

Лекция

Тема: Основные этапы лечения хирургического пациента.

Деятельность медицинской сестры.

Курс 2. Группа 1, вечернее отделение.

Преподаватель Чилилова П.П.

20. 04. 2020г.

Хирургическая операция – это механическое воздействие на ткани и органы больного с лечебной или диагностической целью.

Хирургические операции делят по назначению на:

1. Лечебные операции – выполняются для устранения причины или последствия заболевания. **Они делятся:**

А. Радикальные – полное удаление патологического очага;

Б. Паллиативные – операции, улучшающие качество жизни пациента при невозможности выполнить радикальное оперативное вмешательство (гастростома, трахеостома, цистостома, колостома).

2. Диагностические операции – для уточнения диагноза (биопсия, торакоскопия, лапароскопия).

Большинство операций выполняются **одномоментно**, но существуют и **двух моментные операции (в 2 этапа)**. Это происходит в тех случаях, когда состояние больного или местное состояние тканей не позволяют выполнить операцию в один этап (пластика пищевода, перитонит). Существуют еще **и многоэтапные операции** – это чаще всего пластические операции.

По срокам выполнения различают:

· **Плановые** – выполняют после полного обследования пациента и тщательной подготовки больного к операции, в сроки, удобные для больного и хирурга.

· **Экстренные** – производят срочно, по жизненным показаниям (трахеостома, остановка кровотечения, аппендэктомия и др.)

В зависимости от метода удаления патологического очага:

- **Выскабливание** – удаление специальными ложечками или кюретками поверхностного слоя тканей (длительно незаживающие раны, диагностические операции в гинекологии);
- **Выжигание** – электрокоагуляция полипов желудка, прямой кишки.
- **Иссечение** – полипов, краёв инфицированной раны, старого послеоперационного рубца, геморроидальных узлов.
- **Экстракция** – удаление из тела человека какого-либо органа без рассечения последнего на части (экстракция зуба, катаракты);
- **Резекция** – частичное удаление органа с патологическим очагом в пределах здоровых тканей и сохранения частично функционирующей части этого органа.
- **Эктомия** – полное удаление органа или экстирпация.

В особые виды выделяют следующие операции:

1. Удаление инородного тела. Инородные тела могут попадать в организм через естественные отверстия и при ранениях, а также могут образовываться в самом организме (камни, безоары – инородные тела в пищеводе). Для удаления инородного тела, попавшего в организм через естественные отверстия и образовавшегося в самом организме, применяют специальные приемы и эндоскопическую технику (ректоскопия, эзофагоскопия, бронхоскопия). В случаях, когда велик риск перфорации органа, применяют оперативные вмешательства (гастротомия, холецистотомия).

2. Восстановительные (реконструктивные) и пластические операции. Задачей этих операций является устранение различных дефектов, частичное или полное восстановление внешнего вида, формы и функции различных органов. Источниками трансплантатов могут стать собственные ткани и органы, донорские ткани, трупные ткани, синтетические материалы.

В процессе проведения хирургической операции выделяют несколько периодов:

Периоперативный период — это время с момента принятия решения об операции до восстановления трудоспособности или ее стойкой утраты.

Он включает в себя несколько периодов.

Предоперационный период. Период с момента установления диагноза и принятия решения об операции до ее начала называется предоперационным. Основная цель предоперационной подготовки пациента состоит в снижении риска развития осложнений в интра-и послеоперационном периодах. Основными задачами при подготовке пациента к операции являются:

- уточнение диагноза, показаний, противопоказаний к операции, сроков ее выполнения;
- выявление функционального состояния основных органов и систем, при необходимости — их лечение;
- медикаментозная подготовка пациента к операции. Предоперационный период подразделяется на два этапа: диагностический и предоперационной подготовки пациента к операции.

Диагностический этап. Поступившему в отделение пациенту лечащий врач проводит тщательное обследование, устанавливает диагноз, оценивает функциональное состояние основных органов и систем. Назначают лабораторные, специальные и инструментальные методы исследования. Для оценки состояния сердца и легких определенное значение имеют функциональные пробы с задержкой дыхания на вдохе (проба Штанге — норма до 55 с) и на выдохе (проба Генча — норма до 40 с).

