**Введение**

Уход за больными хирургического профиля имеет ряд особенностей. Они обусловлены как изменениями функции органов и систем в связи с заболеванием, так и результатом наркоза, операции, наличием раны.

Перед медсестрой, работающей с такими пациентами, стоит важная задача - создать наилучшие условия для выздоровления, предупреждения осложнений, которые могут возникнуть на любом этапе периоперативного ухода.

Ухаживая за хирургическим пациентом, медицинская сестра должна уметь:

Ш выявлять основные проблемы пациентов до, во время и после операции, определять приоритеты;

Ш планировать мероприятия по уходу;

Ш активно участвовать в реализации плана;

Ш оценивать качество сестринского ухода. Для чего следует знать:

- стандартные проблемы пациентов в пред-, интра- и послеоперационном периодах;

- роль сестры в подготовке и обследовании пациентов до операции;

 принципы ухода за пациентом в раннем послеоперационном периоде;

 фазы течения послеоперационного периода, возможные осложнения, их профилактику;

 питьевой и пищевой режим в послеоперационном периоде;

 режимы двигательной активности;

 критерии качества сестринского ухода.

Хирургия - это не только работа врача с пациентом. Многие хирурги совершенно справедливо утверждают, что операция только начало хирургического лечения, исход его определяет хорошее выхаживание, т.е. необходим соответствующий уход в послеоперационном периоде.

«Оперируют хирурги, выхаживают сестры» - это дошедшее до нас историческое выражение, безусловно, имело стопроцентное подтверждение еще полтора века назад. Другими, в целом, были тогда задачи медицины, не было проблем старения и перенаселения, военно-травматических эпидемий, экологических катастроф, обусловленных научно-техническим прогрессом. Не было в то время государственных программ развития здравоохранения, основы развития современной медицины, ее профилактической направленности.

Сегодня медицинская сестра - довольно мобильная «лечебная единица». Это самый многочисленный медицинский корпус в структуре лечебно-профилактических учреждений. Не достаточно блестяще провести операцию, необходимо обеспечить качественный уход и реабилитацию пациентов, что невозможно без большой армии медицинских сестер: операционных, сестер - анестезисток, реанимационных, перевязочных, палатных. Уход за пациентом - это сфера, где профессионализм получает свое первое выражение.

Работа в хирургических клиниках и отделениях проходит в условиях «повышенной готовности», где врачи и медицинские сестры никогда не уверены в том, что ждет их через минуту ни днем ни ночью. Промедление в хирургии может быть смерти подобно, поэтому здесь больше, чем где бы то ни было, должен царить корпоративный дух, рациональное построение взаимоотношений врача и сестры. Опора таких отношений - разумное распределение функций при условии абсолютного взаимного доверия. Все мысли и внимание хирургов, операционных и палатных сестер концентрируются на операционной, где происходит основная работа - хирургическая операция. В период операции практически прекращается непосредственный контакт между медицинским персоналом и пациентом и резко возрастает процесс взаимодействия между хирургами, анестезиологами, средним медицинским персоналом, обслуживающим операцию. Невозможно переоценить роль операционной сестры как партнера врача. При выполнении современных высокотехнологических операций количество инструментов и деталей наборов на столе операционной сестры достигает нередко ста и более наименований.

Если в операционной ведущая роль отводится хирургам и анестезиологам, то в предоперационный и особенно в послеоперационный период многое зависит от внимательного и чуткого отношения к пациенту медицинских сестер и младшего медицинского персонала.

Хирургия относится к той области медицины, где исключительно велико значение практических навыков. Однако технический язык и специфические действия (нередко кажущиеся больным таинственными и пугающими), которыми пользуются медики во имя здоровья и безопасности пациентов, не исчерпывают общение с больным.

