

**ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России**

# **Тема: «Подготовка больных к различным видам оперативных вмешательств»**



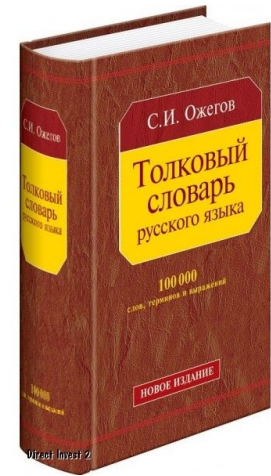
**Лектор:** профессор кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации  
**Любовь Алексеевна Пономарева**

# 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) 2011/09/21 14:11:11



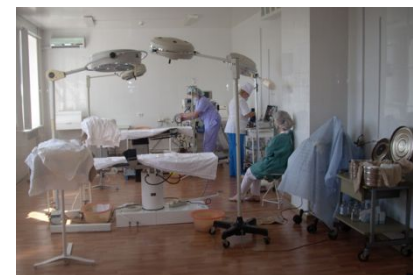
В современных многопрофильных больницах количество **хирургических** **коек** составляет примерно **25-45%** всего коечного фонда

Хирургическое отделение состоит из :

**Палат**



**Операционного блока**



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



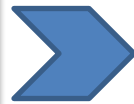
Структурно  
операцион-  
ный блок  
состоит из



***предоперационной***

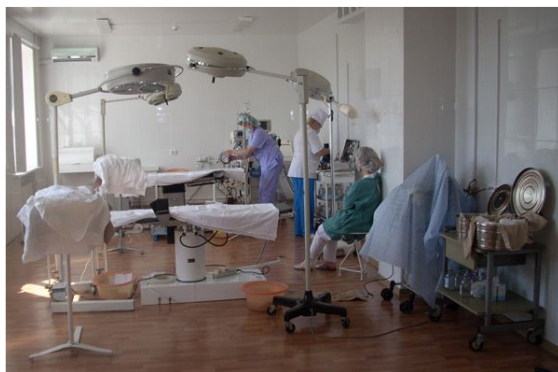


***операционной***



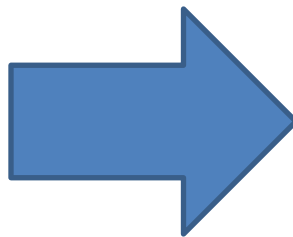
***помещения для  
хранения  
инвентаря***

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

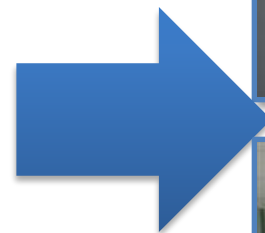




В «чистую» зону  
входят помещения, в  
которых соблюдают  
самые строгие  
требования асептики  
(операционный зал).



**«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

---

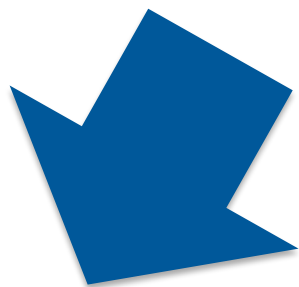
могут быть выполнены  
**в любой срок.**

