

ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России

Тема: «Подготовка больных к различным видам оперативных вмешательств»



Лектор: профессор кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации
Любовь Алексеевна Пономарева

План лекции

- 1. Операционный блок, его структура.**
- 2. Предоперационный период. Цель. Этапы.**
- 3. Показания к оперативному вмешательству.**
- 4. Виды оперативных вмешательств.**
- 5. Подготовка пациента к оперативному вмешательству.**
- 6. Сестринская помощь пациенту в предоперационном периоде.**
- 7. Наблюдение за пациентом во время операции.**
- 8. Особенности ухода за больными в послеоперационном периоде.**

Хирургия

– область медицины, изучающая заболевания, которые лечатся при помощи оперативного (хирургического) метода.



ОПЕРА́ЦИЯ, -и, ж.

Лечебная помощь, выражающаяся в непосредственном механическом воздействии на ткани, органы (обработка ран, удаление, вскрытие патологического очага).

Толковый словарь русского языка С.И. Ожегов

Лечебные учреждения, в которых
оказывается **хирургическая помощь**
пациентам, делятся на:

амбулаторные

стационарные



(c) terijoki.spb.ru
(c) sskj(ory) etap un



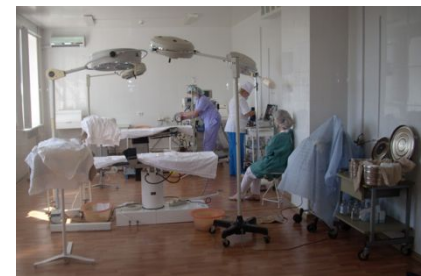
В современных многопрофильных больницах количество **хирургических** **коек** составляет примерно **25-45%** всего коечного фонда

Хирургическое отделение состоит из :

Палат



Операционного блока



Операционный блок -
отделение медицинского
учреждения
(операционного отделения),
в котором *проводятся*
оперативные вмешательства.



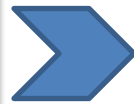
Структурно
операцион-
ный блок
состоит из



предоперационной

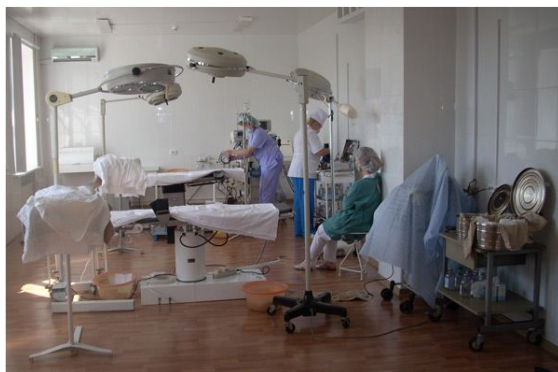


операционной

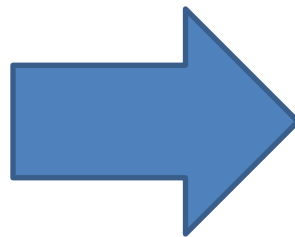


***помещения для
хранения
инвентаря***

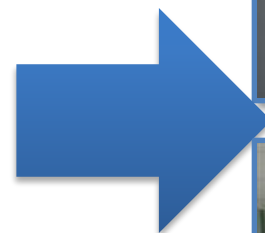
Современный операционный блок построен по принципу чистых помещений, с разделением на «чистые» и «грязные» ЗОНЫ для профилактики операционных инфекционных осложнений.



В «чистую» зону
входят помещения, в
которых соблюдают
самые строгие
требования асептики
(операционный зал).



«Грязная» зона включает помещения, непосредственно сообщаемые с операционной (предоперационную, наркозную).



Периоперативный период

**- это время с момента
принятия решения об
операции до
восстановления
трудоспособности или
ее стойкой утраты
(инвалидности).**

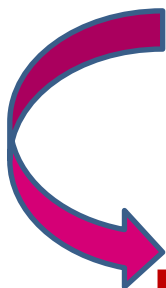


Период включает три этапа лечения хирургического больного:

Предоперационный период –
подготовка больного к операции

Интраоперационный период —
выполнение хирургического
вмешательства

Послеоперационный период —
ведение больного после операции



Предоперационный период

Основная цель предоперационного периода и подготовки больного в нем — максимально снизить возможность развития осложнений во время операций и в послеоперационном периоде.





