Содержание

ВВЕДЕНИЕ

Глава 1.СЕСТРИНСКИЙ УХОД НАПРАВЛЕННЫЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

.1 Понятия о послеоперационном периоде

.2 Виды послеоперационных осложнений

.3 Профилактика послеоперационных осложнений

.4 Принципы наблюдения за послеоперационным пациентом

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Глава 2.ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

.1 Характеристика реанимационного отделения

.2Анализ анкетирования

.3Анализ статистических данных

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ПРИЛОЖЕНИЯ

Введение

Актуальность выбранной темы связан с тем, что несмотря на достижения современной медицины, частота послеоперационных осложнений в нейрохирургии, челюстно-лицевой, торакальной, абдоминальной и сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, акушерстве и гинекологии остается высокой.Остро стоит и сама проблема послеоперационных осложнений, развитие которых заметно отягощает основное заболевание, удлиняет время пребывания больного в стационаре, увеличивает стоимость лечения, нередко служит причиной летальных исходов и негативно сказывается на сроках восстановления трудоспособности оперированных больных. Поэтому изучение этиологической структуры, патогенетических аспектов, клинических проявлений, совершенствование методов диагностики, а также организация рациональной профилактики и лечения послеоперационных осложнений являются актуальными на сегодняшний день задачами для всех областей хирургии. Значительная роль в профилактике осложнений принадлежит медицинской сестре, так как именно она ведет постоянное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде. В многочисленных публикациях, посвященных проблеме после операционных осложнений в хирургии, было убедительно доказано, что послеоперационные осложнения:

ухудшают результат хирургического лечения;

увеличивают летальность;

увеличивают длительность госпитализации;

увеличивают стоимость стационарного лечения.

Послеоперационный период начинается с момента окончания операции и продолжается до выписки больного из отделения. Плохо проведенный послеоперационный период, особенно первые дни, после операции, может привести к неблагоприятному исходу и удлинить послеоперационный период. Медицинский персонал обязан предотвратить любые осложнения, а если они возникнут, должен приложить все усилия к их устранению. Невнимательное отношение к первым отклонениям от нормального течения послеоперационного периода стоит иногда жизни больному. Основная тяжесть ведения послеоперационного периода ложится на медицинскую сестру, которая не только своевременно вводит больному лекарства, но и ухаживает за ним, участвует в кормлении, следит за гигиеническим состоянием кожи и ротовой полости. Кроме того, сестра почти постоянно находится около больного, поэтому чаще других и первой замечает ухудшение состояния больного и бывает вынуждена иногда самостоятельно оказать первую помощь (дача кислорода, удаление рвотных масс из носоглотки, остановка кровотечения прижатием и т. д.). На медицинской сестре лежит обязанность научить правилам ухода за больными младший медицинский персонал. Опытная, наблюдательная медицинская сестра является ближайшим помощником врача, от нее нередко зависит успех лечения. В послеоперационный период все направлено на восстановление физиологических функций пациента, на нормальное заживление операционной раны, на предупреждение возможных осложнений. Правильное и своевременное выполнение врачебных назначений и чуткое отношение к больному создают условия для быстрого выздоровления. Сестра должна привлекать к уходу членов семьи, что имеет огромное значение для пациентов. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания, становится первым шагом к профилактике после операционных осложнений.

Цель исследования: изучить особенности работы медицинской сестры при уходе за послеоперационным пациентом, проанализировать знания медсестер и статистические данные по послеоперационным осложнениям.

Объект исследования: послеоперационные осложнения.

Предмет исследования: сестринский уход направленный на профилактику послеоперационных осложнений.

Задачи исследования:

)изучить основные виды послеоперационных осложнений.

)сформулировать мероприятия направленные на профилактику послеоперационных осложнений .

) провести анализ знаний медсестры по ПОП

)провести анализ статистических данных

Методы исследования: изучить специализированную медицинскую литературу, проанализировать статистические данные, анкетирование медсестер.

Глава 1.Сестринский уход, направленный на профилактику послеоперационных осложнений

.1 Понятие о послеоперационном периоде

Послеоперационный период - это время с момента окончания операции до восстановления трудоспособности или её стойкой утраты (инвалидности).

Основными задачами этого периода являются:

предупреждение возможных осложнений;

своевременное их распознавание и лечение;

облегчение состояния больного;

ускорение процессов регенерации в организме больного;

восстановление трудоспособности больного.

Основные стадии этого периода:

ранняя реанимационная (3-5 дней);

поздняя послеоперационная (2-3 недели);

отдаленная (реабилитационная, от 3 недель до 3-6 месяцев).

В этот период пациент находится в определенном состоянии, которое обусловлено предшествующей болезнью, оперативным вмешательством по ее устранению и наркотическими средствами, применяемыми во время операции. В целом послеоперационное состояние пациента следует рассматривать как «послеоперационную болезнь» - переходный период от стрессового состояния к выздоровлению. Стресс вызывается операцией и наркозом, а выход из него зависит от исходного состояния (основной болезни и предоперационной подготовки), результатов операции и механизмов адаптационной защиты у пациента.Проявляется это в изменениях состояния гомеостаза и жизнедеятельности всех органов и систем организма. Несмотря на выраженные индивидуальные различия, имеется ряд общих закономерностей, характеризующих течение послеоперационного периода. Операция и наркоз приводят к определенным патофизиологическим изменениям в организме. Они в общем плане и отражают его ответную реакцию на операционную травму. При этом мобилизуются системы защитных факторов и компенсаторных механизмов, направленных на устранение негативных последствий операционного стресса и восстановление гомеостаза. Принципиально операция не вызывает новых обменных процессов, а изменяет лишь их интенсивность, соотношение катаболических и анаболических реакций. По их выраженности в послеоперационном периоде выделяют три фазы: катаболическую, обратного развития и анаболическую.

Катаболическая фаза наблюдается у всех больных от 3 до 5 дней, но степень ее выраженности зависит от тех изменений в организме, которые имели место до операции, ее тяжести (объем, продолжительность, кровопотеря) и качества послеоперационного ухода (коррекции и компенсации гиповолемии, нарушений метаболических процессов и функционального состояния различных органов и систем). Ее следует рассматривать как защитную реакцию организма, направленную на быструю доставку субстратов метаболизма и пластических компонентов.Главным явлением этой фазы считается повышенный распад белка, что обусловливает уменьшение не только количества мышечной массы и соединительной ткани, но и дефицит ферментных белков. Прежде всего утилизируются белки печени, плазмы крови и желудочно-кишечного тракта. Именно в этих системах отмечается недостаток ферментов. Потери белка в организме в течение этой фазы составляют 200-500 г. Особенно это неблагоприятно протекает при исходной гипопротеинемии. Катаболическая фаза проявляется рядом нейроэндокринных реакций: активацией функций гипоталамуса и гипофиза, симпатико-адреналовой системы, повышенным синтезом и поступлением в кровь катехоламинов, глюкокортикоидов, альдостерона, АКТГ, ТТГ. В крови снижается уровень инсулина и повышается количество гликогена, усиливается синтез ренина и ангиотензина.Нейрогуморальные нарушения, и особенно гиповолемия, приводят к изменениям сосудистого тонуса, спазму сосудов, нарушениям кровообращения и микроциркуляции тканевого дыхания, гипоксии и метаболическому ацидозу. Эти изменения сопровождаются нарушениями водно-электролитного баланса, выходом жидкости из кровеносного русла в межтканевые пространства и клетки, а это приводит к сгущению крови и стазу форменных элементов. Изменения метаболизма характеризуются преобладанием анаэробного гликолиза над аэробным вследствие тканевой гипоксии. На этом фоне нарушается функциональное состояние ряда органов и систем в организме, прежде всего сердца, почек и печени.

Клинически катаболическая фаза характеризуется комплексом системных синдромов. Дыхательный синдром проявляется учащенным и менее чем в норме глубоким дыханием со снижением жизненной емкости легких на 30-50%. Поверхностное дыхание может быть связано с болями, парезом кишечника и т.д.

Кардиальный синдром характеризуется учащением пульса, повышением артериального давления, снижением ударного объема сердца, возникновением экстрасистолий. На этом фоне отмечается бледность кожных покровов.

Неврологический синдром развивается вначале вследствие влияния наркотических и седативных веществ, способствующих заторможенности, сонливости и нередко безучастности к окружающей обстановке. В последующем из-за прекращения действия наркотических средств и усиления болей возникают беспокойство, неустойчивость психической деятельности, что проявляется возбуждением или угнетением. Нарушение психической деятельности может усугубляться при возникновении осложнений, усиливающих гипоксию, вплоть до развития послеоперационного психоза.По этому синдрому можно выделить две группы пациентов: предъявляющих массу жалоб и требований, не всегда обоснованных, и совершенно «спокойных», которые могут скрывать (терпением) симптомы возникших осложнений.

Гепаторенальный и кишечный синдромы развиваются в связи с нарастанием диспротеинемии, ферментными нарушениями, снижением кинетики желудочно-кишечного тракта и мочевых путей. Вследствие снижения почечного кровотока усиливается диурез, чему способствует и повышение уровня альдостерона. Снижение перистальтики кишечника приводит к вздутию живота, явлениям пареза кишечника.

Фаза обратного развития - это переходное состояние между катаболической и анаболической фазами. Начинается через 3- 5 дней и продолжается 4-5 дней. В этот период происходит фактически исчезновение всех негативных синдромных проявлений катаболической фазы. При отсутствии осложнений к 4-5-му дню после операции отмечается исчезновение болей, нормализация температуры, появление аппетита. Кожа становится розового цвета, дыхание глубоким, более редким. Снижается частота сердечных сокращений, нормализуется артериальное давление.Активизируется функция кишечника, появляются газы, стул. Повышается диурез. Больные становятся более активными, с полной адекватностью оценки своего состояния и окружающей обстановки.