При необходимости выполняют дополнительные исследования (ректороманоскопия, колоноскопия, эзофагогастродуоденоскопия, реовазография артерий нижних конечностей, флебография и др.). У гинекологических больных в дополнительные исследования также входят рентгенография желудка при опухоли яичника, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. После получения анализов проводят консультации терапевта, анестезиолога, стоматолога, гинеколога (для женщин) и других специалистов для выявления противопоказаний.

Показания к операции бывают абсолютными и относительными.

Абсолютные показания к экстренной операции включают заболевания или повреждения, при которых отказ от операции или задержка с ее выполнением угрожает жизни пациента смертельным исходом, а к плановой операции — злокачественные опухоли, стеноз привратника, механическая желтуха.

К относительным показаниям относятся заболевания, которые не представляют угрозы для жизни пациента, например калькулезный холецистит, грыжи без ущемления и др.

Этап предоперационной подготовки пациента.

Этап начинается после того, как поставлен диагноз, выявлено функциональное состояние органов и систем, определен срок предстоящей операции. Теперь проводят психологическую подготовку пациента, лечение пациента по поводу выявленных сопутствующих заболеваний жизненно-важных органов и систем (соматическую подготовку) и специальную подготовку.

Психологическая подготовка.

Основная цель этой подготовки заключается в том чтобы успокоить пациента, вселить в него уверенность в благополучном исходе операции. Между пациентом, его родственниками и медицинскими работниками должны быть доверительные отношения. Обращаться к пациентам нужно по имени и отчеству, не сердиться на них. Для проведения психологической подготовки можно использовать лекарственные препараты (седативные, транквилизаторы), особенно у эмоционально лабильных пациентов. Важно помнить, что психологическая премедикация наряду с фармакологическими средствами, способствующими стабилизации психического состояния больного, способствуют уменьшению числа послеоперационных осложнений и облегчают анестезию во время операции.

Подготовка пациента к плановой и экстренной операциям

Приготовить:ножницы, станок для бритья, лезвия, мыло, шарики, салфетки, тапки для воды, полотенце, белье, антисептики: спирт, йодонат, роккал; шприцы и иглы к ним, кружку Эсмарха, желудочный и дуоденальный зонды, катетеры, шприц Жане.

Подготовка к плановой операции.

Последовательность действий:

- непосредственная подготовка к операции проводится накануне операции и в день операции;

- накануне вечером:

1. предупредить пациента о том, что последний прием пищи должен быть не позднее 17-18 часов;
2. очистительная клизма;
3. гигиеническая ванна или душ;
4. смена постельного и нательного белья;
5. медикаментозная премедикация по назначению врача-анестезиолога.

- утром в день операции:

1. термометрия;
2. очистительная клизма до чистых вод;
3. промывание желудка по показаниям;
4. бритье операционного поля сухим способом, вымыть теплой водой с мылом;
5. обработка операционного поля эфиром или бензином;
6. укрывание операционного поля стерильной пленкой;
7. премедикация по назначению анестезиолога за 30 – 40 минут до операции;
8. проверка полости рта на наличие съемных протезов и снятие их;
9. снять кольца, часы, макияж, линзы;
10. опорожнить мочевой пузырь;
11. изолировать волосы на голове под шапочку;
12. транспортировка в операционную лежа на каталке.

Срочные операции – занимают промежуточное положение между экстренными и плановыми. По хирургическим атрибутам они ближе к плановым, так как выполняются в утренние часы, после адекватного обследования и необходимой предоперационной подготовки. Обычно выполняются через 1 – 7 суток от момента поступления или постановки диагноза. Например, механическая желтуха, злокачественное новообразование и др.

Подготовка к **срочной операции** проводится так же, как и к плановой, но по возможности в более сжатые сроки, иногда с несколько сокращенным объемом диагностических исследований и более интенсивными лечебно – профилактическими мероприятиями.

Экстренные операции – выполняются практически сразу после постановки диагноза (в течение 1,5 – 2 часов), так как их задержка на несколько часов или даже минут непосредственно угрожает жизни больного или резко ухудшает прогноз. Особенность экстренных операций: существующая угроза жизни не позволяет произвести полное обследование и полноценную подготовку к операции. Например, все виды острой хирургической инфекции (абсцесс, флегмона, гангрена), что связано с прогрессированием интоксикации с риском развития сепсиса и других осложнений при наличии несанированного гнойного очага.