Основное правило для всех медиков - «не навредить» при диагностике, лечении, уходе. Медицинская сестра - первый информатор врача о самочувствии и состоянии больных. Наблюдательность - чрезвычайно важная черта. Иногда даже малозаметные изменения состояния могут свидетельствовать о необходимости экстренной операции. Способность подметить самые слабые признаки ухудшения состояния пациента, обратить внимание на необычные - все это существенно облетает путь к своевременной диагностике, внесению корректив в уход и лечение. Информацию о состоянии и поведении больного врач должен получать от медсестры не только на утреннем обходе, но и в течение суток. Чуткость, душевная теплота, моральная поддержка нужны пациенту не меньше, а может быть и больше, чем лекарственные препараты. Истинное милосердие, доброжелательность, приветливость медицинского персонала - важнейшие условия успеха.

**1. Дренирование**

Дренирование - это способ выведения наружу отделяемого и продуктов распада из раны, межтканевых пространств, полостей тела, также способ введения лекарственных препаратов в рану или полость.

Механизм действия дренажей следующий:

· отток отделяемого из раны или полости по резиновому дренажу пассивно. Это возможно при строгом соблюдении положения пациента и дренажа;

· отток отделяемого по марлевым дренажам, которые обладают капилярно-всасывающими свойствами;

· активное дренирование, которое может совмещаться с промыванием раневой полости антисептическими растворами

**. Виды дренажей**

Дренирование осуществляется при помощи дренажей. Дренажи делятся на марлевые, плоские резиновые, трубчатые и смешанные.

*Марлевые* дренажи - это тампоны и турунды, которые готовят из гигроскопической марли. С помощью их проводят тампонаду раны. Тампонада ран бывает тугая и рыхлая.

Тугая тампонада применяется при остановке кровотечения из мелких сосудов сухими или смоченными в растворах (3% перекиси водорода, 5% аминокапроновой кислоты, тромбина) марлевыми турундами. Такая турунда оставляется в ране от 5 минут до 2 часов. При недостаточном росте гранулезной ткани в ране проводится тугая тампонада по Вишневскому с мазью. В этом случае турунда оставляется в ране на 5-8 дней.

Рыхлая тампонада используется для очистки загрязненной или гнойной раны с неспадающимися краями. Марлевые дренажи вводят в рану рыхло, чтобы не препятствовать оттоку отделяемого. При этом лучше вводить тампоны, смоченные антисептическими растворами. Марля сохраняет дренажную функцию только 6-8 часов, затем она пропитывается раневым отделяемым и препятствует оттоку. Поэтому при рыхлой тампонаде марлевые дренажи надо менять 1-2 раза в день. Для лечения глубинных ран иногда используют тампонаду по Микуличу, когда в рану вводится большая салфетка, прошитая в центре длинной нитью, выступающей из раны. Салфетка пропитывается мазью и плотно прилегает к краям раны, а в середину салфетки вводятся тампоны, обработанные мазью. Тампоны меняются ежедневно, а салфетка удаляется из раны на 5-8 день. Это предохраняет рану от ежедневной травматизации, и эффект заживления раны усиливается. При тампонаде раны марлевыми дренажами наружные концы тампона или турунды должны выступать из раны на 3-4 см (рис.).



*Плоские резиновые* дренажи изготавливаются из перчаточной резины путем вырезания полостей различной длины и ширины. Они способствуют пассивному оттоку содержимого из неглубокой раны.

Для улучшения оттока сверху дренажа накладывается салфетка, смоченная антисептиком. Смену таких дренажей проводят ежедневно.

*Трубчатые* дренажи готовят из резиновых, латексных, поли - хлорвиниловых, силиконовых трубок диаметром от 0,5 до 2,0 см. Трубчатый дренаж по спирали боковых поверхностей имеет от-верствия размерами не более диаметра самой трубки.

Различают дренажи одинарные, двойные, двухпросветные, многопросветные. По ним идет отток содержимого из глубоких ран и полостей тела, можно проводить промывание раны или полости антисептическими растворами.

Удаляются из ран такие дренажи на **5-8** день.

*Микроирригатор* **- это** трубчатый дренаж, диаметр которого от **0,5** до **2** мм без дополнительных отверствий на боковой поверхности трубки. Применяют его для введения лекарственных веществ в полости тела.