Анаболическая фаза характеризуется активацией метаболических процессов - усилением биосинтеза белка, гликогенов и жиров, потерянных в периоды операции и катаболической фазы. Повышение уровня белка в крови и органах обеспечивает репаративные процессы, рост и развитие соединительной ткани. В связи с увеличением продукции соматотропного гормона, обладающего антиинсулиновым эффектом, восстанавливаются запасы гликогена. Восстанавливается функциональная активность сердечнососудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта.  
Улучшаются самочувствие и настроение больных, повышается аппетит, что трактуется как выздоровление. В эту фазу выписываются из стационара. Однако анаболическая фаза продолжается до восстановления массы тела и полного выздоровления. По времени это зависит от тех же обстоятельств: исходного состояния, тяжести операции, осложнений во время операции и в послеоперационном периоде. Поэтому продолжительность ее может быть до 3-5 недель.

Ведение послеоперационного периода осуществляется с учетом особенностей его течения по этапам. После операции пациент переводится в отделение интенсивной терапии, в котором имеются условия для ее проведения, мониторного наблюдения за функциональным состоянием основных систем жизнедеятельности организма и оказания при необходимости экстренной помощи по всем направлениям.Интенсивное наблюдение за послеоперационным пациентом предусматривает постоянное наблюдение за общим состоянием и самочувствием, цветом кожных покровов, функциональным состоянием органов и систем.Постоянную информацию обеспечивают мониторные системы, регистрирующие ЧСС, артериальное и центральное венозное давление, ЭКГ, сердечный выброс, частоту дыхания, насыщение крови кислородом, потребление кислорода тканями и др. Периодическая информация включает функциональные (ОЦК и его компоненты, сердечный выброс, вентиляционно-перфузионные отношения в легких, диурез и др.), лабораторные и биохимические (КОС, константы крови, показатели билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, осмоляльности, свертывающей системы крови и др.) данные. Совершенно нет необходимости в таком интенсивном слежении и обследовании всех послеоперационных больных. Должный объем таких исследований определяется в каждом конкретном случае (больные I-II-III степени тяжести, или легкие, средние и тяжелые): одним больным должен проводиться минимум таких исследований, а другим - в максимальном объеме.

.2 Виды послеоперационных осложнений

Послеоперационное осложнение - это новое патологическое состояние, не характерное для нормального течения послеоперационного периода и не являющееся следствием прогрессирования основного заболевания. Осложнения важно отличать от операционных реакций, являющихся естественной реакцией организма больного на болезнь и операционную агрессию. Послеоперационные осложнения в отличие от послеоперационных реакций резко снижают качество лечения, задерживая выздоровление, и подвергают опасности жизнь пациента. Выделяют ранние (от 6-10% и до 30% при продолжительных и обширных операциях) и поздние осложнения.

Осложнения в периоде реанимации и раннем послеоперационном периоде:

Остановка сердца, фибрилляция желудочков

Острая дыхательная недостаточность (асфиксия, ателектаз, пневмоторакс)

Кровотечения (из раны, в полость, в просвет органа)

Поздние осложнения:

Нагноение раны, сепсис функции

Нарушение анастомозов

Спаечная непроходимость

Хроническая почечно-печеночная недостаточность

Хроническая сердечная недостаточность

Абсцесс легкого, эпиема плевры

Свищи полых органов

Тромбозы и эмболии сосудов

Воспаление легких

Парез кишечника

Сердечная недостаточность, аритмии

Недостаточность швов, нагноение раны, эвентерация

Острая почечная недостаточность

Наиболее часто встречаются:

Легочные осложнения.В зависимости от локализации и характера процесса различают следующие послеоперационные легочные осложнения: 1) бронхиты, 2) ранние пневмонии (очаговые или долевые); 3) септические пневмонии, 4) инфарктпневмонии (эмболические пневмонии); 5) массивный ателектаз легких; 6) плевриты. Наблюдаются также аспирационные, тяжело протекающие пневмонии с наклонностью к гангрене легких и гипостатические пневмонии, развивающиеся у тяжелобольных чаще в предагональном периоде. Особое место занимают послеоперационные легочные осложнения, связанные с обострением компенсированного до операции туберкулеза легких, а также абсцессы и гангрена легких, которые возникают главным образом на фоне септической пневмонии.Легочные осложнения в послеоперационном периоде, особенно в форме бронхитов и ранних пневмоний, встречаются еще довольно часто. По статистике А. А. Нечаева (1941), захватывающей около 450000 операций 67 авторов, процент легочных осложнений колеблется от 0 до 53. Такая разница частоты легочных осложнений связана с целым рядом моментов, среди которых большую роль играют различные операции и контингент больных, а также неодинаковое толкование понятия «легочное осложнение».

Из различных клинических форм легочных осложнений по частоте на первом месте стоят бронхиты, на втором - ранние пневмонии. Если выделить послеоперационные пневмонии как наиболее тяжелые легочные осложнения, то частота их у оперированных, по данным некоторых авторов, доходит до 11,8%. У умерших после операции пневмонию находят в значительном проценте случаев, по А. А. Нечаеву от 6 до 36,8 и по Г. Ф. Благману 14,27. Отсюда следует, что легочные осложнения занимают значительное место в причинах послеоперационной смертности.При различных операциях частота легочных осложнений неодинакова. Легочные осложнения у больных после чревосечений развиваются в 4-7 раз чаще, чем после других операций. Ранние пневмонии и бронхиты у этих больных объясняются ухудшением вентиляции легких при поверхностном дыхании вследствие болей в послеоперационной ране и высокого стояния диафрагмы в результате метеоризма. Характер и область вмешательства при чревосечении имеют определенное влияние на частоту и тяжесть легочных осложнений. Значительно чаще они развиваются при операциях в верхнем отделе брюшной полости (па желудке, на печени и пр.), что связано с особо сильным и длительным нарушением легочной вентиляции. В этих случаях преобладают ранние пневмонии. При операциях в нижней части живота (аппендициты, грыжи и т. д.) легочные осложнения встречаются реже.

Бронхиты развиваются с первых суток после операции и характеризуются постепенным затруднением дыхания, кашлем, обычно с выделением мокроты, обильным количеством сухих и влажных крупнопузырчатых хрипов и небольшим повышением температуры.

При ранних пневмониях, которые нередко развиваются на фоне предшествующего бронхита, к концу вторых суток после операции обычно наблюдается уже ясная клиническая картина.

Первое, что обращает на себя внимание, это повышение температуры, которая, постепенно нарастая, к концу 2-3-х суток уже достигает значительных цифр (38,5- 39°). Больной отмечает легкий озноб, зябкость. Затруднение дыхания, небольшие боли в груди при дыхании являются вторым симптомом, заставляющим врача тщательно обследовать состояние легких. Наличие сильных болей наиболее характерно дляинфарктпневмонии и может служить дифференциально-диагностическим признаком. Кашель не является обязательным симптомом и нередки случаи, когда в первые дни он отсутствует, несмотря на наличие пневмонического очага. При объективном исследовании обычно удается отметить румянец на щеках, легкий цианоз губ, несколько возбужденное состояние больного, значительное учащение дыхания. Нередко одышка бывает настолько сильной, что заставляет больного принять вынужденное полусидячее положение. Пульс улучшается соответственно понижению температуры. При перкуссии легких у этих больных выявляется спереди тимпанический оттенок, а сзади, ниже угла лопатки, отмечается укорочение звука, через 1-2 дня переходящее в тупость. Локализация тупости лопатки объясняется тем, что в большинстве случаев (около 95%) ранние послеоперационные пневмонии локализуются в нижнезадних отделах легких, чаще (около 80%) с обеих сторон. При аускультации, начиная со 2-3-го дня, можно выслушать в области притупления жесткое или бронхиальное дыхание, на фоне которого нередко слышна крепитация. В первые же 2 дня почти во всех случаях (96%) отмечается наличие звонких мелко- и среднепузырчатых хрипов. Кашель обычно бывает несильный, с небольшим количеством вязкой слизисто-гнойной, трудно отделяющейся мокроты. Рентгенологическое обследование, при котором выявляется четкое затемнение, позволяет подтвердить и уточнить диагноз.

Повышенная температура в среднем держится 5-7 дней, затем она литически снижается. Перкуторные и аускультативные данные постепенно становятся более выраженными, мокрота, откашливаемая с трудом, выделяется в большем количестве. При исследовании крови отмечается умеренно выраженный лейкоцитоз.Продолжительность ранних пневмоний колеблется от 3 до 20 суток, в среднем около 7-8 дней. Летальность в пределах 0,5-1%.

Септические пневмонии наблюдаются одинаково часто при операциях в разных областях тела, так как они развиваются в связи с общим септическим процессом. В настоящее время пет оснований ставить частоту легочных осложнений в связь с тем или иным видом обезболивания, но качество и совершенство его может оказать существенное влияние на их возникновение. Недостаточное обезболивание, приводя к болям, задержке дыхания, к гиповентиляции легких во время и после операции, создает условия для развития легочных осложнений. Они развиваются обычно у больных с общей септической инфекцией. Начало септической пневмонии установить удается редко, так как повышение температуры является результатом общей инфекции. Общее септическое состояние, маскируя симптомы пневмонии, затрудняет диагностику и не дает возможности определить длительность ее течения.Наиболее постоянными симптомами развивающейся пневмонии у септических больных можно считать учащение дыхания, кашель и выслушивание хрипов. Однако и эти симптомы встречаются далеко не во всех случаях. Так, бронхиальное дыхание отмечается в Vs, отделение мокроты и притупление перкуторного звука у 50% больных. Все это затрудняет своевременную диагностику септических пневмоний. Септические пневмонии нередко(22%)осложняются образованием гнойников легкого, которые зачастую бывают множественными.

