок. Нужно скатать грязную простыню так, чтобы она в виде валика легла вдоль спины больного, а на место, которое освободилось, нужно положить чистую, так, чтобы наполовину скатанная простыня, также в виде валика, легла рядом с валиком грязной простыни. Потом больному помогают лечь на спину и повернуться на другой бок, после чего он ложится на чистую простыню, повернувшись лицом к противоположному краю кровати. Вытягивают грязную простынь и расправляют чистую (рис. 12).

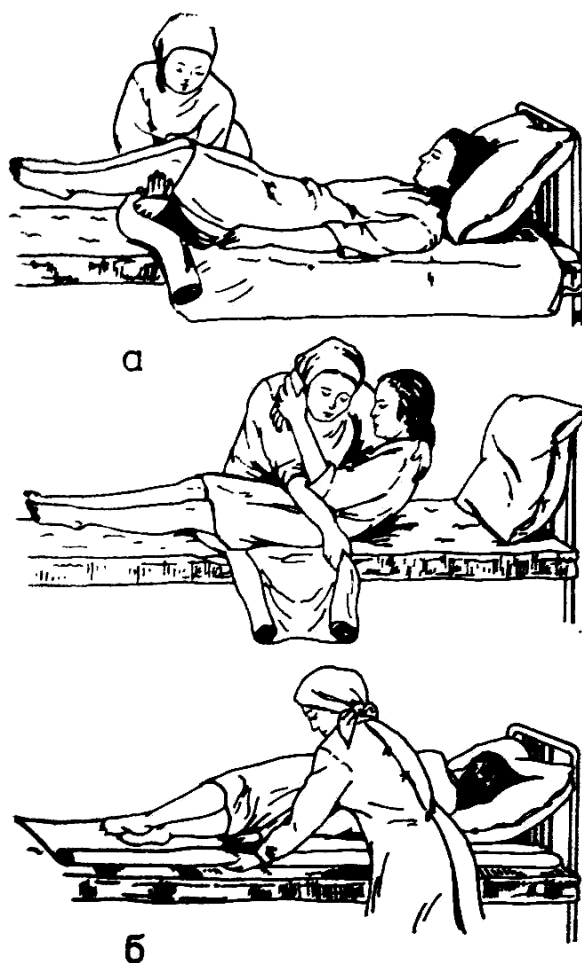


Рис. 12. Смена простыни скатыванием в длину (а) и в ширину (б).

Если больному совсем нельзя двигаться, можно сменить простынь другим способом. Начиная с нижнего края постели, скатывают грязную простынь из-под больного, приподнимая поочередно его голени, бедра и ягодицы. Валик грязной простыни будет находиться под поясницей больного. Свернутую в поперечном направлении чистую простынь кладут на ножной конец кровати и расправляют по направлению к головному концу. Валик чистой простыни окажется рядом с валиком грязной - под поясницей. Потом один из санитаров слегка подводит голову и грудь больного, а другой в то же время убирает грязную простынь, а на её место расправляет чистую.

Оба способа замены простыни могут причинять боль больному, поэтому иногда бывает целесообразнее переложить больного на каталку и переслать кровать, тем более что и в том и другом случае заниматься этим приходится вдвоем. При отсутствии каталки нужно вдвоем переложить больного на край кровати, потом расправить матрас и простынь, после чего переложить больного на убранную половину кровати и то же выполнить с другой стороны.

При смене нательного белья у тяжелых больных, медсестре нужно подложить руки под крестец больного, захватить края рубашки и осторожно подвести ее к голове, потом поднять обе руки больного и скатанную рубашку снять через голову больного. После этого освобождают руки больного. Одевают больного в обратном порядке: сначала надевают рукава рубашки, потом продевают ее через голову и расправляют под больным.

Для тяжелобольных есть специальные рубашки (сорочки), которые легко надевать и снимать. Если у больного повреждена рука, сначала снимают рубашку со здоровой руки, а только потом с больной. Одевают сначала больную руку, а потом – здоровую (рис. 13).

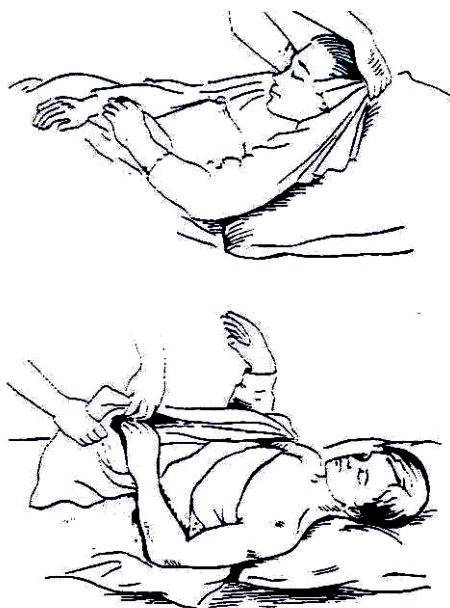


Рис. 13. Смена нательного белья.

У тяжелобольных, которые длительно находятся на постельном режиме, могут появиться различные заболевания кожных покровов: гнойничковая сыпь, лущение, опрелости, язвы, пролежни и прочие.

Необходимо каждый день протирать кожу больных дезинфицирующим раствором: камфорным спиртом, одеколоном, водкой, спиртом наполовину с водой, столовым уксусом (1 столовая ложка на стакан воды) и др. Для этого берут конец полотенца, смачивают дезраствором, слегка отжимают и начинают протирать за ушами, шею, спину, переднюю поверхность грудной клетки и в подмышечных впадинах. Нужно обращать внимание на складки под молочными железами, где у женщин могут образоваться опрелости. Потом насухо вытирают кожу в том же порядке. Больному, находящемуся на постельном режиме, необходимо мыть ноги два или три раза в неделю, поставив на ножной конец кровати таз с теплой водой. При этом больной лежит на спине, младшая медсестра намыливает ему ноги, моет, вытирает, а потом подстригает ногти. Важным элементом ухода за тяжелобольными является профилактика пролежней.

Умывание больных

Медицинская сестра помогает больным умываться с помощью мягкой губки, смоченной в теплой воде. Руки больному нужно мыть утром, перед едой и после любого загрязнения в течение дня, особенно после дефекации и мочеиспускания.

Обработка полости рта

Тяжелые больные не могут самостоятельно чистить зубы, поэтому после каждого приема пищи медсестра должна обработать больному полость рта. Для этого она поочередно с каждой стороны отводит шпателем щеку больному и протирает зубы и язык пинцетом с марлевым шариком смоченным 5% раствором борной кислоты, 2% раствором натрия гидрокарбоната или слабым раствором перманганата калия. После этого больной тщательно прополаскивает рот тем же раствором или просто теплой водой.

Когда тяжелобольному невозможно провести полоскание, ему орошают полость рта с помощью кружки Есмарха, резиновой груши или шприца Жане. Больному придают полусидячее положение, грудь накрывают клеенкой, до подбородка подносят почковидный лоток для оттока промывной жидкости. Медсестра шпателем поочередно оттягивает правую, потом левую щеку, вводит наконечник и орошает полость рта, отмывая при этом струей жидкости частички пищи, зубной налет и т.д.

У тяжелобольных часто возникают воспалительные процессы на слизистой оболочке рта – стоматиты, десен – гингивиты, языка – глосситы, которые проявляются покраснением слизистой оболочки, слюнотечением, изжогой, болью при приеме пищи, появлением язв и неприятного запаха изо рта. У таких пациентов лечебное орошение проводится с применением дезинфицирующих препаратов (0,1% р-р фурациллина, 2% р-р натрия гидрокарбоната, 0,2% р-р калия перманганата). Можно делать аппликации,

путем наложения стерильных марлевых салфеток, смоченных в дезинфицирующем растворе или болеутоляющем средстве на 3-5 минут. Процедуру повторяют несколько раз в день (рис. 14).



Рис. 14. Уход за ротовой полостью.

При сухости губ и появлении трещин в уголках рта не рекомендуется широко открывать рот, притрагиваться к трещинам и срывать корочки которые образовались. Для облегчения состояния больного применяют гигиеническую помаду, губы смазывают любым маслом (вазелиновым, сливочным, растительным и т.д.).

Зубные протезы на ночь снимают, моют их с мылом, хранят в чистом стакане, утром снова промывают и надевают.

Уход за глазами

При появлении гнойных выделений, которые склеивают ресницы, промывают стерильными марлевыми тампонами, смоченными в теплом 3% растворе борной кислоты. Движения тампона проводят в направлении от внешнего края глаза к носу.

Закапывание капель в глаз

Для этого пользуются глазной пипеткой, причем для разных капель должны быть разные стерильные пипетки. Больной запрокидывает голову и смотрит вверх, медсестра оттягивает нижнее веко и не затрагивая ресниц, не поднося пипетку к глазу ближе, чем на 1,5см, закапывает 2-3 капли в конъюнктивальную складку (рис. 15).



Рис. 15. Закапывание глазных капель в конъюнктивальную полость.

Глазные мази закладывают специальной стерильной стеклянной палочкой. Веко больного оттягивают вниз, за него закладывают мазь и мягкими движениями пальцев растирают ее по слизистой оболочке.

Очищение носа

При наличии выделений из носа, их удаляют ватными турундами, вводя их в носовые ходы легкими вращательными движениями. При образовании корочек необходимо заранее закапать в носовые ходы по несколько капель глицерина, вазелинового или растительного масла. Через несколько минут корочки удаляют ватными турундами.

Через ограниченную подвижность, тяжелые больные требуют помощи в осуществлении своих физиологических отправлений. В случае необходимости опорожнения кишечника больному, находящемуся на строгом постельном режиме подают судно, а при мочеиспускании – утку.

Использование судна

Судно может быть металлическим с эмалевым покрытием или резиновым. Резиновое судно применяют для ослабленных больных, при наличии пролежней, при недержании кала и мочи, не следует туго надувать судно, иначе оно будет значительно давить на крестец. Подавая судно в кровать, нужно обязательно подложить под больного клеенку. Перед подачей судно ополаскивают горячей водой. Больной сгибает ноги в коленях, медсестра левую руку подводит сбоку под крестец, помогая больному приподнять таз, а правой рукой помещает судно под ягодицы больного так, чтобы промежность оказалась над отверстием судна. Прикрывают больного одеялом и оставляют одного. После дефекации судно вытягивают из-под больного, его содержимое выливают в унитаз. Судно тщательно промывают горячей водой, а потом дезинфицируют 5% раствором дезкоцида в течение часа (рис. 16).



Рис. 16. Применение судна в кровати.

После каждого акта дефекации и мочеиспускания больных нужно подмыть, поскольку иначе в области паховых складок и промежности возможны мацерация и воспаление кожи.

Подмывание больных

Подмывания проводят слабым раствором перманганата калия или другим дезинфицирующим раствором, температура которого должна быть 30-35°C. Для подмывания нужно иметь кувшин, корнцанг и стерильные ватные шарики. Женщина должна лежать на спине, согнувши ноги в коленях и немного разведя их в бедрах, под ягодицы подкладывают судно. В левую руку медсестра берет кувшин с теплым дезинфицирующим раствором и поливает на внешние половые органы, а корнцангом с затиснутым в нем ватным тампоном проводит движения от половых органов к заднему проходу, то есть сверху вниз. После этого сухим ватным тампоном протирают кожу в том же направлении, чтобы не занести инфекцию из области заднего прохода в мочевого пузыря и на внешние половые органы. Подмывание можно проводить из кружки Есмарха с резиновой трубкой, зажимом и вагинальным наконечником, направляя струю антисептика на промежность. Мужчин подмывать проще. Ватой, зажатой в корнцанг, досуха протирают промежность, смазывают вазелиновым маслом для предупреждения опрелости (рис. 17).

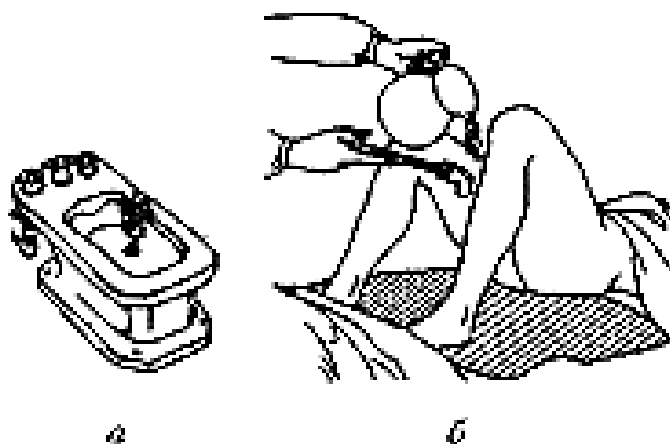


Рис. 17. Подмывание больных с помощью а) биде; б) корнцанга и кувшина.

3.4. Измерение температуры тела и ее регистрация.

Температура тела - один из основных показателей состояния больного, ее уровень может свидетельствовать о характере заболевания, особенности его протекания и потому имеет важное диагностическое и прогностическое значение (в норме температура тела составляет 36,2 - 37,0°C).

Измерение температуры тела - у стационарных больных, как правило, проводится два раза на в сутки: утром - в 6-7 часов и вечером - в 17-18 часов (в ряде случаев для более точного определения колебаний суточной температуры, по назначению врача, температуру тела измеряют каждые 2-3 часа – *порционная термометрия*).

Методика проведения термометрии - наиболее частое измерение осуществляют в подмышечной впадине с использованием **ртутного термометра**:

- кожу подмышечной области тщательно вытирают от пота;
- термометр вынимают из дезраствора, промывают под проточной водой, вытирают насухо и встряхивают до полного перехода ртути из капиллярной трубки в резервуар;
- отводят руку в сторону, резервуар термометра размещают в подмышечной ямке и руку прижимают к туловищу;
- результат термометрии фиксируют после 10-минутной экспозиции;
- у детей нередко термометрию проводят в паховой складке или ротовой полости. В наше время в медицинской практике довольно широко применяются **электрические термометры**, работа которых основана на принципах термопары:
- измерение температуры тела с помощью электротермометра проводят путем прикладывания его к определенной части тела;
- экспозиция в пределах 10-15 секунд, после чего на экране термометра появляется температура тела с точностью до десятых частиц градуса;
- преимущества таких термометров в том, что на протяжении короткого времени можно измерить температуру разных участков тела, а это важно для диагностики ряда заболеваний.

Лихорадка и ее виды

Повышение температуры тела свыше $37,0^{\circ}\text{C}$ называют **лихорадкой** (*febris*). В зависимости от уровня колебаний температуры тела выделяют несколько типов лихорадки:

- а) постоянная лихорадка (*febris continue*)**, при которой различие между максимальной и минимальной температурой не превышает 1°C ;
- б) ремиттирующая лихорадка (*febris remittens*)**, которая характеризуется колебаниями температуры свыше 1°C ;
- в) гектическая лихорадка (*febris hectica*)** - разновидность лихорадки, при которой колебание между утренней и вечерней температурой тела достигают $3-4^{\circ}\text{C}$ и больше;
- г) перемежающаяся лихорадка (*febris intermittens*)**, для которой характерно периодическое чередование на протяжении суток высокой температуры тела с нормальной или даже сниженной;
- д) обратная лихорадка (*febris reccurens*)** характеризуется чередованием периодического повышения температуры на протяжении нескольких дней, а потом снижением ее до нормальных или субнормальных цифр;
- е) волнообразная лихорадка (*febris undulans*)**, для которой характерно ежедневное постепенное повышение температуры до высоких цифр со следующим постепенным снижением ее до нормы, этой лихорадке присуща цикличность таких колебаний;
- ж) извращенная лихорадка (*febris inversus*)** характеризуется повышением температуры тела в утренние часы и снижением ее в вечернее время;

з) **неправильная лихорадка (*febris irregularis*)** проявляется отсутствием любой закономерности температурных колебаний;

и) **кризис(*crisis*)** - резкое снижение температуры тела с высоких цифр к нормальным или субнормальным;

к) **лизис (*lisis*)** - постепенное снижение температуры тела с высоких цифр к нормальным или субнормальным.

Уход за больными с лихорадкой:

1) больные с лихорадкой истощаются быстрее других, поэтому они нуждаются в большем внимании;

2) при стабилизации температуры на высоких цифрах у больных появляется сухость во рту, головная боль, сердцебиение, жажда; у таких больных могут наблюдаться галлюцинации, бред, потеря сознания, нарушение дыхания, изменение артериального давления и т.д.;

3) при гипертермии (39-40°C и выше), кроме выполнения врачебных назначений, целесообразно применять холодный компресс на голову или прикладывать пузырь со льдом ко лбу;

4) с появлением бреда, галлюцинаций, психического и физического возбуждения у больного, необходимо срочно вызвать врача;

5) для больных с лихорадкой важное значение имеет постоянный контроль за состоянием сердечнососудистой (пульс, АД) и дыхательной систем (частота и ритм дыхания);

6) кормление больных с лихорадкой нужно проводить малыми порциями в то время, когда температура тела относительно низкая (утро и день);

7) особенно тщательный надзор необходим за больными в период критического снижения температуры, при котором может наблюдаться падения сосудистого тонуса (коллапс), снижение артериального давления, уменьшение суточного количества мочи (олигурия), развитие кислородного голодания тканей (гипоксия), которое проявляется цианозом или акроцианозом;

8) при развитии указанной ситуации необходимо обеспечить согревание больного, улучшить кровоснабжение головного мозга (поднять ножной конец кровати), при повышенной потливости систематически менять нательное и постельное бельё;

9) при внезапном ухудшении состояния больного срочно пригласить дежурного врача.

3.5. Техника внутрикожных, подкожных, внутримышечных, внутривенных инъекций. Уход за вазофиксом.

а) **внутрикожные инъекции** применяют с диагностической и профилактической (введение вакцин) целью.

Техника внутрикожной инъекции:

- место инъекции чаще всего - медиальная поверхность предплечья, реже - участок спины, перикардиальная область;

- кожу дважды протирают стерильным шариком смоченным спиртом;
- тонкой иглой прокалывают кожу под острым углом таким образом, чтобы острое иглы попало под ее роговой слой;
- медленным нажатием на поршень шприца вводят 0,1-0,2 мл препарата;
- иглу вытягивают и кожу снова протирают спиртом;

б) подкожные инъекции

- применяются в тех случаях, когда возникает необходимость введения лекарственного препарата в организм;
- основные места для подкожных инъекций: внешняя поверхность плеча, переднебоковая поверхность бедра, подлопаточный участок.

Техника подкожной инъекции:

- кожу в месте инъекции дважды протирают стерильным шариком, смоченным спиртом;
- левой рукой (первым и вторым пальцами) кожу в месте инъекции собирают в складку;
- энергичным движением прокалывают кожу в основании складки, вводят иглу в подкожную клетчатку на глубину 1,5-2,0см и медленно вводят инъекционный раствор;
- быстрым движением вытягивают иглу и место укола протирают ватным шариком, смоченным в этиловом спирте, который прижимают на несколько минут к месту укола;
- при введении масляных растворов (камфора, тестостерон-пропионат и т.д.) их предварительно подогревают в нераскрытой ампуле;

в) внутримышечные инъекции - являются распространенным видом инъекционного введения лекарственных препаратов, потому что мышцы имеют широкую сеть кровеносных и лимфатических сосудов, которая способствует более быстрому и полному всасыванию введенного препарата. Чаще всего внутримышечные инъекции проводят в верхне-наружный квадрант ягодицы, реже - в мышцы бедра (передняя поверхность).

Техника внутримышечной инъекции:

- больной лежит на животе (если инъекция в седалищный участок) или на спине (если инъекция в мышцы бедра);
- после обработки кожи этиловым спиртом большим и указательным пальцами левой руки растягивают кожу в месте инъекции;
- быстрым движением вводят иглу в мышцу на всю ее длину (5-6см);
- подтягивая поршень шприца в обратном направлении, проверяют, не попала ли игла в кровеносный сосуд (появление крови в шприце);
- с появлением крови в шприце иглу вытягивают и проводят инъекцию в другом месте;
- при отсутствии крови в шприце, медленно вводят дозу препарата и быстрым движением вытягивают иглу;
- к месту инъекции прикладывают ватный шарик смоченный этиловым спиртом и прижимают его на протяжении нескольких минут;

г) внутривенные инъекции - применяются с целью быстрого введения в организм больного лекарственных препаратов и их оптимального действия на патологический очаг:

- применяются при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях, экстремальных ситуациях и внезапном ухудшении состояния больного;

- для внутривенных инъекций применяют, как правило, шприцы емкостью 10-20 мл;

- чаще всего для внутривенных инъекций используют вену локтевого сгиба, но могут быть использованы вены тыла кисти и тыла стопы, яремная вена, бедренная вена.

Техника внутривенной инъекции:

- больной лежит на спине или сидит на стуле, а рука разогнута в локтевом суставе и расположена на ровной поверхности;

- на среднюю треть плеча накладывают резиновый жгут таким образом, чтобы были пережаты вены, но сохранен артериальный приток крови;

- для лучшего наполнения вен больному предлагают несколько раз сжать и разжать кулак;

- кожу локтевого сгиба обрабатывают ватным тампоном, смоченным этиловым спиртом;

- пальцами левой кисти кожу над периферическим отрезком вены смещают в направлении кисти, а правой рукой берут шприц таким образом, что второй палец расположен на муфте иглы, пятый палец придерживает поршень, а другие пальцы удерживают цилиндр шприца;

- инъекционную иглу размещают над веней или рядом с ней под углом 30-40° к поверхности кожи и осторожно прокалывают кожу, продвигая иглу на 1,0-1,5 см под кожей;

- иглу располагают над веней, плавным движением прокалывают стенку вены, которая ощущается тактильно, а также определяется по поступлению крови в муфту иглы;

- после прокола стенки вены, иглу продвигают в просвет вены на 0,5-1,0 см и осторожным обратным движением поршня проверяют положение иглы: если игла в вене - в шприц поступает кровь;

- осторожно снимают жгут и медленным нажатием на поршень вводят раствор в вену;

- после окончания инъекции, шприц с иглой быстро вытягивают из вены, на место пункции вены кладут ватный шарик смоченный этиловым спиртом и руку сгибают в локтевом суставе на 3-5 минут (для полной остановки кровотечения);

д) внутривенные вливания применяются в тех случаях, когда возникает необходимость во введении значительных количеств растворов на протяжении длительного времени (от нескольких часов до нескольких суток):

- для проведения внутривенных вливаний используют одноразовую стерильную систему, которая состоит из пластиковой трубки с капельницей, на концах трубки есть иглы для венепункции и прокола пробки флакона, а также камера для воздуха с иглой и фильтром;

- перед началом внутривенного вливания раствора необходимо присоединить систему к флакону и заполнить ее инфузионным раствором.

Подготовка системы для внутривенного вливания:

- пробка на флаконе протирается ватным тампоном, смоченным этиловым спиртом;

- через прокол пробки во флакон вводится игла от системы и игла воздуховода;

- флакон переворачивают пробкой вниз и устанавливают в штатив;

- частично открывают зажим и заполняют раствором верхний отрезок трубки и капельницу на 1/3 объема;

- конец трубки опускают над лотком и полностью заполняют раствором трубку, следя за тем, чтобы в ней не осталось пузырьков воздуха, после чего закрывают зажим.

Система заполнена и готова для внутривенных вливаний.

Техника внутривенного вливания:

- проводится венепункция или катетеризация вены, игла фиксируется на коже с помощью лейкопластыря;

- заполненная система соединяется с иглой или катетером;

- с помощью зажима регулируется необходимая скорость инфузии (чаще всего 40-60 капель в минуту, реже - струйно);

- при необходимости переливания нескольких флаконов раствора, следят за тем, чтобы при замене флакона система оставалась полностью заполненной инфузионной жидкостью;

- после завершения внутривенной инфузии закрывают зажимом трубку, вытягивают иглу из вены, на место пункции кладут ватный шарик смоченный этиловым спиртом и руку сгибают в локтевом суставе на 3-5 минут (для полной остановки кровотечения).

При проведении внутривенных капельных или струйных инфузий, больной должен находиться под наблюдением медицинского персонала. Необходимо следить за общим состоянием больного, при необходимости измерять частоту пульса, дыхания, артериальное давление.

При ухудшении состояния больного во время инфузии, нужно немедленно прекратить дальнейшее введение раствора путем перекрытия трубки зажимом и срочно пригласить врача.

Уход за вазофиксом, техника постановки вазофикса, уход за подключичным катетером.



Рис. 18. Внешний вид вазофикса.

При катетеризации вен преимущество нужно отдавать современным тефлоновым и полиуретановым катетерам (рис. 18).

Их применение существенно снижает частоту осложнений и при качественном уходе срок их эксплуатации значительно выше. Наиболее часто причиной возникновения осложнений при катетеризации периферических вен, является отсутствие практических навыков у персонала, нарушение методики постановки венозного катетера и ухода за ним.

Это во многом обусловлено отсутствием у медицинского персонала общепринятых стандартов катетеризации периферических вен и ухода за катетером.

Стандартный набор для катетеризации периферической вены (рис. 19) включает в себя стерильный лоток, стерильные шарики смоченные антисептиком, стерильные салфетки, лейкопластырь, периферические внутривенные катетеры нескольких размеров, жгут, стерильные перчатки, ножницы, бинт.



Рис. 19. Стандартный набор для катетеризации периферической вены.

Постановка периферического катетера

Начинают с обеспечения хорошего освещения места манипуляций. Затем руки тщательно моют и высушивают. Собирают стандартный набор для катетеризации вены, при этом в наборе должны быть несколько катетеров разных диаметров. Накладывают жгут на 10-15см выше предполагаемого места катетеризации.

Выбирают вену путем пальпации. Подбирают катетер оптимального размера, учитывая размер вены, необходимую скорость введения, график внутривенной терапии. Повторно обрабатывают руки, используя антисептик, надевают перчатки.

Место катетеризации обрабатывают кожным антисептиком на протяжении 30-60сек. и дают подсохнуть.

Не следует пальпировать вену повторно! Зафиксировав вену (ее прижимают пальцем ниже предполагаемого места введения катетера), берут катетер необходимого диаметра и снимают с него защитный чехол. Если на чехле расположена дополнительная заглушка, чехол не выбрасывают, а держат между пальцами свободной руки.

Катетер вводят на игле под углом к коже 15 °, наблюдая за индикаторной камерой. При появлении в ней крови, уменьшают угол наклона иглы-стилета и на несколько миллиметров вводят иглу в вену. Зафиксировав иглу-стилет, медленно до конца сдвигают канюлю с иглы в вену (иглу-стилет пока не удаляют полностью из катетера). Снимают жгут.

Нельзя вводить иглу в катетер после смещения его с иглы в вену! Пережимают вену, чтобы уменьшить кровотечение, и окончательно удаляют иглу из катетера. Иглу утилизируют с учетом правил безопасности. Снимают крышку с защитного чехла и закрывают катетер или присоединяют инфузионную систему. Катетер фиксируют на коже с помощью лейкопластыря.

Правила ухода за катетером

Каждое соединение катетера - это ворота для проникновения инфекции. Нужно избегать многократного прикосновения руками к инструментарию.

Рекомендуют чаще менять стерильные заглушки, никогда не пользоваться заглушками, внутренняя поверхность которых могла быть инфицирована.

Сразу после введения антибиотиков, концентрированных растворов глюкозы, препаратов крови, катетер промывают небольшим количеством физиологического раствора. Чтобы предупредить тромбоз и продлить срок функционирования катетера в вене, катетер рекомендуют промывать физиологическим раствором дополнительно между инфузиями. После инфузии необходимо сделать **“гепариновую заглушку”**.

Гепариновый блок - это когда люмен трубы катетера заполнен раствором гепарина в разведении 1:100, после введения раствора катетер

необходимо «заглушить» (навинтить заглушку на катетер). Это препятствует обратному движению крови и образованию сгустков в трубе катетера.

Среди осложнения после катетеризации вен выделяют: механические (5-9%), тромботические (5-26%), инфекционные (2-26%).

Нужно следить за состоянием фиксирующей повязки и менять ее при необходимости, а также регулярно осматривать место пункции, чтобы как можно раньше выявить осложнение. При появлении отека, покраснения, местного повышения температуры, непроходимости катетера, а также при болезненных ощущениях, сестра удаляет катетер и сообщает врачу.

При смене лейкопластырной повязки запрещается пользоваться ножницами, потому что можно отрезать катетер, в результате чего он попадет в кровеносное русло. Место катетеризации рекомендуют менять каждые 48- 72 часа. Для удаления венозного катетера необходимы лоток, шарик смоченный антисептиком, бинт, ножницы.

3.6. Уход за послеоперационной раной.

Операция является важнейшим этапом в лечении хирургических больных, при выполнении которой происходит рассечение тканей, направленное на доступ к патологическому очагу с целью его ликвидации. В результате появляется рана, которая характеризуется тремя самыми важными симптомами: зияние, боль, кровотечение.

Организм владеет завершенным механизмом, направленным на заживление раны, который получил название раневого процесса. Цель его в ликвидации дефекта тканей и купировании перечисленных симптомов. Процесс этот является объективной реальностью и происходит самостоятельно, проходя в своем развитии три фазы: воспаление, регенерация, реорганизация рубца.

Первая фаза раневого процесса – **воспаление** – направлена на очищение раны от нежизнеспособных тканей, посторонних тел, микроорганизмов, сгустков крови и т.д. Клинически эта фаза имеет симптомы характерные для воспаления: боль, гиперемия, отек, нарушение функции, повышение температуры.

Постепенно эти симптомы стихают и на место первой приходит **Вторая фаза - регенерации**, цель которой состоит в заполнении дефекта раны молодой соединительной тканью. В конце этой фазы начинаются процессы констрикции (стягивания краев) раны за счет волокнистых соединительнотканых элементов и краевой эпителизации. **Третья фаза** раневого процесса – **реорганизация рубца** – характеризуется его укреплением и полной эпителизацией раневой поверхности.

Результат при хирургической патологии во многом зависит от правильного наблюдения и ухода за послеоперационной раной. Процесс заживления раны абсолютно объективный и отработан до совершенства самой природой.

Однако существуют причины, которые препятствуют раневому процессу, тормозят нормальное заживление раны.

Наиболее частой и опасной причиной, которая усложняет и замедляет биологию раневого процесса, является появление инфекции в ране. Именно в ране микроорганизмы находят наиболее благоприятные условия обитания с необходимой влажностью, комфортной температурой, большим количеством питательных продуктов. Клинически развитие инфекции в ране проявляется ее нагноением. Борьба с инфекцией требует значительного напряжения сил макроорганизма, времени, всегда есть риск развития генерализованной инфекции и других тяжелых осложнений.

Инфицированию раны способствует зияние, поскольку рана открыта для попадания в нее микроорганизмов. С другой стороны, значительные дефекты тканей требуют больше пластических материалов и больше времени для их устранения, что также увеличивает сроки заживления раны.

Таким образом, содействовать быстрому заживлению раны можно путем предупреждения ее инфицирования и путем ликвидации зияния. У большинства больных зияние устраняется во время операции, восстановлением анатомических взаимоотношений, путем послойного зашивания раны.

Уход за раной в послеоперационном периоде сводится, прежде всего, к предупреждению ее микробного загрязнения вторичной госпитальной инфекцией. Это достигается четким выполнением хорошо разработанных правил асептики.

Профилактика контактной инфекции достигается стерилизацией всех предметов, которые могут соприкасаться с поверхностью раны. Стерилизации подлежат хирургические инструменты, перевязочный материал, перчатки, операционное белье, растворы и т.д.

Непосредственно в операционной, после наложения швов на рану, ее обрабатывают раствором антисептика (спирт 96%, хлоргексидина биглюконат 0,5-1%, стерилиум 1%, раствор дегмицида 1%, раствор первомура 2,4%) и накрывают стерильной повязкой, которая плотно и надежно фиксируется путем бинтования или с помощью клея, лейкопластыря. Если в послеоперационном периоде повязка сбилась или пропиталась кровью, лимфой и т.д., нужно немедленно проинформировать врача-куратора или дежурного врача, который после осмотра дает указание заменить повязку.

Понятие о повязке

Десмургия - учение о повязках и методах их наложения. Слово «десмургия» произошло от греческих слов: desmos - повязка и ergos - дело.

Повязка - это перевязочный материал, пропитанный лекарственным веществом или без него и закреплённый на повреждённом участке тела с лечебной целью на определенное время. Повязка состоит из следующих элементов: - перевязочного материала: изделий из марли (тампоны, турунды, салфетки, шарики), ваты;

- лекарственных веществ, которыми пропитывается перевязочный материал;

- материала для закрепления повязки (бинт, марля, косынка, пластырь, клеол и др.).

Основные современные перевязочные материалы

В качестве перевязочного материала используют марлю и изделия из неё (шарики, тампоны, турунды, салфетки, бинты), вату (белую и серую), хлопковую и льняную ткань, лигнин.

Марлю получают из рыхлой обезжиренной хлопчатобумажной ткани, способной всасывать жидкость. Из гигроскопичной марли изготавливают большие и малые салфетки, тампоны, турунды, шарики и бинты. Перед использованием перевязочный материал стерилизуют.

Салфетки представляют собой квадратные куски марли разной величины, сложенные в несколько раз, с завернутыми внутрь краями (чтобы в рану не попали нитки). Салфетки, смоченные лекарственным веществом, прикладывают к ране с лечебной целью, а без лекарства - с защитной целью.

Тампоны представляют собой длинные полоски марли различной ширины, также с завернутыми внутрь краями, их вводят в раны для остановки кровотечения или для улучшения оттока содержимого из раны.

Турунды (разновидность тампонов) представляют собой длинные тонкие полоски марли с завернутыми внутрь краями. Турунды используют так же, как и тампоны, в небольших ранах.

Марлевые шарики представляют собой небольшие кусочки марли с завернутыми внутрь краями, сложенные в виде 3-4-угольной пластинки или комочка. Марлевые шарики используют для обработки и осушения поверхности раны и обработки её краёв.

Бинты - это скатанные полоски марли разной длины и ширины, служащие для закрепления повязки. Бинты также применяют для фиксации иммобилизирующих повязок (гипсовых, транспортных шин).

Вата - перевязочный материал, который готовится из хлопка. Вата бывает белая гигроскопичная, то есть с высокой всасывающей способностью, благодаря чему увеличивается поглощающие свойства повязки. Серая или компрессная, вата негигроскопична - применяется в хирургии как мягкая подкладка при наложении шин и гипсовых повязок, а также как материал, задерживающий тепло (согревающий компресс).

Лигнин - перевязочный материал, приготовленный фабричным путём из древесины. Он обладает хорошей поглащающей способностью.

Перевязочный материал должен обладать следующими свойствами:

- гигроскопичностью;
- эластичностью;
- не раздражать ткани больного;
- хорошо подвергаться обработке;
- должен быть дешёвым (чтобы был в достаточном количестве).

В зависимости от характера повреждения или заболевания применяют различные повязки.

Правила бинтования

Правильно наложенная повязка полностью закрывает поврежденный участок тела, не нарушает кровообращения и удобна для больного. При наложении повязки необходимо, чтобы больной находился в удобном для него положении, без напряжения. Часть тела, которая подлежит бинтованию, должна быть неподвижна, легко доступна для бинтования и находиться в том положении, в котором она будет после наложения повязки. При бинтовании необходимо наблюдать за больным, чтобы видеть его реакцию (боль, чрезмерное сдавливание и т.д.). Бинтование проводят открытым бинтом, слева направо по ходу часовой стрелки, начиная с закрепляющего тура бинта. Головку бинта катят в одном направлении, не отрывая от бинтуемой поверхности так, чтобы каждый дальнейший тур прикрывал на половину или на две трети предыдущий. Бинтование начинают с периферии конечности, одной рукой раскатывают бинт, а другой удерживают и расправляют туры бинта. В ряде случаев, для плотного прилегания повязки, необходимо через каждые 2-4 оборота бинта перекручивать его, особенно при бинтовании предплечья и голени. Конец бинта закрепляют на стороне противоположной месту поражения так, чтобы узел не мешал больному.

При любой перевязке (снятие прежде наложенной повязки, осмотр раны и лечебные манипуляции на ней, наложение новой повязки) раневая поверхность остается открытой и более или менее продолжительное время соприкасается с воздухом, а также с инструментами и другими предметами, которые используются при перевязках. Тем временем, воздух перевязочных содержит значительно больше микробов, чем воздух операционных, а нередко и других помещений больницы. Связано это с тем, что в перевязочных постоянно циркулирует большое количество людей: медперсонал, больные, студенты. Надевание маски при перевязках обязательно для предупреждения попадания на раневую поверхность капельной инфекции с брызгами слюны, кашлем, дыханием.

Дренаживание ран. После большинства операций рану зашивают наглухо. Изредка между краями раны оставляют дренажную трубку или полоску резины из перчатки. Иногда дренаж выводят через отдельный прокол кожи в стороне от линии швов. Дренаживание раны проводится с целью удаления в послеоперационном периоде раневого секрета, остатков крови и лимфы, с целью профилактики нагноения раны. Наиболее часто дренаживание чистых ран выполняется после операций на молочной железе, когда происходит повреждение большого количества лимфатических сосудов или после операций по поводу гигантских грыж, когда после удаления больших грыжевых мешков остаются карманы в подкожной клетчатке.

Различают три основных вида дренирования: пассивное, активное, проточно-промывное.

• **Пассивное дренирование:**

- дренирование по принципу сообщающихся сосудов, дренаж должен находиться в нижнем углу раны, а второй свободный конец - ниже раны;
- в качестве дренажей используются полихлорвиниловые трубки, резиновые полоски, перчаточные-трубчатые дренажи;
- на конце трубок, которые вводятся в рану, делают дополнительно несколько отверстий для лучшего дренирования;

• **Активное дренирование:**

- возможно при герметичном закрытии раны;
- к внешнему концу дренажа присоединяется специальная пластмассовая гармошка, резиновая гармошка или электрический отсос, с помощью которых проводится аспирация раневой жидкости;

• **Проточно-промывное дренирование:**

- рана дренируется не менее чем двумя дренажами;
- по одному или нескольким из них постоянно на протяжении суток осуществляется введение в полость раны диализирующей жидкости, а по другому (одному или нескольким дренажам) промывная жидкость вытекает;
- введение жидкости в дренаж проводится методом капельных вливаний и при этом необходимо следить за полным оттоком жидкости из раны.

Необходимо внимательно следить за состоянием повязки, которая должна оставаться сухой и не загрязнять белье и мебель в палате. Повязки часто приходится подбинтовывать и менять. Другим важным признаком раны является боль, которая возникает вследствие органического поражения нервных окончаний и сама по себе вызывает функциональные нарушения в организме. Интенсивность боли зависит от характера раны, ее размера и локализации. Больные по-разному воспринимают боль и индивидуально реагируют на нее.

Интенсивная боль может быть пусковым моментом коллапса и развития шока. Сильная боль обычно поглощает внимание больного, мешает спать ночью, ограничивает подвижность больного, в ряде случаев вызывает ощущение страха смерти.

Борьба с болью является одной из необходимых задач послеоперационного периода. Кроме назначения медикаментозных препаратов с этой же целью используются элементы непосредственного действия на очаг поражения.

На протяжении первых 12 часов после операции на область раны кладут пузырь со льдом. Местное действие холода имеет анальгезирующий эффект. Кроме того, холод вызывает сокращение сосудов кожи и прилегающих тканей, что способствует тромбообразованию и предупреждает развитие гематомы в ране.

При уходе за повязкой, в тех случаях, когда повязка сползла, медицинская сестра должна ее поправить. Если повязка быстро промокает кровью, перебинтовывать сама не имеет права, необходимо вызвать врача.

На следующий день после операции необходимо сделать перевязку раны. При благоприятном течении послеоперационного периода перевязку проводят редко, чтобы не травмировать грануляции. Швы снимают в два этапа, чаще всего на 7-8 день, при некоторых операциях – на 11-12 день.

Функционально выгодное положение

Для уменьшения боли, очень важно после операции придать пораженному органу или участку тела правильное положение, при котором добиваются максимального расслабления мышц и функционального комфорта для органов.

После операций на органах брюшной полости функционально удобно положение с приподнятым головным концом и слегка согнутыми коленями, это способствует расслаблению брюшного пресса и обеспечивает покой операционной ране, способствует дыханию и кровообращению.

