.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

 Обсуждено на заседании

 кафедры протокол №

 от мая 2011г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

**2 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА И ФПИГ**

**ПО ПРОВЕДЕНИЮ практического занятия ПО ПРЕДМЕТУ:**

**ОСНОВЫ ОБЩЕГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ (ХИРУРГИЯ)**

**ТЕМА**: Организация и проведение ухода за больными после плановых и экстренных операций на органах брюшной полости и грудной клетки

**ВРЕМЯ**: 1 час.

**ПОДГОТОВИЛИ**: доц. Становенко В.В., ст. преп. Комушенко А. В..

**Цель практического занятия**: познакомить студентов с особенностями ухода заухода за больными после плановых и экстренных операций на органах брюшной полости и грудной клетки

.

**К занятию студенты должны знать:**

1. Подготовка палаты, кровати и предметов ухода.
2. Перемещение больного с каталки на кровать.
3. Наблюдение за больным в первые сутки после операции (за повязкой, кожными покровами, температурой тела, сердечно-сосудистой системой, дыхательной системой, мочевыделительной системой).
4. Оказание помощи при возникновении рвоты.
5. Применение газоотводной трубки в целях борьбы с метеоризмом
6. Применение пузыря со льдом..
7. Уход за дренажами в брюшной полости.
8. Особенности положения больных в постели после операций на органах грудной клетки.
9. Особенности ухода за дренажами плевральной полости..
10. Оценка количества и характера отделяемого по дренажам.
11. Понятие о плевральной пункции. Подготовка инструментария и задачи среднего медперсонала при проведении плевральной пункции.
12. Удаление плеврального дренажа.

**В результате занятия студенты должны уметь:**

1. Осуществлять гигиенический уход за кожей больного с постельным режимом.
2. Осуществлять профилактику пролежней.
3. Проводить уход за глазами, носом, полостью рта у больного, находящегося в хирургическом отделении после операции.
4. Осуществлять транспортировку больных в операционную и после операции в палату.
5. Осуществлять термометрию, наблюдение за состоянием повязок..
6. Осуществлять кормление тяжелобольных, ослабленных больных после перенесенных оперативных вмешательств.
7. Владеть определённым спектром навыков для борьбы с парезом кишечника в послеоперационном периоде.

**Место проведения занятия:** учебная комната кафедры, хирургические отделения.

**Продолжительность занятия:** 1 час (45 минут).

**Оснащение занятия:**

1.Наглядные пособия:

* таблицы,
* рисунки,
* слайды к теме занятия.

2.Медицинская документация: карта стационарного пациента, лист назначений, порционное требование, операционный журнал

3.Оборудование и оснащение хирургического отделения: лоток, салфетки, пинцеты, поролоновые круги, валики, зонд, дренаж Бюлау.

# Содержание занятия:

# ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ И ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.

|  |
| --- |
| **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД --** включает ликвидацию общих и местных расстройств, вызванных заболеванием и операционной травмой, период заживления раныи развития адаптационных и компенсаторных механизмов. |

При неосложненном послеоперационном периоде восстановление жизненно важных функций организма происходит довольно быстро, и мероприятия сводятся в основном к ликвидации и профилактике воспалительных процессов (если они имеются), профилактике легочных осложнений (дыхательная гимнастика, банки), контролю за мочеиспусканием и дефекацией (борьба с парезом кишечника и задержкой мочеиспускания), гигиеническим процедурам. Профилактикой многих осложнений является активное ведение больного и раннее вставание. Контроль за состоянием раны осуществляют при перевязках. Швы снимаются на 7-9-й день.

В каждом отдельном случае в зависимости от характера заболевания назначается строго индивидуальная диета. Нарушение послеоперационной диеты может вызвать тяжелые осложнения, поэтому средний и младший медицинский персонал должен внимательно следить за состоянием больного после операции и за соблюдением установленной послеоперационной диеты.

В послеоперационном периоде наблюдается значительное обезвоживание организма. Больной теряет много жидкости при кровотечении во время операции, высыхании тканей, потении, рвоте в послеоперационном периоде. По этим причинам у оперированных больных обычно развивается сильная, иногда мучительная жажда. Для утоления ее и устранения явлений обезвоживания после операции, произведенной под местной анестезией на поверхностно расположенных органах и тканях, оперированному разрешается пить простую или минеральную воду, чай, клюквенный морс и соки без ограничения.

После операций под общим обезболиванием и на внутренних органах обильное питье может вызвать неблагоприятные последствия и осложнения. После этих операций (в первые часы) приходится ограничивать больных в приеме жидкости.

Разрешается только обтирание языка и губ, полоскание полости рта, а жидкость вводят парентерально, при помощи подкожных или капельных внутривенных вливаний изотонического раствора, хлорида натрия, раствора глюкозы, плазмозаменителей до 2 л в сутки.

Питание после операции под местной анестезией может быть начато, если это позволяет произведенное вмешательство. После операции не на органах брюшной полости может быть назначена легкая диета, содержащая витамины и вещества, стимулирующие секрецию пищеварительных желез, белки и, главным образом, углеводы.

В ряде случаев приходится прибегать к парентеральному питанию (в/в кровезаменители, денатурированные белки, другие питательные растворы). Послеоперационные осложнения могут быть связаны как с обезболиванием, так и с самой операцией, и с реакцией организма на операцию. Наиболее грозными осложнениями являются коллапс, шок, кровотечение, тромбоз и эмболия, отек легких, сердечно-сосудистая недостаточность.