Инфаркт пневмонии обычно развиваются в конце первой, в начале второй недели после операции. Основными признаками их являются сильные боли в груди, кровохарканье и выслушивание шума трения плевры. Нередко развитию инфаркт пневмонии предшествует повышение температуры. Заболевание обычно длится 6-14 дней. Массивные ателектазы легких в послеоперационном периоде встречаются нечасто; они сопровождаются затруднением дыхания, одышкой, смещением средостения и пр. Диагностика этого осложнения становится доказательной только после рентгенологического исследования. Плевриты и тяжелые аспирационные пневмонии в послеоперационном периоде встречаются редко. Наибольшие трудности для дифференциальной диагностики послеоперационных бронхитов от ранних пневмоний представляют случаи со стертой симптоматикой. При этом решающее слово принадлежит рентгенологическому исследованию. Для объяснения причин развития послеоперационных легочных осложнений предложено много теорий. К основным из них относится эмболическая, аспирационная, наркозная, ателектатическая. Кроме того, большое значение придается факторам охлаждения, нарушения кровообращения в легких (гипостазы), сепсису и др. В основе развития послеоперационных пневмоний лежат рефлекторные воздействия на дыхательные пути.

Установлено, что в послеоперационном периоде в связи с нервнорефлекторными влияниями значительно уменьшается жизненная емкость легких, причем восстановление ее происходит в течение 6-10 дней. Уменьшение жизненной емкости приводит к гиповентиляции легких, способствует накоплению в мелких бронхах слизи, которая при нормальномдыхании легко из них удаляется. Все это создает особо благоприятные условия для развития инфекции, всегда имеющейся в бронхах и альвеолах. Послеоперационные легочные осложнения особо часто развиваются у больных, страдающих хроническими заболеваниями бронхов и легких. Именно у них гиповентиляция легких создает благоприятные условия для развития пневмонии.Безусловно способствует развитию легочных осложнений поверхностное дыхание больного вследствие болей в области операции или в результате значительного метеоризма, ведущих к гиповентиляции легких.

Гипертермия- перегревание, накопление избыточного тепла в организме человека с повышением температуры тела, вызванное внешними факторами, теплоотдачу во внешнюю среду или увеличивающими поступление тела извне.Из осложнения в ближайшие часы после операции является гипертермия(высокая температура тела до 38 С и выше). Повышение температуры в ответ на операционную травму-проявление защитных свойств организма.

Парез желудочно-кишечного тракта- это нарушения двигательной активности желудка, часто связанные с нарушениями двигательной активности других отделов ЖКТ. Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является послеоперационные парез кишечника.Причина этого осложнения-обширные абдоминальные операции.Это объясняется тем,что при подобных оперативных вмешательствах травмируется богатая рецепторами брюшина, вследствие чего развиваются циркуляторные расстройства в стенке органов ЖКТ,повышается тонус симпатической нервной системы с выбросом в кровь большого количества катехоламинов.В связи с этим, многие авторы оценивают развитие послеоперационного пареза ЖКТ как защитную реакцию на операционную травму в ближайшие 2-3 дня после операции.

Задержка мочеиспускания-это внезапная невозможность самостоятельно опорожнить мочевой пузырь.Задержка мочи после оперативных вмешательств может развиться в связи с болью в послеоперационной ране при напряжении мышц живота,из-за нарушения работы мышц мочевого пузыря, возникающих вследствие проведения общего наркоза или спинномозговой анестезии. Следовательно , после операции задержка мочи может развиваться у многих пациентов.

Гнойно - септическая инфекция.Хирургические гнойно-септические послеоперационные осложнения входят в группу внутрибольничных инфекций. К этой группе, на долю которой приходится 15-25% от всех инфекций в стационаре, относятся инфекции хирургических, ожоговых и травматических ран. Частота их развития зависит от типа оперативного вмешательства: при чистых ранах - 1,5-6,9%, условно чистых - 7,8-11,7%, контаминированных - 12,9-17%, грязных - 10-40%.

Гнойная (неспецифическая) инфекция - воспалительные заболевания различной локализации и характера, вызванные гноеродной микробной флорой; занимает в хирургии одно из основных мест и определяет сущность многих заболеваний и послеоперационных осложнений.

Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями составляют треть всех хирургических больных, большинство послеоперационных осложнений связано с гнойной инфекцией.

Современный диапазон хирургических вмешательств (операции на органах брюшной и грудной полости, костях и суставах, сосудах и др.) создаёт опасность нагноений послеоперационных ран, которые нередко приводят к прямой угрозе жизни оперируемых. Более половины всех летальных исходов после операции связано с развитием инфекционных (гнойных) осложнений.

Фактором риска послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений является применение при операциях некачественных шовных материалов. К сожалению, несмотря на установленное отрицательное влияние на течение раневого процесса и заживление ран использования шелка и кетгута, они по-прежнему широко применяются по объективным и субъективным причинам. Менее выраженными негативными свойствами как шовные материалы обладают полимеры. Оптимальным шовным материалом считаются дексан, викрил, лавсан, нейлон, тефлон, капрон, фторлон, арлон. Из полимеров в практике используются и другие средства для соединения тканей (цианат-крилатные медицинские клеи, коллагеновые, силиконовые материалы и др.).

Существует две основные категории шовных материалов: рассасывающиеся и не рассасывающиеся. Рассасывающиеся шовные материалы рассасываются, но мере заживления раны вследствие идущих процессов гидролиза или протеолиза, нерассасывающиеся шовные материалы остаются в тканях навсегда. Важно понимать, что ослабление шва и скорость рассасывания шовного материала - это разные вещи.   
В таблице представлен обзор имеющихся на рынке шовных материалов. В данной статье описаны различные типы шовных материалов и показания по их использованию в хирургической гинекологии. В таблице представлен обзор имеющихся шовных материалов (см. приложение 1) .

Пролежни- это повреждение тканей, которые происходят чаще всего на участках тела,где кожа прилегает к костным выступам. Если человек находится в неподвижном состоянии в течении двух часов ,его кровеносные сосуды сдавливаются и кровь перестает поступать в отдельные участки тканей тела. Поэтому образуются пролежни.

1.3 Профилактика послеоперационных осложнений

В профилактике послеоперационных осложнений огромную роль играет правильная подготовка постели пациенту и расположение пациента в постели, динамическое наблюдение за состоянием пациента ,а так же профилактика возможных осложнений.

Подготовка палаты и постели. После обширных операций больного на 2-4 дня помещают в отделение реанимации. Затем, в зависимости от его состояния, переводят в послеоперационную или общую палату. В этих палатах необходимо строго соблюдать СЭР: проветривание, кварцевание, влажная уборка.Функциональная кровать для каждого больного застилается чистым бельем, готовится чистое полотенце и поильник с водой. Перед укладыванием послеоперационного больного постель необходимо согреть грелками.

Доставка больного из операционной. С операционного стола больного перекладывают на каталку или функциональную кровать и, соблюдая меры предосторожности, транспортируют в реанимационную или послеоперационную палату.При доставке больного на каталке, последнюю ставят головным концом под прямым углом к нижнему концу кровати. Втроем, по команде, одномоментно поднимают больного и перекладывают на кровать. Другой спосо.6: ножной конец каталки ставят к головному концу кровати под прямым углом и перекладывают больного на кровать. Сверху укрывают одеялом.

Положение больного на кровати определяется видом операции.  
Больной после операции остается под наблюдением опытного персонала. Голова больного до его пробуждения должна располагаться низко, без подушки. При возникновении посленаркозной рвоты голову поворачивают набок. В результате западения языка или аспирации слизи у больного может возникнуть асфиксия. В этих случаях необходимо выдвинуть вперед нижнюю челюсть и вытянуть язык, убрать тампоном слизь из глотки, вызвать кашлевой рефлекс. После пробуждения больному придают положение, щадящее рану.

Положение на спине - самое частое после наркоза. Первые два часа больной лежит без подушки, голова повернута набок. Такое положение предупреждает развитие гипоксии головного мозга, аспирацию дыхательных путей рвотными массами и слизью.

Положение на боку - облегчает работу сердца, улучшает функцию ЖКТ, предупреждает рвоту. Допускается после стабилизации состояния больного.

Положение Фаулера (полусидячее) - головной конец приподнят, ноги согнуты в коленях и тазобедренных суставах под углом 120-130°. Способствует восстановлению функции кишечника, облегчает работу сердца и легких. Применяется после операции на ЖКТ.

Положение на животе - применяется после операции на позвоночнике, головном мозге.

Положение Транделенбурга - головной конец опущен, ножной поднят на 30-45°. Применяется при острой анемии, шоке, а также на операционном столе (операции на органах малого таза).  
При операциях на нижних конечностях - их укладывают на шины Белера.  
 В зависимости от общего состояния прооперированного, вида обезболивания, особенностей операции палатная сестра обеспечивает нужное положение больного в постели (поднимает ножной или головной конец функциональной кровати; если кровать обычная, то заботится о подголовнике, валике под ноги и т. п.).

Наблюдение за больным. Медицинская сестра наблюдает за внешним видом больного: выражение лица (страдальческое, спокойное, бодрое); цвет кожных покровов (бледность, гиперемия, синюшность) и их температура при ощупывании. Для наблюдения за пациентом используют карту ведения больного в отделении интенсивной терапии и реанимации (см. приложение 2)Даже при гладком течении послеоперационный период нередко сопровождается неопасными, но мучительными для больного болью, бессонницей, жаждой, задержкой мочи и газов, икотой, которые наиболее тягостными бывают в первые два дня после операции. До прекращения рвоты не следует давать больному пить из-за возможного усиления рвоты. Для уменьшения сухости во рту разрешается полоскать рот. После прекращения рвоты, как правило, можно дать в небольших количествах воду или некрепкий чай. Для уменьшения болей применяют анальгетики, накладывают на область раны пузырь со льдом, следя за тем, чтобы он не оказывал сильного давления на рану. Иногда боль вызывает слишком туго или неправильно наложенная повязка. В этом случае следует ее подрезать или сменить, при возможности заменить повязкой в виде наклейки. После операций на конечности боль может быть следствием ее неправильного положения. Хорошая иммобилизация и возвышенное положение конечности уменьшают боль.