Подготовка к **экстренной операции** имеет свою специфику, сокращается до минимума, ограничиваясь самыми необходимыми исследованиями и мероприятиями.

Прежде всего, больного осматривает врач. Производят общий анализ крови, мочи, определяют группу крови и резус – принадлежность, содержание сахара в крови, по показаниям проводят другие лабораторные и дополнительные исследования (рентгенография, УЗИ, фиброгастродуоденоскопия и др.).

В приемном отделении производят полную или частичную санобработку в зависимости от состояния больного: снимают одежду, загрязненные участки тела обтирают ветошью, смоченной водой или антисептиком. Гигиеническая ванна или душ противопоказаны. При переполненном желудке удаляют его содержимое и промывают желудок через зонд. Клизму не ставят. Если переполнен мочевой, а самостоятельное мочеиспускание невозможно, мочу следует выпустить катетером.

При ***ранении*** операционное поле обрабатывают следующим образом: снимают повязку, рану прикрывают стерильной салфеткой, бреют волосы сухим способом, обрабатывают кожу вокруг раны раствором антисептика, а затем спиртом. Бритье и обработку производят от краев раны, не соприкасаясь с ней, к периферии.

Премедикация может быть осуществлена за 30 – 40 минут до операции или непосредственно перед операцией, в зависимости от ее экстренности.

Транспортируют больного в операционный блок на каталке. При налаженных инфузионно – трансфузионной терапии, ИВЛ их проведение продолжают. Если были наложены кровоостанавливающий жгут, повязка на ране, транспортные шины, то больного с ними транспортируют в операционную, где их снимают во время операции или непосредственно перед ней на операционном столе. Больных с острой кишечной непроходимостью доставляют в операционный зал с зондом, введенным в желудок.

Перед длительными операциями проводят катетеризацию мочевого пузыря и оставляют в нем катетер, наружный конец которого опускают в закрытую емкость.

На проведение операции требуется письменное согласие больного; если больной находится в бессознательном состоянии, такое согласие должны дать ближайшие родственники. Если их нет, а состояние требует экстренного вмешательства, оно оформляется консилиумом врачей, о чем делается соответствующая запись в истории болезни. Если операции подлежит ребенок, нужно согласие родителей.

Подготовка к экстренной операции.

Последовательность действий:

- осмотр кожи, волосистых частей тела, ногтей и обработка при необходимости (обтирание, обмывание);
- частичная санитарная обработка (обтирание, обмывание);
- бритье операционного поля сухим способом;
- выполнение назначений врача: анализы, клизмы, промывание желудка, премедикация и т.д.).

Особенности подготовки больных пожилого и старческого возраста. У этой категории больных значительно снижены компенсаторные возможности организма, сопротивляемость к операционной травме. У большинства из них имеются явления сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. Психика их легкоранима, лабильна. Желудочно-кишечный тракт функционирует слабо, что ведет к образованию запоров.

При подготовке к операции больных этой категории необходимо учесть все эти особенности, чтобы не допустить осложнений в послеоперационном периоде. Необходимо всестороннее исследование и при необходимости лечение пациентов пожилого и старческого возраста в предоперационном периоде. Нельзя допускать переохлаждения пациента. С ним проводят

дыхательную гимнастику, регулируют стул путем назначения слабительных и очистительных клизм. Температура воды при санитарной обработке должна быть не выше 37 °С.

Особенности подготовки детей. При подготовке детей к операции почти всегда нужна помощь родителей. Они помогают медицинскому персоналу при выполнении манипуляций. Вечером накануне операции дети грудного возраста получают пищу не позднее 22.00, так как они очень чувствительны к голоданию. Детям более старшего возраста разрешают легкий ужин, а за 3 ч до операции можно дать сладкий чай. Нельзя допускать переохлаждения детей, так как система терморегуляции у них несовершенна.

1. Предоперационный период

– это время с момента поступления пациента в стационар до начала операции.

Выделяют:

диагностический период

- уточняется или ставится диагноз;
- состояние органов и систем пациента;
- ставятся показания и противопоказания к операции, объем оперативного вмешательства;
- возможность пациента перенести оперативный и послеоперационный периоды.

период предоперационной подготовки:

- комплекс лечебных мероприятий, направленных на уменьшение тяжести течения основного и сопутствующих заболеваний;
- на улучшение работы основных органов и систем организма.