Оперированные конечности должны находиться в средне-физиологическом положении, которое характеризуется уравниванием действия мышц-антагонистов. Для верхней конечности таким положением является отведение плеча до угла 60° и сгибание до $30-35^\circ$, угол между плечом и предплечьем должен составлять 110° . Для нижней конечности сгибания в коленном и тазобедренном суставах проводится до угла 140° (рис.20).

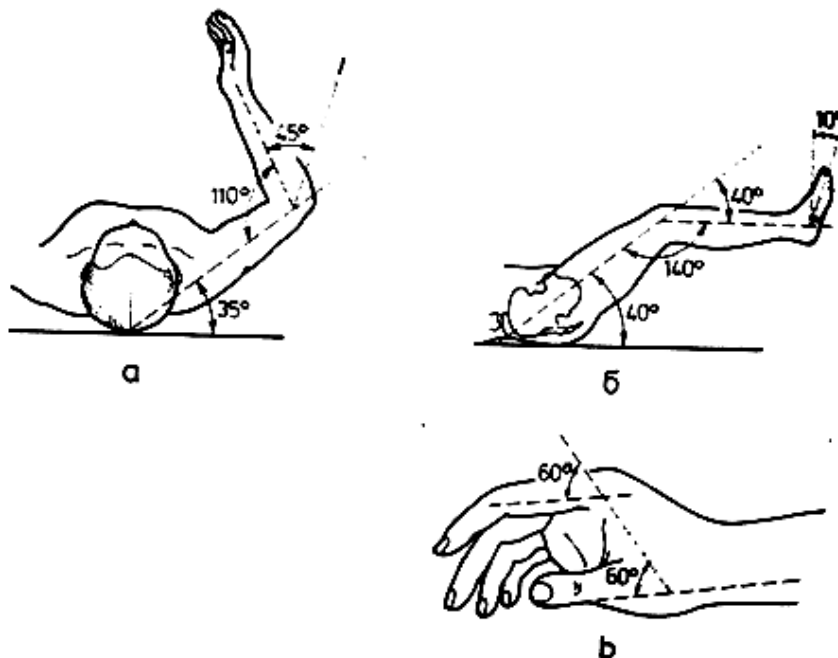


Рис. 20. Средне - физиологическое положение конечностей при наложении повязки: а - для плечевого и локтевого суставов; б - для тазобедренного, коленного и голеностопного суставов; в - для лучезапястного сустава.

3.7. Системный уход за больными в раннем послеоперационном периоде.

Уход за сердечно-сосудистой системой

В ранний послеоперационный период медицинская сестра измеряет пульс и давление больному каждый час. При измерении пульса обращают внимание на его частоту, ритмичность, наполнение и напряжение. Необходимо помнить, что повышение температуры тела больного на 1°C сопровождается ускорением пульса на 8-10 уд/мин. Если у оперированного частота пульса опережает температуру или температура снижается, а пульс учащается, это указывает на неблагоприятное течение послеоперационного периода.

После операции у больного может развиваться коллапс – острая сосудистая недостаточность. Больной бледный, конечности холодные, значительная тахикардия, артериальная гипотензия.

Последовательность действий сестры при коллапсе:

1. Немедленно вызвать врача.
2. Обеспечить больному строгий покой, горизонтальное положение в кровати, без подушки, с несколько поднятыми ногами.
3. Укрыть больного одеялом, к ногам приложить теплые грелки.
4. Обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляцию кислорода.
5. Подготовить необходимые лечебные средства: строфантин, мезатон, флакон с физиологическим раствором, шприц.

Уход за желудочно-кишечным трактом

После любой операции под наркозом больному не разрешается пить 2-3ч. После операции на органах пищеварения пить не разрешается значительно дольше (например, после операции на желудке – 1-2 суток). Больному можно смачивать полость рта небольшими порциями кипяченой воды с лимоном. Для профилактики стоматита ротовую полость обрабатывают раствором калия перманганата (1:5000), 2% раствором борной кислоты. Для усиления слюноотделения рекомендовано сосать лимон. При выраженной сухости языка его смазывают смесью глицерина с лимонным соком или раствором лимонной кислоты. Если больной самостоятельно не может присматривать за полостью рта, медсестра должна помочь ему почистить зубы.

Очень часто после операций на ЖКТ возникает вздутие кишечника. В таком случае необходимо ввести больному газоотводную трубку. Также по назначению врача могут проводиться гипертонические или сифонные клизмы. Первое самостоятельное отхождение газов, а также появление перистальтики являются благоприятными признаками. Частым проявлением осложнений послеоперационного периода со стороны органов пищеварения является рвота.

Медицинский персонал должен помочь больному справиться с этим осложнением.

Последовательность действий медсестры при рвоте (рис.21).

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Если позволяет состояние больного, необходимо его посадить и надеть на него клеёнчатый фартук.
3. Подставьте к ногам таз или ведро.
4. Придерживайте при рвоте голову больного, положив ладонь ему на лоб.
5. После окончания рвоты дайте больному прополоскать рот водой и вытрите ему лицо полотенцем.
6. Оставьте рвотные массы до прихода врача.

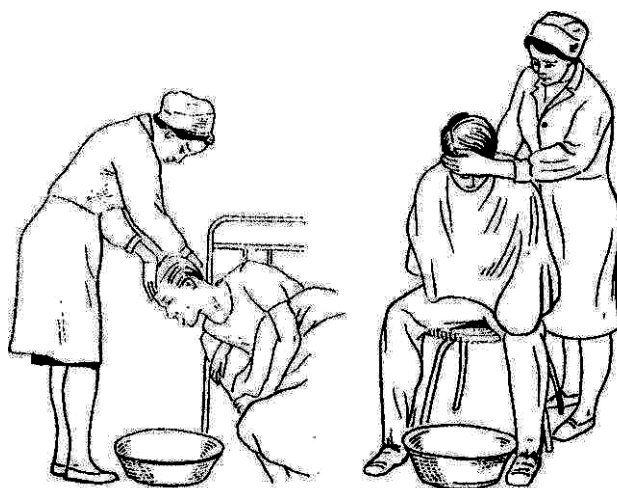


Рис. 21. Помощь медсестры больному при рвоте.

Если больной находится в бессознательном состоянии или состояние его настолько тяжелое, что его нельзя посадить, последовательность действий медсестры при рвоте такая (рис. 22):

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Поверните больного на бок, а если это противопоказано, поверните голову больного на левый бок для предупреждения аспирации рвотных масс.
3. Шею и грудную клетку прикройте полотенцем.
4. Подставьте ко рту больного почковидный лоток или таз.
5. После каждого акта рвоты обработайте полость рта водой или 2% раствором натрия гидрокарбоната, при необходимости удалите остатки рвотных масс изо рта с помощью грушевидного баллона.

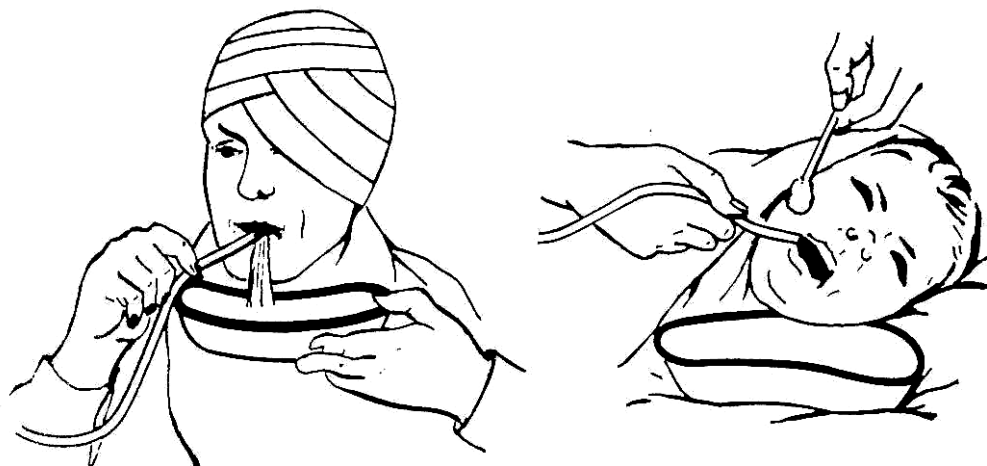


Рис. 22. Помощь больному при рвоте, если он находится в тяжелом состоянии.

Очищение кишечника

Слабительные клизмы показаны для стимуляции дефекации в послеоперационном периоде, а также при тяжелых запорах, повышении внутричерепного давления, при кровоизлияниях в мозг.

Техника проведения слабительной клизмы

Материальное обеспечение: грушевидный баллон, газоотводная трубка, 100-200г масла (подсолнечного, конопляного или вазелинового), подогретого до температуры 34-38°C, шприц Жане, 200 мл 10% раствора хлорида натрия или 25% раствора сульфата магния или сульфата натрия, резиновые перчатки.

Масляная клизма (алгоритм действия):

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Наберите в грушевидный баллон 150 мл теплого растительного масла.
3. Смажьте газоотводную трубку вазелином.
4. Попросите больного лечь на кушетку, покрытую клеенкой, на левый бок, согнуть ноги в коленях и подтянуть к животу.
5. Разведите ягодичы, введите газоотводную трубку в прямую кишку на 20см.
6. Присоедините к трубке грушевидный баллон, медленно введите масло.
7. Зажмите газоотводную трубку зажимом или перегнув ее.
8. Наберите в баллон воздуха, присоедините к газоотводной трубке и введите в нее немного воздуха, чтобы протолкнуть жидкость, которая осталась в газоотводной трубке.
9. Вытяните газоотводную трубку.

Гипертоническая клизма (алгоритм действия):

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Подогрейте гипертонический раствор NaCl до 37-38 °C.

3. Наберите в грушевидный баллон 200 мл 10% раствора хлорида натрия.

4. Выполните действия № 3-7 предыдущей манипуляции.

5. Попросите больного задержать дефекацию на 30 мин.

Противопоказания: трещины заднего прохода, геморрой в острой стадии, гнойные и язвенные воспалительные процессы в прямой кишке. Осложнения при соблюдении указанных действий не возникают.

Клизма по Огневу

Показания для применения и манипуляции аналогичны слабительной клизме. Грушевидным баллоном в прямую кишку вводят смесь 20 мл 10% раствора натрия хлорида, 20 мл глицерина и 20 мл 3% раствора перекиси водорода. После введения раствора больные должны лежать на протяжении 10-15 мин на левом боку для предупреждения вытекания смеси.

Очистительная клизма.

Для очистительной клизмы необходимо приготовить: 1) кружка Есмарха (стеклянный, эмалированный, резиновый резервуар вместительностью 1-2 л, на дне которого есть сосок для резиновой трубки); 2) резиновую трубку длиной 1,5м, диаметром 10мм; 3) наконечник стеклянный, пластмассовый или резиновый; 4) соединительную трубку с краном; 5) вазелин; 6) 1,5-2л кипяченой воды комнатной температуры; 7) стойку для подвешивания кружки. На кружку Есмарха присоединяют резиновую трубку, на другой конец которой надевают кран.

На второй конец крана надевают небольшой отрезок резиновой трубки с наконечником. В кружку наливают 1,5-2л воды комнатной температуры, которой заполняется вся система.

Наконечник должен быть целым и стерильным. Клизму ставят больному или на кровати в палате или на кушетке в ванной комнате.

Больной ложится на левый бок с согнутыми в коленях ногами. На кушетку под ягодицы больного подкладывают клеенку, ее свободный край опускают в миску на случай, если больной не сможет удержать воду в прямой кишке. Если больной не может повернуться на бок в кровати, то ему под ягодицы подводят клеенку и подкладное резиновое судно.

Медицинская сестра смазывает наконечник вазелином и берет его в правую руку, а левой рукой разводит ягодицы больного. Легкими вращательными движениями наконечник вводят в заднепроходное отверстие, сначала по направлению к пупку, а потом (после введения на 3-4см) параллельно копчику на глубину 8см (рис. 24). После введения наконечника открывают кран и регулируют скорость подачи воды. Нельзя вводить сразу большое количество. После введения 1,5л воды извлекают наконечник. Больной должен побороть позыв на дефекацию на 10-15 мин. и опорожнить кишечник в судно или унитаз. После дефекации больного следует подмыть.

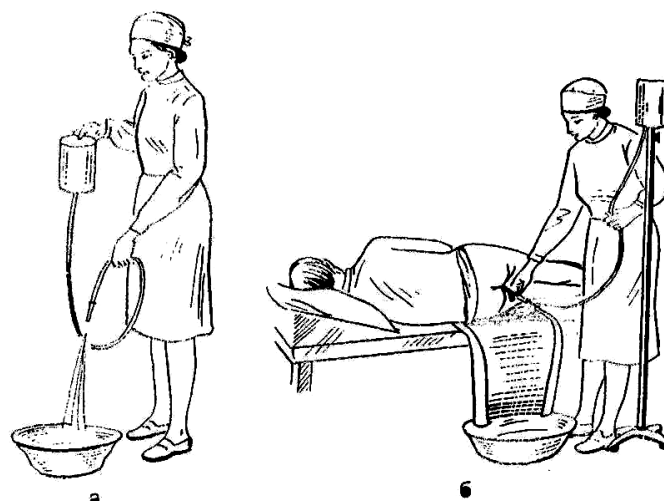


Рис. 23. Постановка очистительной клизмы.

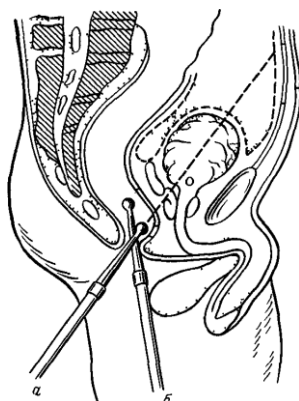


Рис. 24. Направление наконечника при введении в прямую кишку:
а-первая позиция; б-вторая позиция.

Сифонная клизма. Показаниями к ее применению служат:

- а) отсутствие эффекта от слабительных средств и очистительных клизм;
- б) необходимость удаления каловых масс и продуктов брожения при слабой перистальтике или атонии кишечника. Для сифонной клизмы берут стеклянную воронку вместительностью 0,5-1л, на которую надевают резиновую трубку длиной 1,5м с внутренним диаметром 10мм.

С помощью стеклянного переходника (стеклянная трубка длиной 5-6см) эта резиновая трубка соединяется с толстым желудочным зондом. Конец желудочного зонда смазывают вазелином и вводят в прямую кишку на глубину 30-40см. Держа воронку на уровне тела больного, в нее наливают теплую воду, потом поднимают. Как только уровень вылитой воды достигает конуса воронки, ее быстро опускают над ведром или миской ниже уровня больного (рис. 25). Влитая в кишечник вода по закону сообщающихся сосудов должна вернуться в воронку. Эта вода захватывает с собой (закон сифона) частицы кишечного содержимого и газа.

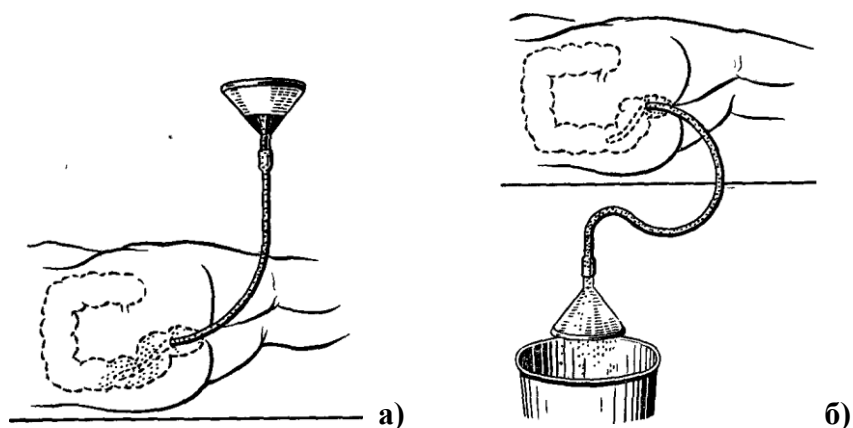


Рис. 25. Техника сифонной клизмы:
 а - введение воды; б - удаление содержимого кишечника.

Как только воронка заполняется, ее переворачивают над ведром и снова наполняют водой, снова поднимают и опускают. Процедура длится до тех пор, пока вода, которая возвращается из кишечника, не будет целиком чистой и без газов. Необходимо следить за тем, чтобы в кишечник вместе с водой не попадал воздух.

Для этого воронка при наполнении водой должна быть в наклоненном положении. Количество воды, которое вводится и удаляется должно быть одинаковым.

За этим нужно старательно следить. Чем выше поднимают воронку, тем большее гидростатическое давление на каловые массы.

Этим приемом можно воспользоваться для размывания плотных каловых масс. Для сифонной клизмы нужно иметь 10-12л теплой (36°C) кипяченой воды. По окончании промывания кишечника воронку отсоединяют, а резиновую трубку опускают в миску. На протяжении 10-15 мин. через нее могут выходить газы и оставшееся кишечное содержимое.

Техника применения газоотводной трубки (рис.26).

Материальное обеспечение: газоотводная трубка, судно, клеенка, вазелин, салфетки, резиновые перчатки.

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Положите больного на левый бок.
3. Постелите под таз больного клеенку, на нее поставьте теплое судно.
4. Смажьте закругленный конец трубки вазелином.
5. Разведите левой рукой ягодицы больного и вращательными движениями правой руки осторожно введите трубку в анальное отверстие. Если больного нельзя повернуть на бок, манипуляцию сделайте в положении на спине при согнутых в тазобедренных и коленных суставах и несколько разведенных ногах.
6. Трубку введите в прямую кишку на 20-30см, внешний конец ее опустите в судно.
7. Держите трубку в кишке не больше 2 ч.

8. После окончания манипуляции кожу вокруг ануса протрите или обмойте теплой водой, а потом смажьте вазелином. Газоотводную трубку помойте теплой водой с мылом, на 30 мин замочите в 0,1% растворе сульфохлорантина или 1% дезоксона -1 и прокипятите.

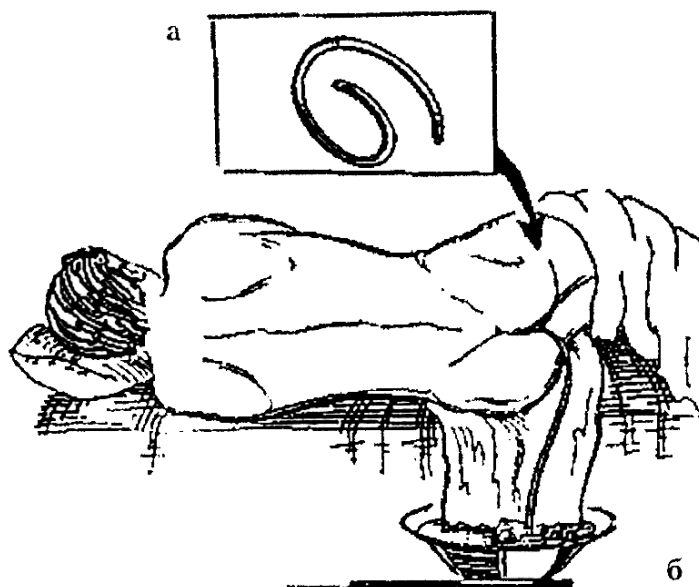


Рис. 26. Техника применения газоотводной трубки.

Питание больных в послеоперационном периоде

Питание в послеоперационный период должно отвечать характеру заболевания, объему выполненной операции, а также особенностям его протекания.

В первые два дня после любой операции пища должна быть свежеприготовленной, теплой, жидкой, легко усваиваемой. В первую очередь позволяют есть бульоны, кисели, кислое молоко, сырые яйца, котлеты приготовленные на пару, сыр, жидкие каши. После окончания раннего послеоперационного периода больным без сопутствующих заболеваний назначают общую диету № 15. Питание больных после некоторых оперативных вмешательств:

1) после операций на желудке и тонкой кишке на протяжении первых 1-2 дней рекомендуют голод, питание в это время обеспечивается только парентеральным введением растворов глюкозы, белков и т.д. Через 2-3 дня, после того как у больного отошли газы, назначают жидкую диету – стол № 1а, потом № 1б, а начиная с 7-го дня – кашеобразную пищу. Начиная с 10-12 дня, больного постепенно переводят на общий стол;

2) диета больных после вмешательств на брюшной полости, но без операций на кишечнике, должна быть скорректированной для предупреждения газообразования. Обычно дают все те продукты, которые отвечают столу № 1а, кроме молочных;

3) после выполнения операций на толстой кишке диета направлена на то, чтобы у больного на протяжении 4-5 дней не было испражнений. Из рациона исключают продукты, которые содержат много клетчатки – черный хлеб, овощи, фрукты;

4) после некоторых операций на ротовой полости, пищеводе, а также ослабленным и больным без сознания может проводиться искусственное питание через катетер или через гастростому, а в некоторых случаях – с помощью клизмы.

Остановимся более детально на некоторых видах питания больных.

Энтеральное питание

К энтеральному питанию относят питание через желудочный зонд, гастростому или через клизму.

Методика проведения кормления через зонд

Материальное обеспечение: стерильный тонкий резиновый зонд диаметром 0,5-0,8см, вазелин или глицерин, воронка или шприц Жане, жидкая пища (сладкий чай, морс, сырые яйца, бульон и т.д.), резиновые перчатки.

Алгоритм действия:

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Обработайте зонд вазелином (глицерином).
3. Через один из носовых ходов введите зонд на глубину 15см.
4. Определите местонахождение зонда.

При правильно проведенной процедуре конец зонда должен быть в носоглотке. Если конец зонда сместился вперед, его необходимо пальцем прижать к задней стенке глотки.

5. Голову больного слегка нагните вперед и правой рукой продвиньте зонд вперед. Если больной не закашлял или во время выдоха из зонда не выходит воздуха – зонд в пищеводе. Продвиньте его еще на 10-15см. Убедитесь, что зонд находится в желудке с помощью фонендоскопа (рис. 27).



Рис. 27. Введение резинового желудочного зонда.

6. Соедините свободный конец зонда с воронкой (шприцем Жане).

7. Медленно влейте в воронку приготовленную пищу (медленно вытолкайте из шприца Жане приготовленную пищу).(рис.28,29).



Рис. 28. Кормление больного с помощью желудочного зонда и подсоединенной к нему воронки.

8. Потом влейте чистую воду (промывание зонда) и отсоедините воронку (шприц Жане).

9. Внешний конец зонда закрепите в участке головы больного так, чтобы он ему не мешал. Зонд не забирают на протяжении всего периода кормления, которое может длиться 2-3 недели.

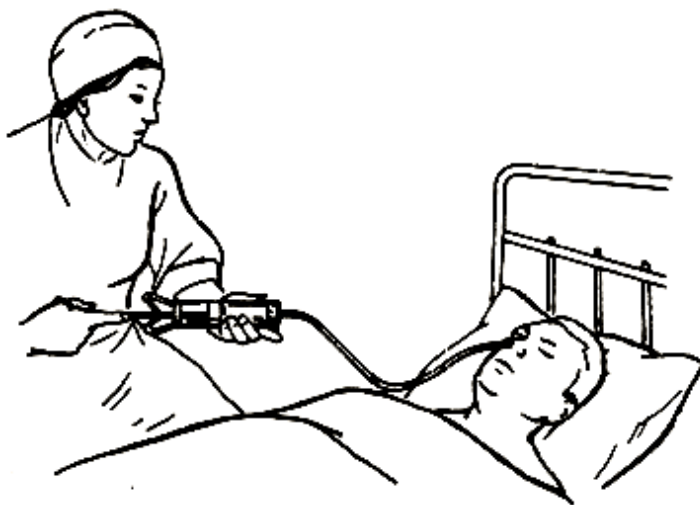


Рис.29. Кормление больного редкой пищей с помощью шприца Жане и зонда, введенного в желудок трансназально.

Питание через гастростому начинают на второй день после операции (рис. 30).

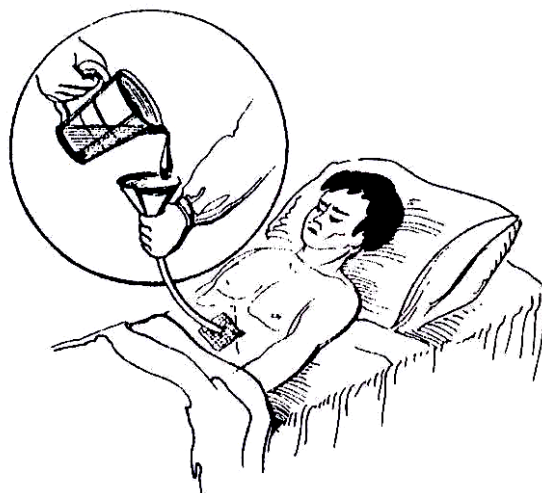


Рис. 30. Питание через гастростому.

В желудок одновременно вводят с помощью шприца Жане или через воронку, соединенную с трубкой, по 100-150 мл смеси через каждые 2-3 часа. После каждого кормления трубку промывают водой и на нее накладывают зажим. Через 5-7 дней разрешается применять кашицеобразную пищу по 400-500 мл 4-5 раз за сутки. Для приготовления смеси рекомендуют те же пищевые субстраты, которые используются для питания через зонд.

В связи с тем, что между трубкой и стенкой свища существует зазор, который практически невозможно полностью герметизировать, наблюдается подтекание желудочного содержимого вдоль трубки и кожа вокруг гастростомы подвергается мацерации. Присоединение инфекции приводит к развитию в этом месте гнойного воспаления.

Для его профилактики необходим тщательный уход за гастростомой. После каждого кормления, в области стомы кожу протирают ватным или марлевым тампоном, смоченным 0,1-0,5% раствором перманганата калия. Тщательно осушив кожу, на ее поверхность наносят слой пасты Лассара (цинковую мазь или крем Десятин) и накладывают асептическую повязку.

При некоторых заболеваниях желудка (тотальное поражение опухолью, химический ожог) с целью кормления накладывают энтеростому – тонкокишечный свищ. Через трубку в кишечник вводят питательные смеси, химический состав которых приближается к химусу здорового человека. Сначала используют солевые растворы с добавлением глюкозы, которая стимулирует всасывание этих веществ. Через 3-4 дня к энтеральному питанию добавляют белковые растворы (гидролизин, аминокептид). Для пополнения дефицита жиров вводят жировые эмульсии, такие как (интралипид, липофундин).

Уход за энтеростомой осуществляется аналогичным образом, как при гастростоме. Самую большую опасность представляет несостоятельность швов, которыми фиксируют стенку желудка или кишки к париетальной брюшины. В этом случае происходит затекание желудочного или кишечного содержимого в полость живота с развитием перитонита. Лечат такое осложнение только оперативно.

Питание через клизму

С помощью клизмы, через прямую кишку вводят капельно 300-500 мл подогретого до 37-38°C питательного раствора (5% раствор глюкозы, раствор аминокислот, физиологический раствор). Можно провести подобное кормление с помощью грушевидного резинового баллона, но одноразовый объем введенного раствора должен быть небольшим. В тех случаях, когда невозможно кормление естественным путем или через зонд, используют парентеральное питание, как наиболее удобный способ снабжения организма питательными веществами.

Парентеральное питание

Этот вид питания применяют после операций на желудке, пищеводе, кишечнике и при некоторых других состояниях. При данной процедуре необходимо вводить в организм основные питательные вещества: белки, жиры, углеводы, воду, соли и витамины. Для введения питательных веществ парентеральным путем катетеризируют магистральную (яремную, подключичную) вену. Продолжительность эксплуатации катетера зависит от качественного ухода за ним.

Из белковых препаратов чаще всего вводят аминокислоты 800, аминокислотный раствор НЕРА 10%, инфезол 40; из жировых – липофундин 10%, интралипид 30%; из углеводных – 10% раствор глюкозы. Для пополнения организма минеральными солями необходимо вводить в сутки до 1л электролитов. Препараты для парентерального питания перед введением необходимо подогреть на водяной бане до температуры тела (37-38° С). Необходимо следить за скоростью внутривенного введения препаратов. Так, белковые препараты 30 мин вводят со скоростью 10-20 капель в минуту, а потом постепенно на протяжении 30 мин скорость введения увеличивают до 60 капель за минуту. При более быстром введении белковых препаратов у больных может возникнуть ощущение жара, гиперемия лица, затрудненное дыхание. Такое полноценное высококалорийное питание (до 3000 ккал в день) можно применять на протяжении продолжительного (годами) времени.

Уход за кожей и слизистыми оболочками

Больные в первый день после операции бледные, но на следующий день кожа, как правило, приобретает нормальный цвет. Усиление бледности кожи может указывать на внутреннее кровотечение. Появление гиперемии кожи лица, а также повышение температуры тела может быть признаком воспаления легких. Желтушность кожи и склер указывает на патологию печени и желчных путей. Кожные покровы необходимо содержать в чистоте, для чего лежачему больному помогают мыть лицо и руки, проводят

частичную санитарную обработку кожи, как при подготовке к экстренной операции. После каждого акта дефекации, а также при загрязнении области гениталий, больных необходимо подмывать.

Пролежни. Пролежни образуются в местах длительного сдавливания мягких тканей. Они локализуются преимущественно в участках лопаток, крестца, большого вертела бедренной кости или пяток (рис. 31).

Образованию пролежней способствуют нарушение трофики, обмена веществ, авитаминозы, истощение, плохой уход за кожей. Первым признаком пролежней является бледность кожи со следующим ее покраснением. В дальнейшем появляются отек, омертвление и отслоение эпидермиса, пузыри, некроз кожи.

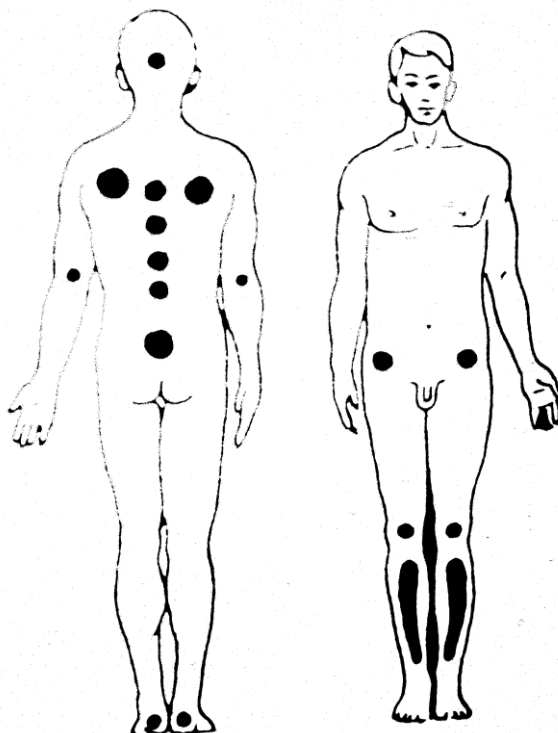


Рис. 31. Преобладающая локализация пролежней на теле больного.

Профилактика пролежней (рис. 32):

- 1) менять положение больного несколько раз в течение дня;
- 2) расправлять, встряхивать простыню, чтобы на ней не было складок и крошек;
- 3) тяжелобольным необходимо под крестец подкладывать надувной резиновый круг;
- 4) 5-6 раз в день необходимо протирать кожу в тех участках, которые соприкасаются с кроватью: камфорным спиртом, меновазином, слабым раствором уксуса (1 столовая ложка 6% уксусной кислоты на 200-300 мл воды);
- 5) при патологическом покраснении кожи нужно периодически растирать ее сухим полотенцем;
- 6) каждый день кварцевать кожу спины и сидалищных участков;
- 7) регулярно подмывать больного водой с мылом, протирать тальком;

8) под крестец подкладывать мешочки с просом, семенами льна, под пятки – ватно-марлевые кольца;

9) постоянно проводить массаж спины, крестца.

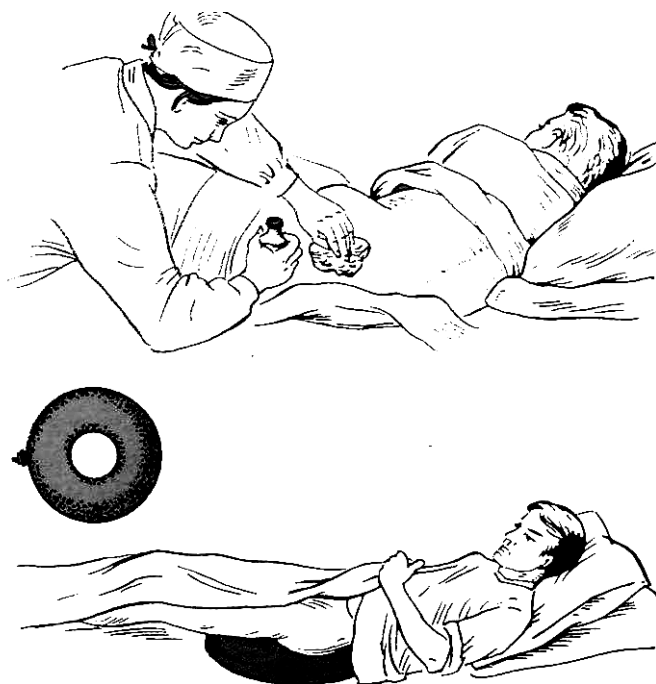


Рис. 32. Профилактика пролежней.

Свищи. Свищем или фистулой, называют узкий патологический ход, который связывает патологический очаг или орган с внешней средой. Свищи могут быть выстланы грануляционной тканью (несформированные свищи) и закрываться самостоятельно, а бывают эпителиальные (сформированные свищи) которые самостоятельно не закрываются. Из фистулы может выделяться гной или содержимое органов такое как тонкокишечное содержимое или желчь.

Уход за больными с фистулами

Необходимо особенно обратить внимание, что при наличии постоянных выделений через свищ - необходимо регулярно менять повязки в местах выхода свища на кожу, даже если повязка остается сухой после предыдущей перевязки.

Для защиты кожи вокруг свища от раздражений, ее обмывают теплой водой с мылом или раствором перманганата калия, вместо мочалки пользуются ватно-марлевым тампоном. После мытья кожу высушивают и смазывают вокруг свища детским кремом, вазелином.

При раздражении, кожу необходимо смазывать пастой Лассара, мазью Десятин. При наложении повязок, не рекомендуют фиксировать перевязочный материал клеолом, липким пластырем. Если в фистулу врач ввел дренажную трубку и она закупорилась, ее необходимо осторожно промыть антисептическим раствором. При выпадении дренажа из фистулы, медицинская сестра не должна вводить его самостоятельно, потому что это

врачебная манипуляция. Больные с тонкокишечными фистулами теряют много жидкости и солей, поэтому им необходимо соответствующее питание и лечение.

Для временного закрытия свища применяют obturatory. Простейший obturatory можно сделать из двух пробок от флакона для растворов. Из пробок вырезают пластинки толщиной 3-4мм, диаметр одной не ограничен, а другой (внутренней) должен быть в 2 раза большим, чем диаметр свища. Обе пластинки прошивают толстой нитью и не связывают (в готовом виде obturatory напоминает запонку). Внутреннюю пластинку сгибают зажимом и вводят в свищ, где она расправляется и закрывает ход, а внешнюю на прошитых нитях подтягивают к коже, извне нити связывают. Поверх obturatory кладут салфетку с пастой Лассара. После того как колостома начинает функционировать, используют калоприемники (рис. 33).

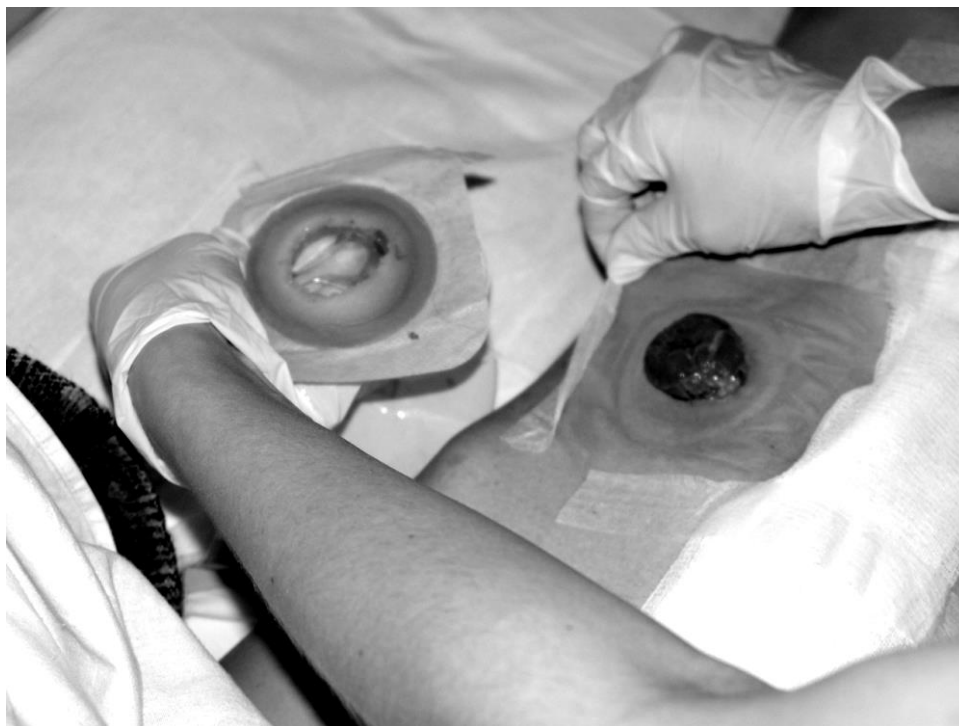


Рис. 33. Использование калоприемника.

Уход за органами дыхания

Опаснейшим осложнением послеоперационного периода со стороны органов дыхания является застойная пневмония. Для ее профилактики рекомендуют полусидячее положение в кровати, частое поворачивание больного на другой бок, раннее вставание после операции.

Кроме того, необходимо бороться с метеоризмом кишечника, это будет содействовать нормальной экскурсии легких.

Для профилактики легочных осложнений с первых дней после операции больным необходимо предоставлять функциональное

(полусидячее) положение в кровати, заставляя больного глубоко дышать, делать дыхательную гимнастику несколько раз в день. Положительный результат дает дыхание с повышенным сопротивлением на выдохе: раздувание резиновых камер, надувание детских игрушек, дыхание через маску наркозного аппарата, соединенную с трубкой, которую погружают в воду на глубину 7-10см. Больной должен откашливать мокроту. Показаны также перкуссионный и вибрационный массаж грудной клетки, лечебная гимнастика, применение банок и горчичников.

Банки медицинские перед тем как использовать, надо тщательно вымыть, насухо вытереть и смазать края вазелином. Одновременно необходимо приготовить палочку, намотавши на ее конец вату.

Кожу спины, груди, куда будут ставиться медицинские банки (для области сердца они противопоказаны), протирают спиртом, а потом смазывают тонким слоем жира. Вату на палочке смачивают спиртом и зажигают. Держа горящую палочку с ватой в одной руке, а банку - в другой, быстро вводят палочку в банку, на 1 - 2 секунды, приближая одновременно банку к телу больного. Потом, вынув палочку с огнем, мгновенно приставляют банку к коже, банка здесь же присасывается к коже (рис.34).

Нужно внимательно следить за тем, чтобы не перегреть края банки и не обжечь больного. Как правило, ставят 6 - 12 банок и держат их на протяжении 5 - 20 минут. После этого банки можно снимать, слегка придерживая кожу с одной стороны (рис. 34) и тем самым давая доступ воздуха в банку. Медицинские банки легко отстают, снимать их с силой нельзя. Снявши банки, надо слегка протереть кожу больного вазелином или присыпать тальком.

Горчичник - прямоугольный листок плотной бумаги размером 12,5x8 см, на одну из сторон которого нанесен тонкий слой горчичного порошка.

Механизм действия горчичников основан на раздражении кожных рецепторов эфирным горчичным маслом, которое приводит к усилению местного кровотока.

Показание к применению горчичников:

- боль на разных участках тела при миозите, невралгии, неврите, полиартрите, мигрени;
- острые и хронические воспалительные процессы верхних дыхательных путей (трахеиты, бронхиты);
- воспаление легких, плеврит;
- гипертонический криз, приступ стенокардии.