Медицинская сестра обязана регистрировать основные функциональные показатели: пульс, дыхание, АД, температуру, количество введенной и выделенной (с мочой, потом, из плевральной или брюшной полости) жидкости; отхождение газов, стула. Обо всех изменениях в состоянии больного она немедленно докладывает врачу. В приложении представлен алгоритм измерения артериального давления (см. приложение 3)

Профилактика легочных осложнений.

Во многом профилактика этих осложнений зависит от возможности придать больному полусидячее положение, когда улучшаются вентиляция и кровообращение в легких. В положении сидя больному легче откашливаться и удалять скопившийся в бронхах секрет и мокроту. Снятие болей наркотиками, дача сердечных средств и препаратов, облегчающих выделение мокроты, являются важным моментом в профилактике воспаления легких (1 мл 10% раствора кофеина, 3 мл 20% раствора камфары 3 раза в день, 2 мл кордиамина 3 раза в день). Многое зависит от активности больного. Задача сестры обучить больного дыхательной гимнастике - проводить периодически (ежечасно) 10-15 максимально возможных вдохов, регулярно откашливаться, иногда превозмогая боль. Со следующего дня после операции большое значение в профилактике воспаления легких имеют круговые банки или горчичники. Банки ставят как на переднюю, так и на заднюю поверхность грудной клетки, последовательно, иногда в три приема, поворачивая больного на тот и другой бок. По показаниям с профилактической целью проводят также пенициллинотерапию.

Гипертермия.

После некоторых оперативных вмешательств в первые сутки наблюдается резкое повышение температуры тела (операции на нервной системе, в условиях гипотермии и др.). Повышение температуры резко ухудшает состояние больного. Снижение температуры, уменьшение неприятных ощущений, возникающих при этом, достигается прикладыванием пузырей со льдом к голове или области операции, накладыванием на лоб холодных компрессов. При стойких повышениях температуры возможно применение жаропонижающих: аспирин, пирамидон, антипирин и др. Наиболее эффективно внутримышечное введение 5-10 мл 4% раствора пирамидона.

Парез желудочно-кишечного тракта.

Вздутие кишечника (метеоризм) иногда так ухудшает состояние, что требуются самые решительные меры для его ликвидации. Очень распространено введение газоотводной трубки, временно ликвидирующей спазм сфинктера прямой кишки и облегчающей отхождение газов. Освобождение кишечника от газов происходит лучше после гипертонической клизмы: 100 мл 5% раствора поваренной соли вводят в прямую кишку с помощью резиновой груши. Обычно через несколько минут клизма вызывает стул и обильное отхождение газов. Иногда гипертоническую клизму сочетают с введением препаратов, возбуждающих перистальтику (1-2 мл 0,05% раствора прозерина под кожу, до 50 мл 10% раствора поваренной соли внутривенно). При тяжелых парезах проводится паранефральная блокада и сифонная клизма.Парезы кишечника сопровождаются атонией желудка и резким расширением его газами. В этих случаях облегчение состояния больного может быть достигнуто введением в желудок тонкого зонда (через нос) и откачиванием газов и содержимого желудка шприцем Жане. Иногда к этому добавляют промывание желудка теплой водой через тот же зонд. При неукротимых рвотах зонд оставляют на длительное время для постоянного отсасывания.

Задержка мочеиспускания.

Если через 10-12 часов после операции пациент самостоятельно не может помочиться, то необходимо провести ряд мероприятий, имеющих целью добиться самостоятельного мочеиспускания. Пациент после несложных операций можно разрешить подняться, так как некоторые больные не могут мочиться лежа, или отвезти их на каталке в уборную. Пациентам, которым нельзя вставать, следует разрешить повернуться на бок или придать им полусидячее положение. Иногда прикладывание к промежности грелки, массаж надлобковой области, звук льющейся воды ликвидируют задержку мочи. В случае не возможности вызвать мочеиспускание рефлекторно ,необходимо провести катетеризацию мочевого пузыря.

Пролежни - омертвление мягких тканей в результате постоянного давления, сопровождающегося местными нарушениями кровообращения и нервной трофики.

Причины возникновения:

Недостаточный уход за больным;

Слишком большой или слишком малый вес пациента;

Сухость кожи;

Недержание мочи или кала;

Заболевания, приводящие к нарушению трофики (питания) тканей;

Анемия;

Ограниченная подвижность.

Повышение или понижение температуры тела.

Недостаточное белковое питание.

Виды пролежней:

Степень I: кожный покров не нарушен. Устойчивая гиперемия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F>, не проходящая после прекращения давления.

Степень II: поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку. Стойкая гиперемия. Отслойка эпидермиса.

Степень III: разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Пролежень выглядит как рана. Могут быть жидкие выделения. сестринский послеоперационный перевязка пролежни

Степень IV: поражение всех мягких тканей. Наличие полости, обнажающей нижележащие ткани (сухожилия, вплоть до кости).

При пролежнях III-IV степени главный метод лечения - хирургический.

Места образования:

Пролежни образуется в большей степени в области крестца, лопаток, пяток, коленей, ребер, пальцев ног, больших вертелов бедренной кости, стоп, седалищной кости, гребней подвздошной кости и локтевых суставов. В мировой практике известны также случаи локализации пролежней на пальцах рук, а также на голове и ушах; поражаются кожа (поверхностный пролежень) и подкожная клетчатка <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%BA%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%82%D1%87%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B0> с мышцами (глубокий пролежень, который опасен образованием инфицированной раны). Пролежень на коже может возникнуть и от давления гипсовой повязки при переломах или на слизистой оболочке рта - от давления зубного протеза и т. д. Основные причины локализации пролежней это давление и время. Если наружное давление на протяжении длительного времени (более двух часов) будет выше, чем давление внутри капилляров, то образование пролежня практически неизбежно. В приложении представлен протокол ведения пациента с риском образования пролежней (см. приложение 4).Пролежни ОСТ (см. приложение 5).

Гнойно септическая инфекция.

Были предложены множество методов профилактики нагноений послеоперационных ран, но существующие на сегодняшний день большинство из них предусматривают лишь усовершенствование технических моментов операции и использование различных антибиотиков, результаты которых оставляют желать лучшего. Одним из главных факторов неудовлетворительных результатов профилактики раневой инфекции является развитие антибиотикоустойчивых госпитальных штаммов.

Несмотря на совершенствование хирургической техники и повышения эффективности современных антибиотиков, в условиях прогресса современной хирургии немаловажную роль в увеличении частоты послеоперационных нагноений ран играет возросшее количество сложных, травматичных и длительных операций, которые производят больным «повышенного риска», обусловленного общим состоянием их организма, тяжестью заболевания, массивностью травмы. В этих условиях многие признанные и общепринятые методы оказываются малоэффективными, и возникает настоятельная необходимость в разработке новых принципов прогнозирования, новых методов и средств профилактики раневой инфекции.

В связи с этим значительный интерес представляют различные методы профилактики раневой инфекции, которые направлены как на поддержание и восстановление естественных систем и функций организма, так и на подавление микробных тел.В последние годы, в медицине нашли все большее применение электролизные водные растворы, полученные путем электрохимического окисления, принцип которого лежит в основе абсолютного большинства процессов жизнедеятельности организма. Обнаружилось, что при электролизе крови в виде промежуточного продукта образуется гипохлорит натрия.Благодаря своим свойствам , местное и общее иммуностимулирующее действие , улучшение регионарной микроциркуляции при внутрисосудистом введении) гипохлорит натрия получил применение при лечении гнойной хирургической инфекции, диабетической ангиопатии, эндогенной интоксикации и т.д., но еще остается не изученным проблема раневой инфекции в свете разработки новых методов профилактики с использованием электролизных водных растворов гипохлорита натрия.

Качество выполнения перевязки является одним из факторов, существенно влияющих на весь ход заживления раны. С учетом контактного пути передачи раневой инфекции при перевязке всегда используется принцип непрерывной асептики и бесконтактная (non-touchtechnique) методика, при которой к ране или повязке не допускается прикосновений без перчаток. С целью уменьшения риска передачи инфекции при перевязке инфицированных ран она должна производиться двумя людьми. При этом

все материалы, которые вступают в контакт с раной или служат асептичности процесса, должны быть стерильными.

Практическое проведение смены повязки включает в себя обязательное предварительное проведение защитных мероприятий в соответствии с инструкцией по гигиене и подготовку пациента. При смене повязок у пациентов с ВИЧ, СПИДом, вирусным гепатитом, у пациентов с полирезистентной или анаэробной микрофлорой в ране производящий перевязку должен принять особые меры для собственной защиты от инфекции: обязательны латексные перчатки, защитные очки и маска, закрывающая нос и рот. Пациенту сообщают о предстоящей перевязке и характере обработки раны. Перед перевязкой необходимо за 30 минут до сменыповязки дать обезболивающее средство.

Этапы проведения перевязки:

.Удаление ранее наложенной повязки - производится в нестерильных перчатках с обязательным влажным отделением присохшей текстильной повязки от раны с последующей заменой перчаток на стерильные;  
2. Осмотр раны - проводится визуальный осмотр с целью комплексной клинической оценки состояния раны и течения раневого процесса, выявляются возможные осложнения;  
3. Очистка раны и окружающих тканей - производится удаление остаточного экссудата, антисептическая обработка окружающей рану кожи, при необходимости инструментальное удаление сухих корок, некрозов, фибринозного налета, инородных тел в пределах нежизнеспособных тканей, заключительная обработка раны антисептиками;

. Аппликация новой повязки - проводится в стерильных перчатках с обеспечением наиболее полного контакта соответствующей текущему местному статусу повязки без избыточного механического воздействия на рану и обязательным использованием стерильного инструмента;

. Фиксация повязки - производится с помощью фиксирующих пластырей (при небольших ранах) или бинтования по правилам десмургии с равномерным распределением давления на область раны. Гидроколли Гидросорб комфорт - самофиксирующиеся повязки;

. После перевязки использованные материалы согласно гигиеническому режиму готовятся к окончательному устранению или повторному использованию;

. В заключение проводится гигиеническая дезинфекция рук (Стериллиум).