Шок и коллапс развиваются непосредственно после операции под влиянием потока болевых импульсов.

Кровотечение утяжеляет коллапс и шок.

Сердечно-сосудистая недостаточность развивается после больших травматичных операций у больных с имевшимися до операции изменениями в сердечно-сосудистой системе.

Из осложнений более позднего периода (4-8-й день) могут наблюдаться послеоперационные пневмония, осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (икота, рвота, отрыжка, поносы, метеоризм, запоры), задержка мочеотделения и т. д. Все это говорит о том, что больной в послеоперационном периоде подлежит самому тщательному наблюдению.

## Наблюдение за больным в первые сутки после операции (за повязкой, кожными покровами, температурой тела, сердечно-сосудистой системой, дыхательной системой, мочевыделительной системой).

**Наблюдение за кожными покровами**. Профилактика пролежней сводится к постоянному контролю состояния постели тяжелобольного и его нательного белья, и своевременному устранению неровностей, грубых швов, разглаживанию складок и стряхиванию крошек. В профилактических целях применяют также специальные подкладные резиновые круги, которые помещают под те области тела, которые подвергаются длительному сдавливанию (например, под крестец). Подкладной круг должен быть надут слабо, чтобы он изменял свою форму при движениях больного.

Вместо подкладного круга можно использовать тканевые матрацы, наполненные, например, льняным семенем, а также специальные прорезиненные матрацы, состоящие из многих воздушных камер. Степень наполнения воздухом отдельных камер автоматически изменяется каждые три минуты, при этом происходят постоянные подъем и опускание различных секций матраца, вследствие чего точки соприкосновения его с телом больного все время меняются. Необходимо стремиться к систематическому изменению положения больного, поворачивая его в постели минимум 8-10 раз в сутки.

Так как пролежни чаще образуются на загрязненной коже. Кожные покровы в соответствующих местах (крестец, углы лопаток, остистые отростки позвоночника и др.) необходимо 2–3 раза в день обмывать холодной водой с мылом, протирая затем салфетками, смоченными камфорным спиртом или одеколоном, и припудривая тальком.

Надо помнить, что лечить пролежни значительно труднее, чем предупредить их возникновение. В начальных стадиях рекомендуют смазывание пораженных участков 5-10 % раствором йода, 1 % раствором бриллиантовой зелени или использование физиотерапевтических методов – УВЧ, ультрафиолетовое облучение. Пролежни покрывают асептической повязкой. После отторжения некротических масс применяют мазевые повязки, общестимулирующую терапию (переливание крови, плазмы), в некоторых случаях проводят пересадку кожи.

**Повязки и уход за ними.** Каждая перевязка включает в себя ***пять этапов***:

1. снятие старой повязки и туалет кожи;
2. выполнение манипуляций в ране;
3. защита кожи от выделений из раны;
4. наложение новой повязки;
5. фиксация повязки.

Как правило, бинт разматывает санитарка. Снимая бинт, не нужно его скручивать, так как нижние слои его могут оказаться инфицированными. Бинты, сильно пропитанные кровью или гноем, не разматывая, разрезают ножницами для снятия повязок. Для снятия липкого пластыря его полоски при отклеивании придерживают рукой.

Наклейку пинцетом снимает хирург, производящий перевязку. Для этого перевязочная сестра подает корнцангом хирургический пинцет. Старую наклейку всегда следует снимать в направлении **вдоль раны** от одного конца к другому, так как тяга поперек раны увеличивает зияние и причиняет боль. Снимая повязку, следует придерживать кожу, слегка придавливая ее шпателем, пинцетом или марлевым шариком, не позволяя ей тянуться за повязкой. Прочно присохшую повязку отслаивают шариком, смоченным раствором перекиси водорода или изотоническим раствором хлорида натрия.

Присохшие повязки с кисти и стопы лучше удалять после отмачивания, если состояние ран позволяет применять ручную или ножную ванну из теплого раствора перманганата калия. В ванночку наливают нужное количество воды, подогретой до 38–40 °C, и добавляют несколько капель 30 % раствора перманганата калия до получения интенсивной розовой окраски. Для получения такого раствора не надо применять кристаллы сухого перманганата калия, так кристаллы могут прилипнуть к коже больного и вызвать ожог. Конечности погружают в раствор на 4–5 мин вместе с повязкой. После этого, сняв повязку, конечность вынимают из воды, перевязочный материал вынимают из ванночки корнцангом и сбрасывают в таз. Далее хирург осматривает рану и обрабатывает ее. Если по плану лечения нужна лечебная гимнастика, больной под наблюдением врача проделывает необходимые движения, снова погрузив конечность в воду.

Закончив намеченные лечебные процедуры, конечность вынимают из ванночки, санитарка обтирает здоровую поверхность кожи чистым полотенцем или марлей, хирург накладывает на рану перевязочный материал, а санитарка фиксирует его бинтом. Воду выливают в раковину, предназначенную для мытья инструментов. Ванночку моют горячей водой с синтетическими средствами, обмывают лизолом или другими дезинфицирующими растворами, просушивают и хранят в сухом виде.

