**Определение послеоперационного периода**

По окончании операции больного переводят на каталку, транспортируют в палату и кладут на кровать зависимости от тяжести состояния, больного можно разместить в послеоперационной или в реанимационной палате с индивидуальным постом. В реанимационных палате должна быть подготовлена аппаратура для оказания необходимой помощи - аппарат искусственной вентиляции легких, набор для трахеостомии, дефибриллятор, средства для инфузионной терапии, лекарственные средства (адреналин, эфедрин, хлористый кальций и др.) До принятия больного палата должна быть убрана, проветрена, подготовленная чистая, без складок, белье, в холодное время года согретая с помощью грелок. Во время транспортировки в палату, а также к полному пробуждения от наркотического сна рядом с больным должна быть сестра анестезист или врач-анестезиолог, поскольку в стадии пробуждения после применения миорелаксантов может наступить рекураризация с остановкой дыхания или сердца. В этих случаях проводят повторную интубацию трахеи и искусственную вентиляцию легких, а при остановке сердца - закрытый массаж.

Лучше оперированного положить на функциональную кровать, которое позволяет предоставлять удобное положение, а при отсутствии его - на щит. С целью улучшения притока крови к головному мозгу положение больного в постели в течение первых двух часов - на спине, без подушки, а после выхода из наркоза ему придают положение, зависящее от характера операции. Изменение положения тела в первые часы после оперативного вмешательства допускается только с разрешения врача. Наиболее удобным является положение на правом боку, при котором облегчается работа сердца, улучшается функция пищеварительного тракта, уменьшается вероятность рвота. После операции на грудной и брюшной полостях необходимо полусидящее положение, предупреждает застойные явления в легких, облегчает дыхание и сердечную деятельность, способствует более быстрому восстановлению функции кишечника. Для того, чтобы больные не смещались в ножной конец кровати, необходимо возложить конечности на упорную подножку.

Для улучшения дренирования брюшной полости, дугласового пространства, органов малого таза применяют положение с приподнятым головным концом (положение Фаулера). После операций на позвоночнике, а также после некоторых вмешательств на головном мозге больной занимает положение на животе, если операция была на грудном или поясничном отделах позвоночника - под грудную клетку подкладывают мягкий валик.

Всегда надо помнить, что любое положение больного, даже удобное и оптимальное, необходимо как можно раньше и чаще (с разрешения врача) изменять, что будет способствовать уменьшению послеоперационных осложнений, поднимет общий тонус организма, улучшит кровообращение.

Послеоперационным больным медицинская сестра выполняет все необходимые назначения врача. Вводит внутримышечно или подкожно обезболивающие средства: в первый день после операции через каждые 3 часа наркотические анальгетики (растворы промедола, омнопона), а в последующие дни - ненаркотические анальгетики (анальгин, баралгин) по необходимости. Больному подключают систему и внутривенно капельное вводят препараты крови, средства для коррекции внутренней среды организма и другие препараты. Медицинская сестра следит за основными системами и органами, а при выявлении изменений самостоятельно оказывает помощь или вызывает врача.

**Уход за послеоперационной раной**

На участок послеоперационной раны необходимо положить пузырь со льдом или, реже, мешочек с сыпучим грузом (песком) для профилактики кровотечения. Пузырь со льдом способствует сужению сосудов кожи, а также прилегающих тканей и снижению чувствительности нервных рецепторов. Его заполняют мелкими кусочками льда, выжимают остатки воздуха, плотно закрывают крышку, обертывают полотенцем и прикладывают к ране. Нельзя наливать в пузырь воду и замораживать ее в морозильнике, поскольку поверхность образованного льда будет очень большой, что может привести к переохлаждению участка раны. Пузырь со льдом можно держать 2-3 ч, а при необходимости и больше, но через каждые 20-30 мин его обязательно надо забирать на 10-15 мин. По мере того, как лед в пузыре будет таять, воду необходимо сливать, а кусочки льда добавлять.

Если на рану кладут мешочек с грузом, то он выполняет функцию, подобную сжимающей повязки - прижимает сосуды на поверхности и в глубине раны. После применения ткани замачивают в дезраствором, стирают и стерилизуют, грузы очищают от крови, раневых выделений, протирают раствором хлорамина (хлорантаину), а затем на сутки помещают в полиэтиленовые пакеты, куда кладут ватные шарики, смоченные 10% раствором формальдегида.При уходе за раной в тех случаях, когда повязка сползла, медицинская сестра должна ее поправить. Когда повязка быстро пропитывается кровью, перебинтовывать ее противопоказано, необходимо вызвать врача. Следующий день после операции необходимо сделать перевязку раны, осмотреть и пропальпировать. При благоприятном течении послеоперационного процесса перевязку проводят редко, чтобы не травмировать грануляции. Швы снимают в два этапа, чаще на 7-8 день, при некоторых операциях - на 11-12 день.