Про влажное заживление ран (см. приложение 6)

Венозные тромбоэмболические осложнения .

Венозные тромбоэмболические осложнения в значительном проценте случаев возникают после различных хирургических вмешательств. При подготовке больного к оперативному вмешательству хирург вместе с анестезиологом в обязательном порядке должны оценить возможную опасность развития в послеоперационном периоде тромбоза глубоких вен нижних конечностей и связанной с ним ТЭЛА.

Для оценки риска развития в послеоперационном периоде венозных тромбоэмболических осложнений следует использовать приведённую ниже схему (табл. 1), предложенную экспертами и принятую в качестве алгоритма Всероссийским съездом хирургов (2000) и Всероссийским съездом анестезиологов-реаниматологов (2000).

Это необходимо для выделения группы пациентов, которым показана специфическая антикоагулянтная профилактика послеоперационных венозных тромбозов.

Установив степень риска, следует определить необходимые в данном случае профилактические меры. Существенное значение имеет степень гидратации организма пациента. Предоперационная подготовка должна предусматривать компенсацию нарушений водного баланса и достижение оптимальной, с точки зрения реологии крови, величины гематокрита. Использование нормоволемическойгемодилюции (оптимальная величина Ht перед началом операции 27-29%) уменьшает риск тромботических осложнений. С учётом хирургической ситуации и риска послеоперационного тромбоза необходимо выбрать оптимальный метод операционного обезболивания. По возможности следует отдать предпочтение регионарной анестезии. Дальнейшие мероприятия зависят от степени риска тромбоэмболических осложнений. Помимо неспецифических мер, направленных на устранение застоя венозной крови в нижних конечностях, используют обычный нефракционированный гепарин либо низкомолекулярные гепарины. Перед операцией нужно забинтовать эластическим бинтом нижние конечности больного либо надеть специальные противотромбозные эластические чулки.

Профилактическое введение антикоагулянтов в ближайшем послеоперационном периоде следует продолжать до полной активизации пациента, минимально - 7 дней. В экстренной хирургии и случаях высокой опасности интраоперационного кровотечения допустимо назначение антикоагулянтов после завершения хирургического вмешательства, но не позже чем через 12 ч. Определение степени риска послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений (см. приложение 7)

Способы профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (см. приложение 8)

.4 Принципы наблюдения за послеоперационным пациентом

Медицинская сестра, внимательно наблюдающая за состоянием пациента, его внешним видом, пульсом, дыханием, температурой, органами желудочно-кишечного тракта, мочеиспусканием, кожными покровами, может рано заметить развивающееся осложнение, вовремя сигнализировать. Об этом врачу и быстро оказать больному первую помощь.Одним из показателей состояния больного является его внешний вид. Такие грозные осложнения, как внутреннее кровотечение, падение сердечной деятельности, недостаточность дыхания, воспаление брюшины (перитонит), вызывают характерные изменения внешнего вида. Прогрессирующее побледнение кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный липкий пот, возбуждение или, наоборот, безразличное отношение к окружающему, зевота, а несколько позднее судорожное дыхание, как бы заглатывание воздуха, являются признаками кровотечения.

Внезапно наступающая бледность лица с цианозом губ, похолодание конечностей, холодный пот, расслабление мускулатуры, сопровождающиеся падением артериального давления, и исчезновение пульса (или нитевидный пульс) характерны для коллапса. Очень характерен вид больного при шоке.  
Значительный цианоз и одутловатость лица, цианоз конечностей, учащенное шумное дыхание, беспокойство больного указывают на дыхательную недостаточность. Гиперемия лица (пылающие щеки), повышенная температура тела, выраженная одышка являются симптомами начинающегося воспаления легких. Воспаление брюшины (перитонит) также вызывает изменение общего вида больного: заостряются черты лица, глаза западают, лицо становится маскообразным, развивается бледность с серо-пепельным оттенком.

Необходимо помнить, что после любой операции возможно повышение температуры тела. Для раннего послеоперационного периода характерно повышение температуры до 38°. Это естественная реакция организма на нанесенную травму. При большинстве операций гладкое течение характеризуется нормализацией температуры к третьему дню после операции. Повышение температуры на 2-3-й день до высоких цифр (39-40°) является проявлением каких-либо воспалительных процессов в легких, в области операции (брюшная полость, грудная полость), операционной раны и др.

Наблюдение за деятельностью сердца проводится с помощью ощупывания пульсации артерий на предплечье (пульс) и измерения артериального давления, а так же кардиограммы. Соответственно повышению температуры тела после операции происходит некоторое учащение пульса. Однако значительное учащение (более 100 ударов в минуту) может указывать на развивающееся осложнение. Изменение свойств пульса (частота, наполнение) или его исчезновение не может происходить без причины. Поэтому о всяком нарушении пульса необходимо немедленно сигнализировать врачу и приготовить все необходимое для введения лекарств (шприц, иглы, сердечные средства и др.).

Основное, на что должна обращать внимание сестра при наблюдении за органами дыхания больного, - это ритмичность и частота дыхательных движений, большое значение имеет также глубина дыхания. Иногда бессознательное состояние больного можно принять за глубокий сон. В последнем случае дыхание может быть и учащено, но ритмично, при потере сознания, особенно вызванном нарушением кровоснабжения мозга, дыхание шумное, нередко сменяющееся длительными паузами или постепенным затуханием дыхательных движений. Признаком многих грозных осложнений являются резкая одышка, клокочущее дыхание со слышимыми на расстоянии сухими и влажными хрипами.

Наблюдение за органами пищеварения позволяет также оценить состояние больного, выявить некоторые начинающиеся осложнения. Икота и рвота могут быть проявлениями воспаления брюшины (перитонита). Нередко характер рвотных масс позволяет выявить у больного желудочное кровотечение. Необходимо, однако, помнить, что причиной рвоты может быть наркоз.

Огромное значение играет своевременное выявление метеоризма, который, с одной стороны, может быть симптомом какого-нибудь осложнения (перитонит), с другой - причиной возникновения новых осложнений (нарушение сердечной деятельности, воспаление легких). Сестра, чтобы не пропустить какое-нибудь осложнение обязана осматривать испражнения больного. О развитии осложнения свидетельствует появление черного, «дегтеобразного» кала или наличие в каловых массах алой крови, слизи и др.

Огромное значение после операции имеет наблюдение за функцией органов мочевыделения. Важным критерием обезвоженности организма является количество выделяемой мочи. Уменьшение количества мочи или полное ее отсутствие - очень грозный симптом и наблюдается при малокровии, сгущении крови, интоксикации, поражении почек и т. д.  
Сестра должна очень тщательно следить за количеством вводимой жидкости и выделяемой мочи - так называемым диурезом. Измерение диуреза позволяет правильно оценить водный обмен в организме, а следовательно, и функцию ряда органов (сердца, печени, почек, кишечника и т. д.).   
Отсутствие мочи (анурия) необходимо отличать от задержки мочи. Как правило, при задержке мочи больной ощущает резкие позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Боли и чувство распирания внизу живота ухудшают состояние больного, могут приводить к рефлекторному ухудшению деятельности сердца и органов дыхания.

Однако при атониях мочевого пузыря, особенно у пожилых больных и больных с повреждениями спинного мозга, позывов к мочеиспусканию может не быть. Невнимательное отношение к таким больным, больным, находящимся в бессознательном состоянии или под наркозом, может привести к грозным осложнениям. При отсутствии самостоятельного мочеиспускания необходимо осмотреть область пузыря; как правило, легко удается прощупать над лобком переполненный мочевой пузырь.

Вид мочи также может помочь в диагностике ряда осложнений в послеоперационном периоде, так как она является показателем функции ряда внутренних органов. Измененная моча, так же как рвотные и каловые массы, должна быть подвергнута исследованию. Поэтому все измененные выделения больного должны быть показаны врачу.

Не меньшее значение имеет наблюдение за кожными покровами. Цвет кожных покровов очень быстро изменяется при некоторых патологических состояниях и подчас является первым симптомом развивающегося осложнения. При появлении бледности, синюшности, желтушности кожных покровов требуется принятие срочных мер по борьбе с осложнением. Нередко кожные покровы первыми реагируют на непереносимость организмом тех или иных лекарств: появляются лекарственная сыпь, крапивница. Как уже указывалось выше, наблюдение за кожей дает возможность предотвратить образование пролежней.

Внимательное наблюдение за областью операционной раны позволяет предупредить развитие в ней гнойного воспалительного процесса. Сестра должна следить, чтобы повязка была сухой, чтобы на нее не попадали моча, рвотные и каловые массы, вода из пузыря со льдом и др. Кроме того, в первые сутки в ране возможно скопление крови и образование гематом. Симптомами этого являются вздутие области раны, появление кровоподтека, усиление болей, появление наружного кровотечения.

Внезапное повышение температуры, на 3-4-й день после операции, усиление боли в области операции, ухудшение общего самочувствия указывают на развитие нагноительного процесса в ране.

Недостаточное питание, развивающееся истощение и авитаминоз в результате нарушения обмена веществ в организме резко нарушают процессы срастания тканей, что может стать причиной расхождения краев раны. Расхождение раны брюшной полости с выпадением внутренностей называется эвентрацией. Эвентрация проявляется внезапным обильным промоканием повязки серозно-кровянистой жидкостью. Такое осложнение необходимо как можно раньше ликвидировать. Это достигается повторной операцией и наложением новых швов на рану. Некоторые операционные раны специально дренируются во время операции для выделения скапливающейся крови и жидкостей, поэтому умеренное промокание наложенной повязки в области дренажей не должно пугать больного и сестру. Следует иметь в виду, что иногда наложенная повязка может нарушать кровообращение в нижележащих отделах - побледнение, онемение, цианоз, в связи с чем, такую повязку следует немедленно исправить.

