

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Студент должен знать:

1. Понятие о послеоперационном периоде, его целях и задачах.

Основные этапы

2. Подготовка палаты и постели для больного после операции.

3. Транспортировка пациента из операционной.

4. Положение больного в кровати в зависимости от вида операции и метода обезболивания.

5. Уход за пациентами.

6. Осложнения органов дыхания, их профилактика и лечение.

7. Осложнения нервной системы, профилактика, лечение

8. Осложнения сердечно-сосудистой системы, профилактика, лечение

9. Осложнения пищеварительной системы, профилактика, лечение

10. Осложнения со стороны мочевыделительной системы, профилактика, лечение

11. Осложнения со стороны раны, профилактика, лечение

Задачи послеоперационного наблюдения и ухода:

- 1) предупреждение осложнений;
- 2) своевременное их распознавание и лечение, что способствует более быстрому выздоровлению;
- 3) облегчение течения послеоперационного периода, особенно в первые дни после операции. Для этого врач делает ряд назначений, которые медицинская сестра должна аккуратно выполнять.

Подготовка палаты

- Послеоперационная палата (интенсивной терапии) предназначена для больных, которые поступают непосредственно из операционной после произведенного оперативного вмешательства. В хирургическом отделении имеется не менее двух палат интенсивной терапии (мужская и женская), которые должны быть расположены рядом с операционным блоком. Эти палаты оборудованы функциональными кроватями и прикроватными тумбочками. Кроме того, здесь находится все необходимое для оказания экстренной помощи: аппарат для искусственной вентиляции легких, стерильные наборы для переливания крови и кровезаменителей, для внутриартериального нагнетания крови, для трахеотомии, а также стерильные шприцы с иглами и различные лекарственные средства в ампулах (адреналин, кофеин, атропин, эфедрин, хлорид кальция, цититон и др.).

Палата должна быть убрана и проветрена, кровать застелена чистым бельем и согрета несколькими грелками. Эти грелки кладут потом к ногам больного (не следует забывать о возможности ожогов от грелок, так как больной может находиться в состоянии наркоза и не чувствовать боли). На прикроватном столике должны быть полотенце и поильник с водой для полоскания полости рта. На случай рвоты следует приготовить почкообразный лоток.

Транспортировка из операционной

- После операции перевозка больных из операционной в палату интенсивной терапии осуществляется под постоянным наблюдением врача-анестезиолога или медсестры-анестезиста. При этом должны быть приняты все меры, чтобы избежать травматизации, охлаждения и резкого изменения положения тела. Перекладывание больного и перемещение его из операционной в палату осуществляются очень осторожно во избежание возникновения шокогенных рефлексов из области операционной раны, орто-статического снижения артериального давления и внезапного ухудшения дыхания (постуральная реакция). Еще в операционной сестра вытирает пот больному, растирает кожу ватой со спиртом, снимает с него влажную рубашку и надевает сухую
- Поднимать и укладывать оперированного должны не менее трех санитаров по команде, одновременно, чтобы не смещались продольная и боковые оси туловища, головы и конечностей.

Положение оперированного в кровати

- Положение на спине—наиболее частое. В этом положении укладывают больных горизонтально без подушки (на 2 ч) для предупреждения малокровия головного мозга. На место операционной раны брюшной стенки кладут пузырь со льдом. В дальнейшем положение больного в кровати изменяют с разрешения врача. Положение на правом боку допускается после стабилизации состояния больного. Такое положение облегчает работу сердца, способствует улучшению функции желудочно-кишечного тракта, при нем реже наблюдается рвота.

- Полусидячее положение очень часто применяется после операций на желудочно-кишечном тракте. Оно предупреждает застойные явления в легких, облегчает дыхание и сердечную деятельность, способствует более быстрому восстановлению функции кишечника. К положению на животе прибегают после операций на позвоночнике, а также некоторых вмешательств на головном мозге. После операций на шейном отделе позвоночника необходимо положение на спине, а после вмешательств на грудном и поясничном отделах—на животе, причем под грудь подкладывают мягкий валик. Больного укладывают на жесткую постель (под матрац кладут щит) в том случае, если показано положение на спине.

- Положение с приподнятым ножным концом кровати (положение Кларка) применяется при большой кровопотере, состоянии травматического или послеоперационного шока. Положение с приподнятым головным концом кровати (положение Фаулера) используется при дренаже в брюшной полости или дугласовом пространстве и др. После операции на конечности ей надо придать удобное возвышенное положение. Нижнюю конечность укладывают обычно на шину типа Брауна или Белера. Больного надо стараться расположить так, чтобы он не почувствовал неудобств и не уставал от непривычного положения.

Особенности наблюдения и ухода за оперированным

- Коррекция обезвоживания
- Коррекция белкового обмена и кислотно-щелочного состояния
- Уход за кожными покровами
- Осуществление личной гигиены
- Измерение температуры тела

Наблюдение за дыхательной системой.

- Одним из осложнений послеоперационного периода является пневмония вследствие уменьшения дыхательных экскурсий, задержки кашля. Дыхательная недостаточность может быть обусловлена различными причинами: аспирацией мокроты или крови, остаточной мышечной слабостью после введения миорелаксантов. Для предупреждения указанных осложнений интубационную трубку следует извлекать только после того, как у больного восстановится достаточно активное дыхание и не будет симптомов нарушения газообмена.

- Профилактическими мероприятиями, предотвращающими развитие пневмонии, являются дыхательная гимнастика, перкуссионный массаж, равномерное согревание тела, применение банок, антибиотиков и ингаляции щелочными растворами. С разрешения врача рекомендуется полусидячее положение. Особенно тщательного ухода требуют больные, которым проводится искусственная вентиляция легких через трахеостому или эндотрахеальную трубку. У этих больных практически отсутствует кашель, в дыхательных путях скапливается большое количество мокроты, поэтому каждые 30—40 мин следует производить аспирацию секрета из трахеи. Для этого применяется специальный катетер, который присоединяется к электрическому или водоструйному отсосу.