Задача врача —

**поставить окончательный диагноз,
выполнить в определенной
последовательности основные действия,
обеспечивающие подготовку больного к
операции:**

- определить показания и срочность операции, сроки выполнения, выяснить противопоказания;***
- выявить состояние жизненно важных функций основных органов и систем (сопутствующие заболевания); провести необходимые дополнительные клинические, лабораторные и диагностические исследования;***

- максимально скорригировать выявленные нарушения органов и систем больного;**
- определить степень анестезиологического и операционного рисков;**
- провести психологическую, соматическую (физическую), специальную подготовки непосредственно перед операцией; подготовить операционное поле, транспортировать больного в операционную и уложить на операционный стол.**

Предоперационный период СОСТОИТ ИЗ



**диагностического
этапа**



**предоперационной
подготовки**

Диагностический этап

Определение срочности оперативного вмешательства

Различают

```
graph TD; A[Различают] --> B[Неотложные операции]; A --> C[Плановые операции];
```

Неотложные (экстренные) операции

необходимо выполнять **без промедления.**

Малейшая задержка

может привести к ухудшению прогноза развития заболевания, в некоторых случаях **даже к смерти.**

Плановые операции

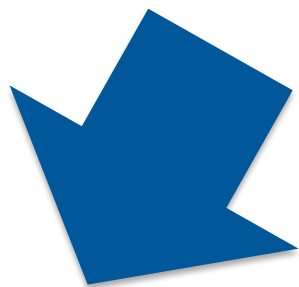
могут быть выполнены **в любой срок.**

Проводится в момент, наиболее благоприятный для пациента, поскольку **состояние пациента не вызывает особых опасений**

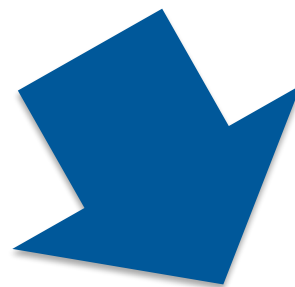
ПОКАЗАНИЯ

К оперативному вмешательству

Различают
показания к оперативному
вмешательству



Абсолютные

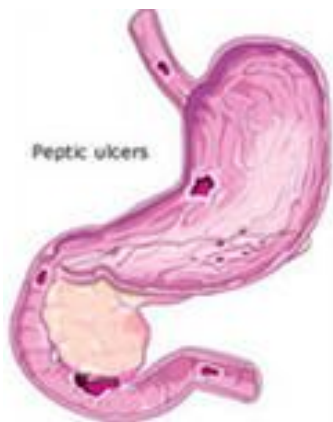


Относительные

Термин «абсолютное показание»

операция предотвращает

смертельный исход, например, при перфорации гастродуоденальной язвы.



«Относительные показания»

когда заболевание не представляет угрозы для жизни пациента,



и результат оперативного лечения -

выздоровление
(или улучшение)

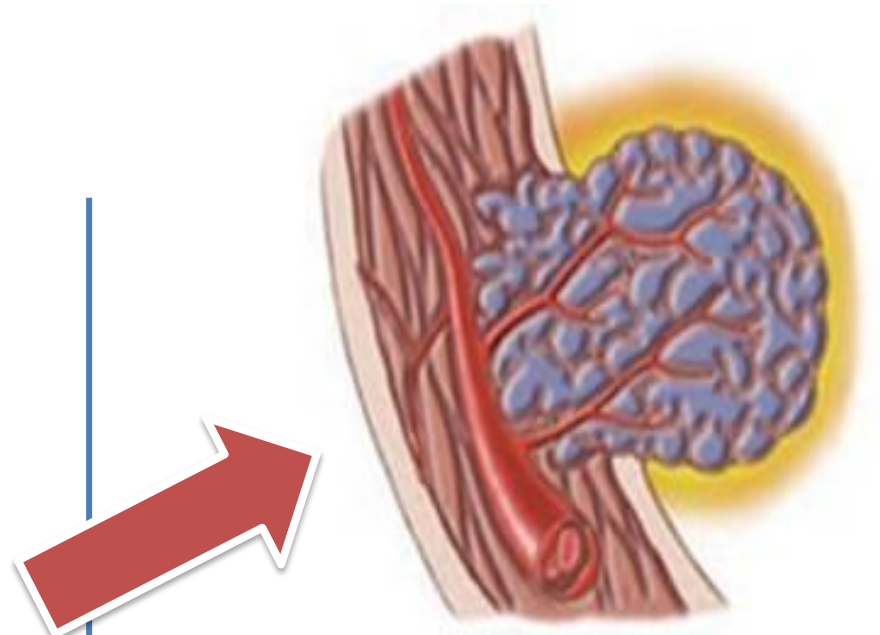
Оценка операционно-анестезиологического риска

Проведение анестезии — введение пациента в состояние нечувствительности к боли во время проведения хирургических вмешательств. Решение о выборе метода обезболивания принимается совместно с больным только после оценки его индивидуальных особенностей и необходимых условий операции.

ВИДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

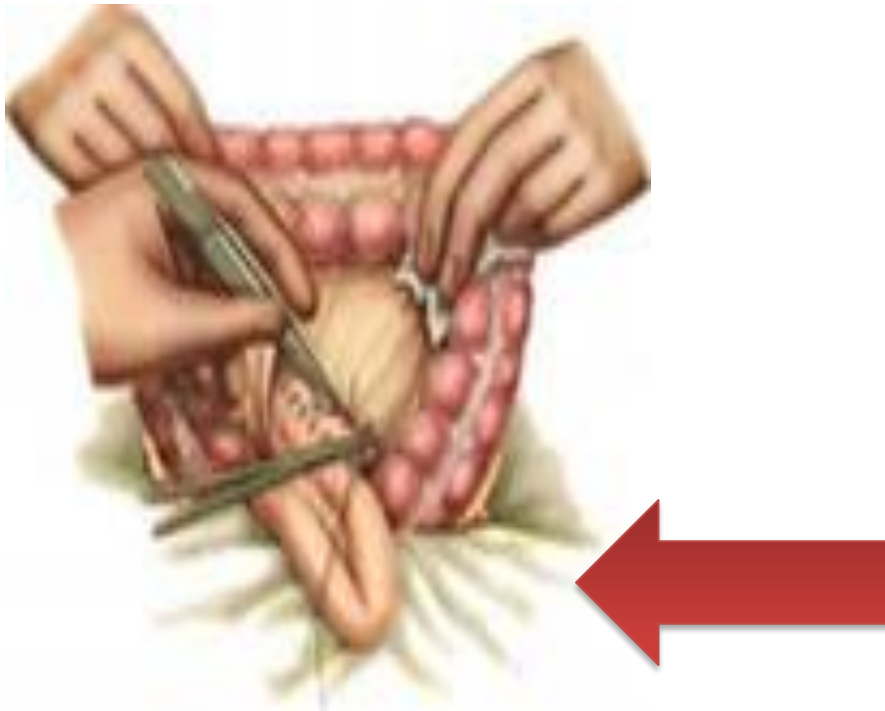
Радикальные операции

При оперативных вмешательствах этого типа **может быть достигнута оптимальная цель лечения**



Инвазивный рак мочевого пузыря

Необходима радикальная операция по удалению **мочевого пузыря**.



Гастроэнтероанастомоз

Паллиативные вмешательства

Цель — частично устранить причину патологического процесса, тем самым облегчая его течение.

**Выполняются,
когда радикальная
операция
невозможна**

Операции по поводу рецидивов

Если в ходе первой операции цель не была достигнута и возник рецидив заболевания.



Подготовка пациента к оперативному вмешательству

Различают три вида предоперационной ПОДГОТОВКИ:

психологическую

физическую

специальную

Предоперационная психологическая подготовка -

информирование пациента об особенностях
послеоперационного течения и
формирование убеждения и ощущения
уверенности в благополучном исходе
вмешательства.



Предоперационная психологическая подготовка включает:

1. информирование пациента о том, что должно произойти;
2. обучение способам преодоления напряжения и дискомфорта;



продолжение

3. эмоциональную поддержку пациента;
4. поощрение в нем чувства причастности к собственной судьбе (например, обучает пациента методикам профилактики послеоперационных осложнений и ускорения выздоровления).



Подготовка, когда это возможно, должна затрагивать членов семьи и близких людей.

Для проведения психологической подготовки можно использовать лекарственные препараты (седативные, транквилизаторы), особенно у эмоционально-лабильных пациентов.

Физическая подготовка:

- улучшение сосудистой деятельности;
- борьба с дыхательной недостаточностью;
- дезинтоксикационная терапия;
- коррекция нарушений в системе гемостаза.