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

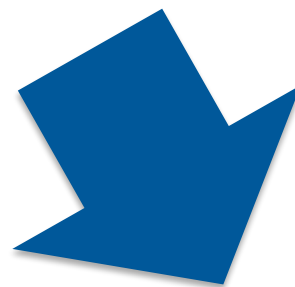
**ПОКАЗАНИЯ**

**К оперативному вмешательству**

**Различают**  
**показания к оперативному**  
**вмешательству**



**Абсолютные**

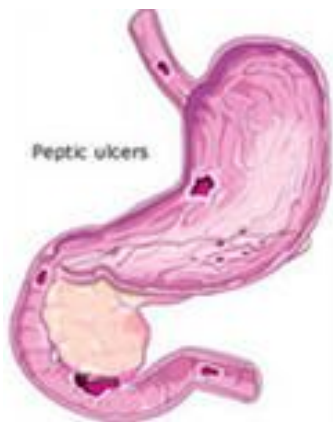


**Относительные**

# 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**

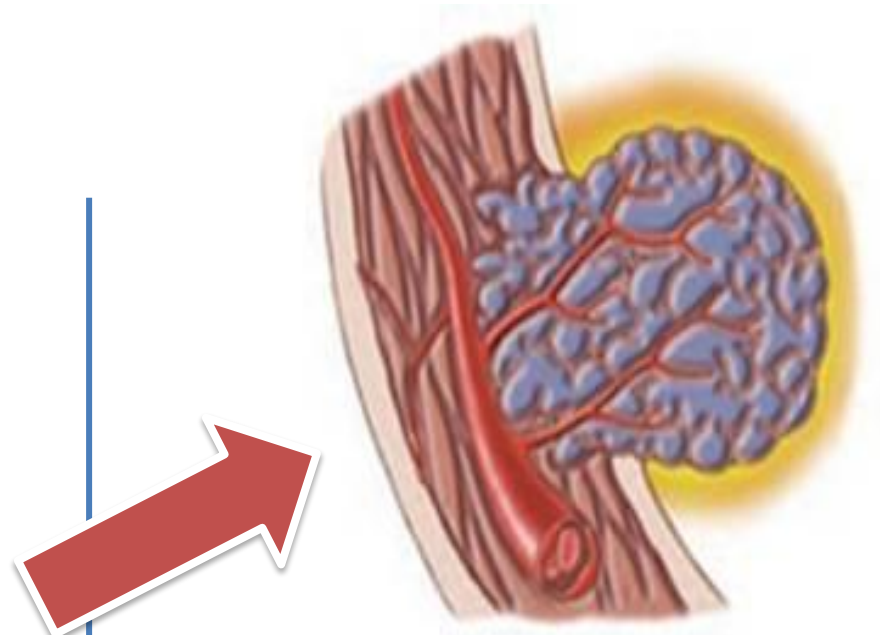
**Проведение анестезии** — введение пациента в состояние нечувствительности к боли во время проведения хирургических вмешательств. Решение о выборе метода обезболивания принимается совместно с больным только после оценки его индивидуальных особенностей и необходимых условий операции.

# **ВИДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

# ***Радикальные операции***

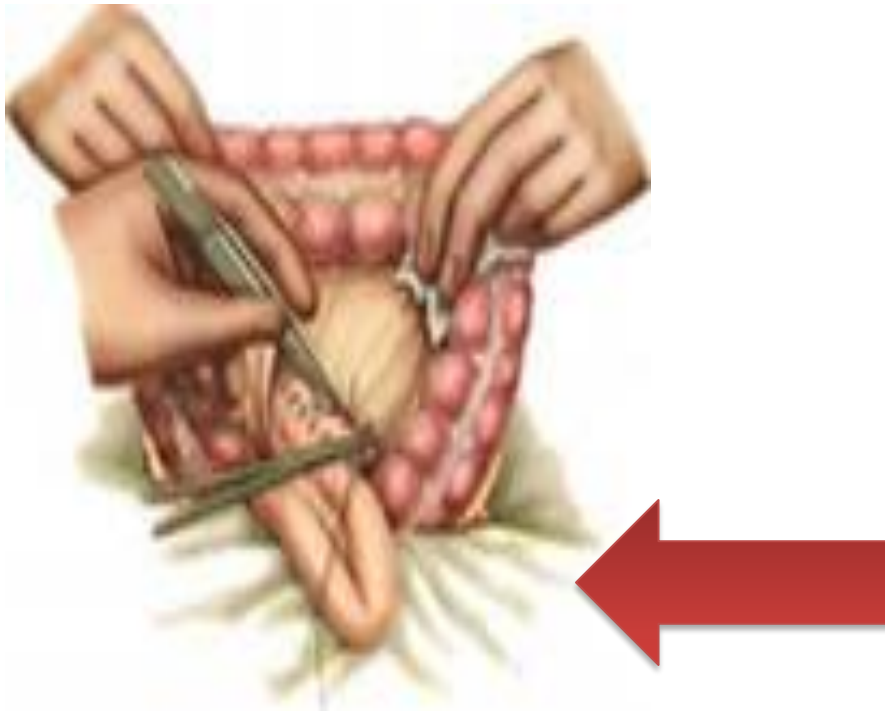
---

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.