Наблюдение за нервной системой

- В послеоперационном периоде больному необходим полный физический и психический покой, особенно нормальный сон. Отсутствие сна истощает больного, замедляет процесс заживления операционной раны и выздоровления. Следует выяснить причину нарушения сна. Не устранив такой причины, снотворные и анальгетики применять не следует.
- Для профилактики боли в первые дни после операции назначаются инъекции промедола или омнопона, реже морфина, обычно 2 раза в день (утром и на ночь или только на ночь). Применяются также новокаиновые блокады. При нормальном течении послеоперационного периода, начиная с 3—4-го дня, боли постепенно уменьшаются, а затем исчезают. Упорные, особенно нарастающие, боли указывают на появление осложнения.

- Случаи послеоперационного психоза наблюдаются редко, но о них следует помнить, чтобы своевременно заметить его признаки. Иногда уже к вечеру в день операции или спустя 1—2 дня после нее у больного появляются резкое возбуждение, спутанность мысли и бред. Больной, не спит, безумолку говорит, срывает повязку, пытается убежать или броситься в открытое окно. Обычно состояние острого послеоперационного психоза длится 1—2 дня, а затем уставший больной засыпает. После этого он просыпается в нормальном состоянии, не помня того, что было. С прикроватной тумбочки следует убрать все предметы, которые в подобной ситуации могут стать опасными. В начале приступа рекомендуется клизма из хлоралгидрата, омнопон или промедол подкожно, а также препараты из группы транквилизаторов (триоксазин, седуксен, элениум и др.). Больного следует фиксировать к кровати.

Наблюдение за сердечно-сосудистой системой

- **Наблюдение за сердечно-сосудистой системой.** Медицинская сестра, обслуживающая палату интенсивной терапии, должна вести постоянное наблюдение за пульсом, уметь не только сосчитать его, но и определить ритмичность, наполнение и напряжение. Пульс в послеоперационном периоде всегда учащается в связи с повышением температуры тела, кровопотерей, причем при этом имеется определенная закономерность: повышение температуры на $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ сопровождается учащением пульса на 8—10 ударов в минуту. Если у оперированного частота пульса опережает температуру или имеется расхождение (температура снижается, а пульс учащается), это указывает на неблагоприятное течение послеоперационного периода.

Наблюдение за пищеварительной системой

- **Наблюдение за пищеварительной системой.**
Оперативное вмешательство всегда в той или иной степени отражается на функции желудочно-кишечного тракта, поэтому медицинская сестра должна следить за полостью рта больного. Необходимо проводить санацию ее путем частого полоскания, а у тяжелобольных обрабатывать антисептическим раствором (раствор фурацилина 1:5000, 2% раствор борной кислоты или 0,1% раствор перманганата калия). Язык смазывают глицерином. Если больной сам не в состоянии чистить зубы, сестра должна ему помочь. Недостаточно тщательный уход за полостью рта ведет к одному из очень опасных послеоперационных осложнений— паротиту (гнойное воспаление околоушной железы).

- После операции на брюшной полости, особенно в первые дни, нередко вздут живот и не отходят газы, что причиняет больному много беспокойства. Вздутый кишечник давит на диафрагму, затрудняет дыхание, вызывает одышку и предрасполагает к развитию гипостатической (застойной) пневмонии, особенно у пожилых людей. Помощь при этом состоит во введении в прямую кишку газоотводной трубки. Все остальные мероприятия (гипертонические и сифонные клизмы, внутривенное введение гипертонического раствора, паранефральная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому) проводятся только по назначению врача. Первое самостоятельное отхождение газов, указывающее на появление перистальтики после операции на желудочно-кишечном тракте, всегда служит благоприятным признаком

Наблюдение и уход за мочевыделительной системой.

- **Наблюдение и уход за мочевыделительной системой.** Нередко после операций на брюшной полости, а особенно часто на органах малого таза наблюдается нарушение мочеиспускания—задержка мочи. Причины ее различны. Главными из них являются боязнь боли при сокращении мышц брюшной стенки и неумение мочиться лежа. Самое лучшее средство ликвидировать это осложнение— разрешить больному мочиться в привычном для него положении, однако делать это можно только по согласованию с врачом. При задержке мочи могут дать эффект грелка на промежность или надлобковую область, небольшая теплая клизма, уротропин (1 г внутрь или 5 мл 40% раствор внутривенно). Если указанные мероприятия не помогают, рекомендуется вывести мочу катетером.

- В случае, когда больной в дальнейшем самостоятельно мочиться не может, производят околопочечную новокаиновую блокаду по А. В. Вишневскому. При каждой катетеризации во избежание занесения инфекции в мочевой пузырь должна быть соблюдена строжайшая асептика. Для профилактики цистита перед удалением катетера в мочевой пузырь вводят какой-либо антисептик, например 20 мл раствора фурацилина 1:5000. Учащенное мочеиспускание с частыми болезненными позывами указывает на воспалительный процесс в мочевом пузыре (цистит) и требует соответствующего лечения. Недержание мочи наблюдается иногда после операции на спинном мозге, а при утрате сознания оно возможно после любой операции.

Наблюдение за повязкой, наложенной на операционную рану.

- В ближайшие после операции часы это чрезвычайно важно, так как повязка может пропитаться кровью или другим отделяемым либо сместиться. При этом ни в коем случае нельзя производить подбинтовывание, а нужно сообщить врачу, который выяснит причины и характер промокания повязки.
- Инфицирование раны
- Эвентерация - расхождение швов