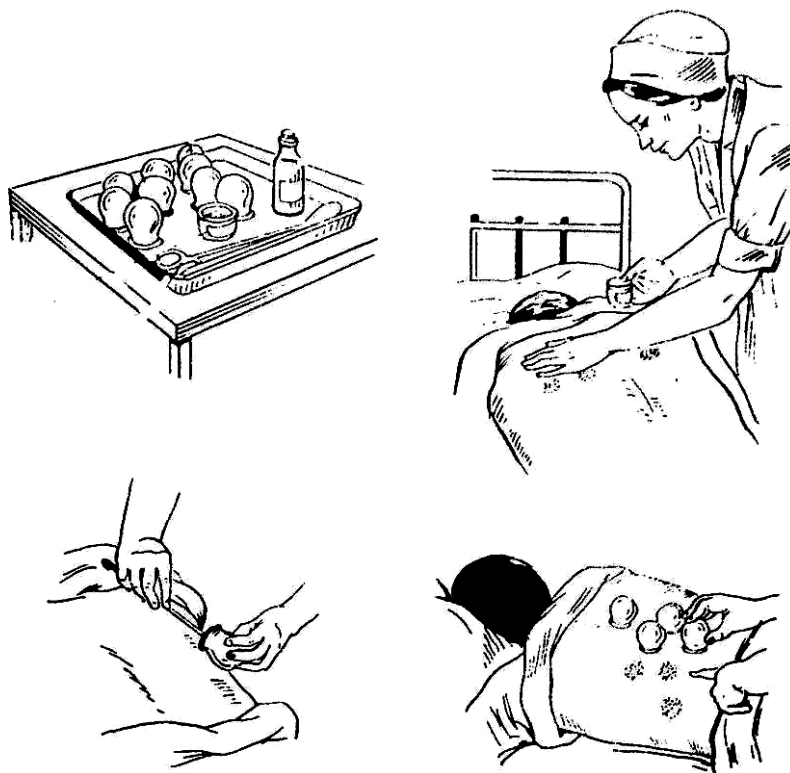


Рис. 34. Применение банок при уходе за органами дыхания.

Типичные места применения горчичников:

- затылочная область;
- верхняя половина передней поверхности грудной клетки;
- межлопаточная и подлопаточная область;
- на спине вдоль позвоночника;
- область сердца;
- голени, стопы.

Методика применения: горчичник погружают на 2-3 секунды в теплую воду (45-50°C). Стороной со слоем горчицы прикладывают на соответствующую область тела. При повышенной чувствительности кожи и у детей, между кожей и горчичником можно проложить слой марли или папиросную бумагу.

Сверху горчичник прикрывают пленкой и одеялом. Средняя продолжительность процедуры 10-15 минут. После снятия горчичника кожа под ним должна быть гиперемирована, что свидетельствует об эффективности процедуры.

Для удаления остатков горчицы кожу осторожно протирают сначала влажной, а потом сухой салфеткой и пациента накрывают одеялом.

Оксигенотерапия

В послеоперационном периоде больным часто приходится проводить кислородотерапию. Ее можно осуществлять путем централизованной подачи кислорода с помощью кислородной подушки или кислородного баллона.

При централизованной подаче кислорода, кислородные баллоны находятся в специальной комнате, откуда через систему металлических трубок кислород поступает на дозиметры, где он увлажняется и через носовой катетер или носовую канюлю подается больному.

Техника введения носового катетера для оксигенотерапии (рис.35).

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Прокипятите катетер и смажьте его стерильным вазелином.
3. Введите катетер в нижний носовой ход и дальше в глотку – на глубину 15 см. Кончик введенного катетера должно быть видно при осмотре зева.
4. Внешнюю часть катетера зафиксируйте с помощью лейкопластыря на щеке, чтобы он не опустился в пищевод.
5. Откройте кран дозиметра и подавайте кислород со скоростью 2-3 л/мин., контролируя скорость по шкале.

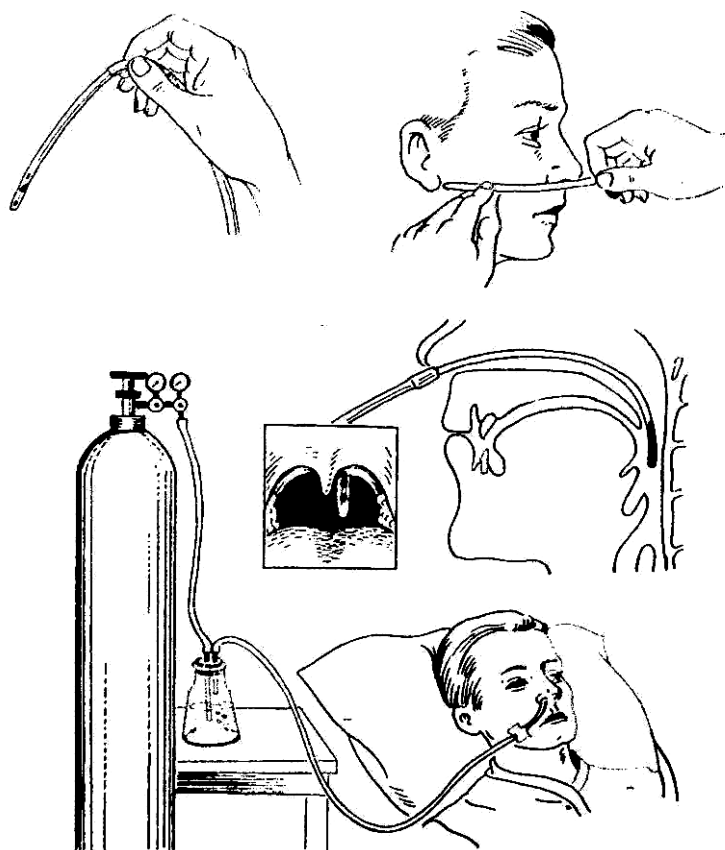


Рис. 35. Техника введения носового катетера.

Техника введения носовой канюли

1. Наденьте резиновые перчатки.
2. Вставьте концы канюли в ноздри пациента.
3. С помощью эластичной повязки (фиксатора) для головы зафиксируйте канюлю так, чтобы она не вызывала у пациента ощущения неудобства.
4. Прикрепите носовую канюлю к источнику увлажненного кислорода с нужной концентрацией и скоростью его подачи.

5. Обеспечьте достаточную подвижность кислородных трубок и прикрепите их к одежде.

6. Проверяйте состояние канюли через каждые 8 ч, наблюдайте за тем, чтобы увлажняющая емкость была постоянно полной.

7. Периодически осматривайте слизистую носа и ушные раковины пациента для выявления возможных раздражений кожи.

В небольших больницах, где нет централизованной подачи кислорода, его можно подавать непосредственно из кислородного баллона, который находится в палате.

Правила техники безопасности при работе с кислородным баллоном:

1. Баллон должен быть установлен в металлическое гнездо и закреплен ремнями или цепью.

2. Баллон должен находиться не ближе 1 м от отопительной системы.

3. Баллон должен быть защищен от прямых солнечных лучей.

4. Нельзя допускать попадание масла на штуцер баллона.

5. Выпускать газ из баллона (например, в кислородную подушку) можно только через редуктор, на котором установлен манометр, позволяющий контролировать давление кислорода на выходе.

6. Запрещается использовать баллоны и редукторы, у которых закончился срок эксплуатации.

7. Запрещается смазывать руки жирным кремом при работе с кислородным баллоном.

Непосредственно из баллона кислород подается больному через аппарат Боброва, где он увлажняется. Для катетеризации носового хода используют катетеры № 8-12, на которых делается несколько вспомогательных отверстий.

Оксигенация с помощью кислородной подушки.

Кислородная подушка – это прорезиненный мешок, который имеет в комплекте резиновую трубку с краном и мундштук. Она вмещает от 25 до 75л кислорода, которым ее заполняют из кислородного баллона. Перед началом оксигенации мундштук обматывают 2-3 пластами влажной марли, для увлажнения кислорода применяют натрия гидрокарбонат или медицинский спирт. Мундштук плотно прижимают ко рту больного и открывают кран, с помощью которого регулируют поступление кислорода. Вдох проводится через мундштук ртом, а выдох – носом. Когда количество кислорода в подушке значительно уменьшится, для увеличения его поступления необходимо нажимать на подушку свободной рукой. После использования мундштук дважды протирают 3% раствором перекиси водорода или 70° этиловым спиртом. Этот способ оксигенации считают наименее целесообразным через большие потери кислорода, а также из-за невозможности точно и равномерно его дозировать.

Уход за трахеостомой

В реанимационной практике, при дыхательной недостаточности вследствие препятствия расположенного выше голосовых связок, выполняют операцию трахеостомия.

Для сохранения зияния, в свищевой ход вводят специальную трахеостомическую трубку изготовленную из металла, пластика или резины и состоящую из внешнего и внутреннего цилиндров (рис. 36).

Основными задачами ухода за трахеостомой является поддержка хорошей проходимости трахеостомической трубки, предупреждение инфицирования дыхательных путей и высыхания слизистой оболочки трахеобронхиального дерева.



Рис. 36. Трахеостома.

При выделении из трахеи густой слизи, каждые 30-40 минут ее аспирируют с помощью стерильного катетера.

Перед этим канюлю отграничивают от окружающей поверхности стерильной салфеткой, надевают стерильные перчатки и маску.

Если слизь очень густая, то ее заранее разжижают протеолитическими ферментами или 5% раствором гидрокарбоната натрия путем ингаляции в виде аэрозоля или закапыванием в трахею 1-2 мл раствора. Выдержав экспозицию 3-4 минуты, мокроту аспирируют катетером. Перед этим голову больного поворачивают в противоположную сторону от saniруемого бронха. Процедура продолжается 12-15 сек. После санации катетер промывают раствором антисептика и протирают стерильной салфеткой. Манипуляцию повторяют 2-3 раза с интервалом не меньше 3-х минут. После окончания процедуры катетер стерилизуют.

Канюлю или внутреннюю ее трубку не реже 1 раза в сутки вынимают из трахеи, чистят и стерилизуют.

При нарушении правил асептики во время ухода за трахеостомой, вследствие технических погрешностей при отсасывании слизи, а также при

аспирации рвотных масс развивается гнойный трахеобронхит. О его появление свидетельствует вязущая, гнойная, зеленоватая мокрота с гнилостным запахом. Для лечения трахеобронхита назначают антибиотики, но залогом успеха при этом служит адекватная санация трахеобронхиального дерева, которую выполняют с учетом описанных ранее принципов.

У больных с трахеостомой нередко возникает стоматит и в ротовой полости бурно развивается грибковая и анаэробная микрофлора. Поэтому нужно периодически орошать полость рта и протирать ее тампоном, смоченным раствором антисептика, отдавая предпочтение перекиси водорода или борной кислоте.

Больной с трахеостомой не разговаривает и при сохраненном сознании он может общаться с помощью знаков или специально приготовленных карточек с заведомо написанными фразами. При внезапном появлении голоса или дыхании через рот (нос), можно думать о выпадении канюли из трахеи. В этой ситуации необходимо восстановить начальное ее положение.

Иногда, у больного появляется бурное, хриплое, так называемое стридорозное дыхание с участием вспомогательных мышц, которое свидетельствует об обтурации канюли густой слизью. Устраняют эти симптомы путем немедленной замены канюли забитой слизью и подсыхающими корочками. Для предотвращения высыхания слизистой оболочки, используют влажные, вдвое сложенные марлевые салфетки, которыми прикрывают трахеостому. При ингаляции кислорода его всегда увлажняют с помощью системы Боброва или других приспособлений, заполненных 96° спиртом или водой.

При отсутствии необходимости в трахеостоме, трубку удаляют, кожу вокруг раны обрабатывают раствором антисептика, дефект тканей закрывают лейкопластырем и накладывают стерильную повязку. Больного предупреждают о том, что при разговоре и кашле необходимо придерживать повязку рукой. Как правило, свищ заживает самостоятельно в течение 6-7 дней.

Уход за мочевыделительной системой

Часто после операций на органах брюшной полости, особенно на органах малого таза, происходит задержка мочи. Главная причина – это боязнь боли при сокращении мышц живота и неумение опорожнить мочевого пузыря лежа. Если это возможно, необходимо позволить больному мочеиспускание в обычном положении. При задержке мочи можно положить грелку на надлобковый участок или промежность. Необходимо попробовать вызвать мочеиспускание рефлексорно. Для этого надо открыть кран с проточной водой в палате, полить на половые органы, лежащего на судне больного теплой водой. При отсутствии эффекта проводят катетеризацию мочевого пузыря (рис. 37, 38).

Катетеризация мочевого пузыря у женщин

Перед катетеризацией женщину подмывают, а если есть выделения из влагалища, то спринцуют. Больная ложится на спину. Ноги согнуты в

колених и разведены. Между ног ставят лоток. Тот, кто проводит манипуляцию, находится слева от больной.левой рукой раздвигают половые губы, в правую руку берут пинцет с марлевым тампоном, смачивают его в растворе фурациллина и старательно протирают им внешние половые органы и отверстие уретры. Потом, другим пинцетом берут мягкий или металлический женский катетер, на 4-5см отступив от его пузырьного конца. Внешний конец катетера поддерживают пальцами через марлевую стерильную салфетку или пинцетом. Пузырный конец катетера поливают стерильным глицерином, после чего катетер медленно вводят в уретру. Выделение мочи через катетер указывает на его пребывание в мочевом пузыре. Металлический катетер перед введением врач берет в правую руку большим и указательным пальцами за ручку (кольца).

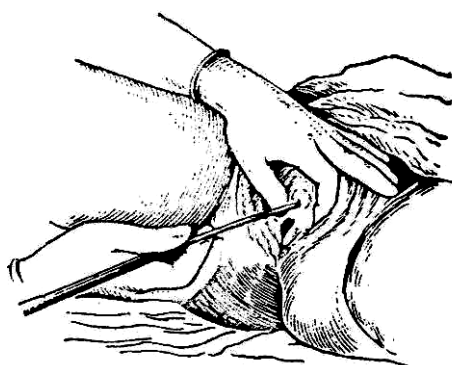


Рис. 37. Введение мочевого катетера у женщин

Катетеризация мочевого пузыря у мужчин

Больной лежит на спине, ноги слегка разведены. Между ногами на кушетку ставят лоток или судно. Врач или медицинская сестра, которая проводит манипуляцию, стоит слева от больного, берет в левую руку половой член, правой рукой сдвигает книзу крайнюю плоть, обмывает головку члена салфеткой, смоченной в растворе антисептика без спирта.

Половой член под головкой обертывают марлевой салфеткой для удобства в дальнейшей работе. Пальцами левой руки половой член держат через эту салфетку. Катетеризацию целесообразно начинать мягким катетером. Стерильным пинцетом, который держат в правой руке, берут катетер на 4-5см от его пузырьного конца.

Медицинская сестра пинцетом или рукой через стерильную марлевую салфетку поддерживает дистальный конец катетера, смачивает его пузырьную часть стерильным глицерином или вазелиновым маслом. Врач пинцетом вводит катетер в уретру, постепенно продвигает его вперед, подтягивая половой член кверху. Этот прием содействует лучшему прохождению катетера через уретру. При ощущении препятствия при продвижении катетера, его следует немного вытянуть и снова начать введение. Длина мочеиспускательного канала у мужчин в среднем равняется 20см. О

попадании катетера в мочевой пузырь свидетельствует появление мочи из него. Можно вводить катетер и без помощника.

Если не удастся манипуляция мягким катетером, то берут металлический мужской катетер. Введение металлического катетера является врачебной манипуляцией. Врач становится слева от больного, который лежит на спине, обрабатывает антисептическим раствором по описанной выше методике внешнее отверстие мочевыводящего канала, берет тремя пальцами левой руки половой член в области головки и поднимает кверху. Правой рукой врач вводит в уретру катетер обращенный клювом вниз и одновременно осторожно надвигает на катетер половой член. Под влиянием собственного веса катетер продвигается вниз, внедряется в предстательную часть уретры и здесь обычно встречает некоторое препятствие.

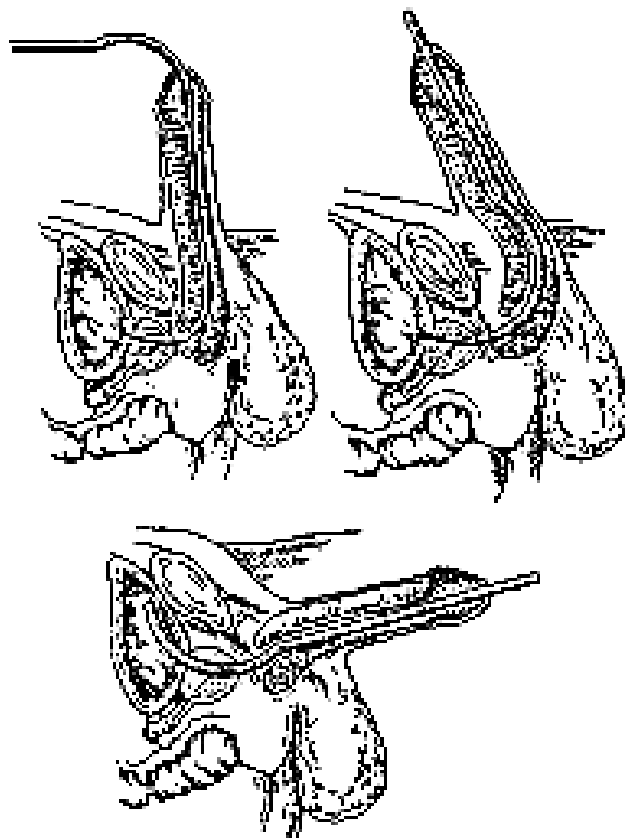


Рис. 38. Введение мочевого катетера у мужчин.

РАЗДЕЛ. 4. СПЕЦИАЛЬНЫЙ УХОД ЗА ОПЕРИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ.

4.1. Уход за больными после операций на грудной клетке и ее органах.

Уход за торакальными больными включает предоперационную подготовку и послеоперационный период.

Предоперационная подготовка не является стандартной и зависит от состояния больного, характера патологического процесса и особенностей будущей операции.

При подготовке к операции необходимо решение трех кардинальных задач:

- добиться правильного отношения больного к хирургическому лечению;
- улучшить компенсаторные возможности легкого, наиболее подверженного прямому влиянию операционной травмы;
- повысить резистентность основных систем жизнеобеспечения.

В предоперационную подготовку больных, которые оперируются по поводу хронических гнойных процессов легких, входит антибактериальная терапия и обязательная комплексная бронхоскопическая санация гнойного очага и бронхов.

При подготовке к операциям трансторакальным доступом, вечером, накануне операции:

- ставят очистительную клизму;
- бреют волосы с той стороны груди, где будет проводиться операция и в подмышечной впадине.

Утром в день операции:

- ставят очистительную клизму;
- если у больного дренирована плевральная полость, то дренаж удаляется после введения в наркоз, перед обработкой операционного поля;
- проводится антибиотикопрофилактика на операционном столе после вводного наркоза, перед разрезом кожи;
- у больных, оперируемых urgently по поводу легочного кровотечения или гнойного процесса, для предотвращения аспирации крови или гноя в здоровые участки легких, рекомендуется выполнить окклюзию дренирующего бронха.

Особое внимание у больных хирургического профиля, особенно в пред- и послеоперационном периоде, необходимо уделять состоянию дыхательного аппарата. Основными симптомами нарушений со стороны органов дыхания являются одышка, кашель, боль в грудной клетке, кровохарканье. Нормальная частота дыхательных движений 14-20 за 1 мин. Считать ее надо, положив руку на грудную клетку больного. Под одышкой понимают изменение частоты, глубины, ритма дыхания.

Одышка возникает вследствие дефицита в крови кислорода. Она возникает при гипоксиях разной этиологии (заболевания легких, сердечно-

сосудистой системы, повышение температуры тела, интоксикация и т.д.). Частота дыхательных движений в случае одышки может достигать 30-50 за 1 мин.

Расстройства дыхания могут проявляться и удушьем, которое возникает иногда в послеоперационный период. *Удушье* — это внезапный приступ сильной одышки.

Помощь больному с явлениями удушья, заключается в освобождении его от одежды, которая сжимает грудную клетку и верхние дыхательные пути, обеспечении достаточного доступа воздуха, дыхании кислородом, предоставлении полусидячего положения.

Частым явлением, которое указывает на нарушение в дыхательных путях, является *кашель*. Причиной его могут быть раздражение слизистой оболочки трахеи, бронхов, поражение плевры.

Кашель бывает сухим, влажным, с выделением мокроты. Мокрота может быть слизистой, гнойной, кровянистой — в зависимости от вида патологического процесса. Так, при раке легких мокрота содержит прожилки крови (в виде малинового желе). При остром абсцессе легких она густая, гнойная, с неприятным запахом, после отстаивания делится на три слоя: нижний — густой гной, средний — мутная жидкость, верхний — слизисто-пенистая масса.

При гангрене легких мокрота имеет зловонный запах, водянистый, серо-коричневый цвет, с участками некротизированной легочной ткани. Количество мокроты, которое выделяется за сутки, может быть различным: от 50 - 100 мл до 2000 мл. Характер мокроты имеет важное диагностическое значение и ее необходимо собирать в специальную закрытую посуду.

При патологических состояниях органов дыхания и сердечно-сосудистой системы в предоперационном периоде необходимо тщательно обследовать больного, после чего провести соответствующую коррекцию. Путем спирометрии измеряют форсированный объем выдоха за 1с и форсированную жизненную емкость легких. Определяют парциальное давление кислорода и углерода в артериальной и венозной крови, насыщение артериальной и венозной крови кислородом (в норме — 12-15 кПа, — 4,4-6,1 кПа, насыщение артериальной крови кислородом — 80-90 %, венозной — 40-50 %), показатели кислотно-щелочного состояния.

С целью коррекции дыхательных расстройств, за несколько суток до операции, больным внутривенно вводят 40% раствор глюкозы (20 мл), 10% раствор аскорбиновой кислоты (2-3 мл), подкожно — дыхательные analeптики (масляный раствор камфоры 20% для инъекций), отхаркивающие препараты (лазолван, суточная доза — 30 мг/ кг массы тела), облегчающие кашель (кодтерпин в таблетках), препараты из группы бронходилататоров (эуфиллин 2% по 10 мг/кг массы тела), показана предоперационная антибиотикотерапия. Все перечисленные средства повышают тонус организма, уменьшают застой в малом круге кровообращения и тем самым являются хорошей профилактикой послеоперационных осложнений.

В случае хронических заболеваний верхних дыхательных путей (трахеит, бронхит) или легких (хроническая пневмония, пневмосклероз, эмфизема легких) необходима предоперационная подготовка дыхательного аппарата. С целью улучшения газообмена, больному на протяжении нескольких суток рекомендуют дыхательную гимнастику. Отдельным больным до операции показано применение банок, горчичников. Особое внимание надо уделять курильщикам, за 2-3 недели до операции им необходимо запретить курить.

Перед операцией больного учат "*дыхательному режиму*" в послеоперационном периоде: как больной должен дышать после операции, выполнять дыхательную гимнастику, откашливать мокроту и т.д.

В послеоперационном периоде может ухудшиться вентиляция легких. Ингаляционные наркотические вещества усиливают бронхиальные выделения, уменьшают эластичность легочной ткани. Седативные средства ухудшают вентиляцию легких.

С целью профилактики послеоперационных легочных осложнений, уже на следующие сутки после операции больному придают полусидячее положение. Большое внимание уделяют лечебной физкультуре и дыхательной гимнастике. Первые несколько суток после операции больной должен периодически дышать увлажненным кислородом. Рекомендуют горчичники, банки, ингаляции раствора натрия гидрокарбоната, гидрокортизона, эуфиллина 1-2 раза в сутки, антибиотикотерапия.

Сухие банки и горчичники вызывают искусственную гиперемиию кожи, застойные кровоизлияния. Это производит обезболивающее и рассасывающее действие.

При наличии кашля, если позволяет характер операции, больному надо дать теплое питье, желательно молоко с содой или наполовину со щелочной минеральной водой типа Боржоми. Больного тепло укрывают, чтобы предупредить переохлаждение.

Грудную клетку желательно исследовать клинически 1 - 2 раза в сутки. Некоторые авторы рекомендуют у пациентов с хронической болезнью органов грудной клетки, проводить ежедневное рентгенологическое исследование.

Особое внимание заслуживает уход за дыхательной системой после операции на органах грудной клетки. Это связано с новыми условиями гемодинамики, которые возникают, особенно после операции на сердце, а также с ограничением дыхательной функции в связи с травмой грудной клетки или удалением части легкого.

Больной должен постоянно дышать увлажненным кислородом. При наличии в плевральной полости дренажей необходимо следить за их проходимостью. В случае выделения из дренажей крови, ее объем своевременно компенсируют.

Уже с первых суток после операции больного принуждают откашливаться, правильно и глубоко дышать. *Дыхание должно*

осуществляться через нос. Это способствует расширению бронхов, выделению мокроты и вентиляции легких. Мокроту, которая остается в носоглотке, отсасывают.

Первые сутки после операций на органах грудной полости, больному придают полусидячее положение, с согнутыми в коленных суставах конечностями – положение Фовлера (рис. 39).

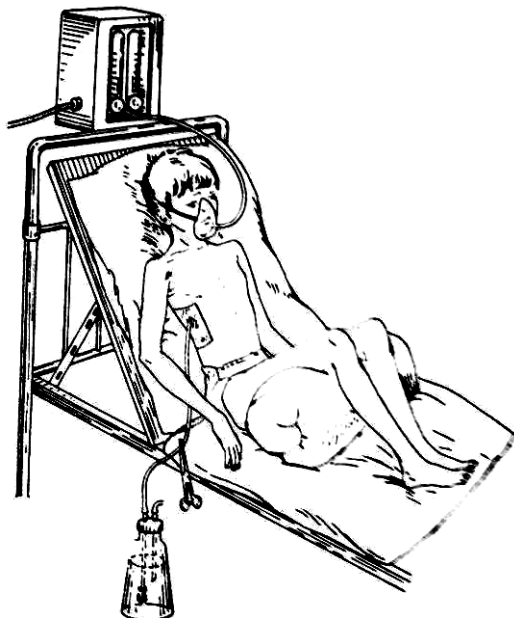


Рис. 39. Положение больного в кровати после операций на грудной полости.

После операций на грудной клетке, больной ощущает боль в области операционной раны, поэтому он ограничивает дыхательную экскурсию, что является причиной развития послеоперационной застойной пневмонии. Для снятия боли больным назначают давать наркотические вещества.

Иногда в послеоперационном периоде показана искусственная вентиляция легких. Это бывает в случае одышки, когда P_{aCO} падает ниже 8 кПа у пациентов на кислороде, а также в случае неудачных попыток удалить бронхиальные выделения.

После операций на органах грудной клетки ограничений в диете не должно быть. Но это не касается больных с операциями на пищеводе, когда они на протяжении 4-5 суток должны голодать. Им не рекомендуют даже глотать слюну, чтобы не инфицировать наложенные на пищевод швы. Слюну надо отсасывать. Прием пищи целесообразно заменить интенсивным парентеральным питанием.

4.2. Наблюдение и уход за больными после операции на голове.

1) **Операции на мягких тканях головы** проводят в хирургических отделениях общего профиля и уход за такими больными практически не отличается от ухода за больными, оперированными на других участках тела.

Главным образом следят за *состоянием повязки*, промоканием ее, цветом выделений, положением повязки на ране. Мягкие ткани головы

имеют очень хорошее кровоснабжение, поэтому кровотечения после операций на голове бывает чаще, чем в случае операций на других участках тела.

В связи с анатомо-физиологическими особенностями операций на голове, у больных возможны *реакции общего типа*, на травму или анестезирующие средства, в виде диспепсических явлений (тошноты, рвоты) или так называемого ортостатического коллапса (снижение артериального давления и кратковременной потери сознания во время подъема с кровати, перехода в положение стоя).

2) Нейрохирургические операции

У больных, оперированных по поводу травмы головы, может развиваться в послеоперационном периоде синдром сдавливания головного мозга – сжатие его гематомой.

Это сопровождается такими критериями, как нарастающая головная боль, замедление пульса, расширение зрачков, судороги и потеря сознания. Поэтому за больными, оперированными по поводу травмы мягких тканей и с возможным синдромом сдавливания мозга, в послеоперационном периоде нужно очень пристально наблюдать, внимательно прислушиваться к жалобам, периодически проверять пульс и определять его частоту и при появлении даже незначительных изменений в самочувствии больного информировать об этом врача.

Нейрохирургические вмешательства, которые обычно выполняются в специализированных отделениях, считаются очень сложными операциями с всевозможными осложнениями в послеоперационном периоде – отеком мозга, инфекцией (менингит или менингоэнцефалит, абсцесс мозга, сепсис), травматической эпилепсией, кровотечением.

Все эти осложнения могут привести к значительным нарушениям деятельности мозга и механизмов, которые регулируют разные системы организма, в частности дыхание, кровообращение, пищеварение и др.

Послеоперационный период у таких больных очень часто осложняется рвотой, которая может иметь двойной генез – как вследствие травматического раздражения центров продолговатого мозга (парасимпатических), так и химического, наркотического. Поэтому в реанимационных отделениях (отделениях интенсивной терапии) таких больных после операции кладут на спину, повернув голову в сторону (в случае начала рвоты больного сразу кладут на бок).

Это предотвращает аспирацию рвотными массами и асфиксию. Нередко у этих больных наблюдаются психическое и моторное возбуждение (с судорогами и травматической эпилепсией), при котором больные могут срывать повязку, медперсонал должен своевременно заметить все отклонения в состоянии больного с травмой головы и информировать об этом врача для немедленного применения соответствующих мер.

3) Уход за больными после операций на лице, выполненных по поводу опухолей, травм и воспалительных процессов, практически мало чем отличается от ухода за больными после операций на мягких тканях в других областях тела.

Однако следует обратить внимание на выраженный отек (травматический) тканей лица, который может проявляться сужением глазной щели, вплоть до ее полного закрытия. В данной ситуации медсестра должна промывать глаз (его щель и частично конъюнктивальный мешок) теплой водой или стерильным теплым изотоническим (0,9%) раствором натрия хлорида. Это делают шариком из стерильной ваты.

4) Операции в полости рта и ротовой части глотки - более сложные и опасные, поэтому больные нуждаются в тщательном уходе и предотвращении аспирации слюны, крови, частиц тканей в дыхательные пути, что может привести к асфиксии, пневмонии, абсцессу легких и т.д.

Операции по поводу патологии неба и злокачественных опухолей языка, миндалин, челюстей, остеомиелита челюсти выполняют обычно под наркозом, потому в послеоперационном периоде, необходимо внимательно наблюдать за больным в отделении интенсивной терапии и реанимации до выхода его из наркоза.

Больные должны лежать горизонтально без подушки с повернутой набок головой – для предотвращения асфиксии языком или рвотными массами. Под подбородок кладут марлевую салфетку или кусок ваты для впитывания слюны с примесью крови. Обезболивание после операции должно быть полноценным, однако не подавлять дыхания (без опиатов). Больные должны получать кислород через носовой катетер.

Угнетение кашля, саливации и секреции бронхиальных желез важно для нормального течения послеоперационного периода (создает покой, улучшает дыхание, уменьшает риск аспирации и асфиксии). Это достигается введением небольших доз амиазина и атропина сульфата.

Больных, оперированных под местным обезболиванием, сразу после операции кладут набок, слегка наклоняют голову к груди (для облегчения пассивного выделения слюны и крови). Под подбородок устанавливают лоток, в который стекают слюна и кровь. На второй день полость рта прополаскивают 0,001% раствором калия перманганата и протирают зубы ватным тампоном смоченным этим же раствором. Позже полоскать рот можно кипяченой водой с содой (1-2% раствором).

Детей грудного возраста, после операций на небе и губах, кормят естественным путем материнским молоком или через введенный через нос в желудок зонд молоком матери или стерильной детской смесью.

Взрослых больных кормят жидкой, стерильной, охлажденной до комнатной температуры пищей или такой же пищей через зонд (назогастральный).

5) Операции на шее и ее органах. Выполняют как под наркозом, так и под местным обезболиванием. Уход за такими больными несколько

отличается и зависит от времени полного выхода больных из состояния наркоза.

Важно при уходе за этими больными (независимо от вида обезболивания) обеспечение свободной проходимости дыхательных путей, выявление и своевременное устранение причин, которые могут обусловить асфиксию и обеспечение больных обогащенным кислородом воздухом.

Повязки на рану шеи накладывают клеевые, а не бинтовые (для предотвращения сдавливания шеи). Положение больных после операции – в кровати с приподнятым головным концом. Медсестра внимательно следит за поведением и характером дыхания больных, за состоянием повязки и тканей вокруг раны, цветом кожи и слизистой оболочки губ, частотой пульса и температурой тела.

Опасно в раннем послеоперационном периоде сужение или сдавливание трахеи вследствие ларингоспазма, паралича гортанных нервов (особенно после тиреоидэктомии или резекции щитовидной железы), отека голосовых связок гортани или сдавливание трахеи гематомой в случае кровотечения из операционной раны.

Все эти осложнения могут вызвать асфиксию, которая может закончиться смертью больного. Поэтому при любых изменениях в дыхании больного, цианозе лица надо немедленно докладывать врачу, который должен осмотреть больного и в случае необходимости сменить повязку и провести ревизию раны (при гематоме), назначить спазмолитические и противоотечные препараты, оксигенацию, интубацию трахеи или трахеостомию.

Больные могут пить даже в день операции, а есть жидкую и негорячую пищу – на следующий день.

При травме верхнегортанного нерва (струмэктомия или удаление опухоли в области шеи) у больных наблюдается попадание пищи в гортань, вызывая кашель и явления одышки (асфиксии). В этом случае больным необходимо рекомендовать глотать жидкую пищу малыми порциями в положении сидя, наклонив голову вниз.

В большинстве случаев раны дренируют резиновыми полосками или полихлорвиниловыми трубками, для профилактики гематом и сдавливания трахеи. Дренажи из ран удаляют через 24-48 ч., а швы снимают через 4-5 дней.

Инфицирование ран шеи, после операций невоспалительного характера, наблюдается редко, благодаря хорошему кровоснабжению тканей и органов шеи.

После операций на шее по поводу воспалительных процессов (флегмон) и травм проникающего характера, обращают внимание на общее состояние больного, особенно температуру тела, боль и ее иррадиацию на средостение (медиастенит), а также на повязку (пропитывание ее кровью или слюной). Последнее свидетельствует о кровотечении или проникающей травме пищевода.

При наличии фистулы пищевода, больных кормят с помощью введенного в желудок через нос (или гастростому) зонда, в который вливают жидкую пищу. Повязку у больного с фистулой пищевода или трахеи (после экстирпации гортани или трахеостомии) необходимо менять часто, а кожу вокруг смазывать пастой Лассара и мазями которые содержат кортикостероиды для профилактики и лечения дерматита и мацерации кожи.

Уход за трахеостомой.

Больным с патологическими процессами в области шеи, главным образом с опухолями (гортань, щитовидная железа), стенозом гортани разного происхождения, в том числе и двусторонним параличом нижнегортанных нервов и больным с травмами головного мозга нередко бывает показана трахеостомия (временная или постоянная). В этом случае медицинская сестра должна следить за правильным расположением трубки в трахеостоме и периодически очищать ее от слизи и гноя путем аспирации катетером.

Если слизь очень густая, ее разрезают введением в трахею 2-3 мл 3% раствора натрия гидрокарбоната или химотрипсина разведенного в 0,9 % физиологическом растворе. Сестра должна уметь заменить внутреннюю трубку в случае ее закупорки или выпадения из трахеи. Если возникли какие-то трудности с выполнением этой процедуры, медсестра должна своевременно информировать об этом врача.

4.3. Уход за больными с заболеваниями и повреждениями органов брюшной полости.

Особое значение в своевременной диагностике и лечении острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости имеет медсестринское наблюдение и уход за больными.

Уход за больными с "острым животом"

Медицинская сестра должна помнить, что "острый живот" несет в себе большую опасность для здоровья больного. От своевременного распознавания причины заболевания и предоставления квалифицированной медпомощи зависит судьба человека.

До установления причин заболевания и боли в животе, запрещается класть грелку на живот, давать больным слабительное, делать клизму, промывать желудок, принимать пищу, алкоголь, обезболивающие препараты.

Боль в животе может возникать при различных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости (перитонит, аппендицит, холецистит и др.), которые нуждаются в неотложной хирургической помощи. Если вышеуказанные процедуры выполнены без показаний, они могут ухудшить состояние больных и привести к развитию различных осложнений. Прием обезболивающих средств может затруднить диагностику, привести к

ошибкам, вследствие чего будет утрачено время для срочного оказания хирургической помощи.

При оказании медсестринской помощи больным с "острым животом", пациента необходимо удобно уложить в кровать, обеспечить ему покой, на живот положить пузырь со льдом, вызвать врача и срочно направить в хирургическое отделение.

Нужно помнить, что согласно существующему положению, все диагностические, организационные и тактические вопросы при оказании неотложной помощи больным с "острым животом" должны быть решены в течение двух, максимум четырех часов.

После установления диагноза, подготовку больного к операции осуществляют индивидуально, в зависимости от характера основного заболевания, тяжести состояния, возраста и др. Предоперационная подготовка должна быть интенсивной и непродолжительной.

Перед экстренной операцией проводят частичную санитарную обработку: моют лишь загрязненные участки тела, дезинфицируют операционное поле, проводят бритье операционного поля. Медицинская сестра под контролем врача должна определить группу крови больного, отправить кровь на определение резус-фактора, измерить температуру тела, давление. При срочных показаниях медсестра делает внутривенное вливание и с уже подключенной системой доставляет больного в операционную, где ему продолжают проводить необходимые мероприятия по коррекции гомеостаза во время анестезии и операции.

Уход за больными с перитонитом

Лечение и уход за больными с перитонитом будет эффективным при правильной организации предоперационного и послеоперационного периода. Больного с перитонитом необходимо поместить в палату интенсивной терапии, предоставить ему положение Фовлера, дать кислородную маску, на живот положить пузырь со льдом, завернув его в пеленку.

По назначению врача необходимо поставить толстый зонд в желудок и удалить его содержимое. У тяжелобольных зондирование желудка проводят в положении лежа на боку, с низко опущенной и едва повернутой набок головой. При промывании желудка необходимо помнить, что одномоментно в желудок можно вводить не больше 1л жидкости. Не рекомендуют также быстро наполнять желудок жидкостью, это может вызвать рвотный рефлекс. После окончания промывания, для угнетения роста и размножения кишечной микрофлоры, в желудок необходимо ввести 200-300 мл кислорода с помощью шприца Жане. Вместе с этим, для борьбы с инфекцией по назначению врача необходимо внутримышечно или внутривенно ввести антибиотики широкого спектра действия.

Для повышения реактивности организма применяют иммуноглобулин, антистафилококковую плазму, 5% раствор полибиолена (5 мл). Для борьбы с

интоксикацией вводят реосорбилакт, энтеродез, неокомпенсан и др. Для улучшения микроциркуляции – реополиглюкин, реоглюман.

Для парентерального питания вливают 200-300г белковых препаратов (альбумин, аминоклазаль, инфезол 40), жировые эмульсии (1,5-2г жира на 1кг веса больного) в комбинации с аминокислотами, растворы глюкозы и т.д. Следует отметить, что вливание растворов глюкозы быстро повышает осмотическое давление крови, восстанавливает водный дефицит, усиливает переход жидкостей из тканей в кровь, расширяет сосуды, увеличивает диурез. Глюкозу назначают только с инсулином (1 ЕД инсулина на 4-5г глюкозы). Больным проводят комплексную витаминотерапию, коррекцию водно-электролитного обмена.

Объем инфузионной терапии должен составлять 2,5-3 литра, в зависимости от массы тела (из расчета 60-80 мл/кг жидкости при тяжелом состоянии больного).

С целью профилактики тромбоэмболических осложнений назначают антикоагулянты прямого действия (гепарин, клексан, фраксипарин, фленокс) под контролем свертывающей системы крови. Одновременно проводят профилактику пневмонии (ингаляции, дыхательная гимнастика, вибрационный массаж и др.).

Предоперационная подготовка должна осуществляться быстро и интенсивно. Больного необходимо оперировать только после улучшения состояния деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной систем, коррекции водно-электролитного, белкового, углеводного и жирового обменов.

Используя комплекс адекватной терапии, в большинстве случаев удается хорошо подготовить больных к операции, даже в терминальной фазе перитонита и с тяжелой степенью интоксикации.