Если снятие повязки вызвало капиллярное кровотечение, его останавливают, прижав кровоточащее место марлевым шариком. После снятия наклейки производят туалет кожи вокруг шва или раны.

Раны очищают марлевыми или ватными шариками, сначала сухими, затем с йодом и эфиром.

Можно также воспользоваться мыльным спиртом, теплой мыльной водой, 0,5 % раствором нашатырного спирта.

Кожу протирают, начиная от краев раны к периферии, а не наоборот. При этом капля жидкости не должна попасть в рану.

Осушенную кожу обрабатывают йодом со спиртом, йодинолом или другим антисептиком.

Первое условие успешного лечения – чистота кожи вокруг раны.

При ее механическом очищении снимаются остатки старого клеола и частички эпидермиса, при сильном нагноении кожа очищается от гнойных затеков. Одновременно вызывается местная гиперемия, которая положительно влияет на трофику послеоперационного шва и ускоряет заживление. При перевязке чаще всего производят такие манипуляции: снятие швов, зондирование области швов, промывание гнойных полостей, мазевая тампонада и т. д.

Снятие швов может производить сестра в присутствии врача.

**Перевязка раны с обильным гнойным отделяемым.** Во время работы с гнойными больными персонал надевает специально выделенные халаты, перчатки и фартук. Доставив больного в перевязочную, санитарка подстилает под него клеенку или большие куски пластика. По указанию сестры санитарка подставляет почкообразный тазик к ране или подкладывает несколько слоев стерильной ваты для того, чтобы предупредить попадание гноя и промывных жидкостей из раны на стол. Перед вскрытием гнойников санитарка бреет волосы в области операционного поля и по указанию врача укладывает больного в удобное положение.

После снятия повязки и туалета кожи вокруг раны сестра подает один за другим несколько сухих марлевых шариков, чтобы осушить раны. Использованные шарики выбрасывают в таз. По указанию врача сестра подает несколько шариков, смоченных перекисью водорода, а затем снова сухие шарики для осушки образовавшейся пенистой массы.

После этого в зависимости от глубины и объема раны сестра готовит марлевую турунду или тампон для рыхлой тампонады полости.

Во время работы сестра должна постоянно следить за чистотой помещения: случайно упавшие шарики и салфетки подбирают корнцангом или длинным пинцетом и собирают в ведро для гнойных материалов. Пол немедленно протирают 5 % лизолом или другим дезинфицирующим средством. При проведении особо грязных манипуляций, когда ожидается значительное выделение инфицированных жидкостей, около перевязочного стола стелют клеенку, чтобы оградить пол от попадания гноя. Клеенку замачивают в 5 % растворе лизола и оставляют до утра.

После гнойных перевязок производят внеочередную дезинфекцию перевязочной. Весь использованный перевязочный материал сжигают, белье отдают в стирку в отдельном мешке с биркой. Стерильный стол разбирают: простыни отдают в стирку, а инструментарий кипятят. После окончания дезинфекции сестра перестилает стерильный стол.

**Наложение повязки.** Для послеоперационного асептического шва достаточно асептической наклейки. Она представляет собой распластанную во всю длину операционного шва марлевую салфетку, прикрытую одним слоем марли, размеры которой на 3–4 см больше размеров салфетки. Марлю по периферии приклеивают к коже клеолом. Швы на лице с первого дня можно оставлять без наклейки.

Правильно произведенная перевязка обычно доставляет больному облегчение. Даже если перевязка сопровождалась болезненными манипуляциями, вызванные ими боли быстро стихают. Необходимо обращать внимание на жалобы больного на усиление болей после перевязки. Чаще всего они зависят от неправильно (слишком туго) наложенной повязки, иногда – от ожога кожи неосторожным применением бензина или йода. Иногда боли могут иметь и более серьезное происхождение: например, вторичное кровотечение с образованием распирающей гематомы. Во всех случаях выясняют причину болей и принимают соответствующие меры.

По окончании перевязки надо убедиться в прочности наклейки. При перемещении и одевании больному помогают палатные сестры и санитарка перевязочной.

После каждой перевязки клеенку, находящуюся поверх простыни, протирают дезинфицирующим раствором. Если случайно гной попадает на пол, санитарка сразу же протирает пол шваброй, смоченной дезинфицирующим раствором. После работы гнойный материал сжигают.

**Наблюдение за температурой тела послеоперационных больных.** Суточные колебания температуры на несколько десятых градуса находятся в прямой пропорциональной зависимости от колебаний окислительных процессов, связанных либо с работой, либо с приемом пищи. У здоровых людей обычно утром температура ниже, чем вечером. В норме температура у детей несколько выше, чем у взрослых, за счет повышения у них окислительных процессов, необходимых для роста.

У женщин в течение месяца напряжение окислительных процессов может меняться в связи с цикличностью функции половых желез, что влечет за собой иногда повышение температуры на несколько десятых градуса в менструальный период.

Кроме колебаний нормальной температуры, связанных с обменом веществ, можно наблюдать различные цифровые показатели температуры тела в зависимости от места, где она измеряется.

Так, температура слизистой оболочки полостей (ротовой, влагалища, прямой кишки) выше, чем температура кожи в подмышечных и паховых областях.