С целью улучшения сосудистой деятельности и борьбой с дыхательной недостаточностью

**проводится целенаправленная
гимнастика и разучивание
дыхательных упражнений**

(начинаться за 2-4 суток перед операцией, у пожилых больных - еще в амбулаторных условиях).



Специальная подготовка

обусловлена:

- характером заболевания;
- локализацией патологического процесса и особыми свойствами органа, на котором выполняется операция.



Например:

- **специальная подготовка** пациента при оперативном вмешательстве **на кишечнике**: **бесшлаковая диета**, прием **слабительных препаратов**;
- специальная подготовка **детей и больных пожилого и старческого возраста**.



ДЕТИ И ОПЕРАЦИЯ

***Внимательное отношение
медсестры к больному ребенку —
залог его быстрого выздоровления.***

Нельзя допускать охлаждения ребенка и его голодания перед операцией. Дозы лекарственных препаратов должны подбираться в соответствии с возрастом ребенка и с учетом их индивидуальной переносимости.



**Сестринская помощь
пациенту в
предоперационном
периоде**

Информированное согласие

Для производства оперативного вмешательства **всегда требуется согласие больного**, за исключением ситуаций, когда больной находится в бессознательном состоянии.



В случае, когда больной находится **в бессознательном состоянии** решение об оперативном вмешательстве принимается с учетом жизненных показаний (консилиумом в составе двух и более врачей) и делается соответствующая запись в истории болезни.



Если больной **моложе 16 лет**, необходимо **согласие родителей на операцию**, что также документируется в истории болезни.

Внимание



Каждое решение о проведении оперативного вмешательства или определение противопоказаний к нему очень ответственно, ошибки в этой области чреваты весьма неприятными последствиями.

Для принятия решения об оперативном вмешательстве необходимо знание:

- общего прогноза** имеющегося заболевания;
- особенностей** течения заболевания без операции

**Причем сохранение жизни
стоит выше "качества" жизни**



Подготовка начинается после того, как решение о проведении операции **принято.**

В программу подготовки

включают:

□ Лабораторные исследования;

□ Диагностические тесты;

□ Рентгенографию.

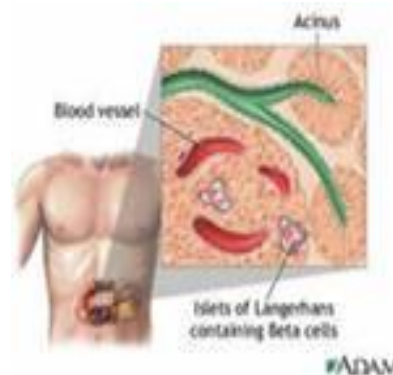
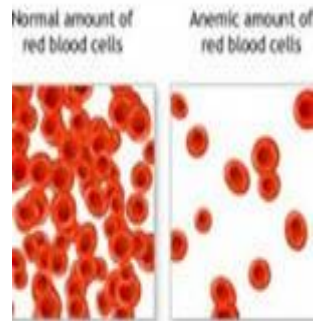


Все необходимые данные получают:

- при сборе анамнеза;
- при физикальном, биохимическом и клиническом, лабораторном исследованиях.

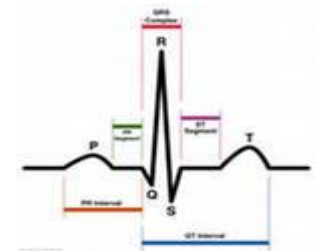


**Медицинская сестра должна знать
признаки дегидратации,
нарушенного питания. Важными
находками при предоперационном
физикальном обследовании
являются сыпь, ранки, повреждения
кожи или признаки инфекции.**



Наблюдение за функционированием сердечно-сосудистой системы

Принципиально все больные, у которых при исследованиях были обнаружены заболевания сердца, должны быть в достаточной мере подготовлены с этой точки зрения. Особенное внимание следует уделять больным с повышенным артериальным давлением.



Нормальная ЭКГ

Необходим тщательный контроль за показателями артериального давления для того, чтобы поддержать его на той высоте, которая обычно свойственна этому больному.



Хирургический и анестезиологический анамнез

Важным является то, как пациент в целом перенес анестезию и хирургическое вмешательство в прошлом.

Гигиенические мероприятия

Обычно пациенту рекомендуют тщательно помыться **несколько раз** за день до операции.