**Уход за сердечно-сосудистой системой**

В ранний послеоперационный период медицинская сестра измеряет пульс и давление больного ежечасно. При измерении пульса обращается-ют внимание на его частоту, ритмичность, наполнение и напряжения. Необходимо помнить, что повышение температуры тела больного на 1 ° С сопровождается учащением пульса на 8-10 уд. /Мин. Если у оперированного частота пульса опережает температура или температура снижается, а пульс учащается, это указывает на неблагоприятное течение послеоперационного периода. После операции у больного может развиться коллапс - острая сосудистая недостаточность. Больной бледен, конечности холодные, значительная тахикардия, артериальная гипотензия.

Процедура сестры при коллапсе:

. Немедленно вызвать врача

. Обеспечить больному строгий покой, горизонтальное положение в постели, без подушки, с несколько приподнятыми ногами

. Укрыть больного одеялом, к ногам приложить теплые грелки

. Обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляцию кислорода

. Подготовить необходимые лекарственные средства: строфантин, мезатон, флакон с физраствором и т.д.

**Уход за желудочно-кишечным трактом**

После любой операции под наркозом больному позволяется пить через 2-3 часа. После операции на органах пищеварения пить разрешается значительно дольше (например, после операции на кишечнике - 1-2 суток). Больному можно смачивать полость рта небольшими порциями кипяченой воды с лимоном. Для профилактики стоматита ротовую полость обрабатывают раствором калия перманганата (1:5000), 2% раствором борной кислоты (рис. 3.3). Для усиления слюноотделения рекомендуется сосать лимон. При выраженной сухости языка его смазывают смесью глицерина с лимонным соком или раствором лимонной кислоты. Если пациент самостоятельно не может ухаживать за полостью рта,медсестра должна помочь ему почистить зубы. Очень часто после операций на ЖКТ возникает вздутие кишечника. В таком случае необходимо ввести больному газоотводную трубку. Также по назначениям врача могут проводиться гипертонические или сифонные клизмы. Первое самостоятельное отхождение газов, а также появление перистальтики является благоприятными признаками. Частым проявлением осложнений послеоперационного периода со стороны органов пищеварения является рвота.

Медицинский персонал должен помочь больному справиться с этим осложнением.

Последовательность действий медсестры при рвоте

. Наденьте резиновые перчатки.

. Если позволяет состояние, необходимо посадить больного и одеть на него клеенчатый фартук.

. Подставьте к ногам таз или ведро.

. Придерживайте при рвоте голову больного, положив ладонь на его лоб.

. После окончания рвота дайте больному пополоскать рот водой и вытрите ему лицо полотенцем.

. Оставьте рвотные массы до прихода врача. Если больной находится в бессознательном состоянии или состояние его настолько тяжелое, что его нельзя посадить, последовательность действий медсестры при рвоте такая:

. Наденьте резиновые перчатки.

. Поверните больного на бок, а если это противопоказано, повернуть голову больного на левый бок для предупреждения аспирации рвотных масс.

. Шею и грудную клетку прикройте полотенцем.

. Подставьте в рот больного пластиковый лоток или таз.

. После каждого акта рвоты обработайте полость рта водой или 2% раствором натрия гидрокарбоната, если это необходимо, то отсосите остатки рвотных масс изо рта с помощью грушевидного баллона.

Слабительные клизмы показаны для стимуляции самостоятельной дефекации в послеоперационный период, а также при тяжелых запорах, повышении внутричерепного давления, при кровоизлияниях в мозг.

**Техника проведения слабительной клизмы**

Материальное обеспечение: грушевидный баллон, газ отводная трубка, 100-200 г масла (подсолнечного, конопляного или вазелинового), подогретой до температуры 34-38°С, клеенка, шприц Жане, 200 мл 10% раствора хлорида натрия

Противопоказания трещины заднего прохода, геморрой, гнойные и язвенные воспалительные процессы в прямой кишке Осложнения при соблюдении техники выполнения не возникают. Грушеподобным баллоном в прямую кишку вводят смесь такого состава 20 мл 10% раствора натрия хлорида, 20 мл глицерина и 20 мл 1% раствора перекиси водорода после введения раствора больные должны полежать в течение 10-15 мин на левом боку для предотвращения утечки смеси.