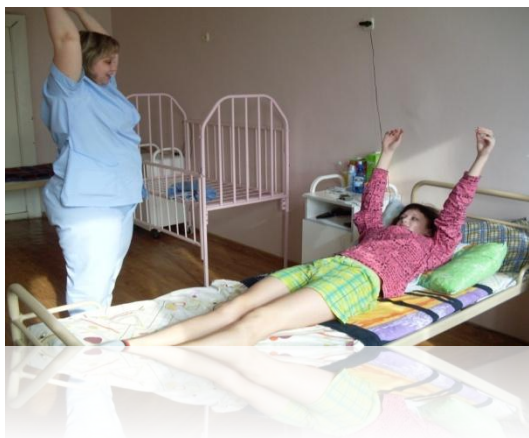
## **Физическая подготовка:**

- 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**

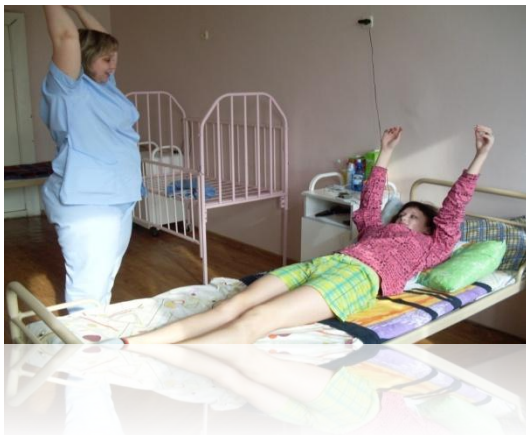
(начинаться за 2-4 суток перед операцией, у пожилых больных - еще в амбулаторных условиях).



# 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.

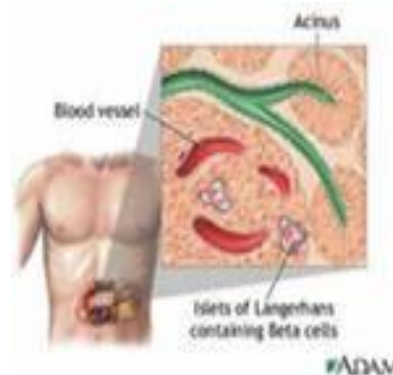
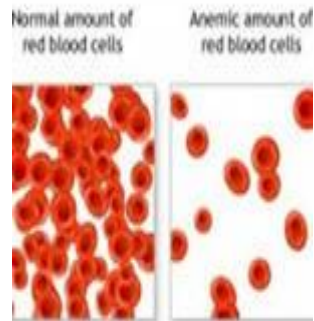


## Все необходимые данные получают:

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

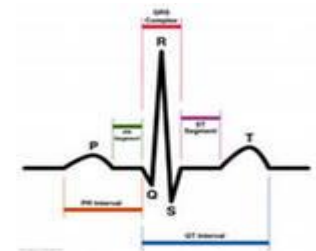
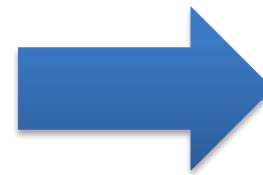


**Медицинская сестра должна знать  
признаки дегидратации,  
нарушенного питания. Важными  
находками при предоперационном  
физикальном обследовании  
являются сыпь, ранки, повреждения  
кожи или признаки инфекции.**



# 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**



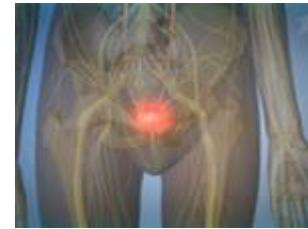
## **Опорожнение желудочно-кишечного тракта**

**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.

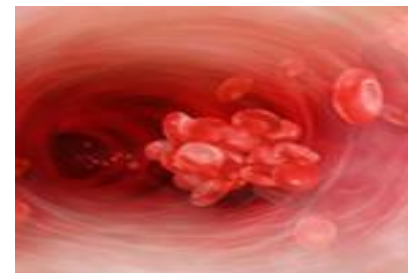
Тяжелобольного переносит анестезиологическая бригада и операционная медицинская сестра.