Особенностью течения послеоперационного периода у больных с перитонитом, является продолжение лечения, которое было начато в предоперационном периоде и зависит от динамики, особенностей течения перитонита, характера оперативного вмешательства, скорости нормализации жизненно важных функций организма. Эффективность лечения определяют по реакции и по состоянию больного (пульс, артериальное давление, суточный диурез, биохимические показатели крови). После окончания операции больного переводят в палату интенсивной терапии.

До перевода его из операционной, необходимо подготовить функциональную кровать, расправить белье, проветрить палату. Больного укладывают на кровать так, чтобы в случае необходимости можно было бы подойти к нему со всех сторон. Оперированные больные нуждаются в тщательном надзоре сестры-анестезистки до полного пробуждения (в течение 2 ч). После этого больному придают полусидячее положение (Фовлера) в кровати, чтобы воспрепятствовать скоплению экссудата в поддиафрагмальном и подпеченочном пространствах.

Сразу же после операции на область послеоперационной раны накладывают мешок с песком или пузырь со льдом для предупреждения возникновения гематомы. При наличии дренажей их удлиняют трубками (можно от систем для переливания крови) и подключают к вакуумной системе или опускают в отдельные баночки наполненные антисептиком и проверяют периодически их проходимость. При благоприятном течении послеоперационного периода дренажи удаляют на 3-4 день после операции.

Назогастроинтестинальный зонд, введенный во время операции для декомпрессии кишечника, тоже удлиняют и опускают в отдельную банку. Чтобы зонд не беспокоил и не вызывал боли, пролежней, в ноздри необходимо закапывать вазелиновое, облепиховое, шиповниковое или другое масло, периодически менять его положение.

Появление икоты, срыгивание, рвота свидетельствует о непроходимости зонда. В этих случаях необходимо срочно проверить его проходимость, промыть желудок и сообщить врачу. Удаляют интубационный зонд после появления перистальтики кишечника, отхождения газов и нормализации стула, на 5-6 день после операции.

Делать это необходимо после обезболивания, медленно, без усилий. При появлении неприятных ощущений у больного, боли в животе, необходимо на некоторое время (10-15 мин.) прекратить удаление зонда, поскольку он может завернуться и завязаться. После удаления зонда нужно проверить его целостность.

При наличии жажды больному можно позволить со второго дня после операции пить небольшими глотками минеральную воду. Довольно часто жидкость, принятая через рот, выделяется через зонд, промывая желудок и сам зонд. Кормление больных необходимо начинать только после ликвидации пареза кишечника и восстановления перистальтики. Пищу назначают малыми порциями по 6-8 раз в день, начиная с кефира, протертого супа, бульона, чая. Постепенно в рацион включают яйца, отварное мясо, рыбу, масло и др.

Больные нуждаются в добросовестном уходе: выполнение гигиенических процедур, протирание спины, массаж мышц ног, рук. Необходимо следить за полостью рта, чтобы не допустить стоматита, паротита. Одновременно проводят профилактику пневмонии: назначают содовые ингаляции, дыхательную гимнастику и др. Для уменьшения боли в течение 2-3 дней назначают обезболивающие (анальгин, омнопон, промедол и др.), спазмолитики. По назначению врача проводят инфузионную терапию. Интенсивная терапия у больных с перитонитом длится 8-10 дней. Иногда для детоксикации организма используют методы очищения крови и плазмы от токсичных продуктов с помощью гемосорбции и плазмасорбции.

Уход за больными с прободной язвой

Больных с прободной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки госпитализируют в хирургическое отделение. Транспортировку осуществляют на носилках машины неотложной помощи в удобном для

больного положении (на боку, на спине). Сопровождающий персонал должен наблюдать за состоянием больного.

Нужно помнить, что больным с выраженным болевым синдромом, до установления клинического диагноза без разрешения врача категорически запрещают вводить обезболивающие, спазмолитические, наркотические препараты. Только по назначению врача проводят противошоковые мероприятия. Медицинская сестра производит забор необходимых анализов, проводит венепункцию и осуществляет, при необходимости, введение медикаментозных средств, для коррекции водно-электролитного, белкового, углеводного обменов и др.

При категоричном отказе больного от операции ему необходимо ввести толстый зонд в желудок и проводить постоянное отсасывание содержимого с помощью шприца Жане или вакуумной системы. В общем, уход и наблюдение за больными с прободной язвой в предоперационном и послеоперационном периоде осуществляется, как при перитоните. Больному проводят постоянное отсасывание желудочного содержимого, внутривенное вливание жидкостей, препаратов крови, введение антибиотиков. Давать пить и кормить больного начинают с 4-го дня после операции, с восстановлением перистальтики кишечника.

Уход за больными с желудочно-кишечным кровотечением

Больные с желудочно-кишечными кровотечениями нуждаются в неотложной помощи и должны быть госпитализированы в хирургическое отделение, независимо от степени кровотечения и причины, которая ее вызвала. Транспортировать больного необходимо в лежачем положении, на живот надо положить холод (пузырь со льдом или холодной водой, предварительно обернув его полотенцем или пеленкой). При наличии геморрагического шока проводят интенсивную терапию.

Если кровотечение возникло в стационаре, медицинская сестра обязана срочно известить врача. При этом она должна постоянно находиться возле больного, внимательно наблюдать за его состоянием, показателями пульса, артериального давления, наладить систему для внутривенного вливания. По назначению врача она проводит инфузионную терапию и выполняет необходимые манипуляции.

Если состояние больного нормализовалось, и нет признаков кровотечения, больному назначают консервативное лечение и динамическое наблюдение. При наличии признаков кровотечения и ухудшении состояния больного, выполняют экстренное хирургическое вмешательство. После операции на желудке, у больных могут возникать жалобы на боль в эпигастрии, отрыжку, икоту и др.- вследствие атонии (пареза) кишечника.

При первых признаках застоя необходимо при участии врача ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое шприцем Жане или оставить зонд для постоянного пассивного выделения желудочного содержимого. Медсестра должна следить за состоянием зонда, выделениями из него. Одновременно по назначению нужно ввести средства, которые тонизируют

мускулатуру желудка (60-70 мл 10% раствора хлорида натрия; 1 мл 0,05% раствора прозерина; 10-20ЕД питуитрина). Моторно-эвакуаторная функция оперированного желудка, как правило, восстанавливается на 3-4 сутки.

Особую опасность представляет несостоятельность швов, наложенных на желудок, или возникшего анастомоза, что может вызвать развитие перитонита. Медицинская сестра должна следить за состоянием дренажей брюшной полости, контролировать выделение из них. Появление в дренажных трубках крови или желудочного содержимого является признаком кровотечения или несостоятельности швов желудочно-кишечного анастомоза. При нормальном течении послеоперационного периода дренажные трубки удаляют на 3- 4 сутки. Кормление начинают только с разрешения врача, оперировавшего больного.

Вместе с этим, проводят мероприятия по коррекции гомеостаза. Гемотрансфузионную терапию проводят только по показаниями. Цельную донорскую кровь переливают лишь в тех случаях, когда невозможно получить ее компоненты (эритроцитарную массу, плазму и др.). Переливать эритроцитарную массу нужно со свежемороженой плазмой в соотношении 1:3.

После выписки больных из стационара для дальнейшей реабилитации их направляют на санаторно-курортное лечение (Моршин, Поляна Квасовая, Миргород и др.) и ставят на диспансерный учет.

Схема ведения послеоперационного периода у больных после операций на желудке:

1. Положение больного: а) 1-2 ч после операции – горизонтальное; б) через 3-4 ч. после операции – полусидячее.

2. Вставание больного: а) с первого дня активная гимнастика, в том числе дыхательная; б) с третьего дня – сидеть на кровати и вставать; в) 4-5 день – ходить.

3. Снятие швов: а) 7-й день – снятие швов "через один"; б) 8-й день – снятие оставшихся швов.

4. Уход за желудочно-кишечным трактом: туалет полости рта, массаж подчелюстных и околоушных слюнных желез, введение назогастрального зонда для декомпрессии культи желудка, промывание желудка 1% раствором бикарбоната натрия или 1:10000 раствором марганцовокислого калия, введение 200 см³ кислорода.

5. Диета: 1-й день: полоскание полости рта кипяченной или минеральной водой; 2-й день: глотками через 15-20 мин. – несладкий чай, отвар тмина, шиповника; 3-й день: при появлении перистальтики – щелочные минеральные воды, сладкий чай; 4-й день: если отходят газы – щелочные минеральные воды, кефир, нежирный бульон, сладкий чай; 5-6 день: фруктовые соки, компот, протертый суп, манная каша, кефир, сметана, белые сухари; 7-8 день: сырые яйца, фруктовые соки, протертый суп, йогурт,

кефир, компот, сметана, манная каша, паровые котлеты, картофельное пюре, белые сухари; 10-й день: стол 1а; 11-й день: стол 1б; 12-й день: стол 1; 13-14 день: стол 15.

Уход за больными с аппендицитом

В большинстве случаев больные с острым аппендицитом своевременно обращаются за медицинской помощью и не нуждаются в особой предоперационной подготовке. В случае позднего обращения с острым аппендицитом, осложненного перитонитом, больного готовят к операции, как при перитоните. После аппендэктомии, при неосложненном остром аппендиците, послеоперационный период протекает, как правило, без осложнений. Для уменьшения боли больным в течение 1-2 дней назначают обезболивающие, иногда — наркотики. Если нет осложнений, позволяют садиться и вставать на 2-3-й день после операции. С появлением перистальтики кишечника (конец 2-3 суток) больным позволяют принимать пищу, сначала воду, кефир, потом расширяют диету. Первую перевязку проводят на 2-й день после операции. Дренажи удаляют в зависимости от протекания послеоперационного периода (3-4 суток). При отсутствии осложнений выписку больного из стационара осуществляют на 7-8 день.

Уход за больными с острым холециститом

Больных с острым холециститом госпитализируют только в хирургическое отделение. Медицинская сестра следит за выполнением назначений, ставит ему холод на правое подреберье, готовит систему для инфузионной терапии, проводит переливание трансфузионных и медикаментозных средств. При этом следит за общим состоянием больного, определяет температуру тела, считает пульс, измеряет артериальное давление.

Обо всех изменениях в состоянии больного своевременно информирует врача.

Больному проводят частичную санитарно-гигиеническую обработку тела, выполняют необходимые дополнительные исследования (общий анализ крови, мочи, определение группы крови, Rh-фактора, уровня билирубина и др.). Особой подготовки требуют больные с острым холециститом, осложненным механической желтухой, при которой нарушается функция печени, не усваиваются жиры и особенно витамин К. Недостаток витамина К приводит к нарушению свертывания крови и повышенной кровоточивости.

Для ее предупреждения необходимо своевременно больным ввести витамин К, хлорид кальция, провести переливание плазмы, фибриногена и прочее.

В послеоперационном периоде больным после холецистэктомии, через 3-4 ч после операции, придают полусидячее положение в кровати. В первые два-три дня назначают обезболивающие препараты (анальгин, баралгин, спазмалгон и т.д.), наркотические препараты (омнопон, промедол и др.). В этот же период осуществляют инфузионную терапию: вливают 5% раствор

глюкозы с инсулином, изотонический раствор натрия хлорида (2,5-3л), реополиглюкин, перфторан.

Со второго дня после операции позволяют пить малыми глотками минеральную воду без газа или несладкий чай, отвар шиповника, тмина. После лапароскопической холецистэктомии больным позволяют вставать на второй день после операции, после лапаротомной – на 3-4 день.

При операциях, которые заканчиваются дренированием общего желчного протока, в послеоперационном периоде медицинская сестра должна следить за тем, чтобы дренажная трубка не выпала из раны; чтобы нормально функционировала; выделения из трубки собирают в банку; докладывать врачу об изменении цвета, количестве выделенной желчи. После затихания воспалительного процесса в желчных путях, с 8-го дня после операции, конец дренажной трубки пережимают или поднимают выше уровня тела больного, то есть ”тренируют” общий желчный проток, чтобы он функционировал без помех и когда больной с пережатой дренажной трубкой почувствует себя хорошо, последнюю удаляют.

Если состояние больного улучшается, желтуха уменьшается, врач на 12-14 день после операции, при необходимости, проводит контрольную холедохографию (через холедохостомическую трубку в общий желчный проток медленно вводят контрастное вещество 10 мл билигноста, триомбраста и др.). Если общий желчный проток проходим, контрастное вещество свободно поступает в двенадцатиперстную кишку, дренажную трубку удаляют. При длительных желчных свищах, значительных потерях желчи ее необходимо собирать в чистую посуду и через 15-20 мин после пищи давать пить больному.

Уход за больными с острым панкреатитом

Больные с острым панкреатитом нуждаются в особом уходе. В отдельных случаях, при крайне тяжелом течении, острый панкреатит может протекать очень тяжело и на протяжении 1-2 суток закончиться смертью. Поэтому медицинская сестра обязана добросовестно выполнять все врачебные назначения, следить за состоянием желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

При наличии тошноты, рвоты необходимо ввести зонд в желудок и промыть его. У больных с тяжелым течением острого панкреатита производят постоянное удаление содержимого через тонкий назогастральный зонд (постоянная декомпрессия желудка). При неосложненном течении острого панкреатита больным позволяют пить на второй день заболевания. При этом вода должна быть щелочной и не содержать газа. При ее отсутствии готовят специальный 0,5% или 1% раствор натрия бикарбоната. Тяжелобольным с явлениями выраженной интоксикации, проводят интенсивную инфузионную терапию с помощью катетеризации магистральных вен (подключичной, плечевой, большой подкожной вены бедра и др.).

Медицинская сестра должна постоянно наблюдать за состоянием венозного катетера, системы и тщательно проводить инфузии согласно назначениям врача. При длительном введении лечебных препаратов возможен тромбоз катетера. В таких случаях инфузию прекращают и проводят катетеризацию другой вены. В конце инфузии катетер заполняют гепарином (0,1 мл гепарина). При появлении жалоб или ухудшении состояния больного, медицинская сестра обязана вызвать врача.

При развитии панкреонекроза состояние больного резко ухудшается, повышается температура (38,5-39,5°C), возникает лихорадка, развиваются тяжелые расстройства функции печени, почек, водно-солевого обмена и др. Лечение осложнений требует значительных усилий и медикаментозных затрат. В таких случаях довольно часто применяют хирургическое лечение.

В послеоперационном периоде необходимо следить за состоянием дренажей, своевременно их промывать. Необходимо контролировать выделения из раны, потому что панкреатический сок может вызывать мацерацию кожи вокруг нее. В этих случаях нужно регулярно отсасывать сок с помощью активного дренажа, своевременно менять повязку, применять цинковую мазь или пасту Лассара вокруг дренажей.

При благоприятном течении панкреатита, больным после 4-х дней голода позволяют пить воду, потом несладкий и некрепкий чай по 20-30 мл через 20-30 мин. Если при этом не возникают болевые ощущения, количество жидкости увеличивают и добавляют 50-100 мл нежирного кефира, кислого молока. В дальнейшем назначают щадящую диету: дают манную кашу, слизистые супы, картофельное или яблочное пюре.

На второй неделе заболевания назначают механически и химически щадящую пищу. Диета в основном должна быть углеводной, без экстрактивных веществ: супы овощные, нежирное мясо, овощные и крупяные пудинги. Для полной реабилитации таких больных направляют на санаторно-курортное лечение (Трускавец, Гусятин, Моршин, Поляна Квасовая и др.).

Уход за больными с острой кишечной непроходимостью

Больных с острой кишечной непроходимостью госпитализируют в хирургическое отделение. При невыясненном диагнозе необходимо отказаться от применения промедола и ненаркотических анальгетиков. Всем больным с острой кишечной непроходимостью, а также тем, у кого это заболевание не исключают, вначале назначают консервативное лечение, которое проводят в максимальном объеме, параллельно с обследованием больного. Нужно помнить, что больные с острой кишечной непроходимостью – это тяжелобольные, у которых дополнительные движения, медицинские манипуляции могут провоцировать схваткообразные приступы боли, рвоту.

Таких пациентов помещают в отдельные палаты или палату интенсивной терапии. Для освобождения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в желудок (лучше в двенадцатиперстную кишку) вводят

зонд и с помощью шприца Жане отсасывают содержимое и промывают желудок. Вместе с этим, назначают сифонную клизму для разгрузки толстой кишки. Эти манипуляции должен проводить врач при участии медицинской сестры. В отдельных случаях во время обследования, проведения лечебных манипуляций можно устранить кишечную непроходимость. Так, во время колоноскопии (эндоскопическое исследование толстой кишки) можно подробно и удалить каловые камни; при раздувании толстой кишки воздухом можно расправить инвагинат.

При благоприятном течении кишечной непроходимости состояние больного улучшается, прекращается тошнота, рвота, отходят газы, появляется стул. За больным наблюдают и продолжают консервативную терапию. В тех случаях, когда непроходимость кишечника проявляется рвотой, значительным вздутием живота, ухудшением состояния больного, необходимо решать вопрос об оперативном лечении.

Наличие клинических признаков обструкции кишки на фоне проводимого лечения (резкая локальная болезненность, симптомы раздражения брюшины, вздутие живота, отсутствие перистальтики, “шум плеска” и др.), является абсолютным показанием к оперативному вмешательству. Консервативное лечение у этих больных проводят в рамках предоперационной подготовки. У больных с установленным диагнозом острой кишечной непроходимости, предоперационная подготовка и интенсивная терапия должны длиться не больше 2-х часов.

Особого внимания и ухода требуют больные с кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде. Продолжают инфузионную терапию; переливают солевые, белковые препараты в объемах, которые обеспечивают нормализацию белкового, водно-электролитного обмена и объема циркулирующей плазмы. Вместе с этим, проводят профилактику инфекционных и легочных осложнений, сердечно-сосудистых расстройств (дыхательная гимнастика, инъекции кордиамина, введение сердечных гликозидов и др.). Больные находятся в кровати в полусидячем положении (положение Фовлера). Первые 2-3 дня им назначают болеутоляющие наркотические препараты.

Медицинский персонал должен уделять большое внимание уходу за интубационным кишечным зондом.

Уход за кишечным зондом

При появлении застойного кишечного содержимого его постоянно отсасывают, промывая зонд. Довольно эффективным средством при этом является введение кислорода в количестве 250-300 см³ через зонд в кишечник. Введенный кислород подавляет рост и размножение патогенной микрофлоры (особенно анаэробной), стимулирует перистальтику кишечника.

Больным после операции по поводу кишечной непроходимости запрещают принимать пищу. Пить позволяют с 3-го дня, прием жидкой пищи – после появления перистальтики кишечника (3-4 сутки). При отсутствии перистальтики проводят ее медикаментозную стимуляцию

(раствор прозерина, метоклопрамида, хлористого натрия, гипертоническую клизму).

При обычном течении послеоперационного периода, кишечный зонд удаляют на 5-6 сутки после появления перистальтики (как при перитоните) и самостоятельном освобождении кишечника.

Дренажные трубки из брюшной полости удаляют, в зависимости от течения послеоперационного периода (4-5 сутки). Швы снимают на 8-9 сутки, у лиц пожилого возраста и ослабленных – на 10-12 день после операции. При отсутствии осложнений выписывают из стационара на 12-14 день.

Уход за больными с грыжами

Основной метод лечения больных с грыжей – оперативный. Для нормального протекания послеоперационного периода необходимо уделять особое внимание подготовке кишечника, поскольку нередко больные страдают запорами. За 3-4 дня до операции им назначают слабительные средства. Накануне операции ставят очистительную клизму.

В послеоперационном периоде у больных с паховыми грыжами для предупреждения отека мошонки, орхита и эпидидимита необходимо наложить суспензорий, чтобы мошонка была поднята кверху и лежала на животе. На протяжении первых 4-5 дней больным назначают постельный режим.

Особого внимания, заслуживают больные, оперированные по поводу гигантских грыж, которые сопровождались значительным выходом внутренних органов. Нужно помнить, что после операции, у этих больных значительно повышается внутрибрюшное давление, которое приводит к высокому стоянию диафрагмы, затруднению работы легких и сердечной деятельности. С целью предупреждения легочно-сердечных осложнений, за 2-3 недели перед операцией, больным назначают специальные дыхательные упражнения, вправляют грыжевое содержимое и проводят тугое бинтование живота или придают положение Тренделенбурга (едва поднятый ножной конец кровати) и тоже проводят вправление грыжевого содержимого. В послеоперационном периоде назначают дыхательную гимнастику, лечебную физкультуру, накладывают бандаж или специальный пояс для укрепления передней брюшной стенки после операции.

Выписывают больного из стационара на 7-8 день. У больных с осложненными грыжами и нетипичным течением послеоперационного периода – подход индивидуальный.

Уход за больными с заболеваниями прямой кишки

Больных с заболеваниями прямой кишки относят к особой группе, которая требует большого внимания и профессиональных навыков. Особое внимание необходимо уделять больным, которых готовят к операции. Даже незначительные упущения в подготовке могут привести к фатальным последствиям. Больных готовят к операции за 3-5 дней. Особое внимание

уделяют диете, она должна быть высококалорийной и содержать мало клетчатки.

За 2-3 дня до операции назначают слабительные средства (15-30% раствор сульфата магния по 1 ст. ложке 6-8 раз в день или касторовое масло по 1 ст. ложке 4-5 раз в день). Кроме этого, очищают толстый кишечник с помощью очистительных клизм утром и вечером.

Для профилактики нагноения ран и расхождения швов кишечника, за 3 дня до операции больному назначают антибиотики, которые действуют преимущественно на кишечную микрофлору.

При операциях на прямой кишке, в день операции кишечник очищают сифонной клизмой до "чистой воды". Кроме того, проводят туалет промежности с помощью спиртового раствора хлоргексидина, кутасепта, 0,5% раствора перманганата калия и др. После операции на прямой кишке особое значение имеет соблюдение диеты. Пить больным позволяют со 2-го дня после операции, с 3-го дня (индивидуальный подход) можно разрешать жидкую, калорийную, без клетчаточную пищу (манная каша, кефир, йогурт, сырые яйца, протертый суп и др.). Запрещают хлеб, фрукты, молочные продукты. На 5-6 день назначают слабительные по 20-30 мл жидкого вазелинового масла, регулакс, дуфалак и только с 8-го дня, можно ставить очистительную клизму.

Медицинская сестра должна следить за трубкой, которую помещают в прямую кишку. Кровать должна быть защищена клеенкой. После акта дефекации, больной должен принять сидячую ванну со слабым раствором перманганата калия, после чего ему нужно сменить повязку.

Особого ухода требуют больные с каловыми свищами, которые накладывают при опухолях прямой и сигмовидной кишки. Этим больным нужно чаще делать перевязки, следить за калоприемником. После каждого испражнения кишечника, необходимо промыть стому и на выступающую часть слизистой наложить салфетки, смоченные вазелиновым маслом. Кожу вокруг свища необходимо смазывать пастой Лассара, цинковой мазью, мазью «десятин» или другой индифферентной мазью. После формирования свища и заживления операционной раны для уменьшения раздражения кожи нужно проводить гигиенические ванны 1 раз в 2-3 дня и обеспечить больного одноразовыми калоприемниками.

Уход за больными с повреждениями живота

Важной задачей ухода за больными с повреждениями живота, является организация транспортировки пострадавшего в лечебное заведение. Госпитализация осуществляется, как правило, бригадой скорой медпомощи. Для предупреждения осложнений во время транспортировки, пострадавших укладывают на спину. При этом необходимо тщательно наблюдать за состоянием больного, следить за дыханием, пульсом, при необходимости ввести сердечные, противошоковые средства. В холодную пору года необходимо принять меры для предупреждения переохлаждения больного.

Потерпевших с травмой живота, осложненной повреждением внутренних органов, кровотечением, перитонитом, готовят к неотложной операции, по общим правилам подготовки больного к ургентной операции. Нужно помнить, что иногда больные с травмой живота имеют сочетанную травму (живот + грудная клетка или переломы костей) или комбинированную травму (травма живота + ожоги кожи или радиационное поражение). Поэтому такие больные нуждаются в индивидуальном подходе в оказании им первой помощи и уходе в каждом конкретном случае травмы.

Особое внимание требуют больные с травмой живота в послеоперационном периоде. Иногда они находятся без сознания или бывают возбуждены, их приходится привязывать (фиксировать) к кровати, чтобы больные не срывали повязку и др. Для предупреждения пролежней, таких больных необходимо периодически поворачивать, проводить массаж спины, следить за состоянием постели.

Белье должно быть чистым, сухим. Тяжелобольных необходимо укладывать на функциональные кровати или специальные надувные матрасы. Необходимо следить за состоянием зонда, своевременно удалять содержимое желудка, кишечника и промывать их. При подтекании содержимого из зонда, дренажей (кровь, желчь, кишечное содержимое, моча), необходимо известить врача. При отсутствии осложнений, послеоперационный уход за больными осуществляется по общим правилам послеоперационного ухода за больными на органах брюшной полости.

Кормить и давать пить больным можно только с разрешения лечащего врача. Прием воды и пищи проводят малыми порциями из ложки или поильника. Минеральная вода должна быть теплой, щелочной и без газа (открытой), пища – высококалорийной, легкоусвояемой, полужидкой, богатой витаминами.

4.4. Уход за тяжелобольными и агонирующими больными.

Смерть – это прекращения спонтанного кровообращения и дыхания, сопровождающееся необратимым поражением всех функций мозга. Процесс наступления необратимых патологических изменений в организме, называют умиранием. Существует несколько типов умирания.

Первую группу составляют больные, умирающие при безуспешной сердечно-легочной реанимации с тремя возможными результатами:

1) смерть наступает немедленно после прекращения реанимационных мероприятий;

2) развивается многодневная и многонедельная постреанимационная болезнь, которую относят, в частности, и к умиранию;

3) возникает стойкое вегетативное состояние с безвозвратной потерей функции коры головного мозга.

Вторая группа. В нее входят больные старческого возраста, у которых происходит постепенное угасание жизненных функций при сохраненном или неадекватном сознании.

Третья группа. Этот тип умирания наблюдается при тяжелой патологии, которая теоретически через разные обстоятельства не подвергается интенсивной терапии (синдром острого повреждения легкого, кардиогенный шок, перитонит).

В **четвертую группу** включают умирание при неизлечимой болезни (травма, несовместимая с жизнью, злокачественная опухоль). Все указанные типы умирания неизбежно заканчиваются смертью, и умирание по своей сути становится диагнозом. Если для выздоравливающего больного нужна интенсивная терапия, медицинские мероприятия направленные на ликвидацию физических страданий, а также воздействие на психику, то умирающий больной в интенсивном лечении не нуждается.

В связи с этим, в последние десятилетия, все большее развитие получает так называемый комфортный поддерживающий уход. Его особенностью является:

- 1) ограничение инвазивных методов (катетеризация, пункция);
- 2) сокращение диагностических манипуляций;
- 3) тщательный гигиенический уход;
- 4) адекватное обезболивание;
- 5) адекватное питание;

6) психологический комфорт, который обеспечивается окружением родственниками, психотерапевтом, священником или транквилизаторами. Перевод на комфортный поддерживающий уход осуществляют по решению самого больного или законных представителей по рекомендации врача, который имеет полную информацию о характере патологии и прогнозе.

Особую группу составляют больные со стойким вегетативным состоянием. Их характеризует то, что они не страдают, поскольку находятся без сознания (по той же причине не могут принять решение о прекращении или изменении лечения) и никогда не излечатся. При адекватном уходе, такое состояние может длиться годами. Чаще всего больные со стойким вегетативным состоянием гибнут от инфекции мочевыводящих путей и легочных осложнений.

Надлежащий медицинский уход за больными со стойким вегетативным состоянием включает:

- адекватное питание и гидратацию, которую по обыкновению осуществляют с помощью желудочного зонда;
- обеспечение физиологических отпращиваний естественным образом с помощью катетера, клизмы;
- гигиенический уход, который включает и обработку полости рта, часто являющуюся источником инфицирования;
- проведение физиотерапии, гимнастики и массажа;
- профилактику и лечение инфекционных, воспалительных и некротических осложнений (гипостатическая пневмония, пролежни, паротит, инфекция мочевыводящих путей) и т.д.

РАЗДЕЛ 5. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В ОТДЕЛЕНИИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ.

5.1. Организация работы отделения гнойной хирургической инфекции.

Высокая актуальность проблемы ухода за больными с острой гнойной хирургической инфекцией обусловлена тем, что количество пациентов с данной патологией имеет тенденцию к увеличению, достигая 35 - 40% от всего контингента поликлиник и хирургических стационаров. Как следствие, увеличиваются затраты на лечение больных, что выявляет не только лечебную, но и социальную значимость этой проблемы. Неслучайно большое количество хирургических форумов последних десятилетий полностью посвящены именно этому вопросу.

Асептика и антисептика являются эпохальными достижениями, без которых невозможно существование и развитие современной хирургии. Один из принципов асептики предусматривает обязательное разделение всех больных на два потока – «чистые» и «гнойные». Это необходимо для предупреждения развития гнойно-септических осложнений, которые часто нивелируют работу хирурга, виртуозно владеющего скальпелем. Эти осложнения составляют большую часть заболеваний, получивших название **внутрибольничная инфекция**, которая в данное время приобретает черты эпидемии.

В большинстве городских и районных больниц, где функционирует одно общехирургическое отделение, для «гнойных» больных выделяют специальные палаты и перевязочные, которые находятся в том же самом отделении, но отдельно. В больших лечебных заведениях, где существует несколько хирургических отделений, одно из них предназначено для больных с гнойно-септическими заболеваниями. В ряде случаев лечение гнойной патологии осуществляют в специализированном «гнойном» стационаре. Такое медицинское подразделение носит название **отделения** (стационар) **хирургической инфекции**, которое функционирует соответственно требованиям для инфекционных отделений и имеет соответствующий официальный статус.

В отделения хирургической инфекции госпитализируют больных с острыми гнойными заболеваниями мягких тканей, в том числе с фурункулом, фурункулезом, карбункулом, абсцессом, флегмоной, гидраденитом, рожистым воспалением, лимфангитом, лимфаденитом. Здесь же лечат гнойные раны, трофические язвы, свищи, гангрены, некрозы, перитонит, эмпиему плевры, медиастенит и другую патологию.

Архитектурное **планирование «гнойного» отделения** подлежит единому требованию, которое обеспечивает изоляцию больных с хирургической инфекцией. Начиная с приемного отделения, при госпитализации создают самостоятельный поток пациентов, исключая контакт с больными из других отделений. В отделении есть все необходимые подразделения, помещения и оборудование, что дает возможность

проведения диагностических, лечебных мероприятий и соблюдения необходимого санитарно-противоэпидемического режима.

В отделении хирургической инфекции есть своя операционная, где осуществляются все виды вмешательств, необходимых при лечении данного контингента больных. В перевязочной производят перевязки гнойных ран, пункцию полостей и абсцессов, выполняют хирургическую обработку гнойного очага, введение дренажей в плевральную полость при эмпиеме плевры. Во время манипуляций придерживаются аподактильного (не затрагивая пальцами) метода работы.

Внешний вид сотрудников отделения, их одежда, поведение в «гнойной» перевязочной, подлежат стандартным требованиям. Форма одежды в перевязочной обычная, при выполнении процедур рекомендуют закатывать рукава и надевать специальные нарукавники (манжеты), их легко сменить при загрязнении. При постоянной работе в «гнойной» перевязочной, поверх халата надевают фартук с нагрудником, который ежедневно дезинфицируют, а по мере загрязнения протирают дезраствором.

Противоэпидемический режим в отделении хирургической инфекции включает текущую и заключительную (генеральную) дезинфекцию. При текущей дезинфекции ежедневно протирает мебель, радиаторы, подоконники в палатах, коридорах и других помещениях, проводят дважды в день влажную уборку. Один раз в 7-10 дней выполняют генеральную уборку, во время которой пол, окна, двери, стены протирают дезинфицирующим раствором. Эти мероприятия проводят при отсутствии больных. Особенно внимательно осуществляют ежедневную и генеральную уборки в процедурной.

Весь инвентарь, емкости, тряпки, ведра для уборки палат, коридоров и туалетов дезинфицируют отдельно. Для этого после мытья пола, мягкий инвентарь помещают в использованное ведро с дезраствором, а после окончания необходимой экспозиции, тряпки прополаскивают в проточной воде и сушат. Это выполняют в специально отведенной санитарной комнате.

Помещения проветривают 4 раза в сутки. В перевязочной и в процедурной устанавливают бактерицидные лампы, на высоте 2 м от уровня пола. Один излучатель ОБН-150 применяется на 30 куб. м помещения, ОБН-300 – на 60 куб. м. Воздух подлежит ультрафиолетовому облучению по графику и при отсутствии людей. При недостаточной естественной вентиляции, через каждые 1,5-2 часа горения излучателя, помещение проветривают на протяжении 30-40 минут. При включении ламп допускается кратковременное присутствие персонала в защитных очках.

Сотрудники бактериологической лаборатории или санэпидемстанции, не реже 1 раза в месяц контролируют режим работы перевязочной. Исследуя микробную загрязненность, берут смывы и мазки с каталок для больных, полотенец для рук персонала, халатов и рук медработников, с перевязочного и инструментального стола. Периодически выполняют посевы из

умывальников, раковин, стоков воды, которые может населять влаголюбивая флора.

5.2. Клиническая гигиена медицинского персонала в отделении гнойной хирургической инфекции.

В соответствии с трудовым законодательством, на работу в отделения хирургической инфекции принимают лиц не младше 18 лет. Для всех работников обязателен медицинский осмотр. Тех, кто страдает на открытую форму туберкулеза, венерические и заразные заболевания кожи и слизистых, на работу не принимают. В дальнейшем не реже 1 раза в год все работники проходят медицинское обследование. Если у работников, которые снова поступают на работу или у тех, кто уже работает, выявляют носительство патогенных микроорганизмов, то решают вопросы о допуске их к работе и о проведении необходимого лечения.

При поступлении на работу руководитель отделения проводит с персоналом **инструктаж** по вопросам охраны труда и правил выполнения своих функциональных обязанностей, а с младшим медицинским персоналом – техучеба, во время которого приобретаются минимальные специальные знания. Инструктаж включает объяснение специфических особенностей работы в отделении, хирургической инфекции, правила личной гигиены и санитарно-противоэпидемического режима, правила внутреннего распорядка для персонала и больных. В дальнейшем не реже, чем через 6 месяцев проводят повторный инструктаж, на котором дают детализированные установки о выполнении мероприятий для предупреждения заражения, о соответствующем поведении персонала и выполнении техники безопасности. Информацию о том, что инструктаж проведен, регистрируют в специальном журнале учета.

Персонал отделения хирургической инфекции имеет постоянный и непосредственный контакт с больными, их выделениями, объектами окружающей среды и таким образом, подвергается опасности заражения через пищу, воду, воздух, руки, внешние покровы тела и т.д. При этом вероятна передача инфекции не только сотрудникам, членам их семей, но и другим больным, что находятся в стационаре.

Для обслуживающего персонала выделяют бытовые помещения: раздевалку, душевую, комнату для приема пищи и отдыха, туалет. Приходя на работу, сотрудники переодеваются. Верхняя одежда и обувь сохраняются отдельно в индивидуальных шкафах, которые периодически обеззараживают. Не допускают использования тканевой обуви. После окончания работы персонал принимает душ.

Исключительно важно держать в чистоте **руки персонала**. Ногти коротко подстригают. После каждой манипуляции с больными, при контакте с выделениями или загрязненным бельем и посудой, перед приемом пищи и после окончания работы руки моют и дезинфицируют с помощью специальных щеток. С этой целью используют 80% этиловый спирт, 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина биглюконата и др.

При использовании этилового спирта или хлоргексидина, на ладонные поверхности рук наносят 5-8 мл раствора и втирают его на протяжении 2 минут. Особое внимание обращают на обеззараживание ногтевых фаланг. Руки вытирают индивидуальным полотенцем, которое меняется ежедневно. Щетки, используемые при этом, моют и кипятят в 2 % растворе соды на протяжении 15 минут. Чистые щетки хранят в стерильном биксе, берут их по мере необходимости стерильным корнцангом.

При наличии на руках порезов или других повреждений, а также при контакте рук с мокротой или другими выделениями больного (перенесение плевательниц и суден, приготовление смывов и мазков, сортировка использованного белья и т.д.), обязательно надевают резиновые перчатки. После работы перчатки подлежат обеззараживанию.

Все манипуляции, при которых могут произойти загрязнения рук кровью, сывороткой, гноем, слюной, мочой и т.д. нужно проводить в резиновых перчатках.

Патогенная и условно-патогенная микрофлора, которая вызывает развитие внутрибольничной инфекции в ослабленном организме, как правило, не является естественной микрофлорой кожи рук, носит транзитный характер и может быть легко устранена с кожи рук их гигиенической дезинфекцией и мытьем.

Гигиеническая дезинфекция рук проводится после загрязнения кожи рук биологическими жидкостями, после контакта рук с телом больного гнойно-септическим заболеванием, после перевязок. Если состоялось массивное загрязнение перчаток кровью, гноем и т.д., нужно также обработать руки растворами антисептиков после снятия перчаток.

Для гигиенической дезинфекции рук применяется ряд методов:

- 1) обработка на протяжении 2 минут тампоном, смоченным в 70% этиловом спирте;
- 2) обработка в миске с раствором первомура (С4) на протяжении 1 минуты;
- 3) обработка в миске с 0,1% раствором "дезоксона" на протяжении 2 минут;
- 4) обработка на протяжении 2 минут тампоном, смоченным в 0,5% спиртовом растворе хлоргексидина биглюконата.

При контакте с биологическими жидкостями больного гепатитом В или Вич-инфекцией, нужно обработать руки 70% спиртом или стерилиумом на протяжении 2-3 минут. Через 6 месяцев после выписки больного из стационара, необходимо провести проверку крови на наличие Hbs-Антигена или антител к вирусу иммунодефицита человека.

После проведения обработки по одной из указанных схем, в любом случае надо вымыть руки водой.

Руки моют перед выполнением любых процедур, до и после соприкосновения с ранами, после ухода за пациентами, а также после обследования больных, после любых манипуляций (даже, если руки были в

перчатках) когда был возможен контакт со слизистыми оболочками, кровью, другими биологическими жидкостями, наконечниками от клизм, судном, бельем.

Мыть руки нужно в теплой проточной воде на протяжении 2 минут с хозяйственным или туалетным мылом в одноразовой расфасовке, избегая разбрызгивания воды. Для обработки подногтевых пространств используются щетки, которые потом нужно мыть и кипятить в 2% содовом растворе на протяжении 15 минут. Чистые щетки сохраняют в стерильных биксах, вынимают по мере надобности стерильным корнцангом. После мытья руки вытираются сухим полотенцем или одноразовыми бумажными салфетками. Для каждого работающего сотрудника выделяют индивидуальное полотенце, его меняют не реже одного раза в сутки.

Важное эпидемиологическое значение имеет одежда и обувь персонала отделения, поскольку основным резервуаром патогенного стафилококка в отделении является кожа персонала и одежда в этих условиях служит важнейшим барьером, который постоянно загрязняется по мере ношения. Наиболее инфицированы микробами головные уборы, халаты, брюки и обувь. На халатах госпитальные микробы можно обнаружить уже через несколько часов после ношения, особенно на рукавах, в области живота, на уровне бедер.

Поэтому для работы в хирургическом отделении для персонала любого уровня предусмотрена спецодежда, причем она включает не только медицинский халат. Недопустимо ношение уличной или домашней одежды в пределах отделения. Это в равной мере опасно как для пациентов, так и для самого сотрудника и членов его семьи. В хирургическом отделении должны быть предусмотрены помещения для переодевания, встроенные по типу шлюза, каждому сотруднику должен быть предоставлен индивидуальный шкаф, который состоит из двух разделенных частей – для уличной и больничной одежды.

Через особый санитарно-эпидемический режим сотрудникам не рекомендуют выходить в спецодежде за пределы отделения, появляться в ней в столовой, надевать на нее верхнюю одежду, а также выносить спецодежду домой для любых целей. При входе в другое отделение меняют халат, тапки и маску.

Перед началом работы всю верхнюю одежду, особенно вязаную и шерстяную снимают и переодеваются в форму, предназначенную только для работы в хирургическом отделении. Предпочтительнее как компонент личной одежды, иметь хлопчатобумажные брюки, как мужчинам, так и женщинам, однако, последним допускается и чистое хлопчатобумажное платье. Сверх личной одежды надевают медицинский халат, который должен застегиваться или завязываться, прикрывая одежду, находящуюся под ним. Рукава халата должны быть короткими или легко закатываться для того, чтобы в случае необходимости предплечье до локтя могло быть обнажено. Смена нательной одежды проводится каждый день, халат необходимо менять

минимум 2 раза в неделю, а в отделении хирургической инфекции – каждый день.