Длится от нескольких минут до многих дней.

а) задачи предоперационного периода:

основная задача – максимально уменьшить развитие опасностей операции.

Необходимо провести:

- подробное изучение нарушений организма пациента;

- коррекция нарушений;
- создание резервов функций жизненно важных органов и систем;
- профилактика инфицирования операционной раны.

б) подготовка пациента к плановой операции:

– **сердечно-сосудистая система** – обязательно клиническое обследование, АД, РS, ЭКГ;

при необходимости: ЭхоКГ, ФКГ, рентгенография, КТ, ЯМТ.

– **органы дыхания** – обязательно клиническое обследование, проведение пробы Штанге (максимальная задержка дыхания на вдохе, в норме 40 – 50 сек), проба Соабразе (задержка дыхания на выдохе, в норме 15 – 20 сек);

при необходимости: спирография, КТ, ЯМТ, спирометрия, рентгенография.

– **желудочно-кишечный тракт** – обязательно проведение санации полости рта; проведение клинического обследования; исследование функции печени, поджелудочной железы с определением содержания билирубина, белка и белковых фракций, сахара, ферментов; назначается предоперационная диета; проводится подготовка кишечника (клизмы);

при необходимости: УЗИ органов брюшной полости, рентгенография, КТ, ЯМТ.

– **мочеполовая система** – обязательно клиническое обследование, общий анализ мочи, остаточный азот, мочевины плазмы;

при необходимости – урологическое обследование.

Женщины должны быть осмотрены гинекологом. При наличии менструации и в течение 5-7 дней после неё, плановые операции не проводятся.

– **кровь и кроветворные органы** – обязательно клиническое обследование, анализ крови (полный), определение времени свёртываемости и длительности кровотечения, коагулограмма, определение группы крови и Rh – фактора.

– **нервно-психическая сфера** – обязательно клиническое обследование; при необходимости – осмотр психоневролога, психиатра.

– **кожные покровы** проверяются на наличие гнойничков, повреждений, особенно в области операционного поля.

Обязательно должен быть тщательно собран аллергологический анамнез.

Особенности предоперационного периода у стариков:

- а) частая патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- б) особенности реакции на лекарственные препараты, поэтому у пациентов старческого возраста их назначают $3/4$ или $1/2$ от основной дозы.

Особенности предоперационного периода у детей:

- исследования проводятся только необходимые;
- требуется письменное согласие родителей или опекунов на операцию;
- лекарственные препараты назначают по возрасту и на массу (площадь поверхности) тела.

Алгоритм подготовки пациента к плановой операции за день до операции.

17.00. – душ, смена нательного и постельного белья.

18.00. – лёгкий ужин, если операция не на ЖКТ.

19.00. – очистительная клизма (не делается, если операция не на ЖКТ и нет проблем со стулом).

21.00. – вечерняя премедикация:

- 1) седативные: элениум, реланиум и др.
- 2) снотворные: люминал, фенobarбитал и др.
- 3) антигистаминные: димедрол, пипольфен, диазолин, тавегил и др.

22.00. – сон.

6.00. – очистительная клизма (не делается, если ... – см. выше)

7.00.– утренняя премедикация, как и вечерняя, исключая снотворные.

8.00. – бритьё операционного поля.

9.00. – операция.

в) подготовка пациента к экстренной операции:

В зависимости от травмы и заболевания длится от нескольких секунд до 2-х часов.

Если позволяют обстоятельства, проводятся обязательно:

- частичная санитарная обработка;
- клиническое обследование всех органов и систем и очага патологии;
- общий анализ крови, мочи, время свёртываемости, длительность кровотечения, группу крови и резус-фактор, ЭКГ;
- бритьё операционного поля⁴

остальное по показаниям: УЗИ, рентгенография, КТ, ЯМТ.

2. Интраоперационный период. Этот период начинается с выполнения хирургического вмешательства и длится до его окончания.

3. Послеоперационный период.

Послеоперационный период – это время с момента окончания операции и до восстановления трудоспособности делится на 3 фазы:

- *ранний* – 3-5 суток после операции;
- *поздний* – 2-3 недели после операции;
- *отдалённый (период реабилитации)* – от 3 недель до 2 – 3 – 6 месяцев.