*Смешанные дренажи* - это резиново-марлевые дренажи. Такие дренажи обладают отсасывающими свойствами за счет марлевой салфетки и оттоком жидкости по резиновому плоскому дренажу. Их называют «сигарные дренажи» - отрезанный от резиновой перчатки палец с несколькими отверстиями и рыхло введенный внутрь полоской марли или слоями переложенные марлевые салфетки и резиновые плоские дренажи. Применяются смешанные дренажи только в неглубоких ранах.

Трубчатые дренажи делятся на закрытые и открытые.

*Закрытый дренаж* - это трубчатый дренаж, свободный конец которого перевязан шелковой нитью или пережат зажимом. Применяется он для введения лекарственных средств или выведения содержимого раны и полости с помощью шприца. К закрытым дренажам относятся микроирригаторы, дренажи из плевральной полости.

*Открытый* дренаж - это трубчатый дренаж, свободный конец которого накрывается марлевой салфеткой или погружается в стерильный сосуд с антисептическим раствором.

**. Виды дренирования**

Дренирование может быть пассивным, активным и проточно-аспирационным.

*Пассивное* дренирование основано на пассивном оттоке отделяемого из раны и полости. Это могут быть плоские резиновые, «сигарные», трубчатые дренажи. Отток проводится в повязку или стерильный сосуд.

*Активное* дренирование основано на выведении содержимого полости и раны по трубчатому дренажу, свободный конец которого подсоединен к электроотсосу, водоструйному отсосу, одноразовой «гармошке», шприцу.

*Проточно-аспирационное* дренирование проводится для промывания глубоких ран и полостей тела антисептическими растворами. Применяются двойные, двухпросветные, многопросветные трубчатые дренажи. По одному дренажу антисептический раствор попадает в рану или полость, по другому выводится активно или пассивно. Промывание проводится **1-2** раза в день,

расходуется **1-2** литра антисептического раствора, который вводится ка-пельно **40-60** капель в одну минуту. Необходимо тщательно следить за соотношением количества вводимой и аспирируемой жидкости. После окончания манипуляции свободные концы дренажных трубок опускают в стерильный сосуд.

периоперативный хирургический дренирование

**4. Контроль за дренажной системой**

*·* емкость для сбора раневого отделяемого размещайте ниже уровня тела больного;

*·* регулярно следите за количеством и видом отделяемого по дренажу;

раз в сутки обрабатывайте антисептиком место стояния дренажа, изолируйте его повязкой и меняйте соединительные трубки;

*·* используйте только стерильные соединительные трубки и емкости для сбора отделяемого из раны или полости;

*·* отдавайте предпочтение герметичным аспирационным системам.

Контроль отделяемого по дренажам производят регулярно в течение всего времени нахождения дренажа в полости тела. Появление крови в просвете дренажа позволяет диагностировать полостное кровотечение, появление в отделяемом примеси кишечного содержимого - развитие несостоятельности анастомоза, появление гнойного экссудата - развитие внутриполостной инфекции.

Особенности ухода за дренажем зависят от вида дренирования. При пассивном дренировании дренажную трубку удлиняют с помощью другой пластиковой трубки, конец которой соединяют с емкостью для сбора отделяемого. Если емкость не герметична, то в нее предварительно наливают раствор антисептика, в который погружают дистальный конец дренажа.

При активном дренировании (вакуумировании) дренаж присоединяют к аспиратору, который создает постоянное разряжение ***10-15*** мм рт. ст.

Вакуумную емкость необходимо периодически опорожнять от накапливающейся жидкости, фиксируя ее вид и количество. В случае прекращения выделения жидкости по дренажу необходимо информировать лечащего врача, который выявляет причину (отсутствие отделяемого, перегиб трубки, закупорка) и устраняет ее.