Сменная обувь должна быть по возможности закрытой, без отверстий и обязательно из моющегося материала, чтобы была возможность подвергать ее гигиенической обработке и дезинфекции.

Волосистой покров головы – это огромная площадь, способная собирать, накапливать, а потом и распространять пыль с микроорганизмами. За некоторыми данными волосы чаще бывают резервуаром стафилококков, чем носоглотка и кожа. Ношение колпака (косынки) в хирургическом отделении обязательно. Волосы должны быть полностью убраны. Халаты, шапочки меняют раз в неделю, костюмы – 2 раза в месяц, а при загрязнении спецодежды выделениями больных – немедленно.

Персоналу, который осуществляет уход, запрещено принимать пищу в палатах и коридорах, а также курить в палатах, коридорах и лабораториях.

Для работы в асептических и инфицированных зонах персоналу нужно носить защитные маски (респираторы). Их менять необходимо минимум через каждые 2 часа работы, а также после каждой операции. При длительном ношении маски сами превращаются в источник инфекции.

Все грязные работы нужно выполнять в клееночных фартуках, которые надевают поверх халата и в рабочих резиновых перчатках, которые после работы обеззараживают.

Гигиена тела медицинского персонала предусматривает ежедневный гигиенический душ. Душ перед операцией не только не снижает, но наоборот увеличивает число гнойных осложнений, поскольку с вымытой кожи на протяжении первого часа усиливается десквамация эпителия, вследствие чего образуется инфицированный аэрозоль.

Каждый сотрудник хирургического отделения несет персональную ответственность за соблюдение правил личной гигиены, поскольку это имеет значение для профилактики распространения инфекции в стационаре.

Правила работы с биологическими материалами

В общем виде алгоритм маркирования и транспортировки биологических материалов можно представить таким образом:

- 1) вымыть руки;
- 2) подготовить место работы;
- 3) взять пробу с соблюдением требований асептики, надеть перчатки, если это необходимо; не кашлять, не чихать, не разговаривать;
- 4) получить достаточное количество материала;
- 5) собрать и транспортировать материал в стерильном контейнере;
- 6) прикрепить этикетку с указанием ФИО пациента, диагноз, отделение, палату, дату и время получения материала, цель исследования;
- 7) правильно сохранять и быстро доставлять полученный материал в лабораторию.

Взятие отдельных видов биологического материала проводится таким образом:

I. Сбор мочи

1. Объяснить пациенту цель обследования, получить его согласие;
2. Женщинам необходимо подмыться кипяченой водой с мылом, проводя рукой от лобка до крестца;
3. Осушить правую и левую половые губы и внешнее отверстие мочеиспускательного канала;
4. Мужчине взять половой член, отодвинуть крайнюю плоть и вымыть водой с мылом, осушить головку полового члена;
5. Взять емкость для сбора мочи;
6. Первая порция мочи выпускается в унитаз, на анализ берут среднюю порцию;
7. Закрывают емкость с мочой и отправляют на анализ.

II. Сбор мокроты

1. Объяснить цель исследования;
2. Накануне вечером почистить зубы;
3. В стерильную посуду, после откашливания не затрагивая краев банки сплюнуть мокроту, сразу же закрыть крышку;
4. Мокроту доставить на анализ не позднее двух часов после сбора.

III. Сбор кала

1. Объяснить цель исследования;
2. Вариант 1. Взятие кала из прямой кишки стеклянной палочкой: Надеть перчатки, левой рукой раздвинуть ягодицы, правой рукой взять из пробирки стеклянную палочку, ввести вращательными движениями в прямую кишку на глубину 6-8см., вытянуть палочку и поместить в пробирку с консервантом.
3. Вариант 2. Взятие кала после опорожнения кишечника. В сухое чистое судно опорожняется кишечник. Стерильным шпателем взять кал, слизь, гной в стерильную банку. Отправить в санбаклабораторию.

IV. Мазок из зева

1. Объяснить цель обследования;
2. Материал берется натошак или не раньше, чем через 2 часа после еды, питья, полоскания горла;
3. Попросить пациента широко открыть рот;
- 4.левой рукой придавить шпателем корень языка;
5. Правой рукой осторожно ввести стерильный тампон и взять налет из области пораженного участка. Материал поместить в стерильную пробирку;
6. Направить материал в лабораторию.

V. Мазок из носа

1. Объяснить цель обследования;
- 2.левой рукой подвести кончик носа;
3. Правой рукой взять стерильную палочку с ватным тампоном и вращательными движениями ввести в носовой ход на глубину 1-2см;

4. Полученный материал помещают в стерильную пробирку;
5. Направляют в санбаклабораторию.

5.3. Госпитальная инфекция.

Одной из актуальных проблем стационарного лечения пациентов является госпитальная (внутрибольничная) инфекция.

Под термином **внутрибольничная инфекция** понимают любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного при поступлении в больницу или обращении за медицинской помощью, а также заболевание сотрудника во время его работы в данном учреждении, независимо от появления симптомов заболевания во время пребывания в больнице или после выписки.

Важность этой проблемы в связи с прогрессом медицины не только не уменьшается, но и наоборот – растет, что связано с широким и бессистемным применением антибиотиков, увеличением числа и спектра оперативных вмешательств, приемом кортикостероидов и цитостатиков, увеличением числа оперированных детей, людей преклонного возраста и пациентов с заболеваниями, которые раньше считали неизлечимыми. Число больных госпитальной инфекцией достигает по разным оценкам от 10 до 70%, от числа госпитализированных в стационар, в 2% случаев заболевания заканчиваются летальным исходом.

Также как и любая другая инфекция, внутрибольничная развивается в результате инфекционного процесса, который представляет сложный процесс взаимодействия возбудителя и макроорганизма в определенных условиях внешней и внутренней среды. Инфекционный процесс означает наличие источника инфекции, в котором размножается и скапливается патогенный микроорганизм, путей и факторов передачи микроорганизма и чувствительного макроорганизма. Прерывание инфекционного процесса в одном из этих звеньев способно существенным образом понизить возможность возникновения инфекции. Для этой цели в стационаре осуществляется ряд профилактических мер.

Наиболее частыми возбудителями внутрибольничной инфекции в хирургическом отделении есть такие представители неспецифической гнойной флоры, как золотистый стафилококк, синегнойная палочка, кишечная палочка, стрептококки, протей.

Госпитальные штаммы этих микробов отличаются высокой антибиотикорезистентностью, вирулентностью и патогенностью. Нозология госпитальной инфекции чрезвычайно разнообразна, к ней относятся нагноения ран, сепсис, пневмония, послеоперационный перитонит, разные формы инфекции мочеполовых путей и желудочно-кишечного тракта. К внутрибольничной инфекции относятся также случаи заражения сифилисом, гепатитом В и ВИЧ-инфекцией.

Через большое количество этиологических факторов госпитальной инфекции, ее специфическая профилактика невозможна. В данное время разработана и применяется вакцина против гепатита В. Вакцинации

подлежат лица, отнесенные к группе риска, в частности медицинские работники, чья работа связана с возможным контактом с биологическими жидкостями.

Источником хирургической госпитальной инфекции может быть человек, который болеет стертой формой данного заболевания, а также носители патогенного микроорганизма. Это, в подавляющем большинстве случаев, пациенты и медперсонал хирургического отделения.

Передача возбудителей инфекции в стационаре происходит, в основном, двумя путями – контактным и аэрогенным. Контактный путь реализуется через руки медперсонала, инструменты, перевязочный и шовный материал, предметы ухода и обстановки. При аэрогенном пути фактором передачи является капельный или пылевой аэрозоль. Для прерывания инфекционного процесса на этом уровне используются методы асептики и антисептики, правила клинической гигиены.

Влиять на источник госпитальной инфекции можно путем своевременного и полного лечения больных и активного выявления и санации носителей патогенных микроорганизмов. Если относительно больных эти меры эффективно можно проводить лишь при плановой госпитализации, то относительно медицинского персонала они носят регулярный и системный характер.

Каждый сотрудник, который устраивается на работу в отделения хирургического профиля, проходит полный медицинский осмотр, включающий осмотр оториноларингологом и стоматологом, бактериологическое исследование мазков со слизистой оболочки зева и носа на наличие патогенного стафилококка, исследование крови на Hbs-Антиген, антитела к возбудителю сифилиса (реакция Вассермана) и ВИЧ-инфекции. Весь работающий персонал должен быть взят на диспансерный учет для своевременного выявления и лечения кариозных зубов, хронических воспалительных заболеваний носоглотки, а также для своевременного выявления носителей патогенного стафилококка.

На каждого сотрудника оформляется индивидуальная карта состояния здоровья. Отсутствие эффекта от лечения хронических воспалительных процессов является препятствием для приема медработника в хирургическое отделение или дальнейшей работы в нем.

Органами санитарно-эпидемиологического надзора совместно с администрацией лечебно-профилактического учреждения и заведующим отделением проводятся регулярные мероприятия по выявлению носительства возбудителей внутрибольничной инфекции. Один раз в год проводится исследование крови на Hbs-Антиген, антитела к возбудителям сифилиса и ВИЧ-инфекции. Ежеквартально проводится исследование мазков из слизистой оболочки зева и носа на наличие патогенного стафилококка.

При наличии неблагоприятной эпидемиологической обстановки в отделении (3 и больше случаев однотипной инфекции с одним

возбудителем) должна быть проведена внеочередная проверка, направленная на выявление источника инфекции, путей и факторов передачи, которая включает и обследование персонала на носительство возбудителей внутрибольничной инфекции.

При наличии положительного результата на антитела к возбудителю сифилиса, сотрудник отделения отстраняется от работы на период обследования и дальнейшего лечения. Критерием для возвращения к работе в хирургическом отделении служит трехразовый негативный результат реакции Вассермана. Выявление антител к ВИЧ-инфекции диктует необходимость отстранения сотрудника от работы и проведения дополнительных методов проверки.

При подтверждении заболевания медработник подлежит переходу на работу, где отсутствует возможность распространения инфекции по его вине. Носительство австралийского антигена является показанием для временного отстранения от работы хирургов, урологов, гинекологов, операционных и процедурных медицинских сестер и других работников, в работе которых есть реальный риск заражения пациентов через контакт с их ранами. Проводится повторное исследование крови медработников и при негативном результате возможно возвращение к работе.

При положительном результате исследования на носительство стафилококка, отстранение от работы не проводится, но медработник обязан провести санацию. В случае неблагоприятной эпидемиологической обстановки (вспышка ОРВИ, повышение случаев госпитальной инфекции, массивный рост стафилококка при исследовании смывов с мебели и предметов ухода) проводится одномоментная поголовная санация.

Для санации носовых ходов используются следующие препараты:

1) 1% мазь гексахлорофена. Носовые ходы смазываются на протяжении 1 минуты 1 раз в сутки при шестичасовом рабочем дне, 2 раза при двенадцатичасовом рабочем дне и 3 раза во время суточного дежурства. Курс санации длится 5-6 дней;

2) 3% мазь трибромсалициланилид (трибраск). Смазывание носовых ходов осуществляется 2 раза в сутки на протяжении 5-6 дней;

3) 2% масляный раствор хлорфиллипта. Применяется 3 раза в сутки в течение 6-7 дней путем закапывания;

4) 1% мазь или 0,1% раствор лизоцима. Смазывание или закапывание проводится 3 раза в сутки в течение 6-7 дней.

Санация зева проводится также с помощью ряда антисептических препаратов:

1) 1% спиртовой раствор хлорфиллипта. Полоскания проводятся 3 раза в сутки в течение 6-7 дней;

2) 0,02% раствор фурациллина. Горло нужно полоскать 1 раз в сутки на протяжении 6 дней;

3) раствор Люголя. Санация проводится путем одноразового полоскания на протяжении 6 суток;

4) 0,01% раствор перманганата калия. Полоскания проводятся 1 раз в сутки в течение 6 дней;

5) настой листьев эвкалипта в пропорции 1 столовая ложка настоя на 1 стакан воды. Данным раствором нужно проводить полоскание 1 раз в сутки. Курс санации длится 6 дней.

После завершения полного курса санации осуществляется контроль ее эффективности путем повторных исследований мазков из носа и зева. Если при этом снова высевается стафилококк, санация проводится повторно, причем целесообразно изменение антисептического препарата. В случае неэффективности трех последовательных курсов санации, медработник переводится на работу, где его носительство не будет представлять эпидемиологической опасности для больных и медперсонала.

5.4. Клиническая гигиена окружающей среды больного.

Профилактика инфицирования достигается, прежде всего, организационными мероприятиями, направленными на ограничение распространения инфекции в стационаре.

Всех больных, которые проходят лечение в любом хирургическом отделении, можно разделить на две большие группы – это больные с чистыми ранами и больные, в ранах которых развивается инфекция, то есть с гнойными ранами.

Самым важным принципом организации хирургического стационара, является территориальное и функциональное разделение этих групп больных, с целью прерывания контактного пути передачи инфекции. В каждой больнице должно быть открыто отделение для больных с гнойными ранами, где они изолируются от больных с чистыми ранами. Если стационар небольшой, то в пределах общехирургического отделения выделяют гнойные палаты, где изолируются больные с инфекционными хирургическими заболеваниями и куда немедленно переводятся больные при возникновении у них инфекционных осложнений.

Для работы с этими больными выделяют и свои функциональные подразделения: гнойные операционные, гнойные перевязочные, процедурные кабинеты, вспомогательные помещения (столовая, туалеты).

В случае отсутствия условий для выполнения этого требования, разделения этих двух контингентов больных обеспечивается временным фактором. При наличии одной операционной или перевязочной в небольшой больнице, операции по поводу гнойных процессов проводят в конце рабочего дня, после проведения чистых операций и перевязок с дальнейшей тщательной дезинфекцией помещений и всего оборудования.

Снижение микробного обсеменения помещений – это действенная мера профилактики госпитальной инфекции, которая достигается уборкой и

дезинфекцией. Необходимо следить за тем, чтобы все мероприятия, которые снижают инфицирование микробами, проводились по возможности чаще, регулярно и основательно.

Воздух, как средство передачи инфекции, играет важную роль. К категории наиболее важных, относится профилактика аэрогенного пути передачи инфекции. Это связано с легкостью передачи возбудителей от источников инфекции восприимчивым больным, а также, с отсутствием надежных средств обеззараживания воздуха, которые могут обеспечивать продолжительный остаточный эффект.

Сложность дезинфекции воздуха химическими средствами в присутствии людей заключается в том, что используемые препараты должны быть нетоксичные даже при продолжительном их вдыхании, не раздражать кожу, глаза, не иметь неприятного запаха, не портить обстановку, не приводить к коррозии металла, быть довольно стойкими и самое главное, обладать высокими бактерицидными свойствами. В данное время средств, которые полностью отвечает этим требованиям нет.

Простое проветривание помещения, позволяет понизить количество микробов в воздухе, приблизительно на 80%. Для обеспечения чистоты воздуха палаты, ее необходимо регулярно проветривать: открывать форточки, фрамуги, а в летнее время – окна. Частота и продолжительность зависят от поры года. В зимнее время проветривания проводят не реже 2-3 раз в день, а летом, при наличии сеток, окна должны быть открыты целые сутки. Во время проветривания медсестра должна хорошо укрыть больных, следить, чтобы не было сквозняков. Проветривание считается обязательной мерой и не подлежит обсуждению со стороны больных.

Вентиляция помещений

В оборудованных помещениях, кроме естественной, используется и принудительная вентиляция. Для очищения воздуха, промышленность изготавливает специальные фильтры, которые устанавливаются в вентиляционные люки и обеспечивают задержку до 99,9% микробов, которые находятся в воздухе и проходят через фильтр. Кроме того, для снижения микробного инфицирования воздуха, в помещениях используют передвижные рециркуляционные очистители воздуха. Работа их основана на непрерывной циркуляции воздуха через фильтр из ультратонких волокон. Очистители воздуха предназначены для очищения его от пыли и бактерий, в помещениях медицинских учреждений. Запыленность и микробная инфицированность помещения снижается на протяжении 15 минут работы в 7-10 раз.

Для создания комфорта, больницы оборудуют кондиционерными установками. Кондиционирование воздуха проводится по 5 показателям: температура, механическое очищение, стерильность, влажность, скорость воздухообмена.

Согласно гигиеническим нормам, на каждого больного должно приходиться 25м³ воздуха, что достигается площадью на одну кровать 7м²,

при высоте помещения 3,5м. Полный обмен воздуха должен происходить 4-6 раз в час. При отсутствии кондиционирования, для воздухообмена и снижения микробного инфицирования воздуха, в помещениях стационара устанавливают вытяжку с фильтром.

При перевязках больных с гнойными ранами, через воздух может состояться инфицирование отделения патогенными бактериями. В гнойной перевязочной, с помощью вытяжной вентиляционной системы с отрицательным давлением, необходимо свести к минимуму количество бактерий в воздухе и таким образом, воспрепятствовать распространению инфекции.

В чистых перевязочных и в операционном блоке необходимо иметь вентиляцию приточную, с положительным давлением в сравнении с давлением в окружающих помещениях. Это достигается подачей отфильтрованного воздуха и созданием небольшого сопротивления (0,1 атм) с 30-40 кратным обменом воздуха, который позволяет осуществлять движение воздуха в направлении от чистой до менее чистой части операционного блока и тем самым, в несколько раз сократить послеоперационные осложнения.

Ультрафиолетовое облучение

Мощным бактерицидным действием обладают ультрафиолетовые лучи. Благодаря их действию, при достаточной циркуляции воздуха, снижается инфицирование помещения микробами на 70-90% и больше.

Операционные, перевязочные, палаты, где находятся больные с гнойно-септическими осложнениями, палаты отделений реанимации и интенсивной терапии обязательно оборудуются стационарными лампами для ультрафиолетового облучения воздуха. В других помещениях хирургического отделения допускается применение передвижных установок.

Прямое облучение проводится при отсутствии в помещении людей. Если невозможно вывести тяжелых больных, кварцевание проводится рассеянным лучом с использованием специальных экранов.

Уборка помещений

Уборка всех помещений, коридоров, окон, мебели, оборудования является составной частью гигиенического очищения и дезинфекции. Различают ежедневную двукратную уборку, текущую уборку (после перевязок, смены белья и т.д.) и генеральную (один раз в неделю).

В хирургическом отделении уборка должна объединяться с дезинфекцией. Для дезинфекции помещений используют раствор сандима 1,5% и полидеза 0,5%.

Одним из лучших препаратов оказалась перекись водорода, которая обладает бактерицидными и спороцидными свойствами. Перекись водорода эффективна относительно вегетативных микроорганизмов в 2-5% концентрации, а относительно спорообразующих – 5-6%. Самое большое снижение инфицирования микроорганизмами поверхностей, достигается при

использовании во время уборки 6% перекиси водорода с моющими средствами в концентрации 0,5%.

Обработка поверхностей, инфицированных вегетативными и спорообразующими формами микроорганизмов, методом протирания при норме затраты 100-200 мл/м², обеспечивает снижение инфицирования более чем на 90%, при одноразовом протирании поверхностей. Повышение температуры раствора до 50°С усиливает активность этой смеси относительно микроорганизмов приблизительно в 2 раза. Уборка пола проводится 2 раза на день влажным методом. Протирая поверхности, растворяют и удаляют пыль и грязь. Убранная поверхность покрывается сплошной жидкой пленкой, чтобы предупредить рассеивание пыли и микробов.

Пол операционного блока, перевязочных, палат, аппараты, столы и другой жесткий инвентарь увлажняют 3% раствором перекиси водорода с 0,5% моющего средства. Увлажнения проводят путем протирания стерильной тряпкой, смоченной в растворе. Затрата дезинфицирующего раствора составляет 100мл/м². Дезинфицирующие растворы наносят на поверхности и с помощью разных распылителей (гидропульт) из расчета 100-200мл/м².

При применении метода двух ведер, поверхности смачивают дезинфицирующим раствором из первого ведра и механически обрабатывают губками. Потом губки прополаскивают во втором ведре и снова пропитывают дезраствором из первого ведра, чтобы обработать новые участки. Воду во втором ведре меняют по мере загрязнения. Губки после использования опускают в дезраствор, моют, потом снова смачивают в дезрастворе, выкручивают и сохраняют в полиэтиленовых мешках до следующей уборки.

Прежде, чем приступить к очищению стекол, нужно тщательно очистить рамы. Стекла нужно чистить не реже за 3-4 раза в год, а рамы 3 раза в год.

У всех предметов из пластмассы, особенно при низкой влажности воздуха, существует опасность возникновения электростатического заряда. Заряженные поверхности притягивают пыль и микроорганизмы и крепко их удерживают. Эти предметы должны обрабатываться антистатическими средствами. Внешние поверхности аппаратов протирают чистыми тряпками, смоченными моющими комплексами для удаления крови, слизи и т.д.

Потом, аппарат протирают 1% раствором перекиси водорода с 0,5% моющего средства. Столы, столики в перевязочных, процедурных, операционных протирают каждый день тряпками, смоченными в 0,5% растворе любого моющего средства.

Один раз в неделю, оборудование после мытья протирают тряпками, которые смочены 3% раствором перекиси водорода или другого дезинфектанта.

5.5. Техника безопасности при работе медицинского персонала с дезинфицирующими средствами.

Работу с дезинфицирующими средствами проводят в проветриваемом помещении в спецодежде и резиновых перчатках, герметичных очках и в 4-слойной марлевой маске или респираторе. После работы руки моют и смазывают кремом. Запасы дезинфицирующих веществ сохраняют в недоступных для общего пользования местах, в темной посуде, которая плотно закрывается, в сухом, темном и прохладном помещении, отдельно от лечебных препаратов. Средства должны иметь этикетки с названием, концентрацией, датой изготовления и сроком годности.

При попадании препаратов на кожу немедленно промывают этот участок чистой водой. При поражении кожи формальдегидом, ее обрабатывают 5% раствором нашатырного спирта.

При поражении дыхательных путей пострадавшего немедленно выводят на свежий воздух или в проветриваемое помещение. Дают прополоскать рот и носоглотку водой. При отравлении формальдегидом рекомендуют вдыхание водяного пара с добавлением нескольких капель нашатырного спирта, дают теплое молоко с пищевой содой. По показаниям вводят сердечные, противокашлевые средства, обеспечивают ингаляцию кислорода. В тяжелых случаях пострадавшего госпитализируют.

При попадании любого препарата в глаза, их немедленно на протяжении нескольких минут промывают струей воды или 2% раствором гидрокарбоната натрия. При поражении глаз закапывают раствор альбуцида, при болевых ощущениях - 1-2% раствор новокаина.

В случае попадания хлорактивных веществ в желудок его промывают 2% раствором тиосульфата Na и дают внутрь 5-15 капель нашатырного спирта с водой, молоко, питьевую соду, суспензию сернокислой магнезии (1-2 столовых ложки на стакан воды). При отравлении формальдегидом желудок промывают водой с нашатырным спиртом, 3% раствором карбоната или ацетата Na. Потом дают сырые яйца, белковую воду, молоко.

5.6. Уход за больными с гнойными ранами.

В ответ на попадание микробов в организм, в тканях и органах развивается стереотипная реакция – инфекционно-воспалительный процесс. С клинической точки зрения выделяют две его стадии – серозно-инфильтративную и гнойно-некротическую. В первую стадию показано консервативное лечение, направленное на обратное развитие воспаления и полное его купирование. Для этого используют антибактериальные, противовоспалительные средства, физиотерапию, витамины, обезболивание и детоксикацию организма.

Во вторую стадию происходит отторжение погибших тканей, образование гноя и детрита в очаге деструкции. В данный период показано оперативное лечение, которое по современным требованиям должно быть активным и включать: 1) хирургическую обработку гнойного очага; 2)

адекватное дренирование раны; 3) возможное раннее закрытие раневого дефекта; 4) рациональную антибиотикотерапию; 5) иммунокоррекцию.

Хирургическая обработка гнойного очага выполняется в отсроченном порядке, в дневное время опытным хирургом с соблюдением всех правил асептики, под общим обезболиванием. Исключение составляют больные с анаэробной инфекцией. У них эта операция проводится по экстренным показаниям, через быстрое распространение инфекционно-воспалительного процесса, который резко ухудшает состояние пациента и неминуемо увеличивает объем вмешательства.

Во время операции вскрывают ткани над эпицентром гнойного очага, проводят полноценную ревизию гнойника, раскрывают затеки, проводят по возможности радикальную некрэктомию. Гнойную рану промывают раствором антисептика и дренируют. На рану накладывают асептическую повязку и больного доставляют в палату.

В ближайшее время после операции контролируют состояние повязки. Обильное ее пропитывание кровью свидетельствует о продолжающемся кровотечении. В этом случае выполняют немедленную ревизию раны и останавливают кровотечение. Любое оперативное вмешательство сопровождается болью. В послеоперационном периоде целесообразно применение ненаркотических анальгетиков (кеторол, кетанов, темпалгин).

Важным фактором, который способствует успешному заживлению раны, является **дренирование раны**. Преимущество отдают способам, которые позволяют активно аспирировать экссудат из раны, среди них используют проточно-промывные системы.

Нужно помнить, что адекватная работа любой дренажной системы связана с соблюдением двух условий. Во-первых, трубчатый дренаж хорошо функционирует лишь при постоянном его промывании какой-нибудь жидкостью, сохраняя тем самым его проходимость. Иначе трубки закупориваются сгустками крови, некротическими массами и подсыхающим гноем и они прекращают выполнять свое назначение. Во-вторых, для работы такой системы необходима ее герметизация, как физическое условие принудительного оттока экссудата из раны.

Для промывания раны используют раствор антисептика или другую стерильную жидкость. При налаживании дренажной системы и в процессе ее функционирования соблюдают правила асептики. Емкость для сбора экссудата подвешивают к кровати, во избежание случайного ее переворачивания, в том числе и во время уборки помещения. Дренажную трубку опускают в банку-собиратель. Длину такого дренажа подбирают каждый раз индивидуально, так, чтобы он не ограничивал движений больного. На протяжении суток и во время опорожнения емкости, измеряют количество отделяемого и результаты регистрируют в истории болезни.

Уход за системой дренирования включает ежедневную смену повязки вокруг дренажа. Один раз в сутки все соединительные трубки и приспособления для аспирации промывают проточной водой, удаляя из

просвета гной, желчь и другое содержимое. Потом дренажи помещают на 2-3 часа в раствор, который состоит из 1% перекиси водорода и 0,5% синтетического моющего средства. Снова промыв проточной водой, трубки и другие использованные средства кипятят на протяжении 30 минут.

При использовании в качестве дренажа резины из перчаток, марлевой салфетки, трубки, с расчетом на пассивный отток выделений, наложенная на рану повязка быстро пропитывается экссудатом, загрязняя постельное белье. Нередко неопрятные больные загрязняют руки гноем, плохо их моют, загрязняя мебель и окружающие предметы, способствуют распространению микробов в помещении и за его пределами. Во избежание этого приходится подбинтовывать повязку или полностью менять ее 2-3 раза в сутки, безусловно, соблюдая все необходимые правила.

При выполнении перевязки в палате надо помнить, что в воздухе любого помещения содержатся микроорганизмы, которые могут попасть в рану. Они, если это внутригоспитальная инфекция, имеют стойкость к антибактериальным препаратам, которые используются в этом стационаре. При перевязке больного в палате, бактерии неизбежно попадают из раны в окружающую среду и потом воздушно-капельным путем в рану другого больного, вторично инфицируя его.

Перед перевязкой в палате выполняют влажную уборку с дезинфицирующими средствами и проветривают помещение. Во время перевязки недопустима смена постельного белья и хождения по палате больных и лишнего персонала.

Весь необходимый перевязочный материал и инструменты доставляют на специальном передвижном столе или в лотке, обеспечивая асептичность работы, как в перевязочной. Все предметы берут с некоторым излишком, использованный материал собирают в специальную емкость (миску, мешок).

Антибиотикотерапия гнойной инфекции

Рациональная антибиотикотерапия является составной частью комплексного лечения больных с гнойной инфекцией. Она проводится строго по показаниям.

При проведении антибиотикотерапии нужно иметь информацию о флоре и чувствительности ее к антибиотикам. Данный анализ выполняется раз в 7 дней. До получения результатов исследования проводят лечение антибактериальными средствами широкого спектра действия. При назначении того или иного антибиотика, обязательно учитывают аллергологический анамнез пациента. Во избежание связанных с этим осложнений (сыпи, отек Квинке, анафилактический шок с возможным летальным исходом), перед началом лечения проводят пробы на индивидуальную переносимость антибиотика

Пробы на индивидуальную переносимость антибиотика

1) Для проведения внутрикожной пробы применяется препарат в разведении 1:100 в дозе 0,1 мл. Оценивают пробу через 15 минут. Проба положительная если папула больше, чем 10мм и сопровождается зудом и покраснением.

2) Аппликационная проба проводится на ладонной поверхности кожи предплечья. Накладывают увлажненную антибиотиком салфетку 1,5x1,5см и прикрывают ее целлофаном. Оценивают пробу через 15 минут. Проба положительная, если появляется зуд и покраснение, а папула более чем 1см.

3) Скарификационная проба проводится на ладонной поверхности кожи предплечья. Наносят каплю раствора антибиотика и сквозь нее проводят скарификацию 20мм длиной. Оценивают пробу через 15 минут. Проба положительная если появляется зуд и покраснение.

Пристального внимания заслуживает негативное действие антибиотиков на органы и системы (ототоксическое, нефротоксическое). При патологии каких либо органов или систем, антибиотики, которые имеют подобный побочный эффект, не назначают. В ряде случаев, используют одновременно два и более антибиотиков, с учетом их взаимодействия (антагонизм, синергизм).

При назначении антибиотиков определяют оптимальную разовую дозу, периодичность и пути введения препарата, курс лечения. До получения результатов бакпосева, антибиотикотерапия проводится эмпирически, препаратами широкого спектра действия. В дальнейшем, при необходимости, переходят на другой препарат, который назначают, согласно чувствительности к нему микроорганизмов. Выполнение этих требований позволяет поддерживать концентрацию действующего вещества на терапевтическом уровне. Иначе, создаются условия для селекции патогенных микроорганизмов, стойких к используемому лекарству, вплоть до развития антибиотикорезистентности. В свою очередь соблюдение принципов рациональной антибиотикотерапии – залог успеха в лечении воспалительно-инфекционных заболеваний и эффективное средство профилактики возникновения госпитальных штаммов бактерий.

5.7. Уход за больными с анаэробной инфекцией.

Как минимум в половине клинических наблюдений, инфекционно-воспалительный процесс вызывают анаэробные микроорганизмы. Среди них самую большую опасность представляют клостридии - спорообразующие возбудители, которые формируют вегетативную форму – спору, чрезвычайно стойкую в окружающей среде к внешним воздействиям, например, к высокой температуре. В связи с этим достаточно тяжело получить нужный эффект при дезинфекции с помощью обычных мероприятий.

Анаэробы являются жителями желудочно-кишечного тракта, и инфицирование может развиваться при попадании микроорганизмов вследствие нарушения целостности кишечника при его травме или во время оперативного вмешательства. Кроме того, часто бактерии попадают в рану

контактно-бытовым путем при несоблюдении элементарных правил личной гигиены. Анаэробы в ряде случаев вызывают крайне тяжелые формы воспалительного процесса, нередко заканчивающиеся летальным исходом.

При воспалительных заболеваниях, вызванных анаэробами, наблюдается характерная клиническая картина. Чаще всего они возникают в областях тела, близких к местам естественного обитания анаэробов. В зависимости от формы инфекции преобладают признаки газообразования в мягких тканях или выраженный их отек, который быстро прогрессирует. Выделения из раны незначительные, бурого цвета со зловонным запахом. Он обусловлен газообразными веществами, которые вырабатывают анаэробы в процессе своей жизнедеятельности. В самой ране - множественные некрозы грязно-серого цвета. Гиперемия кожи не выраженная.

При анаэробной инфекции больного изолируют в отдельную палату для ограничения контакта с другими пациентами. Кроме того, принимаются меры, направленные на предупреждение вторичного инфицирования раны, поскольку объединение анаэробных и аэробных микробов благоприятно для их размножения, течение заболевания в этом случае становится особенно тяжелым.

Перед переводом больного в палату, мебель и пол обрабатывают 6% раствором перекиси водорода с 1% раствором моющих средств. В дальнейшем уборка палаты проводят 2 раза в день. Средства маркируют и после их использования стерилизуют в автоклаве под давлением в 2 атм. на протяжении 20 минут (температура стерилизации – 132° С). Для больного выделяют предметы ухода и индивидуальную посуду, которую после приема пищи замачивают в 2% растворе натрия бикарбоната и кипятят в течение 90 минут, моют ее проточной водой и сохраняют в шкафу в этой же палате.

Перевязки таких больных выполняют в последнюю очередь. Участники процедуры надевают другой халат, сверх него – клеенчатый фартук, который периодически протирают тряпками, смоченными в дезинфицирующем растворе. На руки надевают крепкие стерильные перчатки. Перевязку проводят аподактильно, строго следуя правилам асептики. Для обработки раны используют антисептики из группы окислителей (перекись водорода или перманганат калия), которые имеют также дезодорирующие свойства.

Инструменты, операционное белье, фартуки, клеенки подвергают обработке в дезрастворе и лишь после этого автоклавируют или стирают обычным способом. После выполнения перевязки помещения дезинфицируют, в частности используя ультрафиолетовое облучение воздуха, и обеззараживают все средства для уборки. При обработке предметов, которые связаны с лечением и уходом за больными с анаэробной инфекцией пользуются раствором 6% перекиси водорода с 0,5% раствором моющих средств.

5.8. Уход за больными со свищами.

Свищи – это патологический ход в тканях, соединяющий разные полости, а также полые органы между собой или с внешней средой. Свищи бывают врожденные или приобретенные вследствие патологического процесса или специально наложенные с лечебной целью. Из свища постоянно выделяется гной, желчь, кал, желудочное или кишечное отделяемое, которое вызывает мацерацию кожи и способствует развитию воспаления.

При уходе за такими больными важна защита кожного покрова вокруг свищевого хода. Самые большие проблемы вызывают свищи, по которым выделяется кишечное содержимое и панкреатический сок, поскольку в их состав входят ферменты (протеолитические и т.д.) участвующие в переваривании пищи. Они разрушают кожу, а присоединившаяся микрофлора вызывает в тканях септическое воспаление.

Если из свища выделяется небольшое количество жидкости, для ее сбора достаточно менять повязку по мере ее намокания. В случае густого отделяемого, как это бывает при дуоденальных и высоких тонкокишечных свищах, используют дренажную систему, позволяющую большую часть жидкости собирать в емкости. Функционирование такой системы обеспечивает постоянную аспирацию выделений. Во время смены повязки необходимо не только соблюдать правила асептики, но и сохранять функциональное состояние дренажа. Для этого нужно следить, чтобы трубка не выпала из свищевого хода.

При дуоденальном, панкреатическом и высоком тонкокишечном свище развивается обширная мацерация кожи вокруг него, вследствие чего пациент ощущает сильную боль, усиливающуюся во время обработки поверхности. Поэтому перед перевязкой вводят обезболивающие средства. Манипуляции проводят с максимальной осторожностью, стремясь не причинить боль. По этой же причине не следует обрабатывать участки с мацерацией кожи йодом, спиртом или спиртосодержащими растворами.

Защита кожи от действия выделений из свища осуществляется разными способами. Сначала во время перевязки обмывают кожу водным раствором хлоргексидина и подсушивают ее стерильным марлевым тампоном. Потом шпателем на кожу наносят слой пасты Лассара (цинк-салициловой пасты или мазь “Десятин”), которая хорошо удерживается вокруг свища. С этой же целью кожу покрывают пленкообразующими веществами (клей БФ-2, БФ-6), и подсушивают детскими присыпками или прожаренным гипсом.

Для защиты кожи также применяют сырое мясо, плаценту, молочный порошок, белковые жидкости, мясной сок. Они способствуют купированию воспаления и стиханию дерматита. Нейтрализуют пищевые соки яичным белком. Его густо наносят с помощью тампона, который накладывают на свищ, а потом рыхло заполняют рану марлевыми салфетками.

Для уменьшения количества химуса, выделяющегося из кишечного свища, используют обтураторы, располагающиеся вне кишки, или же их вводят в ее просвет. Часто применяют специальные устройства, позволяющие аспирировать кишечные выделения из приводящей петли и вводить их в отводящую петлю. Необходимо помнить, что обтураторами можно пользоваться только в том случае, когда есть проходимость отводящей петли.

Ухаживая за свищами толстого кишечника, особенно каловыми, удаляют кал, обрабатывают кожу обычной водой с мылом и меняют загрязненный калоприемник. Сам калоприемник каждый день моют и дезинфицируют.

5.9. Уход за больными с трофическими язвами конечностей.

Трофической язвой называют дефект покровных тканей, который не заживает на протяжении 2 месяцев. Они образуются при нарушении иннервации и хронических сосудистых расстройствах, как венозных, так и артериальных. Радикальное лечение язв осуществляют оперативным путем. Консервативно язвы лечат как самостоятельно, так и при подготовке к операции. Основу этих мероприятий составляют элементы ухода за больными.

Важным фактором развития язв является отек тканей. Для его устранения назначают диету с ограничением соли и жидкости. 2/3 пациентов с язвами страдают ожирением. Уменьшение массы тела разгружает ноги и улучшает кровообращение. Поэтому таким больным рекомендуют низкокалорийную диету с разгрузочными днями 1-2 раза в неделю. Предлагают полный отказ от сладостей, мучных изделий, ограничение жиров, не рекомендуют прием пищи после 18 часов и на ночь.

Успех консервативного лечения зависит от соблюдения режима, предусматривающего покой, дозированную ходьбу, возвышенное положение конечности, эластическое бинтование. Часто существует ошибочное мнение о том, что мыть ноги при язве нельзя, поскольку возможно ее инфицирование и рекомендуют тщательно оберегать язвенную поверхность от попадания на нее воды и мыла, прикрывая саму язву полиэтиленом или целлофаном. Тем самым грубо нарушается гигиенический режим ног, активизируется инфекция и грибковое поражение кожи.

При язве кожа вокруг нее нередко покрыта толстым слоем подсыхающей мази, десквамированного эпителия, гнойного отделяемого, фибриновых пленок, корок и некрозов. Под ними создаются тепличные условия для размножения микробов. Поэтому лечения начинают с мытья голени ватно-марлевым тампоном с моющим средством, то есть простым или детским мылом. Затем кожа вокруг язвы просушивается стерильными салфетками, обрабатывается антисептиком (спиртом, хлоргексидином 1%, стерилиумом). После этого накладывают повязку с лечебными средствами, характер которых зависит от степени выраженности воспаления и регенерации в области язвы. Обработка язв проводится ежедневно.

5.10. Утилизация перевязочного материала и уборка гнойной перевязочной:

- использованный перевязочный материал собирается и замачивается в специальной посуде в растворе 0,2 % хлорантаина, а потом утилизируются в специальных печах за пределами больницы.

- не реже трех раз в день проводится влажная уборка помещений и оборудования.

- один раз в неделю делается генеральная уборка.

Сотрудники работают в халатах, масках, шапочках, в хирургических перчатках, фартуках, при необходимости в защитных очках.

Каждые два часа, согласно графика, проводится ультрафиолетовое облучение.

На видном месте должен висеть список больных, которые перенесли гепатит и находятся в данный момент в стационаре.

Широко применяются моющие растворы и средства дезинфекции рук, кожи (включая руки хирурга и операционное поле).

- **Стерилиум № Р-1108** - для хирургической и гигиенической обработки рук: бактерицидный, фунгицидный, туберколоцидный; инактивирует вирусы гепатита В, герпеса и прочее. Действие пролонгировано до 3 часов.

- **Кутасепт Г № Р-1107** — средство подобно предыдущему. Остаточное действие до 5 часов.

- **Бактолин Бейзик № Р-1915** — эмульсия с дезинфицирующими свойствами для обработки рук медперсонала. Не вызывает аллергических реакций.

- **Бодифен** - средство для дезинфекции инструментов.

- **Бациллол плюс** - средство обеззараживания поверхностей и материалов.