а) методы контроля пациента.

После операции за пациентом должен быть очень чёткий контроль, особенно в первые часы, ибо пик ранних осложнений падает на это время.

1) Клинические методы контроля:

- дыхательные экскурсии;
- проходимость дыхательных путей;
- сознание;
- цвет кожных покровов и слизистых;

- гемодинамика:– пульс, АД, ЦВД;
- операционная рана – послеоперационные кровотечения;
- дренажи – отделяемое, проходимость;
- психика – могут быть послеоперационные психозы.

2)Лабораторные методы контроля:

- анализы крови, мочи, биохимические анализы крови.

3)Аппаратные методы контроля:

- прикроватный монитор – широко распространен, есть практически в каждой больнице.

Ведётся мониторинг ЧСС, РС, АД, дыхания, температуры, насыщения крови кислородом, подаётся сигнал тревоги в случае изменения параметров жизнедеятельности. Кроме того, для контроля используются: ЭКГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, рентгенография, КТ, УЗИ, ЯМТ и т.п.

б) ранние осложнения:

- остановка сердца;
- падение АД;
- нарушение ритма сердца;
- кровотечение из области операции;
- недостаточность и остановка дыхания;
- рвота, аспирация рвотных масс;
- парез кишечника, вздутие живота;
- острая задержка мочи – самое частое осложнение;
- тромбоэмболия, жировая эмболия;
- недостаточность швов;
- послеоперационный шок;
- послеоперационный психоз и т.д.

в) поздние осложнения – результат попадания инфекции в рану: нагноение раны, нарушение процесса заживания, недостаточность швов.

Другие осложнения разнообразны и зависят от вида, области заболевания и операции. Например, при операциях на органах брюшной полости часто развивается спаечная непроходимость, спаечная болезнь; при операции резекции желудка развивается демпинг-синдром; при операциях на костях может быть несращение перелома, ложный сустав и т.д.

Работа массажиста с пациентом после операции, как правило, должна начинаться с первых дней и часов, но основная часть его деятельности приходится на период реабилитации, особенно при возникновении осложнений.

Операционное поле готовят следующим образом: начинают с центра (места разреза, прокола) и направляются к периферии: при наличии гнойного процесса (особенно вскрытого) поступают наоборот — начинают от периферии и заканчивают в центре.

Механическая очистка заключается в удалении загрязнений. Участок кожного покрова моют с мылом (лучше хозяйственным), волосистой покров сбривают или выстригают. При этом величина подготовляемого поля операции должна быть достаточной, чтобы обеспечить стерильные условия операции.

Обезжиривание. Поле операции протирают стерильным марлевым тампоном, пропитанным 0,5%-ным раствором нашатырного спирта или бензином, в течение 1...2 мин. Обезжиренное поле операции обрабатывают антисептиком по одному из перечисленных ниже способов.

Обработка антисептиком (асептизация)..

Способ Гроссиха—Филончикова. . Обезжиренное операционное поле «дубят» и асептизируют 5%-ным раствором йода сначала после механической очистки, а затем непосредственно перед разрезом или после инфильтрационной анестезии. При этом интервал между обработками должен быть не менее 5 мин. Этот способ первым применил Н. И. Пирогов (в 1847 г.), поэтому его следует называть *способом Пирогова*.

В операционную больных транспортируют обязательно на каталке хирургического отделения до первой красной черты. В предоперационной больничной переключают с этой каталки на каталку операционного блока, на которой его довозят до операционного стола.

В процессе перевозки состояние больного может ухудшиться, поэтому необходимо постоянное наблюдение за больным во время транспортировки. Транспортировка больного под наркозом из операционной в палату

интенсивной терапии должна осуществляться максимально быстро, при участии врача-анестезиолога.

Транспортировка и перекладывание больного с наружными дренажами требует особой осторожности. Надо следить, чтобы случайно не удалить их. На конец дренажа накладывают зажим и закрывают его стерильной салфеткой. Транспортировка в лифтах осуществляется только в присутствии медицинской сестры или врача. Если лифт отсутствует, больного поднимают по лестнице на носилках головой вперед, при опускании с лестницы – ногами вперед. Носилки несут 2 или 4 человека. В обоих случаях поднимают ножной конец носилок и шагают не в ногу.

-