**Питание больных в послеоперационный период**

Питание в послеоперационный период должно соответствовать характеру заболевания, объему выполненной операции, а также особенностям ее течения В первые два дня после любой операции пища должна быть свежеприготовленной, теплой, жидкой. первые блюда, которые позволяют есть, - это бульоны, кисели, простокваша, сырые или всмятку яйца, котлеты, приготовленные на пару, сыр, жидкие каши. После окончания раннего послеоперационного периода больным без сопроводительных заболеваний назначают общую диету № 15. Питание после некоторых оперативных вмешательств следующее:

) после операций на желудке и тонкой кишке в течение первых 1-2 дней рекомендуют голод, питание в это время обеспечивается только парентеральным введением растворов глюкозы, белков и т.д. Через 2-3 дня назначают жидкую диету - стол № 1а, затем № 16, а начиная с 7-го дня - кашеобразную пищу. Начиная с 10-12 дня, больного постепенно переводят на общий стол

) диета больных после вмешательств на брюшной полости, но без вскрытия желудка и кишечника должна быть скорректированной для предупреждения газообразования. Дают все продукты, отвечающие столу № 1а, кроме молочных

) после выполнения операций на толстой кишке диета направлена на то, чтобы у больного в течение 4-5 дней не было стула из рациона исключают продукты, содержащие много клетчатки, - черный хлеб, овощи, фрукты

) после некоторых операций на ротовой полости, пищеводе, а также ослабленным больным, больным без сознания может проводиться искусственное питание через катетер или через гастростому, если она наложена на желудок, а в некоторых случаях - с помощью клизмы. Остановимся более подробно на некоторых видах питания больных.

**Энтеральное питание**

К энтерального питания принадлежит питание через желудочный зонд, гастростому или через клизму

Методика кормления

Материальное обеспечение: стерильный тонкий резиновый зонд диаметром 0,5-0,8 см, вазелин или глицерин, воронка или шприц Жане, жидкая пища (сладкий чай, морс, сырые яйца, бульон и т.д.), резиновые перчатки

Алгоритм действия

.Наденьте резиновые перчатки.

. Обработайте зонд вазелином (глицерином).

. Через один из носовых ходов введите зонд на глубину 15 см

. Определите местонахождение зонда. При правильно проведенной процедуре конец зонда должен быть в носоглотке. Если конец зонда сместился вперед, его необходимо пальцем прислонить к задней стенке глотки.

. Голову больного слегка нагнуть вперед и правой рукой просунуть зонд вперед. Если больной не поперхнулся или из зонда не отсасывается воздуха - зонд в пищеводе Просуньте его еще на 10-15 см.

. Соедините свободный конец зонда с воронкой (шприцем Жане)

. Медленно вылейте в воронку приготовленную пищу

. Затем влейте чистую воду (промывание зонда) и отсоедините воронку (шприц Жане).

. Внешний конец зонда закрепите в области головы больного так, чтобы он ему не мешал. Зонд не забирают в течение всего периода кормления, который может длиться 2-3 недели.

Питание через гастростому. При кормлении больного через гастростому (зонд, введенный в желудок через переднюю брюшную стенку) к ее свободному концу подсоединяют воронку и вводят сначала небольшое количество пищи - по 50 мл 6-7 раз в сутки, а затем постепенно увеличивают объект объем введения в 300-500 мл, уменьшая кратность. Иногда больному разрешают разжевывать пищу, затем разводят ее в стакане с жидкостью, а уже в разведенном виде выливают в воронку.

Питание через клизму. С помощью клизмы через прямую кишку капельное вводят 300-500 мл подогретого до 37-38 ° С питательного раствора - 5% раствор глюкозы, раствор аминокислот, физиологический раствор. Можно провести подобное кормление помощью грушевидного резинового баллона, но однократный объем вводимого раствора должен быть небольшим.