Удаление волос из операционной области эпилятором проводится **за час** до прибытия в операционный блок.

Гигиенические мероприятия

Перед переводом в операционный блок медсестра заставляет пациента удалить все косметические средства с тела и лица.

Анестезиолог имеет право потребовать от бородатых пациентов подстричь или сбрить бороду перед операцией, что облегчит интубацию трахеи.

Лекарственная терапия

Медикаментозная терапия может спровоцировать некоторые операционные проблемы и поэтому должна быть рассмотрена в предоперационной подготовке.

Лекарственная терапия

Большинство препаратов пациент может принимать во время подготовки до дня операции включительно, **за исключением:**

□ **антикоагулянты и аспирин** (прием этих препаратов может повысить операционную кровопотерю);

□ **ингибиторы моноаминоксидазы (антидепрессанты, Парнат, Нардил, Марплан - их взаимодействие со многими анестетиками опасно для пациента);**

□ **гипогликемические препараты** (могут вызвать выраженную гипогликемию, если пациент не ест)

Питание

Если планируется общая анестезия, пациент не должен принимать пищу и воду в течение 8—12 ч перед операцией. Если пациенту в это время необходимо принять лекарство, то разрешается запить небольшим количеством воды (не более 30 мл). Если операция проводится на брюшной полости, особенно с вовлечением желудка, кишечника, прямой кишки, необходимо провести подготовку кишечника

При неотложных оперативных вмешательствах, если между приемом пищи и началом операции прошло менее 5 ч, необходимо промыть желудок через зонд для предотвращения рвоты во время операции



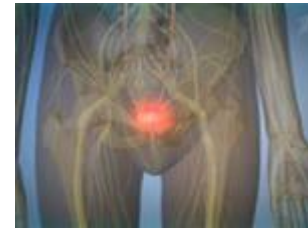
Опорожнение желудочно-кишечного тракта

Пациент должен **помочь непосредственно перед переводом в операционную или проведением премедикации.**

Опорожнение мочевого пузыря проводится во избежание его растяжения или недержания мочи во время анестезии и операции.

Вопрос о назначении клизмы и слабительных обсуждается с хирургом.

Перед крупными оперативными вмешательствами, например на прямой кишке или при специальных урологических операциях, у больных в состоянии шока, при множественных и распространенных травмах, до операции необходимо ввести катетер в мочевой пузырь.



Это делается, во-первых, для того, чтобы добиться полного опорожнения мочевого пузыря, во-вторых, чтобы обеспечить контроль за динамическими функциями почек.

Особое внимание следует уделять тому, чтобы больным, особенно вечером, **накануне операции**, был обеспечен покой.

На ночь им дают снотворные, обеспечивающие спокойный, глубокий сон. Все мешающие отдыху факторы должны быть устранены.



*В качестве преднаркозной подготовки в день операции медицинская сестра проводит с больным разъяснительную беседу, в ходе которой она **знакомит** больного с проведением наркоза и **рассказывает** о возможных осложнениях, **факторах риска**, а также **информирует его о назначенной премедикации.***



Премедикация назначается для уменьшения тревоги, для плавного и безопасного проведения анестезии.

Для большей эффективности премедикация проводится за 30—40 мин до начала анестезии.



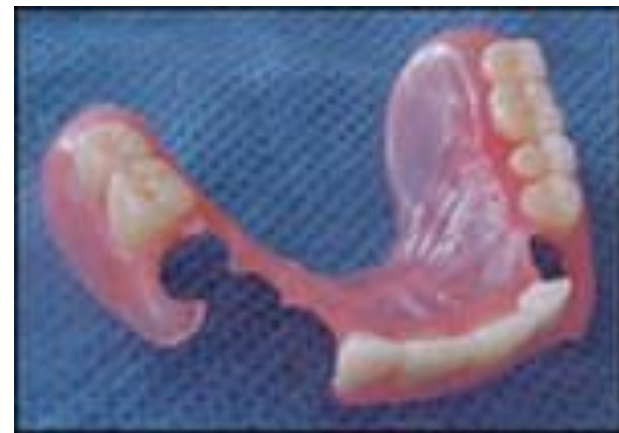
До транспортировки больного медсестра должна убедиться в том, что он правильно одет.



При операциях на животе на мужчинах не должно быть нижнего белья.