Действия медперсонала хирургического отделения при подозрении или установлении диагноза анаэробной инфекции у больного:

- больного помещают в отдельную палату;

- закрепляется отдельная медсестра, врач;

- перед входом в палату кладут коврик, смоченный 6 % раствором перекиси водорода;

- для больного выделяется отдельное судно, посуда, бикс с инструментами и перевязочным материалом (маркировать и использовать только для больного). Обеззараживание проводится в палате 6 % раствором перекиси водорода — 60 минут. Посуду кипятят в 2 % растворе кальцинированной соды — 90 мин.

Постельное белье перед стиркой обеззараживают 6 % перекисью водорода — 60 мин.

- дважды в сутки в палате проводят уборку 6 % перекисью водорода и 0,5 % моющим средством (любым).

- перед входом в палату медперсонал надевает одноразовый халат, шапочку, бахилы, маску, перчатки (вся одежда после обеззараживания в 6 % перекиси — 60 мин., сжигается).

- все перевязки и манипуляции больному проводят в палате, инструменты и перевязочный материал обеззараживают в 6 % перекиси водорода — 60 мин. Запрещается перемещение больного по отделению.
- после выписки больного, в палате проводится заключительная дезинфекция (стены, пол, окна, потолок обрабатывают 6% перекисью водорода + 0,5 % моющего средства). Включить бактерицидную лампу на два часа. Матрас, подушку, одеяло собрать в клеенчатый мешок и отправить в дезкамеру на обработку.

РАЗДЕЛ 6. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ОЖОГАМИ И ОТМОРОЖЕНИЯМИ.

Под термическим повреждением понимают такой вид травмы, который вызван действием высокой или низкой температуры. По данным ВОЗ по частоте распространения ожоги занимают третье место среди других травм и встречаются у 1 пациента на 1000 человек населения земного шара.

Отморожения наблюдаются реже, однако продолжительная потеря трудоспособности и высокий уровень инвалидизации, придают этому виду травмы не меньшую актуальность. Своевременное предоставление первой помощи и проведение адекватных лечебных мероприятий с надлежащим уходом в условиях хирургического или травматологического стационара, является залогом того, что процент неблагоприятного результата, в том числе и выход пострадавших на инвалидность, снижается. Именно это обстоятельство определяет необходимость изучения данных вопросов, которые включены в программу курса по уходу за хирургическими больными.

6.1. Клиника и диагностика ожогов и ожоговой болезни.

В зависимости от фактора, вызвавшего повреждение, выделяют термические, химические, электрические и лучевые ожоги (combustio). Любой ожог характеризуется глубиной и площадью повреждения.

Пользуются четырехступенчатой классификацией ожогов.

При ожоге I степени в тканях развивается асептическое воспаление и клинически наблюдается боль, покраснение, припухлость, повышение температуры и нарушение функции.

При ожоге II степени за пределы сосудов в большом количестве поступает плазма, которая отслаивает эпидермис, образуя пузыри. Их содержимое прозрачное, желеобразное, при инфицировании мутное.

При ожоге III-а степени развивается некроз кожи, частично захватывающий сосочковый слой. Клинически наблюдается отек тканей, их напряженность, поверхность белесоватая или покрыта сухим струпом, болевая и тактильная чувствительность снижены. При I - III-А степенях поражения, рана самостоятельно эпителизируется за счет росткового слоя дермы – это поверхностные повреждения.

Для ожога III-б степени характерен некроз всех слоев кожи. Поверхность покрыта сухим буро-коричневым струпом, он спаян с близлежащими тканями. Болевая и тактильная чувствительность отсутствуют.

При ожоге IV степени развивается некроз кожи и глубже расположенных тканей. Струп плотный и толстый, иногда черного цвета. В обоих случаях самостоятельное восстановление кожи невозможно и рана заживает рубцеванием. Такой ожог называется глубоким. (Рис. 40).

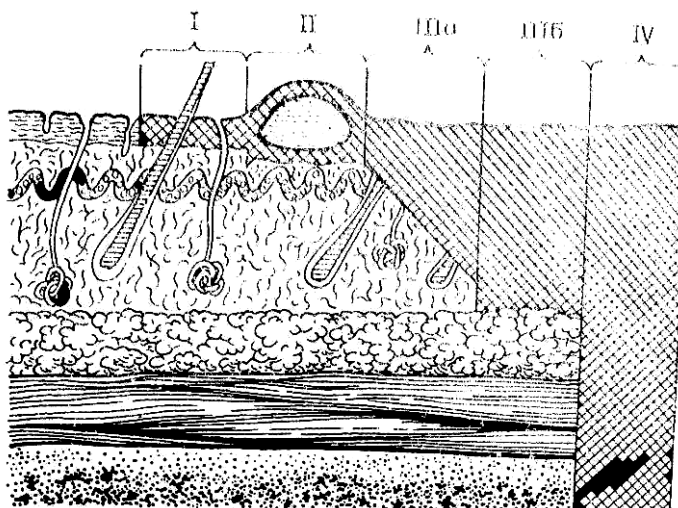


Рис. 40 Классификация ожогов по глубине поражения.

XX съездом хирургов Украины (2002 г.) утверждена следующая классификация ожогов по глубине повреждения:

I степень – эпидермальный ожог (гиперемия и отек кожи, образование пузырей с серозной жидкостью, боль).

II степень – дермальный поверхностный ожог (частичный некроз кожи с сохранением ее придатков, эпидермис разрушен, болевая чувствительность в зоне ожоговой раны сохранена).

III степень – дермальный глубокий ожог (полный некроз кожи, эпидермис разрушен, болевая чувствительность в зоне ожоговой раны отсутствует).

IV степень – субфасциальный ожог (некроз не только кожи, но и глубже лежащих тканей, отсутствуют все виды чувствительности в зоне поражения).

Действительную глубину ожога можно определить только через неделю. Однако, проведение проб на сохранение болевой и тактильной чувствительности (укол иглой, удаление волоса, проба со спиртом) позволяет ориентировочно оценить глубину термического повреждения.

Для определения площади ожога пользуются «правилом ладони», согласно которому размеры ладонной поверхности кисти, соответствуют 1% от общей площади кожного покрова. По «правилу девятки» площадь кожи отдельных областей тела равна 9%: голова и шея (1 девятка), рука (1 девятка), нога (2 девятки), передняя и задняя поверхности туловища (по 2 девятки). С учетом того, что у человека две руки и две ноги, всего насчитывается 11 девяток, то есть 99% от общей поверхности тела и 1% приходится на промежность и наружные половые органы. Точнее площадь ожога определяют по методу Постникова, Долинина, схеме Вилявина и другими методами.

При ожогах чаще всего страдает кожа, которая выполняет защитную, терморегулирующую, детоксикационную, дыхательную, иммунокомпетентную функции. Некомпенсированная потеря функций кожи, вследствие ожога, приводит к вторичной патологии внутренних органов и развитию ожоговой болезни. Считается, что она имеет место при глубоких ожогах с площадью повреждения больше 10% и при поверхностных – больше 20%. Ожог верхних дыхательных путей повышает достоверность развития ожоговой болезни.

В течении ожоговой болезни выделяют 4 периода: шока, острой токсемии, септикотоксемии и реконвалесценции.

Ожоговый шок – это патологическое состояние с дисфункцией нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой систем с преобладающим нарушением микроциркуляции и обменных реакций в организме. В первую (эректильную) фазу ожогового шока наблюдается возбуждение пострадавшего, больной возбужден, кричит от боли, призывает на помощь. Другой особенностью ожогового шока является длительность второй его фазы (торпидной) – до 3 суток, когда имеет место психоэмоциональная и двигательная заторможенность пациента.

При восстановлении микроциркуляции в области травмы, происходит массивное поступление токсинов в сосудистое русло и развивается следующий период болезни – острая ожоговая токсемия. Первым ее признаком является повышение температуры до 38-39°C, с гектическими колебаниями ее величин в утренние и вечерние часы. Интоксикация возрастает, сопровождаясь энцефалопатией, печеночно-почечной недостаточностью.

Нагноение ожоговой раны, является точкой отсчета следующего периода – ожоговой септикотоксемии, когда основное значение приобретает микробный фактор. Вследствие бактериемии формируются отдаленные метастатические гнойники (абсцесс легких), генерализуется воспалительный процесс и развивается сепсис. Этот период характеризуется полиорганными нарушениями и прогрессом катаболизма, вплоть до кахексии.

Когда ожоговая рана заживает, а патологические изменения в органах (миокардит, пиелонефрит, энтерит) сохраняются, речь идет о завершающем периоде болезни – реконвалесценции. В это время происходит восстановление функции жизненно важных органов и систем. При благоприятном течении болезни преобладают реакции анаболизма. Если же раны не заживают, развивается раневое истощение, что нередко становится причиной летального исхода.

Последствия ожога зависят от правильности лечения и адекватности ухода за потерпевшими. Комбустиологическая травма может завершиться выздоровлением, с полным восстановлением функции поврежденного участка, заживлением ожоговой раны с потерей трудоспособности вплоть до

полной ее потери или смертью больного с ожогами. Летальность варьирует от 4% до 32%.

6.2. Первая помощь и лечение при ожогах.

Оказывая первую помощь при ожоге, прекращают действие термического фактора, охлаждают ожоговую поверхность. По возможности накладывают сухую асептическую повязку, а при ожоге конечности выполняют транспортную иммобилизацию, вводят обезболивающие и пострадавшего доставляют в стационар.

Первая помощь при химических ожогах направлена на быстрейшее прекращение действия агента. Для этого пораженный участок промывают проточной водой на протяжении 15 минут и более. Исключение составляют случаи, когда ожог вызван веществом (алюминий и его органические соединения, концентрированная серная кислота), взаимодействие которого с водой сопровождается реакцией с образованием тепла.

В результате возможно дополнительное термическое повреждение. После промывания водой, остатки веществ, проникших вглубь тканей, при ожоге кислотой нейтрализуют 2-5% раствором гидрокарбоната натрия, при поражении щелочью – 1% раствором уксусной кислоты, при ожоге известью – 20% раствором глюкозы, при повреждении органическими соединениями алюминия – бензином или керосином, в виде повязок или примочек. Дальнейшее лечение химического ожога не имеет принципиального отличия от термического повреждения тканей, за исключением химических ожогов фосфором.

В последнем случае нельзя накладывать мазовые повязки, поскольку вещество проникает вглубь и степень повреждения увеличивается.

В амбулаторных условиях лечат только ожоги I-II степени, с площадью поражения не больше 10% поверхности тела. При большей площади повреждения, пострадавших госпитализируют. Ожоги II степени в области лица, волосистой части головы, стоп, паха и промежности рекомендуют лечить в стационаре, если площадь ожоговой поверхности занимает 0,5%.

При ожогах I степени выполняют туалет ожоговой раны, осторожно промывая ее 1% новокаином или физиологическим раствором. На рану накладывают сухую асептическую повязку или используют аэрозоли с пленкообразующими полимерами (фуропласт, акутол и т.д.). Для обезболивания применяют наркотические и ненаркотические анальгетики или орошение раны раствором новокаина. Больные выздоравливают через 3-5 дней после травмы.

При ожогах II степени производят обработку ожоговой поверхности. Во время первичного туалета раны, подсекают пузырь у основания и накладывают асептическую повязку. До 24 часов, по возможности, пленку пузыря не снимают, поскольку она еще выполняет защитные функции и является естественной биологической повязкой. После 24 часов, через отслоенный эпидермис уже могут внедряться микроорганизмы, поэтому если содержимое пузыря мутное, то отслоенный эпидермис снимают, раневую

поверхность обрабатывают раствором йодобака и накладывают повязку с гидрофильной мазью (левосин, левомеколь). Заживление, как правило, наступает на протяжении 10-12 дней.

При ожогах III – IV степени проводят также хирургическую обработку ожога или кожную пластику по мере отторжения некротических тканей. Все операции выполняют только после вывода больного из состояния шока.

Общее лечение включает противошоковую, трансфузионную терапию, борьбу с инфекционными осложнениями, лечебное питание. Характер и объем лечебных мероприятий зависит от стадии ожоговой болезни.

При ожоговом шоке снимают боль, проводят лечение гипоксии, сердечно-сосудистых нарушений, печеночно-почечной недостаточности, коррекцию белкового, водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия крови, детоксикацию организма и антибактериальную терапию. Критерием их эффективности является улучшение показателей гомеостаза.

При лечении в период ***острой ожоговой токсемии*** основное значение приобретает детоксикация организма, коррекция метаболических нарушений, профилактика и лечение инфекционных осложнений, сердечно-легочной и почечной недостаточности.

Основные задачи в период ожоговой септикотоксемии это борьба с инфекционными осложнениями, коррекция анемии и метаболических расстройств. Особое значение, приобретает также восстановление энергетических затрат, для чего используется искусственное лечебное питание.

6.3. Особенности ухода при лечении ожогов.

Больных с ожогами госпитализируют в специализированное ожоговое (комбустиологическое) отделение или центр, в хирургический стационар, а при необходимости в реанимацию. В идеальном варианте пострадавших лечат в отдельных палатах.

У больных с ожогами, обширная раневая поверхность часто подвергается инфицированию штаммами микроорганизмов. Они чрезвычайно стойкие к антибиотикам и вызывают развитие госпитальной инфекции. В ее лечении возникают трудности, связанные с подбором высокоэффективных средств. Кроме того, сами больные становятся источником для инфицирования других пациентов. Поэтому в организации ухода за больными с ожогами важно соблюдение правил асептики.

Для предупреждения инфекционных осложнений со стороны ожоговой раны, прибегают к так называемой ***тактике «барьеров»***. Для этого создают индивидуальную окружающую среду для каждого больного. Медицинские работники носят одежду, предназначенную для хирургов, а также специальные халаты или пластиковые фартуки.

Перед каждым контактом с больным моют руки и надевают перчатки. После осмотра пациента фартук и перчатки снимают и снова моют руки. Если загрязняется хирургическая одежда, то ее обязательно меняют перед контактом со следующим больным.

При уходе за ожоговыми больными поддерживают чистоту в палатах. Для этого особое внимание уделяют влажной уборке, которую выполняют 2-3 раза в сутки и дважды в неделю дезинфицируют помещение. Чаще, чем по обыкновению, меняют постельное белье, используя стерильные простыни. Загрязненное белье укладывают в специальные мешки-упаковки и отправляют для обработки в прачечную отдельно от другого хирургического белья.

Уборку помещения, его проветривание и смену белья рекомендуют проводить, когда больные в перевязочной. Протирают дезинфицирующими средствами поверхности предметов (прикроватные тумбочки, ручки) в непосредственной близости от кровати пациента.

Особое внимание уделяют профилактике переноса инфекции на ожоговую рану с предметов, используемых при уходе за больными. С этой целью часто используют средства одноразового применения, которые можно легко дезинфицировать.

Для каждого больного выделяют отдельный стетоскоп, манжету тонометра. Матрас, на который укладывают больного, должен быть упакован в клеенку. Если его обшивка повреждена, имеет проколы или разрывы, то матрас меняют. После выписки больного, матрас подвергают специальной обработке в дезкамере.

Эффективно поддерживают стерильность при знотобиологической изоляции больного и лечении ожогов в управляемой абактериальной среде. При этом пациенты находятся в палатах-изоляторах на специальных кроватях-сетках с воздушными матрасами. Постоянную влажность и температуру воздуха создают в них однонаправленным ламинарным потоком. Такое состояние окружающей среды в сочетании с инфракрасным облучением и местной оксигенотерапией, максимально снижает инфицирование раны и ускоряет ее подготовку к кожной пластике.

Учитывается при уходе за больными с ожогами и то, что все больные с ожогами ощущают *боль* не только во время перевязки, но и при выполнении любых движений и даже находясь в покое.

Адекватное обезболивание позволяет легче выйти больному из состояния шока. В связи с этим, исключительное значение приобретает щадящий режим пациента, заботливое отношение к нему при подкладывании судна, смене белья, перекладывании больного, его транспортировке.

Что касается перевязки, то при обширных ожогах ее выполняют только под общим обезболиванием. В ряде случаев, для облегчения снятия повязки, больного заранее укладывают в ванную с 0,05-0,1% раствором перманганата калия, в теплой воде стерильными инструментами вскрывают и снимают повязку. Потом закутывают больного в стерильную простыню и доставляют его в перевязочную.

Необходимо помнить, что при ожоге обеих рук больные становятся исключительно беспомощными. Они нуждаются в оказании помощи при умывании, обработке полости рта, при физиологических отправлениях, при кормлении.

Ожоги лица имеют большую опасность, чем других участков тела. Такие ожоги чаще бывают глубокими и при них, как правило, повреждаются глаза, ротовая полость и верхние дыхательные пути.

Лечение ожога лица, как правило, проводится открытым способом, тем самым облегчается уход за больным. При этом 3-4 раза в день ожоговую поверхность смазывают мазью с антисептиками, а также 2-3 раза в сутки проводят туалет слуховых проходов и носовых ходов.

Уход за глазами включает обработку пораженных участков ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты, с целью размягчения и удаление корочек, которые образовались. Потом, раздвинув веки, промывают конъюнктивальную полость физиологическим раствором с помощью резинового баллончика. После этого, оттягивая нижнее веко, на слизистую оболочку капают с помощью пипетки по 1-2 капли альбуцида или наносят стеклянной палочкой глазную мазь. Тем самым осуществляют профилактику и лечение воспаления слизистой оболочки глаза – конъюнктивита.

Недостаточный уход за полостью рта приводит к воспалению его слизистой оболочки и развитию воспаления околоушной слюнной железы – паротита. После каждого приема пищи ротовую полость тщательно очищают от ее остатков, больной полощет рот самостоятельно или его промывают 0,1-0,5% раствором перманганата калия с помощью шприца Жане или резинового баллончика.

Крайне неприятны ожоги промежности, поскольку при этом возможно повреждение мочеиспускательного канала и заднего прохода, что приводит к нарушению мочеиспускания и дефекации. Кроме того, наблюдается быстрое инфицирование ожоговой раны, локализующейся в паховой области, на ягодицах, в промежности и на внутренней поверхности бедер, путем занесения с фекалиями микроорганизмов.

В связи с этим каждый раз после отправления физиологических нужд, выполняют тщательный туалет ануса и промежности, путем подмывания с мылом и дальнейшей обработки раствором антисептика (водный раствор хлоргексидина 0,1%, перманганата калия 0,05%). Особое внимание уделяют регулярной обязательной обработке антисептиками уток и подкладных суден.

6.4. Особенности ухода при лечении ожоговой болезни.

Значительные трудности возникают при уходе за больными с ожоговой болезнью. С первого дня после травмы они нуждаются в интенсивной инфузионной терапии. Для ее проведения выполняют венепункцию или венесекцию. Катетеризация магистральной (подключичной, яремной) вены наиболее оптимально обеспечивает введение инфузионных сред. Во всех случаях необходимо строгое соблюдение правил асептики и своевременная замена загрязненного материала, фиксирующего катетер к коже. Это позволяет предупредить развитие септических осложнений, когда катетер становится проводником инфекции.

При появлении признаков флебита или перифлебита, инфузии в данную вену прекращают и катетер удаляют.

Во время ухода, контролируют состояние пациента и оценивают эффективность терапии. При этом определяют цвет, температуру, эластичность кожи, частоту дыхания и пульса, измеряют артериальное давление. Важным является **определение почасового и суточного диуреза**. Для этого у тяжелых больных катетеризируют мочевой пузырь. Вывод мочи в количестве 1 мл на 1 кг массы тела больного в 1 час свидетельствует о нормализации функции мочевыделительной системы и об адекватности проводимого лечения.

У больных с ожоговой болезнью практически всегда развивается гипоксия тканей. Для ее компенсации прибегают к **ингаляции кислорода через катетер**, подведенный к носу пострадавшего. При ожогах верхних дыхательных путей, при отеке слизистой оболочки и бронхоспазме, часто выполняют эндотрахеальную интубацию или трахеостомию и проводят искусственную вентиляцию легких. Через трубку периодически аспирируют мокроту и saniруют бронхиальное дерево.

Эндотрахеальную трубку и трахеостому используют для введения лечебных средств и осуществления трахео-бронхиальной оксигенации. Иногда выполняют микротрахеостомию, она менее травматичная, уменьшает риск вторичного инфицирования дыхательных путей, позволяет сохранить кашлевой рефлекс и спонтанное дыхание. У таких больных необходимо соблюдение чистоты кожи вокруг трахеостомы, контроль проходимости трахеостомической трубки, ее своевременная обработка и замена.

Длительное время, у больных с ожоговой болезнью, в организме преобладают процессы катаболизма. Состояние ухудшается за счет потери жидкости и белков через обширную раневую поверхность. Восполнение потерь осуществляют с помощью **парентерального питания**. По объему оно должно быть полным, то есть обеспечивать суточную потребность питательных веществ и витаминов или неполным, когда дефицит восполняют на 2/3 или 1/3 от необходимого уровня. Для этого используют питательные вещества: белковые гидролизаты (гидролизат казеина, альбумин, гидролизин), аминокислотные препараты (аминокровин, полиамин), глюкозу, жировые эмульсии (интралипид, липофундин), электролитные растворы (Рингера, дисоль, трисоль).

Таким образом, **правило «трех катетеров»: введение катетера в нос для ингаляции увлажненного кислорода, в вену - для инфузионной терапии, в мочевой пузырь - для измерения почасового диуреза**, в полной мере позволяет реализовать необходимые требования по качественному лечению пациентов с ожоговой болезнью и определяет особенности ухода за ними.

У некоторых больных, при условии восстановления двигательной и всасывающей функции желудочно-кишечного тракта, парентеральное питание объединяется с **энтеральным** или полностью его заменяет. При этом кормлении, смеси содержащие белки, жиры и углеводы, вводят капельно через зонд в желудок или двенадцатиперстную кишку.

В целом же, в первые дни болезни показано **питание по типу нулевой диеты** с максимальным механическим щажением. В связи с плохим

аппетитом больному рекомендуют включать в пищу вещества, улучшающие ее вкус и запах. В дальнейшем после выхода из тяжелого состояния пищевой рацион расширяют до *диеты N 11*, при которой увеличивают объем молочных продуктов (сыр, творог), яиц, мяса, рыбы и уменьшают количество хлеба, макаронных изделий и круп. Энергетическая ценность при этом достигает 3500-3800 ккал.

6.5. Клиника и диагностика отморожения.

Холодовой травме может подвергаться как организм в целом, так и разные его участки. Чаще всего наблюдается отморожение (congelatio) конечностей, носа, ушей и щек.

Среди причин развития отморожения отмечают главную – влияние низкой температуры окружающей среды и второстепенные – повышенную влажность воздуха и большую скорость ветра. Существуют местные факторы, способствующие развитию отморожения, в частности сосудистая патология конечностей (облитерирующий эндартериит и атеросклероз, варикозное расширение вен нижних конечностей), перенесенные ранее переломы, вывихи, отморожения, тесная обувь. К общим факторам относят алкогольное опьянение, переутомление, истощение, адинамию, бессознательное состояние, а также физические недостатки.

Отморожения развивается в 2 периода: **дореактивный** – с момента получения травмы до нормализации температуры отмороженной области и **реактивный** период с момента нормализации температуры отмороженного участка до реконвалесценции.

Используют классификацию отморожений по Т.Я.Арьеву(1940). (рис. 41).

Отморожение I степени, как правило, не влияет на общее состояние организма. В дореактивный период кожа цианотичная, в реактивный период она становится гиперемизированной. После согревания усиливается боль, движения в суставах активные. Выздоровление обычно наступает на 5-7 день. Иногда наблюдаются остаточные явления в виде гиперпигментации, повышенной потливости или сухости кожи. Расстройства кровообращения, имеющиеся в пораженной области, обуславливают склонность этой области к повторному отморожению.

Для II степени отморожения характерна интенсивная боль, зуд, жжение, появление отека. Эти симптомы, как обычно, на протяжении двух дней исчезают и тогда появляются пузыри. Отек распространяется за пределы области повреждения. Через 7-8 дней пузыри сморщиваются, эпителий облущивается, а поврежденная поверхность покрывается молодым эпидермисом.

При III степени отморожения наблюдается более глубокое поражение тканей, включая кожу и подкожную клетчатку с имеющимися в ней сосудами, вследствие чего возникают геморрагические пузыри. Клинически отмечается выраженная локальная боль, теряется тактильная и температурная чувствительность, появляются общие признаки интоксикации. Через 2-3 недели происходит отторжение некротизированных

тканей и образуется рана. Заживление раневого дефекта длится 1-3 месяца и идет путем образования соединительнотканного рубца.

Отморожение IV степени связано с гибелью кожи и тканей, лежащих глубже, вплоть до костей. Глубину повреждения сразу определить нельзя, это возможно через 5-7 дней, когда сформируется барьер (демаркационная линия), который разграничивает здоровые ткани от погибших. Окончательный диагноз ставится к концу 2 недели. Отторжение омертвевших участков длится несколько месяцев и часто осложняется влажной гангреной.

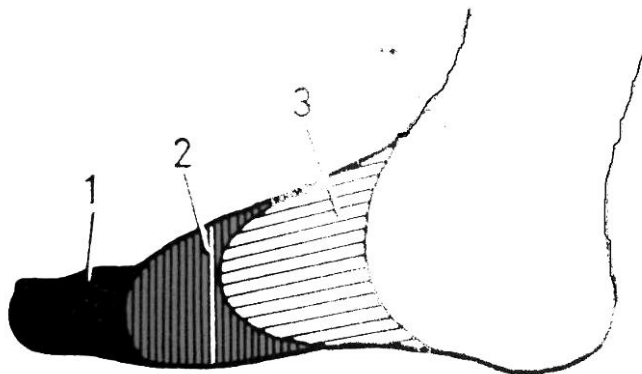


Рис. 41. Степени отморожения по классификации Г.Я. Арьева.

Среди других видов холодовой травмы встречается **ознобление**, являющееся видом хронического отморожения. Его появлению способствует повышенная влажность воздуха и ветер. Оно возникает чаще на открытых частях тела – на лице, на стопах, причем чаще всего, у лиц пожилого и старческого возраста. Клиника ознобления аналогична отморожению I степени и проявляется дерматитом. Кожа с синюшным оттенком, на ощупь холодная, отечность не выражена, болевая и тактильная чувствительность снижена. Со временем, в местах дерматита образуются трещины.

Еще одной формой холодового повреждения является **«траншейная стопа»**. При высокой влажности воздуха, под влиянием низкой температуры окружающей среды, происходит поражение стоп, обутых в тесные ботинки или сапоги. Состояние тканей ухудшается при повторяемости действия холода и согревания конечности (холод - тепло, холод - тепло). У потерпевшего наблюдается бледность кожи, снижение болевой и тактильной чувствительности, нарастает отек тканей стопы и снятую обувь тяжело надеть. Отек постепенно распространяется за пределы пораженного участка. В дальнейшем довольно быстро может развиваться тотальный некроз стопы по типу влажной гангрены, с симптомами интоксикации.

6.6. Первая помощь и лечение отморожения.

Лечение отморожения начинают на догоспитальном этапе, и его результаты зависят от адекватности оказания первой помощи. Чаще ее осуществляют на дореактивном периоде отморожения. Устранив действие холода, восстанавливают в пораженной зоне кровообращение. Это

восстановление осуществляют двумя путями - «изнутри» или «извне». Считается, что целесообразнее это делать согреванием «изнутри». Освободив конечность от промерзшей одежды и обуви, на пораженные участки накладывают изолирующую повязку, пострадавшему дают горячие напитки и организуют быструю его доставку в стационар.

По мнению других, нужно согреть конечность «извне». Для этого ногу или руку помещают в воду, температура которой должна равняться 17-18°C, и постепенно (на протяжении 1 часа) подогревают ее до 36°C. При появлении гиперемии, свободных движений в межфаланговых суставах, ощущении «мягкости» пораженной области, процедуру заканчивают. Осушив конечность, на нее накладывают ватно-марлевую повязку и надевают целлофановый мешок. Пациенту дают горячие напитки и укладывают в кровать.

В любом случае речь идет о необходимости создания реактивной гиперемии в зоне поражения, а преимущество отдается тактике, которой придерживаются в «главном» специализированном лечебном учреждении региона обслуживания. Нужно также добавить, что большинство врачей, оказывающих первую помощь при отморожениях, выступают категорически против растирания пораженного участка снегом, шерстяной тканью и считают нецелесообразным массаж на этапе оказания первой помощи. При этом кровообращение восстанавливается за счет тепла рук, а именно растирание и массаж приводят лишь к образованию микротравм, которые могут стать входными воротами для инфекции.

При госпитализации отмороженного больного в стационар, в **дореактивном периоде первую помощь** оказывают в том же объеме и последовательности. После обработки конечности, на нее накладывают асептическую повязку. Вместе с этим, для восстановления кровообращения в пострадавшей области, немедленно начинают лечебные мероприятия, включающие проведение футлярной или периневральной проводниковой новокаиновой блокады, внутриартериальное или внутривенное введение спазмолитиков и медикаментозных средств, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин, реоглюман).

В ранний реактивный период, когда есть микроциркуляторные нарушения и тромбозы, проводят инфузионную терапию реологическими и детоксикационными кровезаменителями.

В поздний реактивный период, когда вследствие ишемии, гипоксии и некроза тканей развиваются инфекционные осложнения, используют компоненты крови (плазма, эритроцитарная масса), трансфузию иммунологических средств (антистафилококковая плазма), а также парентеральное питание.

При необратимых изменениях в тканях выполняют **хирургические манипуляции**. В первые три дня с момента получения травмы, при выраженном отеке конечности, при ее похолодании и потере чувствительности, кожу и ткани рассекают в области поражения, то есть

проводят некротомию, которая является превентивной хирургической обработкой отморожения.

При гангрене показана некрэктомия (удаление некрозов), которую выполняют на 2-4 недели лечения и редко – по экстренным показаниям, когда имеется тотальное поражение крупных сегментов конечности с выраженной токсемией и существует угроза жизни пострадавшего. Для восстановления целостности кожного покрова используют пересадку кожи. Ампутация отмороженного сегмента осуществляется с формированием функционально способной культи, а для повышения ее функциональных возможностей, в более поздние сроки выполняют реконструктивные операции.

6.7. Особенности ухода при лечении отморожения.

Больных с отморожением госпитализируют в «гнойную» палату. И это не случайно, поскольку при этом формируются некрозы, являющиеся благоприятной средой для инфекции. У пациентов часто возникает нагноение пузырей, острый лимфангит и лимфаденит, абсцесс, флегмона, гнойный артрит и даже сепсис. В связи с вышеизложенным, при выполнении перевязок и хирургических вмешательств, тщательно **соблюдаются правила асептики**, а также соблюдаются правила гигиены во время манипуляций, связанных непосредственно с уходом за больными (подкладывание судна, смена белья и т.д.). Тем самым предупреждают развитие госпитальной инфекции и инфекционных осложнений.

Появление обширных некрозов при отморожении связано с тем, что в пораженном участке создаются оптимальные условия для жизнедеятельности анаэробных микроорганизмов. Бактериологические исследования подтверждают смешанный аэробно-анаэробный характер микрофлоры в зоне развития гнойно-некротического процесса. Именно анаэробы, вырабатывая газообразные вещества с неприятным запахом, определяют смрад, исходящий из ран.

Удаляют неприятные запахи с помощью антисептиков, которые имеют дезодорирующий эффект (средства из группы окислителей – перекись водорода и перманганат калия). Для этого не меньше 2 раз в сутки производят перевязки, во время которых для рук и ног делают ванны с вышеуказанными растворами.

При организации **ухода за больным с отморожением** необходимо помнить, что травме чаще подвергаются руки (пальцы и кисти) и стопы. Для I, II и III степени их поражения, характерна интенсивная боль, усиливающаяся после отогревания и при движениях. Кроме того, даже при отморожении I степени имеет место малоподвижность в межфаланговых суставах, сохраняющаяся до двух недель. Эти два обстоятельства обуславливают невозможность двигательной функции рук и ног.

Вместе с тем, при небольших площадях отморожения, общее состояние страдает мало и быстро нормализуется, в частности в связи с образованием демаркационного барьера при глубоком поражении. У пациентов

сохраняется аппетит, двигательная активность в кровати, возникает потребность в перемещении по палате и за ее пределами. Однако **функциональная неполноценность конечностей, особенно рук**, существенным образом затрудняет, а нередко и полностью исключает возможность самостоятельного проведения гигиенических процедур (умывание, чистка зубов и полости рта, бритье), кормления, физиологических отпавлений. Длительное время (месяцами в стационаре, а иногда и после выписки на амбулаторное лечение) больные остаются беспомощными и вынуждены постоянно обращаться за помощью к соседям по палате, медицинскому персоналу.

Уход за такими больными включает организацию и предоставление им помощи в повседневных ситуациях (накормить, помочь умыться и т.д.). Особое значение приобретает **социальная адаптация пациента**, осуществляющаяся при непосредственном участии медицинских работников. В нее входит, в частности обучение пострадавшего хождению на костылях, обеспечение каждого больного индивидуальным креслом-каталкою.

Нужно добавить (из раздела медицинской этики): кроме этого, при уходе за отморозенным больным, особенно значимым становится ощущение сочувствия к пациенту со стороны врача, медсестры, санитарки и «коллег по несчастью». Воспитание этого ощущения является основой ***создания атмосферы*** и такого нужного ***благоприятного морального климата*** в палате и в отделении.

РАЗДЕЛ 7. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ПЕРЕЛОМАМИ.

Под травмой (trauma) понимают повреждение тканей, органов и частей тела в результате действия механических, термических, химических и других факторов. Существует производственная (промышленная, сельскохозяйственная) и непроизводственная (дорожно-транспортная, бытовая), изолированная и множественная, сочетанная и комбинированная травма. По характеру повреждения выделяют ранение, ожог, перелом и другие виды травмы.

Среди всех повреждений чаще всего встречаются переломы. Квалифицированная их диагностика и лечение, в частности умелый уход, является залогом решения проблем, связанных с уменьшением числа осложнений, летальных случаев, времени нетрудоспособности и с сокращением затрат на обслуживание.

Переломом (fractura) называется нарушение целостности кости, которая возникает под влиянием внешней силы (травматический) или при изменениях в костной ткани вследствие некоторых болезней: остеомиелит, туберкулез, злокачественные новообразования и прочие. Переломы делятся на врожденные и приобретенные, открытые и закрытые, полные и неполные.

По линии перелома различают поперечные, косые, продольные, винтообразные или спиральные и др.

В зависимости от зоны повреждения кости переломы бывают диафизарными, метафизарными и эпифизарными.

Любой перелом характеризуется либо смещением фрагментов кости или он может быть без смещения отломков (при трещине), с полным или неполным их смещением по ширине, по длине, под углом или по оси, по периферии. В зависимости от повреждения кожных покровов переломы могут быть открытые и закрытые.

7.1. Диагностика и лечение перелома.

Диагностика перелома основывается на клинических и рентгенологических данных. **К абсолютным симптомам** перелома относят видимые в ране костные фрагменты, выпячивание кожи над обломками, патологическая (вне сустава) подвижность, костная крепитация, которая специально не определяется в связи с возможным повреждением сосудов, нервов, а также рентгенологические данные. Любой из этих признаков свидетельствует о беспорности диагноза перелом.

Другие **симптомы** (локальная боль, которая усиливается при движениях и пальпации, нарушение функции конечности, ее деформация и укорочение, припухлость и кровоизлияние в мягких тканях) являются относительными, поскольку встречаются и при другой патологии. Они позволяют заподозрить перелом.

Консолидация (сращение) перелома происходит за счет регенерации всех слоев кости, рассасывания и окостенения травматической гематомы. При размножении клеток эндоста, гаверсовых каналов, надкостницы и

соединительной ткани, которая окружает перелом, идет костеобразование. Каждый из этих источников формирует особый слой костной мозоли.

При соблюдении оптимальных условий сращения костных отломков, можно ожидать полноценную консолидацию перелома, в такие сроки: при переломах фаланг, ребер и пястных костей она наступает в среднем на протяжении 3-х недель, при переломе ключицы – 4-х недель, запястья, предплюсневых, плюсневых костей, плеча и предплечья – 2,5 месяцев, голени – 3-х месяцев, бедра – 4-х месяцев, шейки бедра – 6 месяцев и т.д.

Замедленное сращение перелома наблюдается при сахарном диабете, в пожилом и старческом возрасте, при истощении, авитаминозах, в период беременности. Среди местных причин замедленного сращения называют нарушение кровообращения, множественность переломов, интерпозицию тканей, гнойную инфекцию мягких тканей, чрезмерную лучевую нагрузку. Высокая активность пациента, особенно при плохом сопоставлении и фиксации костных отломков, а также неправильный остеосинтез и использование лишнего груза при скелетном вытяжении замедляют формирование костной мозоли.

Основные принципы лечения переломов:

- правильное оказание первой помощи при обращении в специализированное лечебное учреждение;
- полноценная диагностика перелома с обязательным рентгенографическим исследованием в двух проекциях;
- как можно раннее сопоставление костных отломков;
- надежная фиксация сопоставленных костных отломков до наступления консолидации;
- активное проведение мероприятий, которые способствуют процессам консолидации;
- комплексное функциональное лечение.

7.2. Первая помощь при переломе.

Первая помощь при переломе состоит в выполнении **транспортной иммобилизации** зоны повреждения специальными (табельными) шинами или подручными средствами (рис. 42, 43, 44, 45). Сейчас широко используются пневмошины.

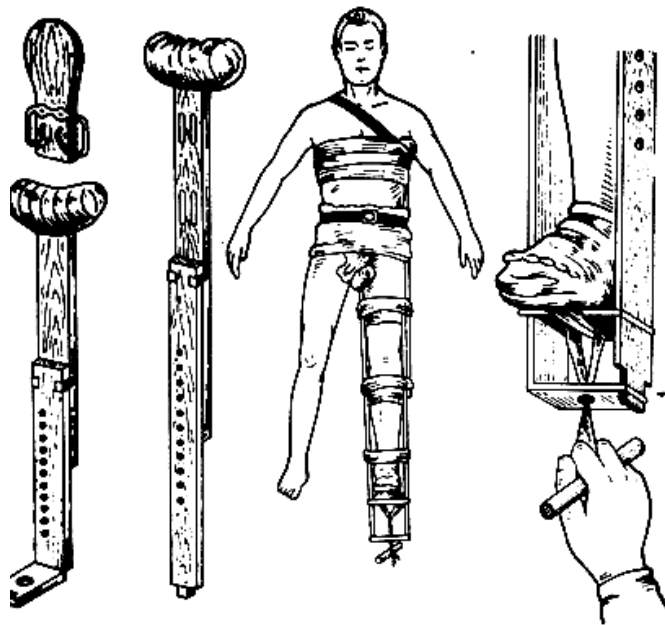


Рис. 42. Шина Дитерихса и ее применение.

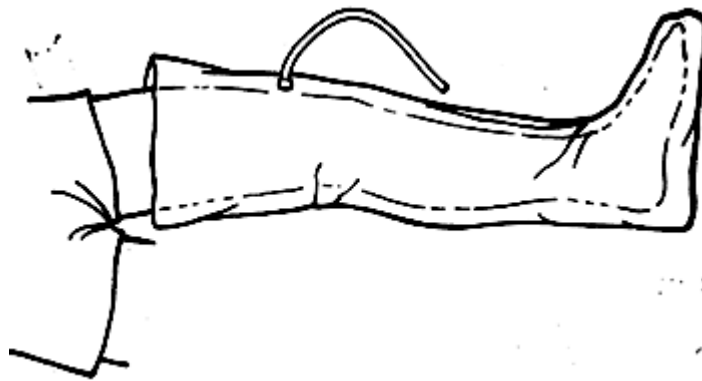


Рис. 43. Надувная пневматическая шина для иммобилизации голени.

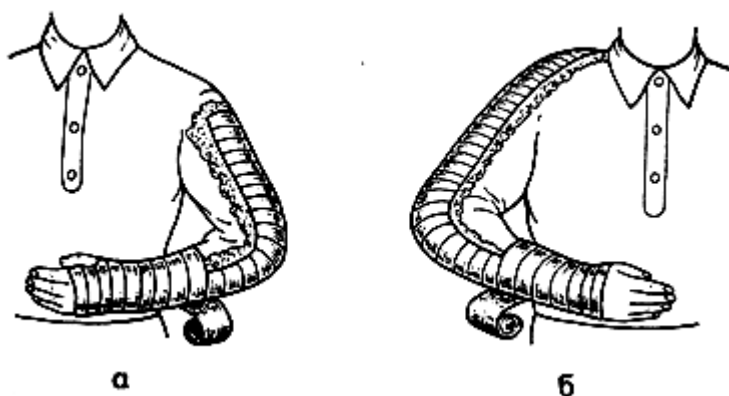


Рис. 44. Транспортная иммобилизация ступенчатой шиной Крамера при переломах костей предплечья (а) и плеча (б).