**Парентеральное питание**

Этот вид питания применяют после операций на желудке, пищеводе, кишечнике и при некоторых других состояниях. для данной процедуры необходимо вводить в организм основные питательные вещества белки, жиры, углеводы, воду, соли и витамины. из белковых препаратов чаще вводят гидролизин, белковый гидролизат казеина, альвезин т.п.; из жировых - липофундин, интралипид; из углеводных - 10% раствор глюкозы. Для пополнения организма минеральными солями необходимо вводить в сутки до 1 л электролитов. Препараты для парентерального питания вводят внутривенно капельно. Перед введением их необходимо подогреть на водяной бане до температуры тела (37-38 ° С). Необходимо следить за скоростью введения препаратов. Так, белковые препараты в первые 30 мин вводят со скоростью 10-20 капель в минуту, а затем постепенно в течение 30 мин скорость введения увеличивают до 60 капель в минуту. Подобным образом вводят и другие средства. При более быстром введении белковых препаратов может возникнуть ощущение жара, гиперемия лица, затрудненное дыхание.

**Уход за кожей и слизистыми оболочками**

Больные в первый день после операции бледные, но на следующий день кожа, как правило, приобретает нормальный цвет Усиление бледности кожи может указывать на внутреннее кровотечение .явление гиперемии кожи лица, а также повышение температуры тела может быть признаком воспаления легких. Желтушность кожи и склер указывает на патологию печени и желчных путей. Кожные покровы необходимо содержать в чистоте, для чего лежачему больному помогают мыть лицо и руки, проводят частичную санитарную обработку кожи подобно тому, как при подготовке к экстренной операции. После каждого акта дефекации, а также при загрязнении участка гениталий больных необходимо подмывать.

**Техника подмывания больного**

Материальное обеспечение: емкость с теплой (30-35 ° С) водой или со слабым раствором перманганата калия, корнцанг, салфетка, судно, резиновые перчатки.

Алгоритм действия

. Наденьте резиновые перчатки.

. Подведите под спиной больного левую руку, помогите ему поднять таз.

. Правой рукой приподнимите и расправьте под тазом клеенку, поверх которой поместите судно и опустите таз больного.

. Встаньте справа от больного и, держа кувшин в левой руке, а корнцанг с салфеткой - в правой, наливайте антисептик из кувшина на участок половых органов, салфеткой в это время протирайте промежность, кожу вокруг нее, совершая движения от половых органов к заднему проходу.

. Просушите другой салфеткой кожу промежности в том же направлении, уберите судно и клеенку.

Необходимо помнить, что подмышечные и паховые области и складки кожи под молочными железами необходимо обрабатывать чаще, поскольку в этих участках часто возникает опрелость.

Пролежни. Пролежни образуются в местах длительного сдавления мягких тканей Они локализуются преимущественно в участках лопаток, крестца, большого вертела или пяток, образованию их способствуют нарушения трофики, обмена веществ, истощение, смачивание кожи мочой, потом, раневым содержимым, наличие складок на постельном белье, крошек пищи после кормления, нечастое перестилание, плохой уход за кожей

Первым признаком пролежней является бледность кожи с последующим покраснением.

В дальнейшем появляются отек, омертвение и отслойка эпидермиса некроз кожи

Профилактика пролежней:

менять положение больного несколько раз в день,

расправлять, встряхивать простынь, чтобы не было складок и крошек,

тяжелобольным необходимо под крестец подкладывать надувной резиновый круг 5-6 раз в день необходимо протирать кожу в тех участках, которые соприкасаются с кроватью: камфорным спиртом том, одеколоном, слабым раствором уксуса (1 столовая ложка уксусной кислоты на 200-300 мл воды),

при покраснении кожи следует периодически растирать ее сухим полотенцем,

ежедневно проверять кожу спины и ягодичных участков,

регулярно подмывать пациента водой с мылом, протирать тальком,

под крестец подложить мешочки с просом, семенами льна, под пятки - ватно-марлевые кольца,

постоянно проводить массаж спины, крестца.

**Уход за органами дыхания**

опасным осложнением послеоперационного периода со стороны органов дыхания является застойная пневмония. Для ее профилактики рекомендуют полусидящее положение в постели, раннее вставание после операции. Кроме того, необходимо бороться с метеоризмом кишечника, что будет способствовать нормальной экскурсии легких.

С первых же дней после операции необходимо заставлять больного глубоко дышать, делать дыхательную гимнастику несколько раз в день. Он должен откашливать мокроту. Показаны также Перкуссионный и вибрационный массаж грудной клетки, лечебная гимнастика, применение банок и горчичников. Положительный результат дает раздувание резиновых камер, детских игрушек, дыхание через маску наркозного аппарата, соединенную с трубкой, которую погружают в воду на глубину 7-10 см.