Если средняя температура человеческого тела, изменяемая в подмышечной области, принимается равной 36,5-37 °C, то температура тела у детей на 0,5–1 °C выше (37–37,5 °C), а у стариков соответственно ниже (35,5-36,5 °C). К вечеру температура обычно выше, чем утром, тоже на несколько десятых градуса.

Однако все физиологические колебания температуры, с чем бы они ни были связаны, в норме не превышают 1 °C. Таким образом, понятие нормальной температуры тела связано не только с границами ее средних показателей, но и с величиной суточных колебаний.

**Термометрия и ее способы.** Для измерения температуры тела пользуются максимальным медицинским термометром. Он состоит из стеклянного резервуара с припаянной к нему капиллярной трубкой, которая может быть тонкостенной и толстостенной. Тонкостенный капилляр укрепляют на металлической пластинке – шкале, градуированной по Цельсию от +34 до +42°, с делениями в десятые доли градуса, это устройство помещают в стеклянный футляр. Толстостенный капилляр не нуждается в футляре, шкала наносится на его внешнюю поверхность. Палочный термометр с толстостенным капилляром прочнее, но рассмотреть в нем уровень верхней границы ртути бывает трудно, поэтому изготавливаются только термометры с тонкостенным капилляром.

Ртуть заполняет резервуар и небольшую часть капиллярной трубки. Над ртутью в капиллярной трубке находятся пары ртути в вакууме. При нагревании объем ртути увеличивается в 500 раз больше, чем объем резервуара, вследствие чего мениск ртутного столба в капилляре поднимается. Самостоятельно вернуться в резервуар после прекращения нагревания ртуть не может, так как этому препятствует штифт, впаянный в дно резервуара и верхним концом выходящий в капилляр. Таким образом, термометр фиксирует максимальную температуру, поэтому он и называется максимальным в отличие от других термометров, служащих для измерения температуры почвы (минимальный термометр), воды, воздуха и др. Вернуть ртуть в резервуар можно только встряхнув его несколько раз после предварительного охлаждения. При встряхивании еще теплого термометра могут произойти разрывы столбика ртути в капилляре, которые устраняются повторным встряхиванием.

**Хранение термометров.** На дно стакана, в котором хранятся термометры, кладут слой ваты и заполняют стакан на 1/3 или 1/2 объема спиртом, раствором Каретникова (в 1 л дистиллированной воды растворяют 12 г двууглекислой соды, 16 г формалина, 3 г карболовой кислоты) или каким-либо другим дезинфицирующим раствором. Измерив температуру, термометры осторожно опускают нижним концом в стакан.

Измерение температуры тела человека носит название термометрии, которая проводится с помощью медицинского ртутного термометра.

Измерение температуры тела производят чаще всего в подмышечной впадине, реже – в паховой складке. У истощенных больных и грудных детей можно измерять температуру в прямой кишке или в ротовой полости.

В местах, используемых для измерения температуры, не должно быть воспалительного процесса, так как вызывает местное повышение температуры.

Если рядом с местом измерения температуры больной держит, или держал грелку, это может отразиться на показаниях термометра. Чтобы исключить возможность получения заниженных цифр в результате испарения, перед измерением температуры подмышечную область или паховую складку насухо протирают. Продезинфицированный сухой термометр встряхивают и, убедившись в том, что столбик ртути упал ниже шкалы, помещают нижним концом в подмышечную область так, чтобы резервуар ртути со всех сторон соприкасался с кожей. Больной прижимает термометр приведенной к груди рукой. Беспокойным больным и маленьким детям руку придерживает медицинская сестра. Во время измерения температуры больной должен сидеть, или лежать. Грудным детям температуру измеряют в паховой складке или в прямой кишке. Вложив в паховую складку термометр, сгибают ногу в тазобедренном суставе, чтобы резервуар термометра скрылся в образовавшейся складке кожи.

Для измерения температуры в прямой кишке пациента кладут на бок, резервуар термометра смазывают вазелином и вводят в задний проход за внутренний жом, на 2–3 см. Во время измерения следует придерживать ягодицы в сомкнутом положении. После извлечения термометра его тщательно моют и дезинфицируют.

Для измерения температуры в полости рта резервуар термометра помешают между нижней поверхностью языка и дном полости рта, удерживая его сомкнутыми губами.

Длительность измерения температуры в подмышечной области и в паху составляет 7-10 минут, в полостях – 5 минут.

В стационаре температуру измеряют всем больным между 7 и 9 часами утра и между 5 и 7 часами вечера. Иногда требуется более частое измерение температуры. 3–4 раза в день или через каждые 2 часа, так как не у всех больных период повышения температуры совпадает со временем ее обычного измерения.

Для графического изображения суточных колебаний температуры тела составляют температурные листы. По оси абсцисс температурного листа откладывают дни болезни, при этом каждый день болезни рассчитывается на двукратное измерение температуры тела. По оси ординат располагают температурную сетку, каждое деление которой составляет 0,2 °C. На температурный лист соответствующими точками наносят результаты ежедневной двухразовой термометрии. Эти точки соединяют затем между собой, образуя так называемые температурные кривые, отражающие при наличии лихорадки тот или иной ее тип.

В температурном листе ведут также контроль артериального давления, частоты дыхания и пульса. Для этого выделяют соответствующие шкалы и графы, совмещенные со шкалой температуры, отмечают вес больного, суточное количество выделенной мочи (диурез), данные лабораторных исследований. Температурный лист заводят при поступлении на каждого больного и хранят вместе с его историей болезни.