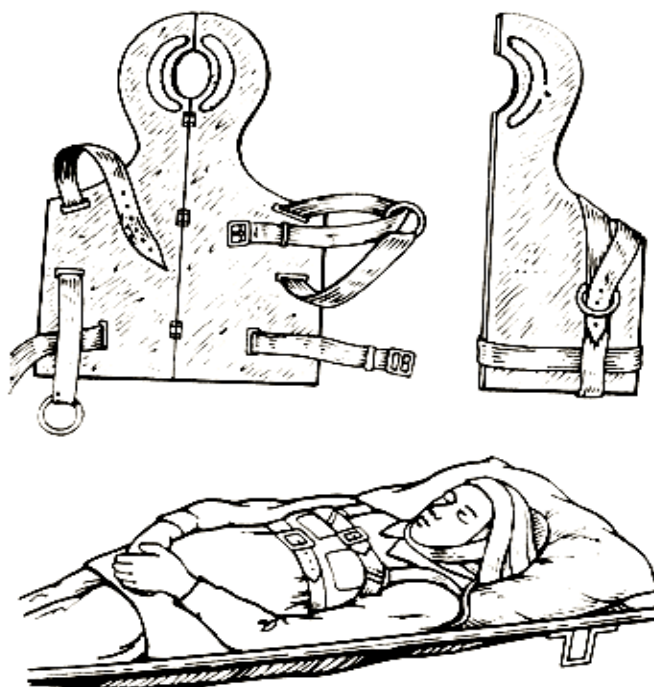


Рис. 45. Шина Еланского.

При открытых переломах на рану накладывают асептическую повязку. При необходимости осуществляют гемостаз пальцевым прижатием сосудов, кровоостанавливающим жгутом или другим способом. Для профилактики травматического шока производят обезболивание. Используют ненаркотические и наркотические анальгетики (1-2 мл 1 % раствора морфина гидрохлорида, 1-2 мл 1-2 % раствора промедола или по 2-4 мл 50 % раствора анальгина и т.д.). Потом организуют доставку пострадавшего в лечебное учреждение. Неправильное оказание помощи, увеличивает опасность возникновения травматического шока, вторичного кровотечения, инфекции, вторичного смещения отломков.

При транспортировке пострадавшего в стационар, эти осложнения возникают во время перекладывания его с кушетки на каталку в приемном отделении, с каталки на стол и назад в рентген-кабинете, с каталки на стол в операционной и т.д. Для их предотвращения рекомендуют использовать специальные деревянные и пневматические щиты. Во время госпитализации пациента укладывают на такой щит, и все дальнейшие его перемещения осуществляются на нем без дополнительных перекладываний.

При смещении костных отломков, выполняют их сопоставление, то есть репозицию, которая может быть одномоментной или постепенной. При этом отломки сопоставляют вручную или специальными аппаратами Соколовского, Воронина (“бескровная” – закрытая репозиция). По показаниям выполняют сопоставление оперативным путем (“кровавая” или открытая репозиция).

Правильность манипуляции контролируют рентгенологически.

В зависимости от способа фиксации отломков, выделяют четыре метода лечения переломов: гипсовой повязкой, постоянным вытяжением, интрамедуллярным или экстремедуллярным остеосинтезом металлическими

конструкциями, внеочаговым компрессионно-дистракционным остеосинтезом.

7.3. Особенности ухода при лечении перелома гипсовой повязкой.

При лечении перелома гипсовой повязкой применяют бесподкладочный метод, а также гипсовую повязку с ватно-марлевой или тканевой прокладкой. При этом используют герметически упакованные заводские гипсовые бинты или бинты, самостоятельно изготовленные из марли и гипса. В ряде случаев употребляют термопластик, главным преимуществом которого является быстрое затвердение, гигиеничность (можно мыть) и легкость повязки.

При лечении перелома преимущество отдают лонгете, когда повязка окружает конечность на 2/3 ее диаметра. Круговую (циркулярную) повязку накладывают чаще после ликвидации отека и только в стационаре (рис. 46).

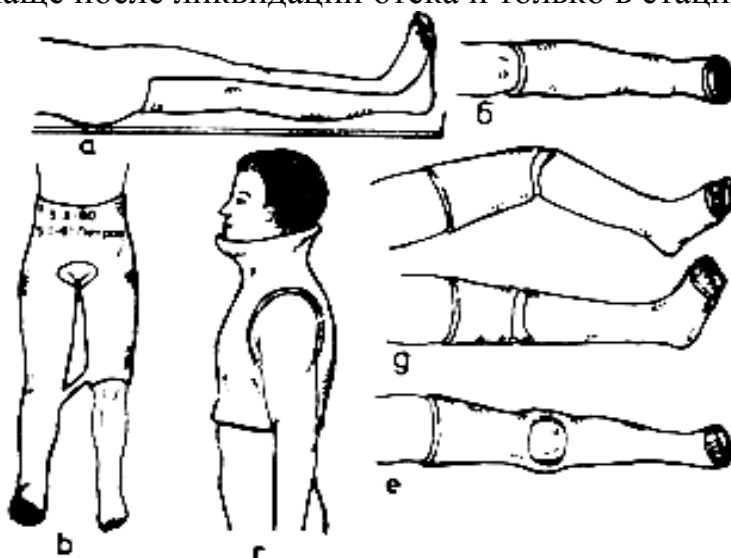


Рис. 46. Виды гипсовых повязок: а - гипсовая лонгета; б - циркулярная гипсовая повязка; в - кокситная гипсовая повязка; г - гипсовый корсет; д - редрессационная повязка для удаления контрактур; е - мостовидная гипсовая повязка.

Изготовление гипсового бинта осуществляют в гипсовочном кабинете. На специальном столе раскатывают марлевые бинты, посыпают их слоем гипса толщиной 1-2мм, равномерно разглаживая, поверх первого слоя еще несколько, для иммобилизации предплечья 5-6 слоев, для голени 8-10 слоев, для бедра 10-12 слоев гипсового бинта, бинты скатывают. Необходимо помнить, что очень тугое сворачивание гипсового бинта препятствует проникновению воды внутрь во время его замачивания, а при рыхлом скатывании, часть гипса высыпается из бинта. Перед наложением гипсовой повязки телу пациента или конечности придают физиологически выгодное положение, которое будет зафиксировано гипсом. Бинт или лонгету замачивают в миске с теплой водой. Замачивают один бинт, полностью погружая его в воду и удерживая в ней до прекращения выделения пузырьков воздуха.

Через 2-3 минуты бинт вынимают и слегка отжимают для удаления лишней воды, без выкручивания, во избежание потери с водой гипсового порошка.

При наложении гипсовой повязки придерживаются таких требований:

- костные выступы, которые подвергаются максимальному давлению, укрывают ватно-марлевыми подушечками;
- бинт накладывают без натяжения, раскатывая его по телу, и каждый слой разглаживают ладонью, в результате чего слои плотно прилегают друг к другу и образуют единое целое;
- разглаживание повязки обеспечивает ее моделирование по контуру конечности и плотное прилегание к телу;
- в процессе бинтования положение конечности не меняют;
- пальцы руки или ноги, на которую накладывают повязку, оставляют открытыми, для дальнейшего наблюдения за состоянием кровообращения конечности;
- поддерживают конечность ладонью, а не пальцами, чтобы не возникало пальцевых отпечатков на самой повязке.

Через 15-20 минут после наложения повязки ее край обрезают, а для ускорения высыхания повязки используют фен, грелки или лампу-соллюкс (рис. 47). После этого химическим карандашом на повязке пишут дату ее наложения.

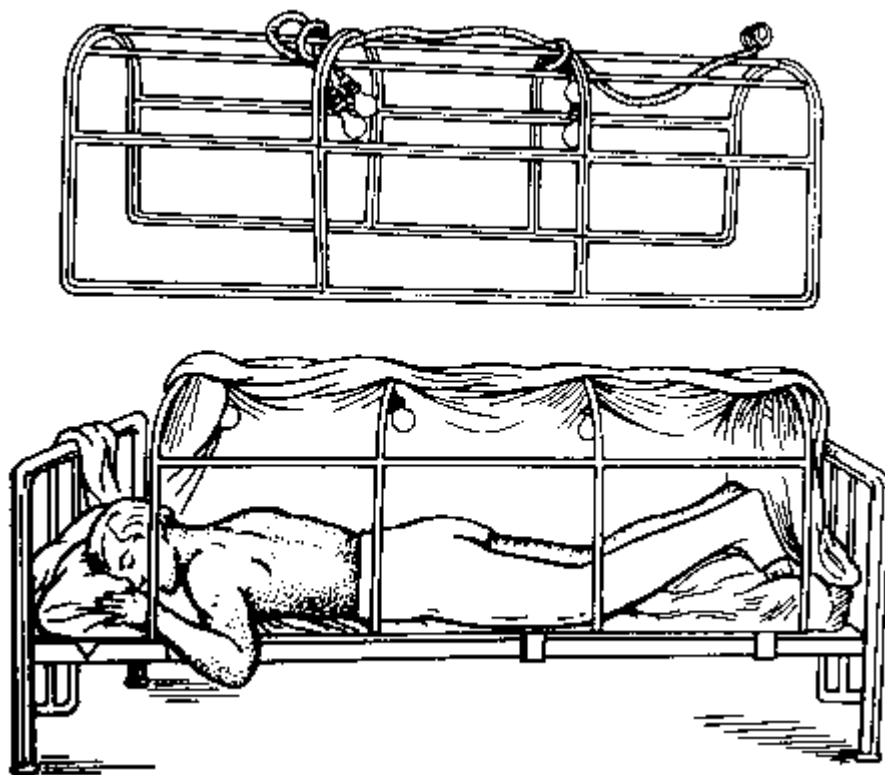


Рис. 47. Высушивание гипсовой повязки.

Необходимо помнить, что “нет ничего более тяжелого, чем потеря конечности через неправильно наложенную повязку. Больной после

наложения гипсовой повязки до ее окончательного высыхания должен быть под постоянным медицинским контролем” [Охотский В.П., 1997]. Его каждый день осматривает врач даже в условиях поликлиники.

Среди осложнений чаще всего встречается сдавливание тканей конечности в «гипсовом футляре». Это выражается ощущением тесноты, онемением конечности, изменением ее окраски и, в конце концов, нарастанием боли, которая приобретает распирающий характер. Данная клиника обусловлена слишком тугим наложением повязки или прогрессированием травматического отека. В первом случае по мере высыхания повязки в системе поверхностных вен сначала развивается нарушение кровообращения, связанное с затруднением оттока крови, что содействует увеличению объема сегмента и приводит не только к усилению венозного застоя, но и к нарушению артериального кровотока. Как закономерное следствие таких реакций развивается ишемический некроз – гибель тканей, вплоть до гангрены.

При возникновении ощущения сдавливания, создают возвышенное положение для конечности: для руки, подвешивая ее к балканской раме, а для ноги, поднимая ножной конец кровати. Тем самым улучшается венозный отток и уменьшается отек. Если указанная симптоматика сохраняется, то циркулярную повязку необходимо рассечь по всей длине. Иногда может наблюдаться сдавливание тканей и появление некрозов на ограниченном участке, чаще в области выступающих костных образований (косточек, выростков, большого вертела бедренной кости). Для предупреждения этого осложнения перед наложением гипсовой повязки в проекции указанных образований укладывают ватно-марлевые прокладки.

После окончания периода постельного режима, начиная передвигаться с помощью костылей, больной может ощущать сдавливание повязкой, отечность и посинение пальцев, боль в конечности. Это обусловлено нарушениями кровообращения, которые постепенно исчезают. Для лучшей адаптации больного, при подобных проявлениях, перед началом хождения тренируют конечность, опуская ее с кровати и поднимая, а после хождения ноге придают приподнятое положение.

Лечение перелома костей верхней конечности, с использованием гипсовой повязки, обычно проводят амбулаторно. Больному рекомендуют на протяжении 5-7 дней соблюдать полусидячее положение, которое достигается поднятием головного конца кровати или подкладыванием под голову и грудную клетку дополнительных подушек. При повреждении «ведущей» конечности (правой у правши и левой у левши), больной учится обслуживать себя с помощью другой руки. Во время физиологических отправок, ему помогают раздеться и сесть на унитаз или стульчик. Не смотря на то, что больной может самостоятельно ходить и принимать пищу, чаще всего приходится его кормить.

При переломе костей нижней конечности, длительное время больные соблюдают постельный режим, поэтому кормление и отправление

физиологических нужд проводят в палате. Сняв гипсовую повязку, после окончания необходимого периода, нередко выявляют **трофические повреждения кожи**. Она выглядит сухой, шершавой, облущивается и зудит. Для ликвидации этих явлений, используют осторожное мытье кожи с мылом и теплые ванны. После водной процедуры, кожу смазывают питательным кремом.

Длительная неподвижность конечности приводит к **атрофии мышц** и к нарушению функции ноги или руки, вплоть до развития контрактуры. Для ликвидации указанных негативных последствий, после снятия гипсовой повязки, проводят восстановительное лечение, включающее лечебную физкультуру (активное и пассивное движения), дыхательную гимнастику, массаж, аппликации парафина и другие физиопроцедуры.

7.4. Особенности ухода при лечении перелома вытяжением.

В момент травмы, вследствие мгновенного сокращения мышц, происходит смещение костных фрагментов от обычного положения оси кости. Оно называется первичным и зависит от действия силы, которая вызвала повреждение. Вторичное смещение отломков возникает через тягу сократившихся скелетных мышц, а также силы действия и веса периферических отделов конечности. Поэтому для сопоставления костных отломков, и их удержания в таком положении до образования костной мозоли, используют вытяжение конечности, при котором происходит постепенное расслабление (релаксация) мышц.

В травматологической практике нашло применение ***постоянное лейкопластырное***, а чаще скелетное вытяжение (рис. 48, 49).

В первом случае тягу осуществляют клейкими лентами, которые крепятся к коже (накожное вытяжение) и применяют его, когда для удержания отломков не требуется больших усилий, чаще всего у ослабленных больных и детей.

Более надежным считается скелетное вытяжение, при котором груз крепят к металлической конструкции, состоящей из скобы и спицы, проведенной через кость. При использовании в системе пружины-демпфера (отсюда название демпферное скелетное вытяжение) такой метод лечения переломов становится более функциональным.

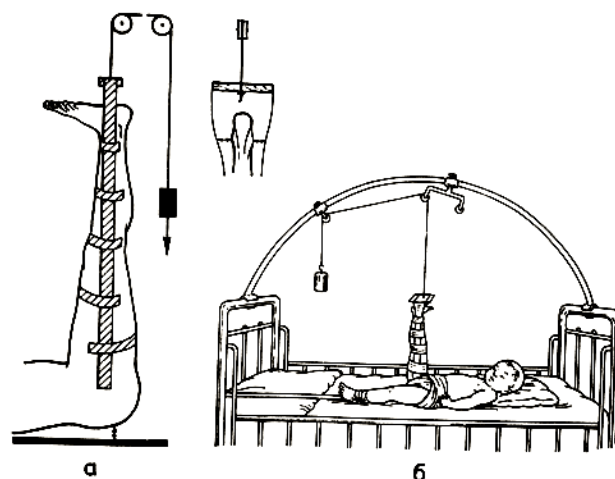


Рис. 48. Лейкопластырное (накожное) вытяжение у детей (а,б).

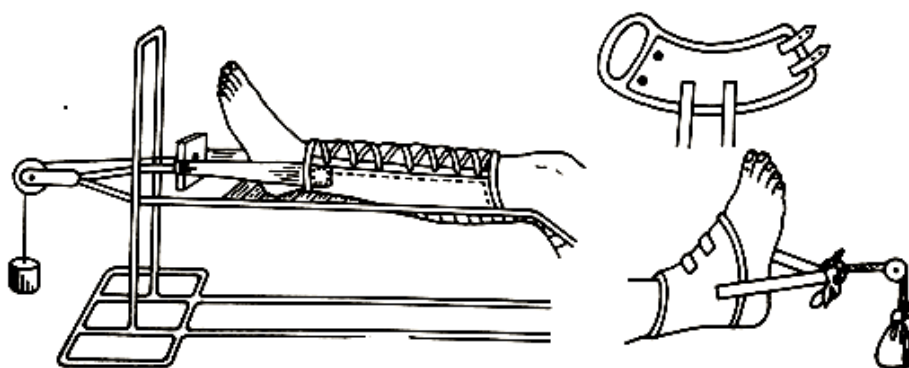


Рис. 49. Манжетное вытяжение голени.

Постоянное вытяжение показано при нестабильных переломах плеча, голени и бедра, когда после одномоментной репозиции, гипсовая повязка не обеспечивает нужной фиксации отломков, а также при стабильных переломах, в случае выраженного или нарастающего местного отека. Скелетное вытяжение противопоказано при большой зоне повреждения мягких тканей, при воспалении в участке перелома и в месте проведения спиц, при некритическом поведении больного вследствие опьянения, психоза или других нарушений.

Среди положительных сторон постоянного вытяжения следует отметить:

- 1) легкость осуществления метода, простоту в обучении и техническом оснащении;
- 2) возможность визуального наблюдения за участком перелома и конечностью в целом;
- 3) доступность обследования с помощью специальных методов, например, рентгенографии;
- 4) возможность проведения раннего функционального лечения и физиотерапии.

Недостатком постоянного вытяжения являются инфицирования тканей в месте введения спицы и возникновение спицевого остеомиелита. Для его предупреждения исключительно важно соблюдать правила асептики при наложении системы. В послеоперационном периоде следят за чистотой шариков, которые крепят к спице в месте ее проведения через мягкие ткани, и своевременно проводят их замену.

Скелетное вытяжение связано с длительным пребыванием больного в вынужденном нефизиологическом положении. Это является фактором риска развития пневмонии, которая в большинстве наблюдений становится причиной летального исхода.

Считают, что возникновению пневмонии способствует переохлаждение пациента при транспортировке и в палате. Среди других факторов отмечают ухудшение вентиляции легких, вследствие поднятого ножного конца кровати. При этом кишечник и другие органы брюшной полости смещаются к диафрагме, затрудняя «диафрагмальное» дыхание. Кроме того, в связи с усилением боли в месте перелома, пациенты не хотят кашлять и ограничивают свою двигательную активность, которая и без того характеризуется гиподинамией. Все это определяет эффективные пути предупреждения пневмонии при лечении переломов, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

После операции необходимо использовать рациональную схему обезболивания, с применением наркотических и ненаркотических анальгетиков. Для того чтобы избежать переохлаждения, необходимо транспортировать больного на металлической каталке с матрацем, укутывать не только тело, но и поврежденную конечность, используя при этом как минимум два одеяла.

В связи с профилактикой легочных осложнений, исключительное значение приобретает установка над кроватью металлической (балканской) или деревянной рамы, а также специальных кронштейнов, позволяющих активизировать больного и облегчать его обслуживание при физиологических отправлениях, перестилании кровати и других манипуляциях. Адекватная лечебная физкультура и дыхательная гимнастика нормализуют вентиляцию легких, предотвращая развитие пневмонии.

Длительное пребывание больных в одном и том же положении, приводит к возникновению пролежней, поэтому обязательно проводится профилактика пролежней.

Что касается соблюдения личной гигиены, то моют больного в палате. Для этого, под него подстилают клеенку, над тазом моют голову, потом мочалкой обмывают туловище, здоровую руку и ногу. После вытирания пациента сухой простыней или полотенцем, клеенку убирают.

Перед осуществлением физиологических отпращений больной сгибает здоровую ногу, привстает на локтях, и в это время под него подкладывают судно. После выполнения естественной потребности,

подмывают промежность и вытягивают судно, выполняя все движения в обратном порядке.

Виды остеосинтеза

Остеосинтез включает сопоставление и удержание костных отломков оперативным путем с помощью металлического стрежня, штифта или спицы, которые вводятся в костномозговой канал (интрамедуллярный остеосинтез), а также винтов, пластин, швов, что крепятся поверх кости (экстрамедуллярный остеосинтез).

Внеочаговый **компрессионно-дистракционный** остеосинтез, представляет собой фиксацию костных отломков с помощью специальных аппаратов типа конструкции Г.А.Илизарова.

При этом обеспечивается прочный контакт и неподвижность отломков, а также возможность ранней функциональной нагрузки конечности. Метод показан при лечении переломов, ложных суставов и остеомиелита, при разработке контрактур и для улучшения роста кости.

Среди самых важных условий эффективности метода, указывается необходимость постоянного контроля, достаточного натяжения спиц, благодаря чему достигается прочность конструкции и адекватное удержание костных отломков.

При этом способе лечения переломов, уход за больными не имеет специфических особенностей и организовывается согласно общим принципам.

Комплексное лечение в период реабилитации включает разработку суставов, применение массажа, механотерапии, физиотерапии и ЛФК для восстановления функции конечности. С первых дней лечения проводят раннюю функциональную терапию, которая состоит в активном сокращении мышц сломанной конечности с помощью осторожного проведения общей лечебной физкультуры.

Гигиеническая гимнастика направлена на повышение общего тонуса больного. При этом улучшается кровообращение рабочей мускулатуры, правильное дыхание стимулирует легочное кровообращение, усиливая потребление кислорода и выделение углекислого газа.

Гимнастические движения улучшают общее самочувствие больного и рефлекторно стимулируют локальные репаративные процессы. Гимнастику обычно проводят утром, после сна. Заранее проветривают помещение. Упражнения начинают с движений в конечности, постепенно привлекая к работе все группы мышц здоровых и по возможности, больных рук и ног. В комплекс упражнений, включены движения, которые сопровождаются равномерным и глубоким дыханием. Упражнения выполняют энергично и одновременно в спокойном темпе с достаточными промежутками для отдыха и свободного дыхания.

Образец комплекса упражнений (по Е.Ф.Древингу).

1. Начальное положение: одна рука на груди, другая в участке диафрагмы. Свободный вдох и выдох.

2. Начальное положение: руки вдоль туловища. Развести руки в стороны (вдох), поднять вверх и опустить вдоль туловища вниз (выдох).

3. Начальное положение: руки согнуты в локтях, предплечья направлены вертикально вверх, кисти сжаты в кулак. Полное сгибание и разгибания рук в локтевых суставах с одновременным тыльным сгибанием стоп в голеностопных суставах.

4. Начальное положение: кисти на груди, локти отведены в стороны на уровне плеч. Поочередный отвод руки и ее приведение с одновременным поворотом головы в ту же сторону.

5. Начальное положение: руки на бедрах. Поднятие здоровой ноги, сгибание ее в колене, выпрямление и опускание.

6. Начальное положение: руки на локтях, кисти сжаты. Выгибание груди вверх.

7. Начальное положение: руки на бедрах. Поднятие ноги вверх, отвод ее в сторону и опускание вниз.

8. Начальное положение: руки на локтях, кисти сжаты, здоровая нога согнута в колене. Поднятие таза с опорой на локти, плечи и ногу.

9. Поднятие вверх и опускание выпрямленной ноги.

Выполняется каждое упражнение 5-6 раз, общая продолжительность занятия 12 – 15 минут.

Рациональное питание больного активно содействует консолидации перелома. Назначают калорийную пищу, богатую белками (130-140г, 60%-животного происхождения), витамином D, солями кальция (1-1,5г), фосфора (1,5-2,2г). В связи с этим особенно значащими становятся молочные продукты: сыр, яйца, рыба, рыбий жир, мясо. Для сбалансированности рациона, в диете увеличивают содержимое витаминов С, А и группы В. Указанным требованиям отвечает диета N 11. Пищу принимают 3-4 раза в сутки, согласно распорядку данного лечебного учреждения. Пища должна иметь аппетитный вид и запах. При отсутствии аппетита у больного, нужно проявить умение и терпение, чтобы уговорить его принять пищу.

7.5. Особенности ухода за больными с переломом позвоночника.

Тяжесть перелома позвоночника зависит от уровня его повреждения (шейный, грудной, поясничные отделы), от того, какая часть позвонка повреждена (тело, дужка, отростки). Наиболее тяжелым считается перелом позвоночника, в сочетании с травмой спинного мозга (осложненный перелом). При переломе позвоночника больному назначают **строгий постельный режим**. Пациента укладывают на кровать с деревянным щитом, головной конец поднимают, под позвоночник на уровне перелома подкладывают мешочек с песком (валик). В дальнейшем при переломе грудного и поясничного отделов позвоночника осуществляют вытяжение с помощью лямок, которые проводятся через подмышечные впадины (рис. 50).

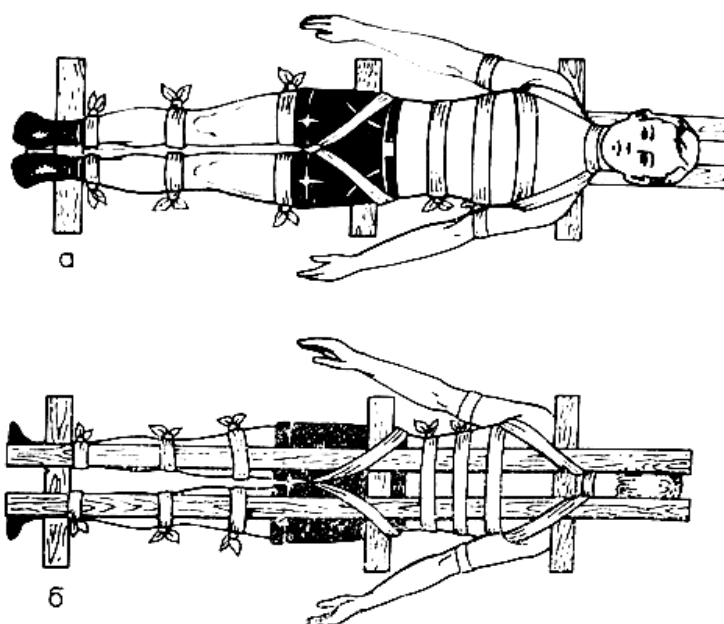


Рис. 50. Транспортная шина при переломах позвоночника вид спереди (а), вид сзади (б).

При повреждении шейного отдела вытяжение осуществляют на петле Глиссона, которая является специальным приспособлением в виде тканевого ошейника, охватывающего шею, часть подбородка и затылка. К верхней части петли подвешивают груз, тягу перекидают через блок.

В настоящее время, вместо петли Глиссона используют скелетное вытяжение за теменные бугры черепа. Фиксацию конструктивных элементов системы вытяжения выполняют так, чтобы больной не дотрагивался ногами спинки кровати. Под действием тяжести тела, происходит постепенное расслабление мускулатуры позвоночного столба, вправление вывихнутого позвонка (при вывихе) и увеличение расстояния между позвонками, освобождая тем самым спинной мозг и его корешки от сдавливания.

Такой строгий постельный режим длится не меньше месяца. При этом непосредственный уход за больными, включает обеспечение санитарно-гигиенических условий, помощь при физиологических отправлениях, своевременную смену нательного и постельного белья, надлежащий туалет промежности и половых органов (особенно у женщин в период менструации).

В зависимости от уровня повреждения спинного мозга, наблюдаются тяжелые функциональные расстройства различных органов. Если имела место травма I-III сегментов, то от остановки сердечной деятельности, вследствие паралича сосудисто-двигательного центра в продолговатом мозге, наступает смерть.

При повреждении спинного мозга на уровне IV-VI шейного позвонка, сначала развивается спинальный шок, сопровождающийся исчезновением всех двигательных рефлексов, падением артериального давления, отсутствием акта произвольной дефекации и мочеиспускания. Спустя некоторое время на передний план выходят парезы и параличи. Расстройства

дыхания связаны с нарушением иннервации межреберных мышц и угнетением кашлевого рефлекса. В этом случае дыхательная недостаточность быстро прогрессирует и для спасения жизни пострадавшего необходимы реанимационные мероприятия.

Перелом позвоночника с повреждением спинного мозга на уровне грудного отдела, сопровождается «тазовыми» расстройствами (нарушение мочеиспускания и дефекации), а также параличом ног с отвисанием стоп. Сначала у больных имеет место задержка мочеиспускания. Потом, вследствие паралича сфинктеров мочевого пузыря, происходит произвольное выделение мочи. Такие нарушения опасны тем, что приводят к развитию восходящей инфекции мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит, уросепсис). У них регулярно, 2 раза в сутки, с помощью эластичного катетера опорожняют мочевой пузырь и промывают его антисептиками (водный раствор фурациллина 1:5000, раствор перманганата калия 1:5000).

Поскольку срок восстановления произвольного мочевыделения длительный, то используют постоянный катетер или накладывают надлобковый свищ на мочевой пузырь. В том или другом случаях, целесообразно дренирование мочевого пузыря с помощью системы Монро. Устройство состоит из постоянного катетера, соединенного с двумя трубками через регулятор, с помощью которого по одной из них в мочевой пузырь подается антисептик, а по другой содержимое пузыря выводится наружу. Эта система позволяет выработать «автоматизм» мочеиспускания.

Вследствие нарушения двигательной функции кишечника не возможна самостоятельная дефекация. В связи с этим, больные нуждаются в регулярном его освобождении с помощью очистительной клизмы. При ее неэффективности прибегают к механическому удалению каловых масс из прямой кишки указательным пальцем правой руки, одновременно осуществляя левой рукой массажные движения в нижних отделах живота. Потом делают очистительную или сифонную клизму, а после дефекации – дополнительное подмывание промежности.

Травма спинного мозга сопровождается парезом ног и отвисанием стоп, что приводит к развитию контрактур в голеностопном суставе. Для предупреждения отвисания стопы, накладывают гипсовую лонгету, которая удерживает стопу под прямым углом по отношению к голени.

У больных с повреждением спинного мозга, профилактика пролежней становится чрезвычайно важной задачей ухода.

В рацион питания таких больных включают высококалорийную пищу, содержащую белки и витамины. Пациенты чаще всего самостоятельно питаться не могут, и их приходится кормить из ложки. Жидкую пищу дают через поильник (рис. 51).

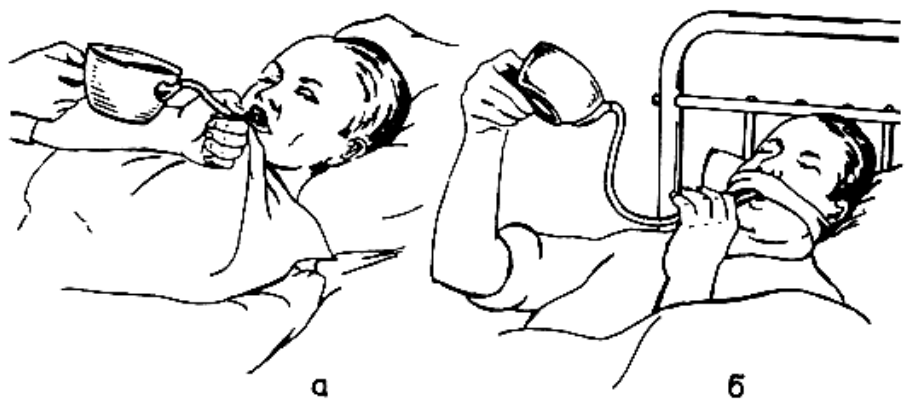


Рис. 51. Использование поильника для кормления с помощью (а) и без помощи (б) медработника.

РАЗДЕЛ 8. ПИТАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО.

Полноценное питание является важнейшей составляющей частью качественного лечения хирургического больного. Известно, что его недостаток значительно ослабляет заживление раны, приводит к тяжелой госпитальной инфекции. В свою очередь достаточный, сбалансированный пищевой рацион, служит гарантией высокой толерантности к операционной травме, крепким иммунобиологическим реакциям и адекватным репаративным процессам. В связи с этим интенсивная терапия любой хирургической патологии невозможна без полноценного питания и его организация входит в перечень умений врача любой медицинской специальности.

Обеспечение энергетических и пластических затрат организма хирургического больного, достигается сбалансированным питанием. Под этим понимают поступление достаточного количества питательных веществ, согласно энергозатратам, которые повышаются при патологическом состоянии, в связи с увеличением основного обмена. Оптимальным соотношением этих веществ является суточное поступление белков – 13-17%, жиров – 30-35%, углеводов – 50-55%.

У хирургического больного белок служит самым важным пластическим материалом при регенерации раны. Из белка идет образование ферментов и других биологически активных веществ, протеины составляют основу иммунных комплексов, которые жизненно необходимы для борьбы с инфекцией. Во время болезни в организме преобладают процессы катаболизма, самое большое проявление которого сказывается в потере, прежде всего, белков с коротким периодом полураспада (белки печени и ферменты желудочно-кишечного тракта). Аминокислотный дисбаланс, возникающий при этом, нередко приводит к токсичным проявлениям.

Липиды владеют высокой энергетической ценностью. Их можно заменить другими калорийными питательными веществами, например, углеводами. Однако некоторые жирные кислоты являются незаменимыми. Они принимают участие в формировании фосфолипидов, самой важной составной части всех клеточных структур. Поэтому включение жиров в рацион питания является жизненно необходимым.

Углеводы служат одним из основных источников энергии. Недостаточность этих питательных веществ, приводит к быстрой утилизации жиров и белков для получения необходимого энергетического материала. Такая ситуация опасна необратимыми нарушениями обмена веществ в организме, что может привести к гибели пациента.

Кроме белков, жиров и углеводов в рацион питания обязательно входят витамины, микроэлементы и вода. Их количество учитывается при составлении соответствующих диет.

Суточная потребность в энергии у здорового человека в зависимости от разных обстоятельств (возраст, масса тела, конституция, вид

профессиональной деятельности) составляет 2550-4300 ккал. У больных она значительно снижается (1900-2300 ккал), особенно у тех, кому назначен постельный режим. Суточная необходимость в воде у взрослого человека составляет 40г на 1 кг массы его тела (2,5-3л), существенная ее часть поступает с пищевыми продуктами и 1,5 литра пополняется с жидкостями (чай, компот и т.д.).

8.1. Хирургические диеты и способы питания.

В зависимости от заболевания выбирают необходимый рацион питания и путь поступления питательных веществ в организм. Выделяют два способа доставки питательных веществ – естественный и искусственный.

При естественном питании врач назначает соответствующую диету или стол. В нашей стране существует единая **система диетического питания по Н.И.Певзнеру**, которая включает 15 основных диет. Каждая из них содержит показания к применению, цель назначения, общую характеристику главных особенностей химического состава, набора продуктов и их кулинарной обработки, энергетической ценности, режиме питания, перечне допустимых и противопоказанных блюд и продуктов, а также о некоторых способах их приготовления.

Количество диет, которые применяются в лечебно-профилактическом учреждении, зависит от местных условий и главным образом, от профиля контингента обслуживания. В хирургическом отделении чаще всего используют диеты № 0-а, № 0-б, № 0-в, № 1-а, № 5-а, №9, №11, №13, №15, Мейленграхта, зондовое и парентеральное питание.

Нулевая диета показана после операций на органах желудочно-кишечного тракта, при полубоморочном состоянии (черепно-мозговая травма). Эта диета обеспечивает максимальное щажение органов пищеварения, предупреждает метеоризм и обеспечивает питание, когда затруднен или невозможен прием обычной пищи. **Диета № 0-а** назначается на 2-3 дня. Она включает желеобразные и жидкие блюда, свободную жидкость 1,8-2,2л с температурой не выше 45°С. Пищу употребляют 7-8 раз в сутки, в объеме не больше 200-300г на один прием. Дают обезжиренный мясной бульон, рисовый отвар с добавлением сливочного масла, ягодный кисель, процеженный компот, настой шиповники с сахаром, свежеприготовленные фруктово-ягодные соки, чай с лимоном. Через 2-3 дня, при улучшении состояния, прибавляют сваренное яйцо, 50 мл сливок. Запрещают плотные и кашеобразные блюда, газированные напитки, цельное молоко.

Диета № 0-б назначается на 2-4 дня после диеты № 0-а. В нее дополнительно включают жидкие протертые каши из геркулеса, гречки и риса, сваренные на мясном бульоне или воде, слизистые крупяные супы на овощном отваре, паровой белковый омлет, паровое суфле или пюре из нежирной рыбы или мяса. Пищу дают не больше 350-400г на прием 6 раз в сутки.

Диета № 0-в является продолжением предыдущего диетического питания и служит для плавного перехода к физиологически полноценному употреблению пищи. В эту диету входят супы-кремы и супы-пюре, приготовленные на пару блюда из протертого отварного мяса, курицы или рыбы, свежий сыр, кисломолочные напитки, протертые овощи и фруктовые пюре, 50-75г белых сухарей. В кашу можно добавлять молоко. Пища подается 6 раз в сутки.

Диета № 1-а назначается через 6-7 дней после операций на желудке. Она предназначена для максимального механического, химического и термического щажения желудочно-кишечного тракта в условиях соблюдения постельного режима. Пищу готовят в жидком и полужидком виде и принимают ее равномерными порциями каждые 2-3 часа. Для приготовления блюд (паровое суфле или пюре) используют нежирные виды рыбы или нежирное мясо. Употребляют цельное молоко, сливки, несоленое сливочное масло, молочные жидкие каши из протертых круп или круп для детского питания, гомогенизированные овощи, молочный суп, слизистые отвары на молоке, кисель, желе из некислых ягод, некрепкий чай, отвар шиповника. Исключают вещества которые возбуждают секрецию желудка, горячие и холодные блюда, в частности твердые сыры, сметану, обычный сыр, хлеб, мучные и кондитерские изделия, фрукты и ягоды в сыром виде, соусы, пряности, кофе, какао, газированные напитки.

Диета № 1 показана после операций на желудке, как переходное питание от диеты № 1-а к физиологически полноценной пище. Она предназначена для уменьшения воспалительной реакции и заживления слизистой оболочки путем ограничения термических, химических и механических раздражителей.

По химическому составу и энергетической ценности эта диета физиологическая. Блюда готовят в основном в протертом виде, сваренные в воде или на пару. Для приготовления пищи используют нежирные сорта мяса и рыбы. Разрешено употреблять паровые котлеты, битки, суфле, пюре, зразы. Из молочных продуктов рекомендуют нежирный протертый сыр, сметану, неострый сыр, вареники, творожники, кашу на молоке, пудинг, паровую яичницу или омлет. Позволяют пшеничный хлеб, подсушенный или вчерашней выпечки, отварной картофель, морковь, свеклу, супы из протертых овощей, сахар, мед, свежие спелые ягоды и фрукты, слабое какао, кофе с молоком, соки из фруктов и ягод. Нельзя использовать блюда в горячем и холодном виде, почти все колбасные изделия, острую и соленую пищу, крепкие бульоны, копченые блюда, кислые и незрелые ягоды и фрукты, шоколад, мороженое, квас, черный кофе.

Близкая к диете №1- **диета Мейленграхта**, которую используют при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Пища имеет пюреобразную консистенцию, включает омлет, овсяную кашу, сметану, картофельное пюре, битки, паровые котлеты, а также свежий хлеб. Вместе с лечебными средствами, эти блюда подавляют кислотность и

ощелачивают желудочное содержимое. Температура пищи не превышает 40°C.

Диета № 5-а используется при обострении холецистита через 3-7 дней от начала заболевания, на 5-6 сутки после операций на желчевыводящих путях и при остром панкреатите. Употребляют механически и химически щадящую пищу, которая поддерживает функциональный покой всех органов пищеварения. Блюда подают в вареном виде, протертыми, в теплом виде. Пищу принимают 5-6 раз в день.

Для приготовления блюд используют нежирное мясо и рыбу в виде котлет, обезжиренный сыр, некислую сметану и сыр. Разрешается употребление парового омлета, каши на молоке наполовину с водой, отварные макаронные изделия, пшеничный хлеб, несдобное печенье, картофельное пюре, молочный кисель, протертые сухофрукты, мед, сахар, чай с молоком, лимоном, сладкие фруктово-ягодные соки, отвар шиповника.

Исключают из пищи продукты, богатые экстрактивными веществами, грубой клетчаткой, жирные и жареные блюда, копчения, свежий и ржаной хлеб, сдобное и листовое тесто, грибы, холодную закуску, шоколад, мороженое, пряности, черный кофе, газированные и холодные напитки, томаты, соленья и маринованные овощи.