Выводы

Таким образом изучив специализированную медицинскую литературу и проанализировав основные послеоперационные осложнения и их профилактику можно сделать вывод:

Послеоперационный период-это время с момента окончания операции до восстановления трудоспособности или её стойкой утраты (инвалидности).

Основными задачами этого периода являются:

предупреждение возможных осложнений;

своевременное их распознавание и лечение;

облегчение состояния больного;

ускорение процессов регенерации в организме больного;

восстановление трудоспособности больного.

Основные стадии этого периода:

ранняя реанимационная (3-5 дней);

поздняя послеоперационная (2-3 недели);

отдаленная (реабилитационная, от 3 недель до 3-6 месяцев).

Осложнения в периоде реанимации и раннем послеоперационном периоде:

Остановка сердца, фибрилляция желудочков

Острая дыхательная недостаточность (асфиксия, ателектаз, пневмоторакс)

Кровотечения (из раны, в полость, в просвет органа)

Поздние осложнения:

Нагноение раны, сепсис функции

Нарушение анастомозов

Спаечная непроходимость

Хроническая почечно-печеночная недостаточность

Хроническая сердечная недостаточность

Абсцесс легкого, эпиема плевры

Свищи полых органов

Тромбозы и эмболии сосудов

Воспаление легких

Парез кишечника

Сердечная недостаточность, аритмии

Недостаточность швов, нагноение раны, эвентерация

Острая почечная недостаточность

Основными видами послеоперационных осложнений являются:

легочные осложнения;

септические пневмонии ;

инфаркт пневмонии;

нарушение ЖКТ;

гиповентиляция легких;

гипертермия ;

задержка мочеиспускания;

гнойно - септическая инфекция;

пролежни.

Профилактика после операционных осложнений должна включать:

подготовку палаты и постели;

доставка больного из операционной;

положение пациента на кровати;

наблюдение за ним.

Основными принципами наблюдения за послеоперационными пациентами являетсявнимательное наблюдение за состоянием пациента, его внешним видом, пульсом, дыханием, температурой, органами желудочно-кишечного тракта, мочеиспусканием, кожными покровами, может рано заметить развивающееся осложнение, вовремя сигнализировать.

Одним из показателей состояния больного является его внешний вид. Такие грозные осложнения, как внутреннее кровотечение, падение сердечной деятельности, недостаточность дыхания, воспаление брюшины (перитонит), вызывают характерные изменения внешнего вида. Прогрессирующее побледнение кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный липкий пот, возбуждение или, наоборот, безразличное отношение к окружающему, зевота, а несколько позднее судорожное дыхание, как бы заглатывание воздуха, являются признаками кровотечения.

Внезапно наступающая бледность лица с цианозом губ, похолодание конечностей, холодный пот, расслабление мускулатуры, сопровождающиеся падением артериального давления, и исчезновение пульса (или нитевидный пульс) характерны для коллапса. Очень характерен вид больного при шоке.  
Значительный цианоз и одутловатость лица, цианоз конечностей, учащенное шумное дыхание, беспокойство больного указывают на дыхательную недостаточность. Гиперемия лица (пылающие щеки), повышенная температура тела, выраженная одышка являются симптомами начинающегося воспаления легких. Воспаление брюшины (перитонит) также вызывает изменение общего вида больного: заостряются черты лица, глаза западают, лицо становится маскообразным, развивается бледность с серо-пепельным оттенком.

Наблюдение за деятельностью сердца проводится с помощью ощупывания пульсации артерий на предплечье (пульс) и измерения артериального давления, а так же кардиограммы. Соответственно повышению температуры тела после операции происходит некоторое учащение пульса. Однако значительное учащение (более 100 ударов в минуту) может указывать на развивающееся осложнение.

Наблюдение за органами пищеварения позволяет также оценить состояние больного, выявить некоторые начинающиеся осложнения. Икота и рвота могут быть проявлениями воспаления брюшины (перитонита). Нередко характер рвотных масс позволяет выявить у больного желудочное кровотечение.

Огромное значение после операции имеет наблюдение за функцией органов мочевыделения. Важным критерием обезвоженности организма является количество выделяемой мочи. Уменьшение количества мочи или полное ее отсутствие - очень грозный симптом и наблюдается при малокровии, сгущении крови, интоксикации, поражении почек и т. д.

Глава 2. Изучение проблемы послеоперационных осложнений

.1 Характеристика реанимационного отделения

Мы проводили исследование на базе БУЗ ВО «Череповецкая городская больница №2» в отделении интенсивной терапии (РАО).

Служба анестезиологии в больнице строителей была основана в 1962 году на базе хирургического отделения. В 1963 году введена должность врача-анестезиолога , им стал хирург Кайбанова Н.А. Впервые в области был проведен интубационный наркоз.

Официально отделение анестезиологии был открыт в 1968 году. Основное направление работы отделения - проведение анестезиологического пособия при операциях. На базе отделения реанимации был открыт кабинет АУФОК ,плазмофореза, гемосорбции.

К 2008 году отделение расширено до 12 коек , укомплектовано новым высокотехнологичным оборудованием. Увеличились объемы медицинской помощи, выросли требования к качеству оказываемых медицинских услуг .Персонал отделения постоянно совершенствуется в приобретении новых теоритических знаний и практической подготовке.

В настоящее время в отделении насчитывается 19 человек медперсонала из них:4 врача,1 старшая медсестра,6 медсестер, 6 младших медицинских сестер. На каждую медсестру приходится 3 пациента, которыми она занимается в течении суток.

.2 Анализ анкетирования

Нами была разработана анкета, в которой участвовали 30 медсестер. По результатам анкеты стало известно, что большая часть медсестер в том числе и младшие медсестры на отлично разбираются в вопросах по послеоперационным осложнениям.

На первый вопрос «Сколько стадий в послеоперационном периоде?» правильно ответили -27 медсестры; неправильно - 3.

На второй вопрос «Какие осложнения относятся к ранним?» все ответили правильно.

На третий вопрос «Какие осложнения относятся к поздним?» все ответили правильно.

На четвертый вопрос «Перечислите факторы вызывающие операционный стресс?»25 -ответили правильно;5- неправильно.

На пятый вопрос « Перечислите мероприятия направленные на профилактику пролежней?» все медсестры ответили правильно.

На шестой вопрос « Перечислите положения соответствующие предъявляемым по перекладыванию и транспортировке больных из операционной?» все медсестры ответили правильно.

На седьмой вопрос «Укажите причины послеоперационной рвоты?»

ответили правильно;1- неправильно.

На восьмой вопрос «Перечислите необходимый объем манипуляций выполняемых медсестрой при уходе за мочевыделительной системой в первые часы после операции?» все 30 человек ответили правильно.

На девятый вопрос «Перечислите действия медсестры при обнаружении у больного признаков желудочно кишечного кровотечения в первые часы после операции ?» все ответили правильно.

На десятый вопрос «Перечислите требования к пище больных в первые дни после операции?» все ответили правильно. Анкета (см. приложение 9).

Таблица № 1 «Результаты анкетирования». (см. приложение 10)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Номер вопроса | «+» | «-» |
| №1 | 90% | 10% |
| №2 | 100% | 0% |
| №3 | 100% | 0% |
| №4 | 83% | 17% |
| №5 | 100% | 0% |
| №6 | 100% | 0% |
| №7 | 97% | 3% |
| №8 | 100% | 0% |
| №9 | 100% | 0% |
| №10 | 100% | 0% |

.3 Анализ статистических данных

Так же мы еще просмотрели и сравнили статистические данные, которые нам предоставили в больнице за 2012 год и 2013 год. По ним можно увидеть, что в 2012 году было проведено больше операций-1233,а в 2013 году на 15 операций меньше-1218,таким образом можно сказать, что с каждым годом число операций уменьшается в больнице. Операции различают на плановые, экстренные и торакальные. По ним можно сказать, что плановых операций в 2012 году было меньше -996,чем в 2013году - 1024,так же и экстренные операции увеличились в 2012 году их было 144,а в 2013 году 194, зато торакальных стало меньше в 2013 году 57,а в 2012 году было 93.Послеоепрационные осложнения с каждым годом стали увеличиваться ,так в 2012 году их было 13,а в 2013 г. -15.

Таблица №2 «Статистика операций» (см. приложение 11)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | За 2012 год | За 2013 год |
| Всего операций | 1233 | 1218 |
| Плановые | 996 | 1024 |
| Экстренные | 144 | 194 |
| Торакальные | 93 | 57 |

Таблица №3 «Статистика послеоперационных осложнений»

(см. приложение 12)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| За 2012 годЗа 2013 год |  |  |
| Всего ПОО | 13 | 15 |
| Легочные осложнения | 0 | 1 |
| Гипертермия | 3 | 2 |
| Парез ЖКТ | 0 | 0 |
| Задержка мочеиспускания | 5 | 6 |
| Гнойно септическая инфекция | 2 | 2 |
| Пролежни | 3 | 4 |

Выводы

Таким образом можно сделать вывод что реанимационно - анестезиологическое отделение БУЗ ВО «ЧГБ № 2» соответствует требованиям предъявляемым подобным отделениям, укомплектовано новым высокотехнологичным оборудованием, увеличились  
объемы медицинской помощи, выросли требования к качеству оказываемых  
медицинских услуг .

По результатам анкетирования можно сказать, что медсестры и младшиемедсестры на отлично разбираются в вопросах по послеоперационнымосложнениям. Правильных ответов 97%,а неправильных всего 3%.

По статистическим данным можно сделать выводы ,что всего операций скаждым годом уменьшается. Плановых и экстренных операций к 2013 году  
увеличилось, зато торакальных уменьшилось на 36 .