Хотя нижнее белье можно снять и в предоперационной.

Длинные волосы у женщин должны быть **заплетены, аккуратно уложены на голове и завязаны марлевой косынкой. Часы, кольца и другие украшения должны быть сняты. Съемные зубные протезы оставляют в палате.**



На операции больных доставляют на каталке в лежачем положении. Транспортировка больного лежа объясняется необходимостью уберечь его от опасных реакций органов кровообращения на изменение положения тела, которые возможны после премедикации.



Перевозят больного плавно, с умеренной скоростью, без ударов каталкой о предметы в коридоре и двери.

Доставив больного к операционному столу, медсестра помогает ему перейти на него, и укладывает на столе в соответствии с указаниями анестезиолога или хирурга, накрывает больного стерильной простыней.

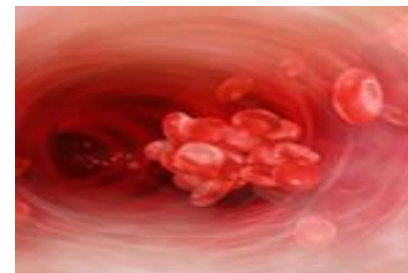
Тяжелобольного переносит анестезиологическая бригада и операционная медицинская сестра.



Вместе с больным в операционный зал должны быть **доставлены и переданы анестезиологу история болезни, пробирка с кровью или сывороткой** (с фамилией и инициалами больного) для определения индивидуальной совместимости при переливании крови, а в некоторых случаях и необходимые больному во время операции лекарства, которыми он пользовался прежде.



Если предполагается **массивная операционная кровопотеря**, следует подготовить достаточное количество **консервированной крови** (осмотреть соответствующие вены, определить группу крови). Выявлена взаимосвязь между приемом средств, **угнетающих овуляцию**, и участвовавшими случаями развития тромбофлебитов и тромбоэмболии.



Кроме того, следует **рекомендовать** проведение операций у менструирующих **женщин в период от 8-го до 24-го дня менструального цикла**.

ПОДГОТОВКА ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ

**Для обработки кожи операционного поля
применяют йодопирон, йодонат.**

Рабочие растворы йодоната готовят непосредственно перед применением путем разбавления исходного **раствора в 5 раз дистиллированной.**

Кожу операционного поля без предварительного мытья обрабатывают двукратным смазыванием стерильными тампонами, смоченными 5-7 мл раствора йодоната.



ПАЦИЕНТ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

*больному требуется возместить
операционную кровопотерю и потерю
жидкости.*

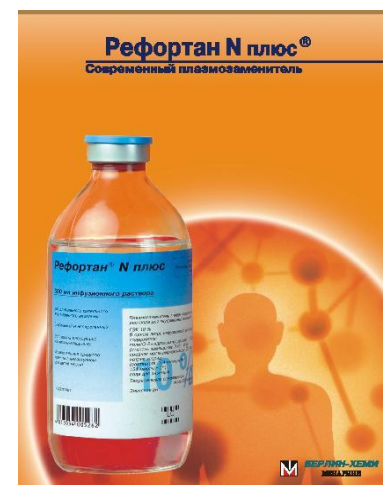
Обычно при средних и больших
оперативных вмешательствах удается
**ограничиться внутривенными
вливаниями.**



КРОВОПОТЕРЯ

При кровопотерях **менее 500 мл (до 1000 мл)** у взрослых больных объем крови может быть пополнен плазмозаменителями.

При массивных **кровопотерях переливания крови** избежать не удастся.



Динамический контроль за параметрами кровообращения (артериальное давление, частота пульса, кровоснабжение конечностей) определяет скорость замещения и указывает, достаточна или недостаточна эта замена.

Особенности ухода за больными в послеоперационном периоде



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В период, следующий **непосредственно за окончанием операции**, должно быть осуществлено систематическое наблюдение за больным.



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Наряду с динамическими клиническими наблюдениями за частотой пульса и артериальным давлением определяют и другие параметры, которые помогут выявить отклонения, специфические для того или иного больного (например, центральное венозное давление, а также динамический контроль за выделением мочи, при необходимости используя постоянный катетер).



Прибор для определения центрального венозного давления
ИВД-03.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Такой контроль должен осуществляться в специально отведенном помещении (в отделении реанимации), в отделении интенсивного наблюдения или послеоперационной палате.