С целью быстрого определения повышенной температуры тела иногда применяют и методы экспресс - диагностики лихорадки, например, прикладывание к коже лба полоски бумаги с каким-либо термолабильным веществом, изменяющим свою окраску при повышении температуры тела выше нормальных цифр. Этот метод, однако, дает лишь весьма приблизительные результаты, которые к тому же оказываются порой и недостаточно точными.

Помимо общепринятых способов термометрии, в диагностических целях применяют также местное измерение температуры в определенных полостях тела человека, например пищеводе, желудке, кишечнике, которое осуществляют с помощью электротермометров (термощупов). Для этого можно использовать и специальные радиокапсулы, которые проглатывают больные. Проходя через желудочно-кишечный тракт, радиокапсулы, снабженные датчиками, передают сигналы об изменении температуры тела тех или иных объектов, которые фиксируют соответствующим прибором.

Регистрацию естественного теплового излучения, исходящего с поверхности тела (термография или тепловидение), применяют для диагностики целого ряда заболеваний, например воспалительных заболеваний внутренних органов, злокачественных опухолей молочных желез, щитовидной железы и т. д. Метод тепловидения основан на том, что при некоторых заболеваниях над очагом поражения определяется увеличение интенсивности теплового излучения, связанное с изменением кровообращения и обменных процессов в пораженных тканях.

**Расстройства мочевыделения.** Основная функция почек – секреция мочи. Почти все вещества, входящие в состав мочи, доставляются кровью, кроме аммиака и некоторых других, образующихся в самих почках. Большое значение имеет участие почек в регуляции осмотического и кислотно-щелочного равновесия путем изменения концентрации мочи и ее кислотности.

Нормальный суточный диурез в среднем равен 1,5 л (от 1000 мл до 1800 мл). Увеличение диуреза – полиурия – может быть при чрезмерном потреблении жидкости, повышении осмотического давления крови вследствие увеличенного содержания в ней сахара (сахарный диабет), при нарушении реабсорбции воды в канальцах вследствие недостатка антидиуретического гормона гипофиза (несахарный диабет), при понижении концентрационной способности почек в случаях хронического нефрита.

Стойкое уменьшение диуреза (менее 500 мл) – олигурия – и полное отсутствие мочи – анурия – могут наступить как вследствие заболевания самих почек (острый нефрит, сулемовая почка), так и при обезвоживании организма, при закупорке мочеточников камнем или сдавленней их опухолью, при нарушении кровообращения и рефлекторно. Анурия может возникнуть вследствие закупорки почечных канальцев, лоханки и мочеточников солями сульфаниламидных препаратов, если лечение этими препаратами не сопровождалось обильным (щелочным) питьем. В норме опорожнение мочевого пузыря происходит в среднем 5–6 раз в сутки порциями мочи, соответствующими емкости мочевого пузыря, – 200–300 мл.

Удельный вес мочи (отношение веса 1 л мочи к весу 1 л воды)здорового человека колеблется в значительных пределах (1002–1030) в зависимости от количества жидкости, поступившей в организм, и внепочечных потерь жидкости с потом, поносом и др. Обычно, чем больше выделяется мочи, тем ниже ее удельный вес. Исключение составляет сахарный диабет, при котором полиурия сочетается с высоким удельным весом пропорционально количеству сахара в моче.

## Оказание помощи при возникновении рвоты.

Иногда в послеоперационном периоде наблюдается рвота, чаще всего это бывает после применения наркоза и продолжается несколько часов, а иногда 1–2 суток. Прежде чем начать лечение рвоты, выясняют ее причину. Причиной рвоты может быть и какое-либо осложнение в послеоперационном периоде. Иногда это бывает связано с раздражением слизистой оболочки желудка после наркоза или с введением тампона в брюшную полость, что приводит к раздражению брюшины. В других случаях рвота может указывать на начинающийся перитонит, острое расширение желудка или непроходимость кишечника.

После операции от больной нельзя отходить, пока у нее не появится выраженный мышечный тонус. При посленаркозной рвоте необходимо очищать от рвотных масс полость рта, глотку и нос.

С целью профилактики заболеваний полости рта (стоматиты, молочница), околоушной железы, кишечника необходимо уделять большое внимание уходу за полостью рта

## Применение газоотводной трубки в целях борьбы с метеоризмом

Газоотводной трубкой обычно пользуются при атонии кишечника, при постановке лекарственных клизм, скоплении большого количества газов в кишечнике.

Газоотводная трубка имеет длину до 50 см с диаметром 3—5 мм. Изготовлена она из мягкой резины с толстыми стенками.

Для выполнения процедуры нужны следующие материалы: газоотводная трубка, миска, перевязочный материал, перчатки, ширма, клеенка, судно, вазелин, шпатель.