По статистическим данным послеоперационных осложнений видно, чтовсего осложнений к 2013 году увеличилось на 2 осложнения  
Увеличились легочные осложнения, гипертермия уменьшилась, задержка  
мочеиспускания увеличилась ,число пролежней увеличилось ,а гнойно-  
септическая инфекция осталась прежней.

Незначительные изменения в показателях говорят о том, что качество медицинских услуг находится на хорошем уровне, но так как проблема послеоперационных осложнений актуальна медицинскому персоналу необходимо постоянно совершенствовать теоритические знания и практические умения.

Заключение

Таким образом изучив специализированную медицинскую литературу и проанализировав основные послеоперационные осложнения и их профилактику можно сделать вывод:

Послеоперационный период-это время с момента окончания операции до восстановления трудоспособности или её стойкой утраты (инвалидности).

Основными задачами этого периода являются:

предупреждение возможных осложнений;

своевременное их распознавание и лечение;

облегчение состояния больного;

ускорение процессов регенерации в организме больного;

восстановление трудоспособности больного.

Основные стадии этого периода:

ранняя реанимационная (3-5 дней);

поздняя послеоперационная (2-3 недели);

отдаленная (реабилитационная, от 3 недель до 3-6 месяцев).

Осложнения в периоде реанимации и раннем послеоперационном периоде:

Остановка сердца, фибрилляция желудочков

Острая дыхательная недостаточность (асфиксия, ателектаз, пневмоторакс)

Кровотечения (из раны, в полость, в просвет органа)

Поздние осложнения:

Нагноение раны, сепсис функции

Нарушение анастомозов

Спаечная непроходимость

Хроническая почечно-печеночная недостаточность

Хроническая сердечная недостаточность

Абсцесс легкого, эпиема плевры

Свищи полых органов

Тромбозы и эмболии сосудов

Воспаление легких

Парез кишечника

Сердечная недостаточность, аритмии

Недостаточность швов, нагноение раны, эвентерация

Острая почечная недостаточность

Основными видами послеоперационных осложнений являются:

легочные осложнения;

септические пневмонии ;

инфаркт пневмонии;

нарушение ЖКТ;

гиповентиляция легких;

гипертермия ;

задержка мочеиспускания;

гнойно - септическая инфекция;

пролежни.

Профилактика после операционных осложнений должна включать:

подготовку палаты и постели;

доставка больного из операционной;

положение пациента на кровати;

наблюдение за ним.

Основными принципами наблюдения за послеоперационными пациентами является внимательное наблюдение за состоянием пациента, его внешним видом, пульсом, дыханием, температурой, органами желудочно-кишечного тракта, мочеиспусканием, кожными покровами, может рано заметить развивающееся осложнение, вовремя сигнализировать.

Одним из показателей состояния больного является его внешний вид. Такие грозные осложнения, как внутреннее кровотечение, падение сердечной деятельности, недостаточность дыхания, воспаление брюшины (перитонит), вызывают характерные изменения внешнего вида. Прогрессирующее побледнение кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный липкий пот, возбуждение или, наоборот, безразличное отношение к окружающему, зевота, а несколько позднее судорожное дыхание, как бы заглатывание воздуха, являются признаками кровотечения.

Внезапно наступающая бледность лица с цианозом губ, похолодание конечностей, холодный пот, расслабление мускулатуры, сопровождающиеся падением артериального давления, и исчезновение пульса (или нитевидный пульс) характерны для коллапса. Очень характерен вид больного при шоке.  
Значительный цианоз и одутловатость лица, цианоз конечностей, учащенное шумное дыхание, беспокойство больного указывают на дыхательную недостаточность. Гиперемия лица (пылающие щеки), повышенная температура тела, выраженная одышка являются симптомами начинающегося воспаления легких. Воспаление брюшины (перитонит) также вызывает изменение общего вида больного: заостряются черты лица, глаза западают, лицо становится маскообразным, развивается бледность с серо-пепельным оттенком.

Наблюдение за деятельностью сердца проводится с помощью ощупывания пульсации артерий на предплечье (пульс) и измерения артериального давления, а так же кардиограммы. Соответственно повышению температуры тела после операции происходит некоторое учащение пульса. Однако значительное учащение (более 100 ударов в минуту) может указывать на развивающееся осложнение.

Наблюдение за органами пищеварения позволяет также оценить состояние больного, выявить некоторые начинающиеся осложнения. Икота и рвота могут быть проявлениями воспаления брюшины (перитонита). Нередко характер рвотных масс позволяет выявить у больного желудочное кровотечение.

Огромное значение после операции имеет наблюдение за функцией органов мочевыделения. Важным критерием обезвоженности организма является количество выделяемой мочи. Уменьшение количества мочи или полное ее отсутствие - очень грозный симптом и наблюдается при малокровии, сгущении крови, интоксикации, поражении почек и т. д.

Таким образом можно сделать вывод что реанимационно - анестезиологическое отделение БУЗ ВО «ЧГБ № 2» соответствует требованиям предъявляемым подобным отделениям, укомплектовано новым высокотехнологичным оборудованием, увеличились  
объемы медицинской помощи, выросли требования к качеству оказываемых  
медицинских услуг .

По результатам анкетирования можно сказать, что медсестры и младшие медсестры на отлично разбираются в вопросах по послеоперационным осложнениям. Правильных ответов 97%,а неправильных всего 3%.

По статистическим данным можно сделать выводы ,что всего операций с каждым годом уменьшается. Плановых и экстренных операций к 2013 году  
увеличилось, зато торакальных уменьшилось на 36 .

По статистическим данным послеоперационных осложнений видно, что всего осложнений к 2013 году увеличилось на 2 осложнения  
Увеличились легочные осложнения, гипертермия уменьшилась, задержка  
мочеиспускания увеличилась ,число пролежней увеличилось ,а гнойно-  
септическая инфекция осталась прежней.

Незначительные изменения в показателях говорят о том, что качество медицинских услуг находится на хорошем уровне, но так как проблема послеоперационных осложнений актуальна медицинскому персоналу необходимо постоянно совершенствовать теоретические знания и практические умения.

Список использованных источников

«Инфекции в области хирургического вмешательства» журнал медицинская сестра № 8, 2008 г.

«Сестринский уход в хирургическом отделении» журнал медицинская сестра № 2,2010 г.

«Тромбоэмболия легочной артерии: профилактика» журнал медицинская сестра,2010 г.

«Применение операционных разрезаемых пленок» журнал медицинская сестра №2,2010 г.

«Разработка стандартов сестринского ухода за больными с трахеостомой» журнал медицинская сестра № 2,2010 г.

«Профилактика послеоперационной тошноты» журнал медицинская сестра №2 ,2012 г.

«Принципы профилактики ВБИ в отделении реанимации» журнал медицинская сестра №7 ,2012 г.

) Евсеев М. А. «Уход за больными в хирургической клинике» Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.

) Двойников С.И. Основы сестринского дела. М.: Медицина, 2005.

)Демидова Л.В. Лечебное питание. Сестринское дело. 2005. № 1.

)Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету OСД. М.: Родник, 1998.

)Oбуховец Т.П., Склярова Т.Л. Основы сестринского дела. Ростов н/Д: Феникс, 2000.

13) <http://zakon.ru>

) <http://www.wolfson-hospital.org.ru>

) http://med-books.info.ru

)<http://palliativ.ru>

Приложение 1

Классификация шовных материалов Рассасывающиеся



Родовое название Сырье Тип нити Сохранение прочности (дней) Натуральный калоген Простой кетгут Подслизистая оболочка тонкой кишки овец Moнонить 5 - 7 Натуральный калоген Хромированный кетгут Кетгут импрегнированный солями хрома Хромированная 10 - 21 Синтетические Полигликолиевая кислота Гомополимергликолида Плетеная 24 - 30 Синтетические Полиглактин Кополимер молочной и гликолиевой кислот Плетеная и монофиламентная 24 - 30 Синтетические Полиглактин Кополимер молочной и гликолиевой кислот Плетеная 7 - 14 Синтетические Полидиоксанон Полиэстер- полимер Монофиламентная 60 - 70 Синтетические Полигликонат 

|  |
| --- |
| Монофиламентная 40 - 50 Синтетические Полиглекапрон 25 Кликолид-капролактон Монофиламентная 21 - 28 Синтетические Синтетическая нить Кополимер молочной и гликолиевой кислот Плетеная 180 |

Нерассасывающиеся



Родовое название Сырье Тип нити Натуральные волокна Хирургический хлопок Скрученный натуральный хлопок Плетеная Натуральные волокна Хирургический шелк Плетеная натуральная нить (протеиновые волокна, свитые шелкопрядом) Плетеная Синтетические Нейлон Полиамидный полимер Плетеная Синтетические Нейлон Полиамидный полимер Монофиламентная Синтетические Нейлон Полиамидный полимер Мультифиламентная Синтетические Нейлон Покрытый силиконом Мультифиламентная Синтетические Полипропилен - Монофиламентная Синтетические Полибутэстер - Монофиламентная Синтетические Полиэтилен Термопластическая резина 

Синтетические Полиэстер 

Плетеная, зеленая Синтетические Полиэстер Покрытый силиконом Плетеная Синтетические Полиэстер Покрытый полибутилатом Плетеная Синтетические Полиэстер Покрытый PTFE (тефлон) Плетеная Синтетические Полиэстер Тяжелый тефлон Плетеная Синтетические Политетрафтор этилен 

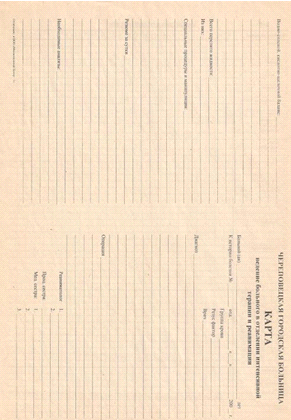
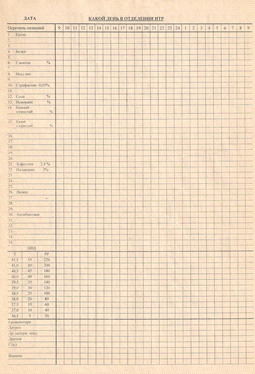
Монофиламентная Синтетические Полипропилен-VDF Гекса-фтор пропилен Монофиламентная Металл Нержавеющая сталь Сплав железа 

Металл Нержавеющая сталь Витая мультифиламентая 

|  |
| --- |
|  |

Приложение 2

Карта ведения больного в отделении интенсивной терапии и реанимации

Приложение 3

Алгоритм измерения артериального давления. Подготовка к процедуре

. Убедиться, что мембрана фонендоскопа и трубки целы.