После операции на органах брюшной полости необходимо регулярно **производить исследование живота, включая аускультацию,** чтобы убедиться в восстановлении перистальтики кишечника.



Для стимулирования деятельности кишечника, особенно после лапаротомии, проводят электро- и медикаментозную стимуляцию, в прямую кишку рекомендуется вводить газоотводную трубку.

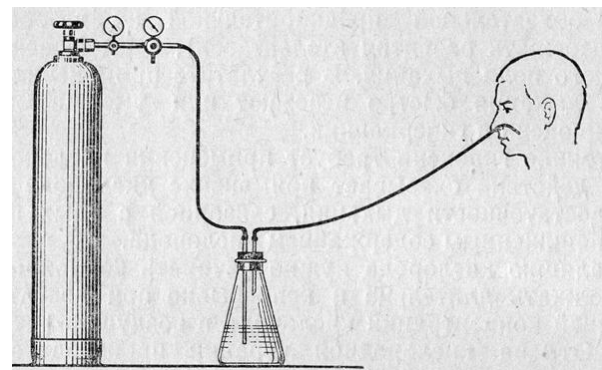


Наблюдение за состоянием дыхания заслуживает особого внимания, так как расстройства дыхания в послеоперационном периоде при определенных условиях могут оказывать неблагоприятное влияние на послеоперационное течение.



После продолжительных операций и длительного наркоза иногда может оказаться необходимым аппаратное искусственное дыхание с целью нормализовать концентрацию газов крови, а также облегчить дыхательную "работу" больному, который ограничивает дыхательные движения из-за боязни болей.

В некоторых случаях бывает необходимым использовать подачу кислорода **через носовой катетер.**



Изменения психического статуса, температурной кривой, сердечной, дыхательной и выделительной деятельности или патологические данные лабораторных исследований указывают на соответствующие нарушения и дают основания для проведения соответствующих мероприятий по целенаправленному уходу за больным.



Наряду с этими **общими заданиями** после каждой операции требуется **специальный уход**, например мероприятия по уходу **за раной, за отсасывающим дренажем.**



Задачи физиотерапевтического послеоперационного лечения

**мобилизация внутренних сил организма, включая
раннее вставание с постели и дыхательную
гимнастику.**



**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИНФУЗИОННАЯ
ТЕРАПИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПИТАНИЯ
ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Инфузионная терапия

может быть прекращена только тогда, когда гарантируется достаточное пероральное введение питательных веществ.



Послеоперационное введение жидкостей

Заслуживает внимания *послеоперационная анурия*, которая не может быть отнесена за счет дефицита жидкостей, а является следствием стрессовых состояний.



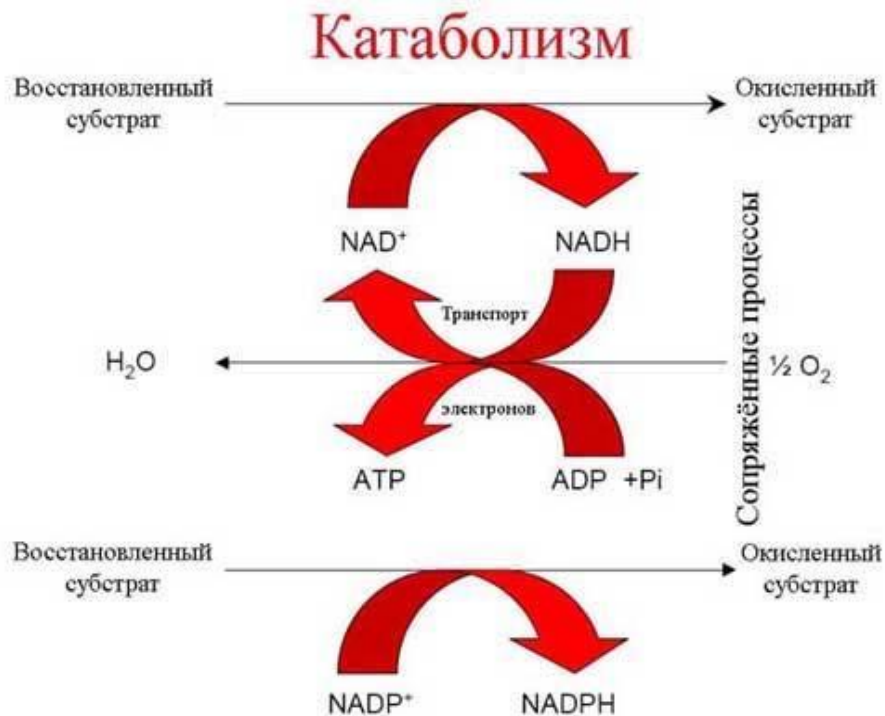
Больным с нормальной **гидратацией**
в день операции должно быть
введено **не более 1,5 л/м жидкостей**
- от 35 до 40 мл на 1 кг массы тела
(поддерживающая доза, кроме
замещения естественных потерь).