***Порядок выполнения процедуры:***

— уложить больного ближе к краю кровати на левый бок. Ноги должны быть прижаты к животу;

— под ягодицы больного подложить клеенку и накрыть ее пеленкой;

— поставить на стул рядом с больным судно, заполненное на треть водой. Подложить под больного судно, если процедура проводится лежа на спине, или поставить лоток между ног;

— смазать вазелином закругленный конец трубки при помощи шпателя;

— перегнуть трубку посередине, зажать свободный конец четырьмя-пятью пальцами, а закругленный конец взять как пишущее перо (этим мы предупреждаем возможное вытекание содержимого прямой кишки во время введения газоотводной трубки);

— раздвинуть ягодицы больного одним - двумя пальцами левой руки, правой ввести газоотводную трубку на глубину 20—30 см (первые 3—4 см вести трубку перпендикулярно к пупку, а остальные — параллельно позвоночнику);

— опустить свободный конец газоотводной трубки в судно, так как вместе с газами могут выделяться и каловые массы;

— накрыть больного одеялом или простыней. Нельзя забывать, что газоотводная трубка ставится на 1 час, но не больше, во избежание осложнений;

— через 60 минут (по достижении эффекта) извлечь газоотводную трубку из анального отверстия;

— если эффект не достигнут, повторить процедуру через 15—20 минут с новой газоотводной трубкой.

Если введение газоотводной трубки затруднено, значит, кишечник забит каловыми массами, и в этом случае ставится глицериновая микроклизма.

После процедуры газоотводную трубку надо хорошо вымыть и прокипятить.

## Применение пузыря со льдом.

В первые сутки после операции на область операционной раны можно класть пузырь со льдом.

После операции больных кладут в постель с приподнятым подголовником, пузырь со льдом помещают на область операции. Пузырь находится в холодильнике. На рану кладётся обернутым в 4 слоя полотенца.

## Уход за дренажами в брюшной полости.

У многих больных, перенесших операции, имеются временные дренажи или тампоны для отведения мочи из почки или мочевого пузыря. Дренажи могут забиваться сгустками крови, слизью, солями, и это создает условия для задержки отделяемого из полости или из органа и окружающей их клетчатке.

Перенесенные оперативные вмешательства связывают движения больных, и особенно это относится к тем, которые лежат с дренажами. Поэтому особое значение при­обретает для них своевременная смена повязки, промывание дренажа, профилактика пролежней, туалет, уход за телом.

При некоторых обширных операциях на почках (резекция почки, пластика мочевых путей) больные на длительное время прикованы к постели и часто только ежедневный тщательный уход спасает им жизнь.

## Особенности положения больных в постели после операций на органах грудной клетки.

При заболеваниях наблюдаются различные изменения положения больного. Так, при удовлетворительном состоянии пациенты активны, они легко и свободно осуществляют те или иные движения. При невозможности активных движений больных (при бессознательном состоянии, резкой слабости и др.) говорят о пассивном положении больного. При некоторых заболеваниях встречается вынужденное положение, которое пациенты должны принимать для уменьшения болезненных ощущений. Примером вынужденного положения может служить так называемое ортопноэ – сидячее положение больного со спущенными вниз ногами. Его принимают больные с недостаточностью кровообращения и застоем крови в малом круге кровообращения. В положении ортопноэ происходит перераспределение крови с депонированием ее в венах нижних конечностей, вследствие чего уменьшается застой крови в сосудах легких и ослабевает одышка.

Положение больного не всегда совпадает с назначенным больному двигательным режимом – строгим постельным (больному не разрешается даже поворачиваться), постельным (можно поворачиваться в постели, не покидая ее), полупостельным(можно вставать) и общим (без существенного ограничения двигательной активности). Например, больные в первые сутки инфаркта миокарда должны соблюдать строгий постельный режим даже в случае их активного положения. А обморок, приводящий к кратковременному пассивному положению пациента, вовсе не является показанием для последующего ограничения двигательного режима.

Необходимость создания тяжелобольному удобного положения в постели обусловливает ряд требований к устройству кровати. Для этого лучше всего подходит так называемая **функциональная кровать**, головной и ножной конец которой можно при необходимости перевести в нужное положение – поднять или опустить. (В ее кроватной сетке предусмотрено несколько секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки.) Сейчас есть более совершенные кровати, предусматривающие вмонтированные прикроватные столики, штативы для капельниц, гнезда для хранения суден и мочеприемника. Подъем или опускание головной части кровати больной может производить сам нажатием специальной ручки.

В некоторых случаях для придания больному удобного положения пользуются подголовниками, дополнительными подушками, валиками, подставками для упора ног. Больным с повреждениями позвоночника под матрац подкладывают твердый щит. Детские кровати, а также кровати для беспокойных больных оборудуют боковыми сетками. Кровати в палатах устанавливают так, чтобы к ним легко можно было подойти с любой стороны.

## Особенности ухода за дренажами плевральной полости.

После операций на органах грудной полости, а также брюшной (например, на желудке) с торакальным доступом (через грудную полость) обычно перед зашиванием операционной раны через отдельное отверстие на боковой поверхности груди выводят резиновую дренажную трубку, которую оставляют на несколько дней в грудной полости. Она необходима для откачивания через дренаж скапливающихся в грудной полости после операции воздуха и жидкого содержимого, в противном случае скопление их вызовет сдавление легкого и сердца с весьма опасными последствиями.