**Оксигенотерапия**

В послеоперационный период тяжелым больным часто приходится проводить оксигенотерапию. Ее можно осуществить путем централизованной подачи кислорода, с помощью кислородной подушки или баллона.

При централизованной подачи кислорода кислородные баллоны содержатся в специальной комнате и через систему трубок кислород подается в дозиметры, где он увлажняется и через носовой катетер или носовую канюлю подается больному.

**Техника введения носового катетера**

. Наденьте резиновые перчатки.

. Прокипятите катетер и смажьте его стерильным вазелином.

. Введите катетер в нижний носовой ход и далее в глотку - на глубину 15 см Кончик введенного катетера должно быть видно при осмотре зева.

. Внешнюю часть катетера зафиксируйте с помощью лейкопластыря на щеке, чтобы он не опустился в пищевод.

. Откройте кран дозиметра и подавайте кислород из Скоростью 2-3 л/мин, контролируя скорость по шкале.

Техника введения носовой канюли

. Наденьте резиновые перчатки.

. Вставьте концы канюли в ноздри пациента.

. С помощью эластичной повязки (фиксатора) для головы-фиксируйте канюлю так, чтобы она не вызывала у пациента от-чувств неудобства.

. Закрепите носовую канюлю к источнику увлажненного кислорода с нужной концентрацией и скоростью его подачи.

. Обеспечьте достаточную подвижность кислородных трубок и прикрепите их к одежде.

. Проверяйте состояние канюли через каждые 8 ч, наблюдайте за тем, чтобы увлажняющая емкость была постоянно полной.

. Периодически осматривайте слизистую носа и ушные раковины пациента для выявления возможных раздражений кожи.

В небольших больницах, где нет централизованной подачи газов, его можно подавать непосредственно из кислородного баллона, содержащийся в палате Кислород взрывоопасен, и поэтому при работе с баллонами нужно соблюдать правила техники безопасности

Баллон должен быть установлен в металлическое гнездо и закреплены ремнями или цепью.

. Баллон должен находиться не ближе 1 м от отопительной системы.

. Баллон должен быть защищен от прямого солнечного света.

. Выпускать газ из баллона только через редуктор, на котором установлен манометр, позволяющий контролировать давление кислорода на выходе.

. Запрещается использовать баллоны и редукторы, у которых закончился срок эксплуатации.

. Запрещается смазывать руки жирным кремом при работе с кислородным баллоном.

Оксигенация с помощью кислородной подушки. Кислородная подушка - это прорезиненный мешок, который имеет в комплекте резиновую трубку с краном и мундштук. Она содержит от 25 до 75 л кислорода, которым ее заполняют из кислородного баллона. Перед началом оксигенации мундштук обматывают 2-3 слоями влажной марли, для увлажнения кислорода применяют натрия гидрокарбонат или медицинский спирт Затем мундштук плотно прижимают ко рту больного и открывают кран, с помощью которого ориентировочно регулируют поступление кислорода Вдох производится через мундштук ртом, а выдох - носом Когда количество кислорода в подушке значительно уменьшится, для увеличения его поступления необходимо нажимать на подушку свободной рукой После использования мундштук дважды протирают 3% раствором перекиси водорода или этиловым спиртом Этот способ оксигенации считают наименее целесообразным из-за больших потерь кислорода, а также из-за невозможности точно и равномерно его дозировать

**Уход за мочевыделительной системы**

Часто после операций на органах брюшной полости, в особенности на органах малого таза, происходит задержка мочи Главная причина - это боязнь боли при сокращении мышц живота и неумение мочиться лежа. Если это возможно, необходимо разрешить больному мочеиспускания в обычном положении. При задержке мочи можно положить грелку на надлобковую участок или промежность. Необходимо попытаться вызвать мочеиспускание рефлекторно. Для этого нужно открыть кран с проточной водой в палате, полить на половые органы лежащего на судне больного теплой водой. При отсутствии эффекта проводят катетеризацию мочевого пузыря.

**Список литературы**

послеоперационный период пролежень профилактика

1. Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. М.: Медицина, 1988.

. Тимофеев Н.С., Тимофеев Н.Н. Асептика и антисептика. Ленинград: Медицина, 1980.

. Усов Д.В. Избранные лекции по общей хирургии. Тюмень. 1995.

. Учебное пособие по общей хирургии. / Под ред. Чернова В.Н. М.: Книга, 2003.

. Хоронько Ю.В., Савченко С.В. Справочник по неотложной хирургии. Ростов-на-Дону: Феникс, 1999.