В первый послеоперационный день
(а также в последующие дни) в
качестве поддерживающей дозы
*назначают **1,5 л/м жидкости.***



При этом особое внимание
следует уделять увеличенному
выделению шлаков с мочой
вследствие возросшего
катаболизма.



Необходимо иметь в виду, что, например, у больных после резекции желудка выделяется на 3-4 г (а при травмах черепа - даже на 13 г) больше азота, чем у здоровых лиц с такой же длиной и массой тела. Это требует, например, при относительной плотности мочи порядка 1,025 большего введения жидкости: от 160 до 220 или 700 мл воды.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ С РЕГУЛИРОВАНИЕМ БАЛАНСА КАЛИЯ.

Следует обратить внимание



что послеоперационная **атония** желудочно-кишечного тракта может быть обусловлена дефицитом **калия** (так же как и послеоперационные психозы).

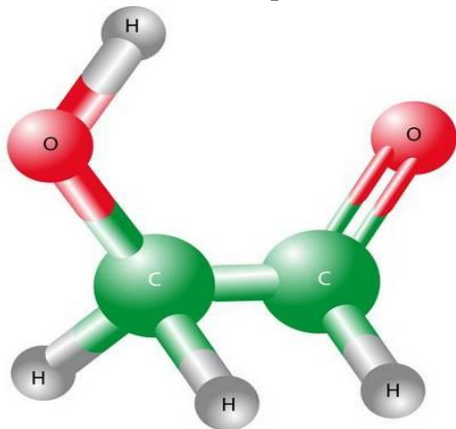
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ПИТАНИЕ.

У больных, особенно тех, кому до операции проводилась длительная корректировка питания, **большое внимание должно быть уделено послеоперационному питанию.**

В таких случаях следует иметь соответствующий план обеспечения больного питанием сначала парентерально, а затем и перорально.

Должны соблюдаться следующие правила: **углеводы** должны вводиться незамедлительно, по возможности от 150 до 250 г/сут.

С хорошим эффектом применяют усваиваемые организмом без инсулина сахаросодержащие вещества, например, ксилит, сорбит, фруктозу.



Патофизиологической
предпосылкой для перехода на
пероральное введение жидкостей и
питательных субстанций для
коррекции питания должны
**являться нормализация
опорожнения желудка и
восстановления резорбции
кишечника в дистальных его
отделах.**

АНТИБИОТИКИ

Назначение антибиотиков должно осуществляться только при наличии самых строгих показаний.



Принципиальное ограничение терапии антибиотиками вплоть до сужения показаний необходимо для того, чтобы **предотвратить** появление резистентных к антибиотикам видов бактерий, а следовательно, и госпитальной инфекции.

АНТИБИОТИКИ

При этом следует исходить из того положения, что профилактическое назначение антибиотиков (например, для профилактики пневмоний и бронхопневмоний или раневой инфекции) уже давно известно как бессмысленное.

Должны быть только строгие терапевтические показания для их применения.

Системное введение антибиотиков оправдано при развившейся инфекции, в основном, на основании данных бактериологического анализа.



При этом обязательно определение резистентности флоры к определенному виду антибиотика.

Ограниченные инфекционные очаги, особенно абсцессы, недоступны для действия антибиотиков, введенных внутримышечно, или доступны в малой степени.



При этом скорее показано местное лечение антибиотиками, особенно для промывания, например, гнойного очага и для очищения брюшной полости при диффузном перитоните.

ДРУГИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В конце лечения

медицинская сестра проводит с больным заключительную беседу.

Больной еще раз узнает **о мероприятиях**, составляющих проведенное ему лечение, и получает рекомендации в отношении диеты, поведения, возможной нагрузки, ее характере, возможностей работы по прежней специальности.

**Благодарим
за внимание!**