При проточно-промывном дренировании используют 2 трубки: одну для введения раствора антисептика в рану, другую для эвакуации антисептика и раневого отделяемого. Раствор антисептика в дренаж можно вводить дробно - струйно или непрерывно - капельно. При непрерывном промывании трубку, предназначенную для введения раствора антисептика, присоединяют к системе для инфузии, а другую удлиняют и опускают в собирающую емкость, подвешенную к кровати ниже уровня тела больного. При дробном режиме промывания раствор антисептика вводят в рану шприцем 2-3 раза в сутки. В промежутках между введениями антисептика трубку, предназначенную для введения раствора, пережимают, а ее конец укрывают стерильной салфеткой. Трубку для отведения раневого отделяемого не пережимают, ее конец соединяют с емкостью для сбора отделяемого из раны.

Почти всегда операцию со вскрытием плевральной полости завершают дренированием последней для удаления воздуха, крови или другого отделяемого, скапливающегося в ней в послеоперационном периоде (рис.)

Дренаж обязательно присоединяют к аспиратору или опускают в сосуд с жидкостью, предварительно надев на его конец простейший лепестковый клапан - вскрытый палец хирургической перчатки (дренаж по Бюлау). При нарушении герметичности системы, отсоединении дренажа воздух засасывается по нему в плевральную полость, что ведет к развитию пневмоторакса с самыми опасными для жизни последствиями. В связи с этим дренаж должен быть надежно фиксирован к отсосу или бутылке с жидкостью (гидравлический затвор). Кожу в области установки дренажной трубки обрабатывают антисептиком и изолируют повязкой на перевязках. За состоянием этой повязки необходимо следить так же, как за состоянием повязки на ране. Необходимо постоянно контролировать эффективность дренажа, количество и состав отделяемого. Интенсивное красное окрашивание отделяемого и увеличение темпа поступления свидетельствуют о кровотечении в плевральную полость. Поступление большого количества воздуха указывает на повреждение легкого или нарушение герметичности аспирационной системы. Дренажи удаляют тогда, когда объем отделяемого из полости или раны не превышает ***40*** мл в сутки.

**Заключение**

«Оперируют хирурги, выхаживают сестры» - это дошедшее до нас историческое выражение, безусловно, имело стопроцентное подтверждение еще полтора века назад. Другими, в целом, были тогда задачи медицины, не было проблем старения и перенаселения, военно-травматических эпидемий, экологических катастроф, обусловленных научно-техническим прогрессом. Не было в то время государственных программ развития здравоохранения, основы развития современной медицины, ее профилактической направленности.

Сегодня медицинская сестра - довольно мобильная «лечебная единица». Это самый многочисленный медицинский корпус в структуре лечебно-профилактических учреждений. Не достаточно блестяще провести операцию, необходимо обеспечить качественный уход и реабилитацию пациентов, что невозможно без большой армии медицинских сестер: операционных, сестер - анестезисток, реанимационных, перевязочных, палатных. Уход за пациентом - это сфера, где профессионализм получает свое первое выражение.

Работа с дренажной системой после операции требует от медицинской сестры высокого профессионализма, ответственности, дисциплинированности.

Время не стоит на месте, новые технологии приходят и в медицину, создавая комфорт пациенту, совершенствуя условия оказания медицинской помощи. Но важным и ответственным моментом в работе медицинских сестер было и остается знание современных требований санитарно-противоэпидемического режима в лечебно-профилактических учреждениях, умение выполнять сестринские манипуляции в точном соответствии с требованиями стандартизации сестринских процедур, чтобы избежать осложнений при использовании дренажных систем.

**Литература**

1. «Сестринское дело в хирургии» издание пятнадцатое Ростов-на-Дону 2014 г.

. «Уход за хирургическими больными» В.Н. Чернов, А.И. Маслов Москва 21012г.

3. «Уход за хирургическими больными» Н.А. Кузнецов, А.П. Бронтвейн Москва 2011 г.

. «Основы ухода за хирургическими больными А.А. Глухов, А.А. Андреев Москва 2015 г.

. «Организация специализированного сестринского ухода» под редакцией З.Е. Сопиной Москва 2013 г.