Тактика обращения с торакальным дренажем может быть двоякая. Первый вариант: после удаления содержимого плевральной (грудной) полости на операционном столе после герметичного ушивания раны груди дренаж может быть завязан, и больной будет находиться в палате с закрытым дренажем. В этом случае для откачивания содержимого грудной полости дренаж, зажатый предварительно зажимом, развязывают и в конец трубки вставляют шприц Жане для промывания полостей. Во время откачивания шприцем зажим снимают с дренажной трубки, но перед выниманием наконечника шприца зажим вновь накладывают на трубку. При этом необходима точная согласованность действий обоих участников процедуры, чтобы нив коем случае не допустить прохождения атмосферного воздуха через дренажную трубку в грудную полость (т. е. предотвратить возникновение пневмоторакса). Откачивание из грудной полости прекращают, когда не удается получить из нее ни газа, ни жидкости. Трубку надежно перевязывают после ее перегиба, тогда зажим может быть снят. Такую манипуляцию обычно повторяют 2 раза в сутки. Если содержимое грудной полости скапливается в большом количестве, то ее приходится производить чаще. Откачивание через дренаж содержимого плевральной полости – исключительно врачебная манипуляция.

Второй вариант: дренажная трубка может быть оставлена открытой для постоянного выделения через нее газа или жидкостей, скапливающихся в грудной полости. При этом, однако, необходимо принять меры, чтобы через дренаж не мог поступать воздух в грудную полость. Это достигается созданием на конце дренажа клапана одностороннего действия. Один вариант клапана получается, если на конец дренажной трубки надеть палец от резиновой перчатки с разрезанным кончиком и опустить его в раствор антисептика, например фурацилина. Чтобы получить плоский клапан, в палец вставляют в виде распорки кусочек спички, не сильно растягивая резину. Можно сделать двухбутылочный дренаж, в котором опущенная в воду стеклянная трубка второй бутылки явится водяным клапаном одностороннего действия для выхода газа, а первая (от больного) бутылка будет служить для собирания и учета количества жидкого отделяемого плевральной полости.

При устройстве дренажа важно понимать, что водяной клапан не должен создавать большого сопротивления, для чего должен быть погружен в раствор антисептика не более чем на 2–3 см, иначе вместо поступления через дренаж содержимое грудной полости будет в ней скапливаться.

С другой стороны, поступление в дренажную трубку воздуха (при не погруженном в раствор «клапане») сразу же приведет к развитию пневмоторакса со всеми его последствиями. При внезапном обильном поступлении крови по дренажу медицинская сестра должна срочно вызвать врача. Также необходимо поступить и при выпадении дренажа из раны.

Сосуды, в которые погружаются дренажи из грудной полости, обычно размещают под кроватью больного. Они должны быть значительно ниже уровня грудной полости, чтобы при глубоком вдохе больной не мог всосать в грудную полость раствор антисептика из этого сосуда или отделяемое из плевральной полости.

Уход за раной вокруг дренажной трубки осуществляется по общим правилам. Врач удаляет дренаж, когда он становится ненужным, и накладывает швы на рану.

После операций по поводу ранений сердца в грудной полости может быть оставлен еще один дренаж – в полости перикарда (сердечная сумка). Обычно это тонкая резиновая трубка, ее оставляют открытой в глубине стерильной повязки. Перикардиальный дренаж имеет одну цель: при возникновении кровотечения из раны сердца не допустить сдавления сердцакровью. Это грозное осложнение называется тампонадой сердца. Вслучае кровотечения при наличии дренажа кровь будет подренажу смачивать повязку, поэтому медицинская сестра должна очень внимательно следить за повязкой с перикардиальным дренажом и при появлении признаков кровотечения немедленно вызвать врача.

## Оценка количества и характера отделяемого по дренажам. Понятие о плевральной пункции. Подготовка инструментария и задачи среднего медперсонала при проведении плевральной пункции. Удаление плеврального дренажа.

При скоплении в плевральной полости жидкости воспалительного или отечного характера возникает необходимость извлечения части этой жидкости путем прокола для диагностики. Пункцию плевры производит врач. Роль сестры при этом заключается в подготовке инструментов, больного и помощи врачу во время выполнения процедуры.

Для диагностического прокола обычно пользуются простым прибором. Двадцатиграммовый шприц соединяют с иглой (длина иглы 7–10 см, диаметр 1–1,2 мм, срез под углом 45°) через трубочку соответствующего диаметра и длиной 10–15 см. В оба конца соединительной трубочки вставляют канюли для соединения с иглой и конусом шприца.

Для местного обезболивания нужно приготовить 2–5 г шприц с иглами и 4–6 мл 0,5 % раствора новокаина.

Для лабораторного исследования готовят 2–3 стерильные пробирки и столько же предметных стекол для мазков. Кроме того, берут спирт и йодную настойку, стерильный лоточек со стерильными ватными тампонами, палочками с ватой и пинцетом. Обычно врачу помогает одна сестра. Если больной слаб, необходим еще один помощник для поддерживания больного в сидячем положении.

Больного усаживают верхом на стул, лицом к спинке стула, на ребро которой кладут подушку. Согнутые в локтях руки больного укладывают на подушку, голову он может положить на руки или слегка наклонить. Туловище больного должно быть слегка согнуто в сторону, противоположную той, где будет производиться прокол. Это необходимо для того, чтобы расширить реберные промежутки на стороне прокола. Если больной не в состоянии сидеть на стуле, его поддерживает помощник, при этом больной кладет руки и голову ему на плечи.