. За 15 минут предупредить пациента о предстоящем исследовании.

. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие.

. Выбрать правильный размер манжеты.

. Попросить пациента лечь или сесть.

II. Выполнение процедуры

. Уложить руку пациента в разогнутом положении (под локоть можно положить сжатый кулак кисти свободной руки или валик). Освободить руку от одежды.

. На обнаженное плечо пациента наложить манжету на 2 - 3 см выше локтевого сгиба (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты). Между плечом и манжетой должен проходить 1 палец.

. Вставить фонендоскоп в уши и одной рукой поставить мембрану фонендоскопа на область локтевого сгиба (место нахождения плевой артерии).

. Проверить положение стрелки манометра относительно «0»-й отметки шкалы и другой рукой закрыть вентиль «груши», повернуть его вправо, этой же рукой нагнетать воздух в манжетку до исчезновения пульсации на лучевой артерии + 20-30 мм.рт.ст. (т.е. несколько выше предполагаемого АД).

. Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм.рт.ст. в 1 секунду, повернуть вентиль влево.

. Отметить цифру появления первого удара пульсовой волны на шкале манометра соответствующую систолическому АД.

. Продолжить выпускать воздух из манжеты отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению или полному исчезновению тонов Короткова.

. Выпустить весь воздух из манжетки и повторить процедуру через 1 - 2 минуты.

. Сообщить пациенту результат измерения.

III. Завершение процедуры

. Данные измерения округлить и записать АД в виде дроби, в числительном - систолическое давление, в знаменателе - диастолическое давление (АД 120/80 мм.рт.ст.).

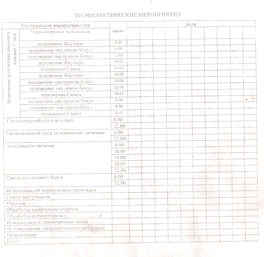
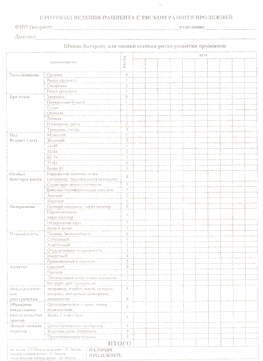
. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.

. Вымыть руки.

. Записать данные в принятую медицинскую документацию.

Приложение 4

Протокол ведения пациента с риском образования пролежней



Приложение 5

Пролежни ОСТ

С целью обеспечения качества медицинской помощи пациентам с риском развития пролежней приказываю:

. Утвердить:

.1. Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Пролежни" (ОСТ 91500.11.0001-2002) (приложение N 1 к настоящему приказу).

.2. Учетную форму N 003-2/у "Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями" (приложение N 2 к настоящему приказу).

. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра А.И.Вялкова.

Министр

Ю.Л.Шевченко

Приложение 1

к приказу Минздрава РФ

от 17 апреля 2002 г. N 123

Отраслевой стандарт ОСТ 91500.11.0001-2002 "Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации Протокол ведения больных. Пролежни (L.89)"

Отраслевой стандарт ОСТ 91500.11.0001-2002 "Протокол ведения больных. Пролежни" разработан под руководством первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации А.И.Вялкова Московской медицинской академией им. И.М.Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (П.А.Воробьев, З.В.Мухина), Медицинским колледжем N 1 Комитета здравоохранения г. Москвы (И.И.Тарновская), центральным научно-исследовательским институтом эпидемиологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (Н.А.Семина), Российской академией последипломного образования (Е.П.Селькова), Институтом хирургии им. А.В.Вишневского Российской академии медицинских наук (A.M.Светухин, В.А.Митиш).

. Область применения

Требования отраслевого стандарта распространяются на осуществление медицинской помощи всем пациентам, имеющим факторы риска развития пролежней, согласно факторам риска, и находящимся на лечении в стационарных условиях.

. Цель разработки и внедрения

Внедрение современной методологии профилактики и лечения пролежней у пациентов с различными видами патологии, связанных с длительной неподвижностью.

. Задачи разработки и внедрения

. Введение современных систем оценки степени риска развития пролежней, составление программы профилактики, снижение частоты развития пролежней и предупреждение инфекции пролежней.

. Своевременное лечение пролежней в зависимости от стадии их развития.

. Повышение качества и снижение стоимости лечения пациентов в связи с внедрением ресурсосберегающих технологий.

. Повышение качества жизни пациентов, имеющих риск развития пролежней.

. Клиническая эпидемиология, медико-социальная значимость

Данные статистики о частоте развития пролежней в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации практически отсутствуют. Но, согласно исследованию в Ставропольской краевой клинической больнице, рассчитанной на 810 коек, имеющей 16 стационарных отделений, за 1994-1998 гг. зарегистрировано 163 случая пролежней (0,23%). Все они осложнились инфекцией, что в общей структуре внутрибольничных инфекций составило 7,5%.

По данным английских авторов, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15-20% пациентов. По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных пациентов находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их.

Оценочная стоимость по лечению пролежней у одного пациента составляет от 5000 до 40000 долларов США. По данным Д.Ватерлоу, в Великобритании стоимость ухода за пациентами, имеющими пролежни, оценивается в 200 млн. фунтов стерлингов и ежегодно возрастает на 11% в результате затрат на лечение и увеличения продолжительности госпитализации.

Помимо экономических (прямых медицинских и немедицинских) затрат, связанных с лечением пролежней, нужно учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом.

Неадекватные противопролежневые мероприятия приводят к значительному возрастанию прямых медицинских затрат, связанных с последующим лечением образовавшихся пролежней и их инфекции. Увеличивается продолжительность госпитализации пациента, появляется потребность в адекватных перевязочных (гидрокаллоидные, гидрогели и др.) и лекарственных (ферменты, противовоспалительные, средства улучшающие регенерацию) средствах, инструментарии, оборудовании. В ряде случаев требуется хирургическое лечение пролежней III-IV стадий.

Возрастают и все остальные затраты, связанные с лечением пролежней.

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более, чем в 80% случаев.

Таким образом, адекватная профилактика пролежней позволит не только снизить финансовые расходы на лечение пролежней, но и повысить уровень качества жизни пациента.

. Общие вопросы

Патогенез

Давление в области костных выступов, трение и срезывающая (сдвигающая) сила приводят к пролежням. Длительное (более 1-2 ч) действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях над костными выступами нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим развитием пролежней.

Повреждение мягких тканей от трения возникает при перемещении пациента, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью. Трение приводит к травме как кожи, так и более глубоких мягких тканей.

Повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко. Это приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии и повреждению кожи, чаше всего на фоне действия дополнительных факторов риска развития пролежней.

Факторы риска

Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми (например, обезвоживание, гипотензия) и необратимыми (например, возраст), внутренними и внешними

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

нет риска - 1-9 баллов,

есть риск - 10 баллов,

высокая степень риска - 15 баллов,

очень высокая степень риска - 20 баллов.

У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов.

Результаты оценки регистрируются в карте сестринского наблюдения за больным (см. приложение N 2). Противопролежневые мероприятия начинаются немедленно в соответствии с рекомендуемым планом.

Места появления пролежней

В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются. На рисунках (см. п. 03) показаны наиболее и наименее уязвимые участки кожи больного.

Чаще всего в области: ушной раковины, грудного отдела позвоночника (самого выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, локтя, пяток.

Реже в области: затылка, сосцевидного отростка, акромиального отростка лопатки, ости лопатки, латерального мыщелка, пальцев стоп.

Клиническая картина и особенности диагностики

Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней:

стадия: устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

стадия: стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.

стадия: разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

стадия: поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Диагностика инфекции пролежней проводится врачом. Диагноз ставится на основании данных осмотра. При этом используются следующие критерии:

) гнойное отделяемое;

) боль, отечность краев раны.

Диагноз подтверждается бактериологически при выделении микроорганизма в посевах образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из краев раны.

Подтверждение имеющегося осложнения "инфекции пролежней" бактериологически должно проводиться у всех пациентов, страдающих агранулоцитозом даже при отсутствии внешних признаков воспаления (боль, отечность краев раны, гнойное отделяемое).

Инфекции пролежней, развившиеся в стационаре, регистрируются как внутрибольничные инфекции.

В случае пребывания пациента в доме сестринского ухода, при обслуживании пациентов сестринским персоналом служб милосердия, данные о локализации, размере, стадии пролежней регистрируются только в карте сестринского наблюдения за больными с пролежнями" (см. приложение N 2).

Общие подходы к профилактике

Адекватная профилактика пролежней в итоге приведет к уменьшению прямых медицинских затрат, связанных с лечением пролежней, прямых (немедицинских), косвенных (непрямых) и нематериальных (неосязаемых) затрат.

Адекватные противопролежневые мероприятия должны выполняться сестринским персоналом после специального обучения.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на:

уменьшение давления на костные ткани;

предупреждение трения и сдвига тканей во время перемещения пациента или при его неправильном размещении ("сползание" с подушек, положение "сидя" в кровати или на кресле);

наблюдение за кожей над костными выступами;

поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной);

обеспечение пациента адекватным питанием и питьем;

обучение пациента приемам самопомощи для перемещения;

обучение близких.

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

своевременная диагностика риска развития пролежней,

своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий,

адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в т.ч. по уходу.

Особенности ухода за пациентом

.