Диета № 9 показана при сахарном диабете. Она способствует нормализации углеводного обмена. При этой диете энергетическая ценность умеренно снижена за счет уменьшения в пище углеводов и жиров. Исключают из рациона сахар и сладость, вместо них используют заменители (фруктоза, сорбит), умеренно ограничивают кухонную соль. Среди неразрешенных продуктов: жирные сорта мяса и рыбы, соленые сыры, рис, манная крупа и макароны, изделия из сдобного и листового теста, соленые и маринованные овощи, виноград, изюм, бананы, сахар, варенье, конфеты, мороженое, сладкие соки. Разрешается мед, в небольших количествах, и сладость на фруктозе или сорбите.

Диета № 11 назначается при истощении организма после операции или травмы в случае отсутствия болезней пищеварительной системы. Она направлена на повышение защитных сил организма и улучшение состояния питания. Используемые при этом продукты содержат увеличенное количество белков, витаминов, минеральных веществ.

Кулинарная обработка и температура пищи обычная. Питание осуществляется 5 раз в сутки с употреблением свободной жидкости до 1,5л. Рекомендованный перечень продуктов очень разный, начиная от мясных и рыбных блюд и заканчивая разными изделиями из муки. Исключение составляет очень жирное мясо, бараний, говяжий и кулинарный жиры, острые и жирные соусы, торты и пирожные с большим количеством крема.

Диета № 15 используется при разных заболеваниях, которые не требуют специального лечебного режима питания, а также как переход к обычному питанию после использования других диет. Ее целью является обеспечение физиологически полноценного питания. Белки, жиры и

углеводы содержатся в количестве, необходимом для здорового человека, не занятого физической работой, витамины – в повышенном количестве. Температура пищи и ее кулинарная обработка обычная. Свободную жидкость не ограничивают. Пищу употребляют 4-5 раз в день. Рекомендуется ежедневное использование кисломолочных продуктов, свежих овощей и фруктов, соки, отвар шиповника. Ограничивают специи и исключают жирные сорта мяса, говяжий, бараний, свиной и кулинарный жиры.

После некоторых хирургических вмешательств и при многих заболеваниях естественное употребление пищи невозможно. В этих случаях используют **искусственное питание**: энтеральное (через зонд или стому), парентеральное и комбинированное.

Энтеральное (зондовое) питание осуществляется через зонд, введенный в желудок или в тонкую кишку. У хирургических больных оно **показано** при :

- нарушение сознания вследствие черепно-мозговой травмы или тяжелой интоксикации;
- наличие механических препятствий в полости рта, глотки и пищевода (опухоли и стриктуры);
- состояния, которые сопровождаются повышенным катаболизмом (сепсис, ожоговая болезнь, политравма);
- анорексия любого происхождения.

Зондовое питание противопоказано при:

- нарушениях переваривания и всасывания в тонкой кишке;
- остром кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- неудержимой рвоте и диарее;
- динамической кишечной непроходимости;
- парезе кишечника после хирургических вмешательств;
- аномалии развития желудочно-кишечного тракта.

Для зондового питания используют смеси приготовленные непосредственно перед введением, из жидких продуктов (сливки, молоко, бульоны, яйца, соки), в сочетании с легкорастворимыми (сухое молоко, сахар, крахмал) или измельченными (мясо, рыба, сыр) компонентами. Высококалорийные и удобные смеси из продуктов детского питания, консервированные гомогенизированные смеси из натуральных продуктов, а также промышленно изготовленные быстрорастворимые смеси из белков, жиров и углеводов растительного происхождения.

При питании через зонд, для привыкания к новым условиям поступления пищи, в первый день вводят 50% суточной нормы калорий. Дальше дозу увеличивают, а с четвертого дня дают весь рассчитанный объем. Равномерное поступление пищи на протяжении суток достигается с помощью специальных насосов, предупреждая тем самым тошноту, рвоту, демпинг-синдром и диарею.

В тех случаях, когда невозможно ввести зонд в желудок, например при опухоли пищевода, выполняют операцию гастростомия. В искусственно созданный свищ вводят трубку, через которую осуществляют питание больного. Для этого используют жидкую питательную смесь.

8.2. Организация работы пищеблока.

Одним из важнейших условий адекватной работы пищевого блока любого лечебно-профилактического учреждения, является строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима. Именно этому условию подчиняются все требования, предъявляемые к организации функционирования кухни, буфетной и других подразделений. Пищеблоки бывают централизованные и децентрализованные.

В централизованном пищеблоке готовят разные блюда, которые потом доставляют в буфеты, откуда пища поступает в столовое отделение или непосредственно в палаты к кровати больного. С точки зрения соблюдения гигиены пищу лучше доставлять из центральной кухни, минуя буфетную.

Децентрализованная организация работы пищеблока предполагает наличие центральной заготовочной, в которой готовят полуфабрикаты и кухни, где блюда доводят до окончательного приготовления и потом отпускают непосредственно больным.

Готовую пищу транспортируют в буфетные отделения больницы, используя термосы, тележки- термосы, тележки или посуду, которая плотно закрывается крышкой.

Тележки, которые используются для транспортировки пищи, обрабатываются дезинфицирующим раствором (ультрацид, сандим 1.5%, гексадекон 0.5%) каждый день, а в случае загрязнения – после каждой перевозки готовых блюд.

Кисломолочные напитки в мелкой расфасовке (кефир, ряженка, кислое молоко) подают на раздачу в заводской упаковке и порционируют непосредственно из бутылок, пакетов в стаканы больных.

Транспортировку хлеба осуществляют в полиэтиленовых или клееночных мешках (хранение хлеба в них не разрешается), которые периодически моют и сушат. Допускают перевозку хлеба в закрытых крышкой емкостях (ведрах, кастрюлях) и не позволяют использовать при транспортировке тканевые мешки. Лица, выполняющие доставку пищи в отделения, должны иметь санитарную одежду (халат, перчатки).

Доставку в отделение и раздачу готовой пищи проводят не позднее, как через два часа с момента ее приготовления. До момента раздачи первые и вторые блюда должны находиться на горячей плите. **При раздаче первые блюда и горячие напитки должны иметь температуру не ниже +75°C, вторые – не ниже +65°C, холодные блюда и напитки – от +7°C до +14°C.**

Категорически запрещается оставлять в буфетных остатках пищи после ее раздачи больным, а также смешивать пищевые остатки со свежими блюдами.

Раздачу пищи больным проводят работники буфета и дежурные медицинские сестры отделения в халатах с маркированием « для раздачи пищи». К этой работе младший обслуживающий персонал не допускают. Старшая медицинская сестра контролирует раздачу пищи согласно назначенным диетам.

Оборудование, которое используется в пищеблоке и инвентарь должны быть отдельными для сырых и вареных продуктов. Для этого обрабатывающие доски и ножи маркируют («Х» - хлеб, «М» - масло).

Наиболее гигиеничны цельнометаллические столы с крышкой из нержавеющей стали. Пользуются кухонной посудой, изготовленной из нержавеющей стали, алюминия и оцинкованного железа (только для перенесения и хранения воды и сухих сыпучих продуктов).

Столовая и чайная посуда должны быть из фаянса, стекла и фарфора, ножи, вилки, ложки – из нержавеющей стали или мельхиора. Нельзя пользоваться посудой с отбитыми краями и трещинами.

В буфетной хранят хлеб на лотках в шкафах, на стеллажах, полках. Ржаной и пшеничный хлеб хранят отдельно. Крошки с полок сметают специальными щетками, полки не реже одного раза в неделю протираются 1% раствором столового уксуса.

В буфетных помещениях предусматривают два отдельных помещения – для приготовления и раздачи пищи и для обработки использованной посуды. В комнате для мытья устанавливают ванну на пять секций. При наличии 3-х и 4-х секционных ванн дезинфекцию посуды осуществляют в отдельных емкостях. Кроме того, выделяют отдельную ванну для мытья кухонной посуды и место для ее хранения. Моечные ванны присоединяют к канализационной сети с разрывом струи не меньше 20мм от верхней приемочной воронки. Здесь же устанавливают резервные электрические титаны с подведением воды к моечным ваннам.

Мытье столовой посуды в ванне из трех секций осуществляется таким образом: остатки пищи механически удаляют щеткой или деревянной лопаткой в специальные бачки для отходов. Потом моют посуду щеткой в первом гнезде в воде с температурой 50°С с добавлением 1% тринатрия фосфата или кальцинированной соды, 0,5% стирального порошка или других средств, разрешенных к применению Министерством здравоохранения.

Следующим этапом обработки является обеззараживание посуды, которое осуществляют методом кипячения на протяжении 15 минут или погружением во второе гнездо (или отдельную емкость) на протяжении 30 минут в раствор 1% триацета, 0,1% сульфохлорантина или 1% дезоксона-1.

При применении моющих средств, имеющих антибактериальное действие, посуду выдерживают в растворе на протяжении 15-20 минут. В этом случае отдельного замачивания в дезрастворе не требуется.

Посуду ополаскивают в третьем гнезде ванны горячей проточной водой с температурой не ниже 65°С, используя при этом металлические сетки с ручками или гибкие шланги с душевой насадкой. Просушивание

посуды осуществляют на специальных полках. Не допускается ее вытирание полотенцем.

Мытье стеклянной посуды в ванне из двух секций, включает те же этапы. Отличие составляет только то, что обеззараживание проводят в специально выделенной маркированной емкости. Аналогичным образом моют столовые приборы, обрабатывающие доски и ножи. После просушивания, доски и ножи ставят на ребро и хранят на специальных стеллажах.

Кухонную посуду (кастрюли, ведра, термосы) очищают от остатков пищи, моют горячей водой 50°C с применением разрешенных средств. Потом ее ополаскивают горячей водой не ниже 65°C.

Мочалки для мытья посуды и тряпки для протирания столов после окончания уборки промывают горячей водой с добавлением моющих средств, выполаскивают, кипятят на протяжении 15 минут или замачивают в растворе бланедаза 2% или триацита 1% на 60 минут. После этого их сушат и хранят в специально выделенном месте.

Химические препараты, которые используются для дезинфекции, имеют токсичное действие. В связи с этим необходимо помнить, что строгое выполнение всех этапов мытья и обеззараживания обеспечивает максимальное удаление с объектов обработки остатков моющих и дезинфицирующих средств. В обязательном порядке все требования, которые предъявляются к обработке посуды, оборудования и инвентаря пищеблока, в виде соответствующей инструкции вывешивают в моечной комнате.

Бачки и ведра после удаления продезинфицированных отходов моют 2% раствором кальцинированной соды, ополаскивают горячей водой и просушивают.

После каждой раздачи пищи проводят уборку буфетной и столовой, в том числе протирают тряпками, смоченными раствором 2% хлорантоина или 1% триацита. В конце рабочего дня производят тщательную уборку помещений, подметают влажным способом и моют полы, протирают мебель, радиаторы, двери, подоконник, моют и дезинфицируют раковины и уборочный инвентарь. Каждую неделю с применением дезинфицирующих средств, проводят мытье стен, дверей, радиаторов, осветительной аппаратуры, чистят стекла от пыли и копоти. Один раз в месяц делают генеральную уборку с дезинфекцией помещений.

Весь уборочный инвентарь маркируют. После мытья пола на 60 минут его заливают дезинфицирующим раствором в том же ведре, которое использовалось для уборки. Дальше инвентарь прополаскивают в воде, сушат и хранят отдельно в специально выделенных шкафах или стеновых нишах. Тряпки, моющие и дезинфицирующие средства хранят в маркированных емкостях в специально отведенных местах.

Для дезинфекции пола, стен, дверей, уборочного инвентаря и т.д., применяют 0.5% раствор полидеза или 2% раствор хлорантоина.

Перед проведением работ по дезинфекции, пищевые продукты и посуду нужно убрать в закрытые шкафы и после этого сделать тщательную уборку.

В санитарной комнате (или в тамбуре туалета для персонала) должно быть предусмотрено место с подведением воды и отдельным краном на уровне 0,5м от пола, а также канализация для слива воды после мытья пола. С целью недопущения проникновения насекомых, окна (фрамуги) и вентиляционные отверстия закрывают металлической (капроновой) сеткой с размером ячеек 2х1, 2мм.

8.3. Личная гигиена персонала пищеблока.

Согласно требованиям Министерства здравоохранения, перед приемом на работу в буфетную, раздаточную или другие подразделения общественного питания в больнице, необходимо пройти медицинский осмотр и прослушать курс по гигиенической подготовке с обязательной сдачей зачета. На каждого работника заводят личную медицинскую книжку, в которую вносятся результаты медицинских обследований, сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, о сдаче санитарного минимума. Медицинские книжки буфетчиков хранят в буфетных отделениях. В дальнейшем сотрудники пищеблока 1 раз в 3 месяца проходят медицинский осмотр, 1 раз в год – рентгеноскопию легких и периодически по указанию санитарной инспекции, исследование на бактерионосительство и глистоносительство.

Каждый сотрудник пищеблока несет ответственность за состояние рабочего места, выполнение правил личной гигиены, а также за соблюдения технологических и санитарных требований на своем участке. Персонал обязан приходить на работу в чистой одежде и обуви. Верхняя одежда, головные уборы и личные вещи оставляют в раздевалке. Перед началом работы моют руки с мылом, надевают санитарную одежду, убирают волосы под колпак (косынку) или надевают специальную сеточку для волос. При посещении туалета снимают санитарную одежду в специально отведенном месте, а после посещения тщательно моют руки с мылом, желательнее дезинфицирующим.

Сотрудникам пищеблока в рабочее время не разрешается носить ювелирные украшения, покрывать ногти лаком. Ногти должны быть коротко подстрижены. При получении микротравм, при заусеницах, ожогах рук принимают меры, направленные на профилактику нагноений.

Запрещается застегивать санитарную одежду булавками при раздаче пищи, мытье посуды, принимать пищу и курить на рабочем месте. Это делают в специально отведенном помещении.

Лица с признаками простудного заболевания или кишечной дисфункции, а также с гнойничковыми поражениями кожи временно отстраняются от работы с готовой пищей. В буфетной должна быть аптечка с набором медикаментов для предоставления первой помощи.

Слесари, электромонтеры и другие работники, занятые ремонтным обслуживанием, допускаются к работе в буфетных в чистой санитарной одежде.

8.4. Гигиена питания больного.

Во время госпитализации в отделение больного информируют о правилах хранения пищевых продуктов. Для этого в местах приема передачи и в отделениях вывешивают списки разрешенных (с указанием их предельного количества) и запрещенных для передачи продуктов. Данные положения регулируются в соответствии с назначенной диетой и санитарно-гигиеническим режимом лечебного учреждения. Пищевые продукты для больных передаются в целлофановых пакетах с указанием фамилии, имени, отчества пациента и даты передачи.

Продукты сохраняют в шкафу или в тумбочке, а те, которые быстро портятся, – в специальном холодильнике. Запрещается одновременное хранение в холодильнике продуктов питания и медикаментов. В отделении ежедневно проверяют соблюдение правил и сроков пригодности продуктов. Пищевые продукты изымаются и отправляются в отходы в тех случаях, когда закончился срок пригодности, при хранении в холодильнике продуктов без целлофановых пакетов, без указания, кому они принадлежат, а также при признаках порчи.

Больные в удовлетворительном состоянии питаются в столовых, кормление других пациентов допустимо в палатах. К раздаче пищи создают комфортные условия для ее приема. Перед кормлением заканчивают медицинские процедуры, физиологические отправления больных, проветривают помещение. Лежачие больные могут принимать пищу самостоятельно, тогда им придают удобное положение, помогают пододвинуть столик, сменить блюдо, забрать посуду. Ослабленные больные нуждаются в большей помощи. Приподнявши головной конец кровати или голову пациента, его кормят из ложки, а жидкую пищу и питье дают из поильника. Кормление таких больных должно проходить неспешно, с радушным выражением лица и добрым словом.

После приема пищи предлагают прополоскать рот, а в тех случаях, когда больной не может выполнить это самостоятельно, ему очищают рот марлевым тампоном, смоченным в кипяченой воде.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Указать все правильные ответы.

1. Больные с хирургической инфекцией лечатся в условиях:

- а) общехирургического отделения; б) приемного отделения;
- в) инфекционного отделения; г) отделения «гноной» хирургии;
- д) терапевтического отделения.

2. Противозидемический режим работы отделения хирургической инфекции включает:

- а) текущую дезинфекцию; б) генеральную уборку;
- в) проветривание; г) ультрафиолетовое облучение;
- д) соблюдение гигиены медперсонала.

3. Личная гигиена медицинского персонала включает:

- а) уход за руками; б) ношение обуви из тканевых материалов;
- в) ношение спецодежды; г) работу с выделениями в перчатках;
- д) стирку спецодежды в домашних условиях.

4. Для гигиенической обработки рук используют:

- а) мытье проточной водой с мылом; б) 0,5% раствор хлорамина;
- в) раствор С-4; г) 96% спирт; д) хлоргексидин.

5. Первая помощь при раздражении верхних дыхательных путей парами дезинфицирующего средства включает:

- а) вывод из помещения на свежий воздух;
- б) введение антибиотиков;
- в) полоскание водой носоглотки и рта; г) ингаляцию кислорода;
- д) использование противокашлевых средств.

6. При попадании дезинфицирующего раствора в глаза их:

- а) промывают струей воды; б) протирают стерильной салфеткой;
- в) промывают 2% раствором натрия гидрокарбоната;
- г) закапывают альбуцид; д) закапывают 1-2% раствор новокаина.

7. При попадании хлорактивных веществ в желудок:

- а) внутрь дают 5-15 капель нашатырного спирта с водой;
- б) желудок промывают 2% раствором натрия тиосульфата;
- в) пьют молоко; г) дают внутрь этиловый спирт;
- д) дают внутрь питьевую соду.

8. Сразу после хирургической обработки гнойного очага:

- а) проводят обезболивание; б) проводят физиопроцедуры;
- в) назначают дыхательную гимнастику;
- г) следят за состоянием повязки;
- д) на рану накладывают асептическую повязку.

9. При выполнении перевязки в палате:

- а) берут материал со специального лотка;
- б) берут точное количество материала;
- в) соблюдают аподактильный способ работы;
- г) одновременно меняют постельное белье;
- д) предварительно проветривают палату.

10. При уходе за дренажной системой:

- а) промывают трубки; б) поддерживают ее герметичность;
- в) соблюдают асептику; г) измеряют количество экссудата;
- д) приспособление подвергают спецобработке.

11. Для защиты кожи вокруг свища используют:

- а) пасту Лассара; б) цинк-салициловую пасту; в) сырое мясо;
- г) яичный белок; д) пленкообразующие вещества.

12. При анаэробной инфекции мягких тканей:

- а) больного изолируют в отдельной палате;
- б) используют индивидуальные средства ухода;
- в) перевязки выполняют в первую очередь;
- г) нельзя использовать антисептики из группы окислителей;
- д) во время перевязки не обязательно соблюдать асептику.

13. При уходе за больными со свищами:

- а) обеспечивают защиту кожи вокруг свища;
- б) уменьшают количество выделений;
- в) обеспечивают сбор выделений в емкости;
- г) местно используют противовоспалительные средства;
- д) предупреждают мацерацию кожи.

14. При уходе за больным с трофической язвой:

- а) используют специальную диету;
- б) соблюдают гигиену ног; в) используют дозированную ходьбу;
- г) применяют эластическое бинтование конечности;
- д) придают приподнятое положение конечности.

15. При уходе за больным с гнойной раной:

- а) уход за дренирующей системой;
- б) соблюдают асептику при перевязках;
- в) предупреждают вторичное инфицирование раны;
- г) соблюдают принципы рациональной антибиотикотерапии;
- д) перевязывают после «чистых» манипуляций.

16. В отличие от поверхностных, при глубоких ожогах:

- а) поражен сосочковый слой дермы;
- б) поражена вся дерма;
- в) нужна пересадка кожи; г) отсутствует чувствительность;
- д) невозможна самостоятельная регенерация эпителия.

17. В развитии ожоговой болезни выделяют периоды:

- а) шока; б) реконвалесценции; в) токсемии;
- г) септицемии; д) септикопиемии.

18. Профилактика дыхательных осложнений при ожоге включает:

- а) интубацию трахеи; б) трахеостомию в) ингаляции кислорода;
- г) уход за трахеостомической трубкой; д) санацию бронхов.

19. Основные задачи ухода за больным с ожогом:

- а) профилактика местных инфекционных осложнений;
- б) максимальная безболезненность манипуляций;
- в) социальная адаптация; г) строгая изоляция пациента;
- д) организация рационального питания.

20. Первая помощь при ожогах включает:

- а) наложение асептической повязки; б) введение антибиотиков;
- в) инфузионную терапию; г) хирургическую обработку ожога;
- д) удаление одежды и горячих предметов.

21. При ожоговой болезни необходимо проводить:

- а) адекватное обезболивание; б) детоксикацию;
- в) экстренную операцию «некрэктомия»;
- г) инфузионную терапию; д) парентеральное питание.

22. Какими путями попадает инфекция в ожоговую рану:

- а) воздушно-капельным; б) контактным; в) гематогенным;
- г) половым; д) через желудочно-кишечный тракт.

23. Для предупреждения инфицирования ожоговой раны:

- а) поддерживают чистоту в палатах;
- б) используют тактику «барьеров»;
- в) дезинфицируют средства ухода;
- г) применяют гнотобиологическую изоляцию;
- д) соблюдают правила асептики во время перевязок;
- е) проводят термическую обработку пищи.

24. К особенностям ухода при ожоговой болезни относят:

- а) режим инфузионной терапии; б) парентеральное питание;
- в) профилактику дыхательных расстройств;
- г) контроль диуреза; д) профилактику пролежней.

25. Правило «трех катетеров» включает введение:

- а) катетера в нос; б) катетера в магистральную вену;
- в) зонда в желудок; г) катетера в мочевого пузыря.

26. Диетическое питание ожогового больного включает:

- а) повышенное содержание белков;
- б) механически щадящую пищу;
- в) сырые фрукты и овощи; г) термическую обработку продуктов;
- д) уменьшение хлеба, макаронных изделий.

27. Какие причины отморожения?

- а) низкая температура; б) повышенная влажность воздуха;
- в) гиповитаминоз; г) большая скорость ветра; д) кахексия.

28. Особенности ухода за больными с отморожениями:

- а) профилактика пролежней;
- б) предупреждение гипостатической пневмонии;
- в) профилактика госпитальной инфекции;
- г) помощь в соблюдении правил личной гигиены;
- д) помощь в осуществлении физиологических отпавлений.

29. Какой объем первой помощи при отморожении?

- а) снятие обуви, носков, перчаток; б) горячие напитки;
- в) погружение конечностей в воду комнатной температуры;
- г) обтирание и массаж шерстяной тканью;
- д) наложение теплоизолирующей повязки.

30. Какие виды холодовой травмы Вы знаете?

- а) общее переохлаждение; б) отморожение;
- в) «траншейная стопа»; г) ознобление; д) гипотермия.

31. Какие причины способствуют замедлению сращения перелома?

- а) пожилой возраст пациента; б) сердечно-сосудистая патология;
- в) белковое голодание; г) местная инфекция;
- д) бронхиальная астма.

32. Мероприятия первой помощи при переломах?

- а) вытяжение аппаратами; б) введение обезболивающих средств;
- в) фиксация отломков; в) наложение импровизированной шины;
- г) наложение жгута при осложненных переломах.

33. Недостатки лечения скелетным вытяжением?

- а) спицевой остеомиелит; б) смещение костных отломков;
- в) продолжительное нефизиологическое положение больного;
- г) трудности в транспортировке больного;
- д) широкое повреждение надкостницы.

34. Что нужно сделать в первую очередь больному с открытым переломом и артериальным кровотечением?

- а) иммобилизацию конечности; б) обезболивание;
- в) введение сердечных и сосудосуживающих средств;
- г) наложение жгута на конечность; д) наложение повязки.

35. Назовите основные принципы лечения переломов?

- а) репозиция отломков; б) фиксация отломков;
- в) ускорение сращения (ЛФК, рациональное питание);
- г) вывод пострадавшего из шока.

36. Какие методы лечения переломов Вы знаете?

- а) гипсовой повязкой; б) вытяжением;
- в) очаговый остеосинтез; г) внеочаговый остеосинтез.

37. Какие мероприятия проводят для профилактики пневмонии?

- а) рациональное обезболивание; б) лечебная физкультура;
- в) установление надкроватной рамы; г) дыхательная гимнастика;
- д) использование дыхательных analeптиков.

38. Какие мероприятия необходимо провести при возникновении у пациента чувства сдавливания конечности под гипсовой повязкой?

- а) поднять конечность; б) рассечь повязку;
- в) развести лонгету; г) выполнить обезболивание;
- д) сделать окно в гипсовой повязке.

39. Преимущества лечения скелетным вытяжением:

- а) легкость в применении и техническом обеспечении;
- б) возможность раннего функционального лечения;
- в) полное исключение спицевого остеомиелита;
- г) возможный визуальный контроль за местом перелома;
- д) доступность специальных методов исследования зоны перелома.

40. Какие недостатки лечения перелома гипсовой повязкой?

- а) смещение костных отломков; б) возникновение остеомиелита;
- в) венозный тромбоз; г) атрофия мышц; д) контрактура сустава.

41. Назовите факторы, которые способствуют развитию воспаления легких при лечении переломов скелетным вытяжением:

- а) переохлаждение; б) гиподинамия;
- в) чрезмерная величина груза; г) подавление кашля через боль;
- д) приподнятый ножной конец кровати.

42. Восстановительное лечение перелома включает:

- а) раннюю функциональную терапию;
- б) высококалорийное питание;
- в) лечебную физкультуру; г) массаж; д) рентгенотерапию.

43. Гигиеническая гимнастика направлена:

- а) профилактику пневмонии; б) стимуляцию регенерации кости;
- в) улучшение тонуса больного; г) предупреждение атрофии мышц.

44. Какие осложнения различают при повреждении позвоночника?

- а) дыхательные расстройства; б) парезы и параличи;
- в) нарушение мочеиспускания; г) нарушение дефекации;
- д) трофические расстройства; е) воздушная эмболия.

45. Для профилактики инфекции мочевыводящих путей при повреждении позвоночника используют?

- а) интубацию кишечника; б) систему Монро;
- в) очистительную клизму;
- г) промывание мочевого пузыря; д) вывод мочи катетером.

46. Рациональное питание больного определяется:

- а) энергетическими затратами;
- б) пластическими нуждами; в) вкусовыми качествами пищи;
- г) оптимальным соотношением в пище белков, жиров и углеводов;
- д) преобладанием энергоемких питательных веществ.

47. Какие существуют способы поступления пищи?

- а) естественный; б) искусственный; в) энтеральный;
- г) через зонд; д) через стому.

48. Гигиенический состав нулевой диеты:

- а) обеспечивает щажение органов пищеварения;
- б) предупреждает метеоризм; в) шестикратное питание;
- г) включает жидкую и желеобразную пищу;
- д) используется после операций на желудке и кишечнике.

49. Диета №1 назначается после операций:

- а) на желудке; б) на сердце; в) на желчном пузыре;
- г) на пищеводе; д) по поводу паховой грыжи.

50. Особенности диеты №1:

- а) механически, химически и термически щадит желудок;
- б) блюда в протертом виде, сваренные на воде или на пару;
- в) блюда в холодном виде; г) хлеб вчерашней выпечки; д) свежие спелые ягоды.

51. Особенности диеты №5:

- а) механически, химически и термически щадящая пища;
- б) блюда в протертом виде, сваренные на воде или на пару;
- в) блюда в холодном виде; г) свежий и ржаной хлеб;
- д) отвар шиповника.

52. Диета №5 назначается:

- а) при заболеваниях почек; б) при остром холецистите;
- в) при остром панкреатите; г) после операций на желудке;
- д) после операций на желчевыводящих путях.

53. Диета №9 назначается:

- а) при заболеваниях почек; б) при остром холецистите;
- в) при сахарном диабете; г) после операций на желудке;
- д) после операций на желчевыводящих путях.

54. Особенности диеты №9:

- а) механически, химически и термически щадящая пища;
- б) блюда в протертом виде, сваренные на воде или на пару;
- в) блюда в холодном виде; г) исключение сладости;
- д) исключение изделий из сдобного и листового теста.

55. Диета №11 назначается:

- а) при заболеваниях пищеварительной системы;
- б) при истощении организма после операций или травмы;
- в) при остром панкреатите; г) при сахарном диабете;
- д) при заболеваниях желчевыводящих путей.

56. Особенности диеты №11:

- а) механически, химически и термически щадящая пища;
- б) блюда в протертом виде, сваренные на воде или на пару;
- в) блюда, которые содержат энергомассу в виде жирных продуктов;
- г) содержит продукты с увеличенным количеством белка;
- д) направленная на повышение защитных сил организма.

57. Диета №15 назначается:

- а) при заболеваниях почек; б) при остром холецистите;
- в) при остром панкреатите; г) после операций на желудке;
- д) при заболеваниях, которые не нуждаются в специальной диете.

58. Особенности диеты №15:

- а) механически, химически и термически щадящая пища;
- б) блюда в протертом виде, сваренные на воде или на пару;
- в) повышенное содержание витаминов; г) свежий и ржаной хлеб;
- д) ограничение кулинарного жира и специй.

59. Кто осуществляет раздачу пищи в отделении?

- а) санитарка; б) дежурная медсестра; в) буфетчица;
- г) дежурный врач; д) сестра-хозяйка.

60. Энтеральное питание осуществляется через:

- а) зонд в желудок; б) зонд в кишечник; в) гастростому;
- г) еюностому; д) энтеростому.

61. Искусственное питание осуществляется:

- а) через зонд, заведенный в желудок;
- б) через интубационный интестинальный зонд;
- в) парентерально через катетеризированную центральную вену;
- г) при использовании трубчатого зонда;
- д) при невозможности кормления через рот.

62. Энтеральное питание используется при:

- а) нарушении сознания; б) стриктуре пищевода;
- в) отсутствии аппетита;
- г) повышенном катаболизме; д) опухоли в области ротоглотки.

63. Энтеральное питание противопоказано при:

- а) нарушении переваривающей функции кишечника;
- б) стриктуре пищевода; в) парезе кишечника;
- г) непреодолимой рвоте и диарее; д) опухоли корня языка.

64. При энтеральном питании используют:

- а) смеси из жидких продуктов; б) измельченное мясо;
- в) энпиты; г) гомогенизированные консервированные смеси;
- д) смеси из продуктов детского питания.

65. Особенности ухода при зондовом кормлении:

- а) предупреждают развитие мацерации кожи вокруг стомы;
- б) проводят профилактику гипостатической пневмонии;
- в) осуществляют гигиенические мероприятия с зондом;
- г) следят, чтобы трубка не выпала из свища;
- д) предупреждают подтекание химуса вдоль зонда.

66. Способы организации питания больных в стационаре:

- а) централизованный; б) самостоятельный;
- в) меценатский; г) децентрализованный; д) универсальный.

67. Какие параметры питания определяет диета?

- а) химический состав; б) энергетическую ценность;
- в) режим питания; г) показание и противопоказание;
- д) набор продуктов и их кулинарную обработку.

68. Противозидемический режим на пищеблоке включает:

- а) обработку посуды; б) соблюдение гигиены медперсонала;
- в) генеральную уборку; г) проветривание;
- д) ультрафиолетовое облучение.

69. Личная гигиена медицинского персонала включает:

- а) уход за руками; б) работу с выделениями больного в перчатках;
- в) ношение спецодежды; г) ношение обуви из ткани;
- д) стирку спецодежды в домашних условиях.

Ответы на тестовые задачи:

- 1) а, г;
- 2) а, б, в, г, д;
- 3) а, в, г;
- 4) а, б;
- 5) а, в, г, д;
- 6) а, б, в, г, д;
- 7) а, б, в, д;
- 8) а, г, д;
- 9) а, в, д;
- 10) а, б, в, г, д;
- 11) а, б, в, г, д;
- 12) а, б;
- 13) а, б, в, г, д;
- 14) а, б, в, г, д;
- 15) а, б, в, г, д.
- 16) б, в, г, д;
- 17) а, б, в, д;
- 18) а, б, в, г, д;
- 19) а, б, в, д;
- 20) а, д;
- 21) а, б, г, д;
- 22) а, б, г, д;
- 23) а, б, в, г, д, е
- 24) а, б, в, г, д ;
- 25) а, б, г;
- 26) а, б, г;
- 27) а, б, г;
- 28) б, г;
- 29) а, б, в, д;
- 30) а, б, в, г.
- 31) а, б, г;
- 32) б, в, г;
- 33) а, б, в, г;
- 34) г;
- 35) а, б, в;
- 36) а, б, в, г;
- 37) а, б, в, г;
- 38) а, б, в, д;
- 39) а, б, г, д;
- 40) в, г, д;
- 41) а, б, г, д;
- 42) а, б, в, г;
- 43) а, б, в, г;
- 44) а, б, в, г, д;
- 45) б, г, д.
- 46) а, б, г;
- 47) а, б, в, г, д;
- 48) а, б, в, г, д;
- 49) а, г;
- 50) а, б, г, д;
- 51) а, б, в;
- 52) б, в, д;
- 53) в;
- 54) г, д;
- 55) б;
- 56) г, д;
- 57) д;
- 58) в, г, д;
- 59) б, в;
- 60) а, б, в, г, д;
- 61) а, б, в, г, д;
- 62) а, б, в, д;
- 63) а, в, г;
- 64) а, б, в, г, д;
- 65) а, в, г, д;
- 66) а, г;
- 67) а, б, в, г, д;
- 68) а, б, в;
- 69) а, б, в.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гигиена рук в здравоохранении: Пер. с нем.; Производственное издание / Под ред. Г. Кампфа. – К.: «Здоров'я», 2005. – 304 с.
2. Глобальная стратегия по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам / Практическое руководство. – ВОЗ, Женева. – 2001.
3. Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. - М: Медицина, 1999. -288с.
4. Догляд за хірургічним хворим // Під ред. М.О. Ляпіса.-Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. -44с.
5. Жученко С.П., Желіба М.Д., Хіміч С.Д. Загальна хірургія. К.:Здоров'я, 1999. -С.121-126.
6. Загальний догляд за хворими в терапевтичному та хірургічному стаціонарах / За ред. Візира А.Д. Учбовий посібник для студентів медичних вузів – Запоріжжя, 1996.
7. Ключевский В.В. Хирургия поврежденных – Ярославль. - Диа-Пресс. - 1999. -С.120-138.
8. Лупальцов В.И., Цыганенко А.Я. Элементы общего ухода за больными в хирургическом стационаре: Учебное пособие для студентов медицинских вузов. — Харьков: ХГМУ, 1999. - 232 с.
9. Общий уход в терапевтической клинике / под ред. Ослопова В.Н. – М.: Медпресс-Информ, 2002. -23с.
10. Основы инфекционного контроля. Практическое руководство // Американский международный союз здравоохранения. – Пер. с англ., 2-е издание. – М.: «Альпина Паблишер», 2003. – 478 с.
11. Основы наблюдения, уход и техника медицинских манипуляций в педиатрии /Метод. рекомендации, каф. пропедевтики дет. бол. ДГМА - Днепропетровск, 1999. -26с.
12. Петров С.В. Общая хирургия. – Санкт-Петербург, 1999. – 672 с.
13. Рычагов Г. П., Гарелик П. В., Мартов Ю. Б. Общая хирургия. - Минск. 2002. - 13с.
14. Тарасюк В.С., Сметаніна Ж.Ж., Назаренко Н.І. Медична сестра в інфекційному контролі лікарні (санітарно-протиєпідемічний режим у діючих наказах): Навчальний посібник. 1-ше видання. — Вінниця: Нова книга, 2002. — 160 с.
15. Техніка медичних маніпуляцій / Навчальний посібник для студентів II курсу, каф. фак. педіатрії ДДМА. - Дніпропетровськ, 1994. -25с.

- 16.Травматология и ортопедия. Руководство для врачей: в 3 томах. /Под ред. Ю.Г.Шапошникова. - М: Медицина. -1997. -Т.1. -С.316-376.
- 17.Хирургия: пер. с англ. доп. /Под ред. Ю. М. Лопухина, В. С. Савельева.- М: Геостар Медицина, 2003. -24с.
18. Хірургія.Т.І:Підручник з загальної хірургії /За ред.Я.С.Березницького, М.П.Захараша, В.Г.Мішалова, В.О.Шидловського. - Дніпропетровськ: РВА "Дніпро-VAL", 2006. - С. 19-20, 45-50.
- 19.Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реаніматології та уходу за хворими – Київ.: Здоров'я, 1999. - С.30-60, С. 518-531.
- 20.Шалимов А.А., Грубник В.В., Ткаченко А.И., Осипенко О.В., Четвериков С.Г. Инфекционный контроль в хирургии. Издание 3-е. – Киев, 2001. – 181 с.
- 21.Шевченко А.А.Клинический уход за хирургическими больными. Уроки доброты: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 416 с.
- 22.Шуліпенко І.М. Загальний і спеціальний медичний догляд за хворими з основами валеології. – К.: «Кий», 1998. – 384 с.
- 23.Яворський О.Г., Ющик Л.В. Пропедевтика внутрішніх хвороб у запитаннях і відповідях. К.: "Здоровье", 2003. -78с.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ	4
1.1. Организация хирургической помощи	4
1.2. Организация работы хирургического отделения поликлиники	7
РАЗДЕЛ 2. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ДО ОПЕРАЦИИ	9
2.1. Понятие об уходе за хирургическими больными	9
2.2. Гигиена тела больного в хирургическом отделении	10
2.3. Санитарная подготовка больного к операции	17
РАЗДЕЛ 3. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ	21
3.1. Хирургическая операция и послеоперационный период	21
3.2. Уход за больными в ранний послеоперационный период	24
3.3. Гигиена тела, белья, выделений больного с постельным режимом	28
3.4. Измерение температуры тела и ее регистрация	35
3.5. Техника внутривенных, подкожных, внутримышечных, внутривенных инъекций	37
3.6. Уход за послеоперационной раной	43
3.7. Системный уход за больными в раннем послеоперационном периоде	49
РАЗДЕЛ 4. СПЕЦИАЛЬНЫЙ УХОД ЗА ОПЕРИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ	71
4.1. Уход за больными после операций на грудной клетке и ее органах	71
4.2. Наблюдение и уход за больными после операций на голове	74
4.3. Уход за больными с заболеваниями и повреждениями органов брюшной полости	78
4.4. Уход за тяжелооболоченными и больными, которые агонируют	90
РАЗДЕЛ 5. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В ОТДЕЛЕНИИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ	92
5.1. Организация работы отделения гнойной хирургической инфекции	92
5.2. Клиническая гигиена медицинского персонала в отделении гнойной хирургической инфекции	94
5.3. Госпитальная инфекция	99
5.4. Клиническая гигиена окружающей среды больного	102
5.5. Техника безопасности при работе медицинского персонала с дезинфицирующими средствами	106
5.6. Уход за больными с гнойными ранами	106
5.7. Уход за больными с анаэробной инфекцией	109
5.8. Уход за больными со свищами	111
5.9. Уход за больными с трофическими язвами конечностей	112

5.10. Утилизация перевязочного материала и уборка гнойной перевязочной.....	113
---	-----

РАЗДЕЛ 6. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ОЖОГАМИ И ОТМОРОЖЕНИЯМИ.....115

6.1. Клиника и диагностика ожогов и ожоговой болезни.....	115
6.2. Первая помощь и лечение при ожогах	118
6.3. Особенности ухода при лечении ожогов.....	119
6.4. Особенности ухода при лечении ожоговой болезни.....	121
6.5. Клиника и диагностика отморожения	123
6.6. Первая помощь и лечение отморожений.....	124
6.7. Особенности ухода при лечении отморожений.....	126

РАЗДЕЛ 7. УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ПЕРЕЛОМАМИ128

7.1. Диагностика и лечение переломов.....	128
7.2. Первая помощь при переломах	129
7.3. Особенности ухода при лечении переломов гипсовыми повязками	132
7.4. Особенности ухода при лечении переломов вытяжением	135
7.5. Особенности ухода за больными с переломами позвоночника	139

РАЗДЕЛ 8. ПИТАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....143

8.1. Хирургические диеты и способы питания	144
8.2. Организация работы пищеблока	148
8.3. Личная гигиена персонала пищеблока	151
8.4. Гигиена питания больного	152

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ.....153

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....161

СОДЕРЖАНИЕ163