Место прокола выбирает врач, руководствуясь данными осмотра (взбухание межреберных промежутков, отсутствие дыхательных движений в месте наибольшего скопления жидкости), выстукивания (укорочение звука), выслушивания (ослабленное дыхание или его отсутствие) и рентгеноскопии. Место наибольшего скопления жидкости часто соответствует 7, 8, 9 межреберью по лопаточной или задней подмышечной линиям. Отметив место прокола йодной настойкой, врач приступает к подготовке рук, как для операции. Операционное поле обрабатывают йодной настойкой и спиртом. Затем производится местное обезболивание введением новокаина внутрикожно, подкожно и в реберную плевру.

После анестезии приступают к проколу. Второй палец левой руки, слегка смещая кожу книзу, устанавливают у верхнего края ребра перпендикулярно грудной клетке и вдоль него вводят иглу, на которой закреплена резиновая трубочка с просветом, закрытым зажимом. Кожу смещают для того, чтобы исключить возможность попадания воздуха в плевральную полость через образовавшееся после пункции отверстие. Прокол делают по верхнему краю ребра, так как вдоль нижнего края расположены сосуды и нерв. Глубина прокола зависит от толщины грудной стенки. В момент проникновения иглы в плевральную полость создается ощущение внезапного уменьшения сопротивления.

После введения иглы к трубочке присоединяют шприц, освобожденный от воздуха, и левой рукой придерживают соединение его с канюлей. После этого можно снять зажим и, несколько оттянув поршень шприца, по поступающей в него жидкости убедиться в успешности пункции. Если жидкость в шприц не поступает, нужно наложить на трубочку зажим и, разъединив ее со шприцем, изменить положение иглы – уменьшить глубину введения или несколько наклонить.

Полученную жидкость выливают из шприца в пробирки и делают мазки для микроскопии.

Если жидкость извлекается свободно, что свидетельствует о наличии высокого давления в плевральной полости, нужно использовать диагностический прокол для удаления некоторого ее количества (100–200 мл) с лечебной целью. Часто удаление даже небольшого количества жидкости является толчком к ее рассасыванию.

Диагностический прокол используют и с лечебной целью, вводя в плевральную полость антибиотики. Для этого после отсасывания жидкости зажим накладывают ближе к муфте иглы и снимают шприц. Тонкой иглой, надетой на шприц с раствором антибиотика, прокалывают резиновую трубочку между муфтой иглы и зажимом, предварительно продезинфицировав ее поверхность спиртом.

Через этот прокол вводят раствор антибиотика. После окончания пункции иглу быстрым движением извлекают.

Неудачи прокола могут быть связаны с попаданием в толстые плевральные спайки или в легкое. В первом случае не удается получить жидкость, во втором – в шприце появляется кровь с пузырьками воздуха. В обоих случаях следует иглу навлечь и повторить пункцию через 1–2 дня.

Показания для лечебного извлечения жидкости из полости плевры возникают при значительном ее скоплении. Давление на органы средостения со стороны переполненной жидкостью плевральной полости вызывает смещение органов средостения и нарушение их функции. Появляются сердцебиение, одышка, синюха, отеки лицаи шеи и может наступить внезапная смерть.

Медленное извлечение части скопившейся жидкости (0,5–1,5 л) дает выраженное улучшение состояния больного и вышеуказанные признаки исчезают. Если жидкость извлекать быстро и в большем количестве, то значительное изменение внутригрудного давления приведет к развитию коллапса у больного – появится сильная слабость, холодный пот, кожа побледнеет, конечности похолодеют, дыхание станет частым и поверхностным, упадет артериальное давление, пульс станет частым и едва прощупываемым.

 **Организация работы:**

Преподаватель знакомит и демонстрирует студентам на муляже основные элементы гигиены пациентов хирургического стационара, уход за дренажами, контроль за количеством и качеством плеврального отделяемого. По возможности, студенты работают в перевязочных, помогая снимать и накладывать повязки. в раздаточных студенты знакомятся с основными принципами питания послеоперационных больных

При этом преподаватель при необходимости указывает на допускаемые ошибки, вносит коррекцию в технику выполнения отрабатываемых навыков.

Студенты под контролем преподавателя работают в хирургических отделениях. Принимают активное участие в санитарно-гигиенических мероприятиях по уходу за больными. Проводят профилактические мероприятия по профилактике пролежней. Кормят больных.

Преподаватель контролирует и обращает внимание на ошибки, которые допускают студенты с последующим разбором, и дает рекомендации, как избежать их.

**Итоговый контроль**

* устный опрос студентов,
* тестирование
* решение ситуационных задач

.

**Заключение**

В конце занятия преподаватель подводит итоги работы каждого студента на занятии, учитывая при этом его теоретическую подготовку и активность в овладении практическими навыками, обращая внимание на допущенные ошибки при работе.

**Литература**

1. Гребенев А.Л., Шептулин А.А.. Основы общего ухода за больными//Учеб.пособие. Москва: Медицина, 1991.
2. Буянов В.М., Воскресенский П.К.. Уход за хирургическими больными//Учеб.пособие. Москва: Медицина, 1987.
3. Заликина Л.С. Общий уход за больными//Учеб.пособие. Москва: Медицина, 1984.
4. Введение в клиническую медицину (Основы ухода за больными): Учеб.пособие.-СПб.:Изд-во С.-Петербург. Ун-та,2000.
5. Колб Л.И., Леонович С.И., Колб Е.Л.. Сестринское дело в хирургии. Минск. Вышэйшая школа, 2007.