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.*

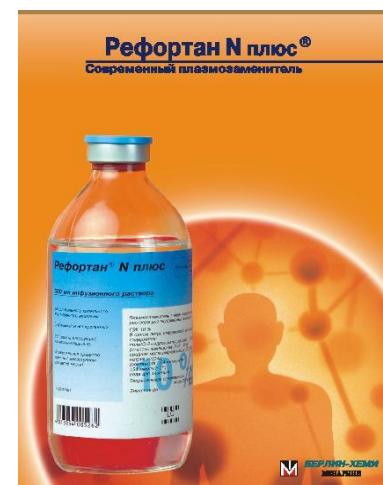
Обычно при средних и больших  
оперативных вмешательствах удается  
**ограничиться внутривенными  
вливаниями.**



# КРОВОПОТЕРЯ

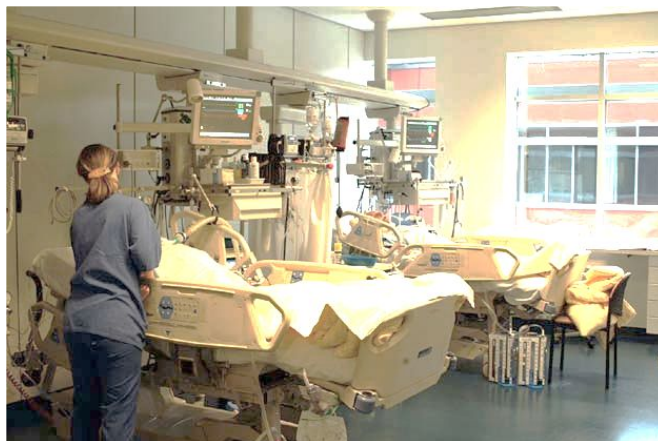
При кровопотерях **менее 500 мл (до 1000 мл)** у взрослых больных объем крови может быть пополнен плазмозаменителями.

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.**

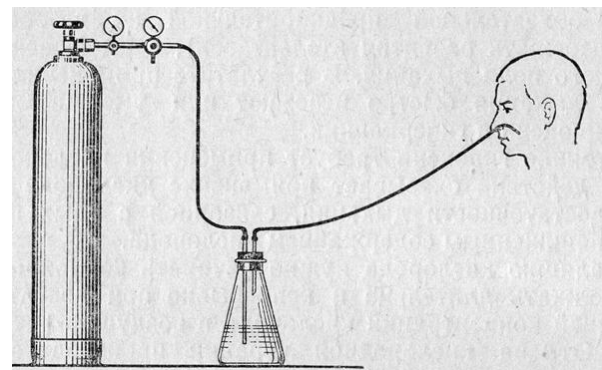


**Наблюдение за состоянием дыхания заслуживает особого внимания, так как расстройства дыхания в послеоперационном периоде при определенных условиях могут оказывать неблагоприятное влияние на послеоперационное течение.**



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.**



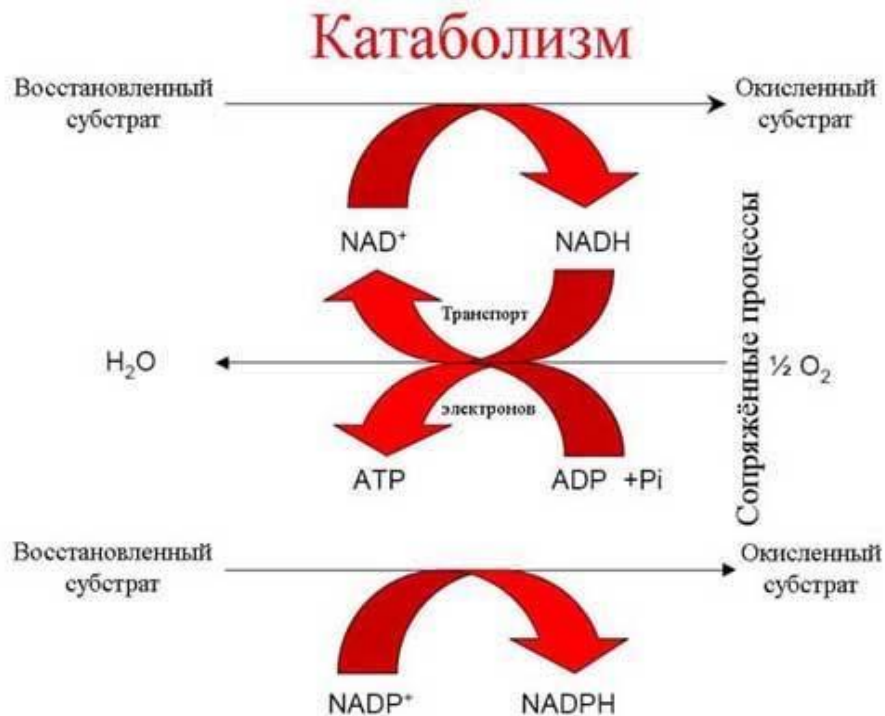
Больным с нормальной **гидратацией**  
в день операции должно быть  
введено **не более 1,5 л/м жидкостей**  
**- от 35 до 40 мл на 1 кг массы тела**  
(поддерживающая доза, кроме  
замещения естественных потерь).



**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).

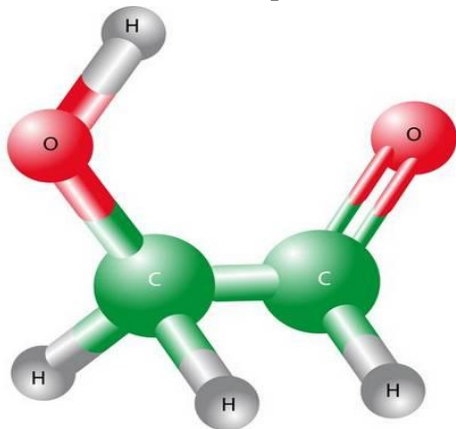
## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ПИТАНИЕ.

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.

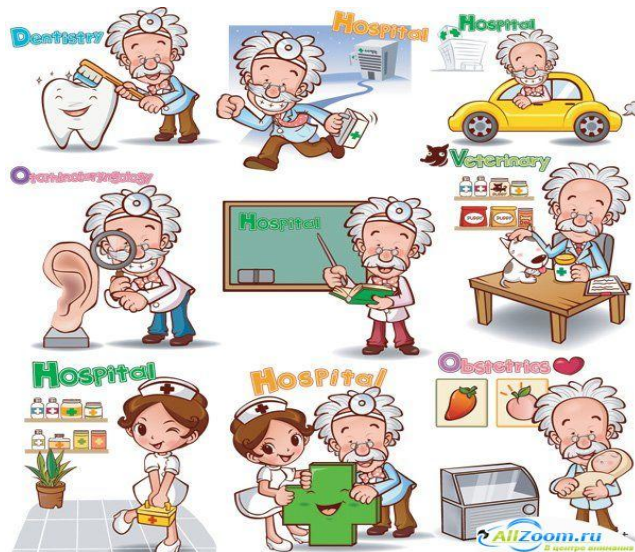
## ДРУГИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

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.

Медицинская сестра сообщает больному о **необходимости проведения дальнейшей терапии** (например, лучевая терапия, химиотерапия) или долечивания в поликлинических условиях (лечение у врачей-специалистов).  
Больному должно быть предоставлено время для полного восстановления сил после операции (проведение курса восстановления, например, санаторно-курортного лечения).



**Благодарим  
за внимание!**