

Лекція №6.

Тема: «Догляд за хворими в передопераційний період».

План лекції.

1. Загальні поняття про організацію хірургічного відділення.
2. Догляд за хірургічними хворими .
3. Харчування в передопераційному періоді
4. Визначення показань до операції та операційного ризику .
5. Передопераційний період, його завдання, підготовка систем організму.
6. Особливості підготовки до операції деяких категорій хворих .
7. Підготовка хворого, операційного поля до екстреної та планової операції.
8. Премедикація та транспортування хворих в операційну .

1.Актуальність теми:

Сучасне хірургічне відділення - це складний лікувальний комплекс, звичайна діяльність якого регламентується відповідними санітарно-гігієнічними нормами.

Лікують хворих у спеціально обладнаних і оснащених хірургічних відділеннях .

Час, від поступлення хворого в відділення до операції, називається передопераційним періодом. Головні завдання цього періоду - підготовка хворого для безпечного проведення операції та сприятливого протікання післяопераційного періоду. Відповідальним завданням медичної сестри в цей час є добросовісне виконання призначень лікаря по підготовці хворого до операції. .

Зміст лекційного матеріалу.

I. Організація хірургічного відділення.

Сучасне хірургічне відділення - це складний лікувальний комплекс, звичайна діяльність якого регламентується відповідними санітарно-гігієнічними нормами. Лікують хворих у спеціально обладнаних і оснащених хірургічних відділеннях .

У великих стаціонарах створюють спеціалізовані відділення на 30-40 ліжок для надання допомоги хворим з судинною, ендокринною, легеневою та ін. патологією. Щоб попередити передачу гнійної інфекції від одного до другого хворого, бажано мати чисте хірургічне відділення і відділення хірургічної інфекції. Вони повинні бути ізольовані одне від одного, мати окремий інвентар, обладнання і обслуговуючий персонал. Якщо неможливо зробити окремі відділення, для гнійних хворих відводять окремі палати і перев'язувальню. В цих умовах важливе значення має дотримання чистоти і порядку у відділенні. Всю роботу планують так, що спочатку проводять операції, потім виконують перев'язки чистих хворих і лише після всього - гнійні перев'язки (порядок перев'язок).

У склад хірургічного відділення входять палати для хворих, операційний блок, перев'язувальні, маніпуляційна і допоміжні приміщення (туалет, ванна, столовий зал, буфет, кімнати для білизни, обслуговуючого персоналу,

стерилізаційна та ін.). Палати повинні бути просторими, з розрахунку 6,5-7,5 кв.м. площі на кожного хворого. В палаті доцільно розміщувати 2-4 ліжка. Природне освітлення повинно бути таким, щоб відношення площі вікон до площі підлоги становило 1:6.

Перев'язувальна.

Вимоги до перев'язувальної повинні бути такі ж, як і до операційної (світла кімната, стеля якої повинна бути пофарбована масляною фарбою, стіни і підлога вистелені плиткою).

У перев'язувальній необхідно підтримувати ідеальну чистоту. Стіл для інструментів і перев'язувального матеріалу накривають так само, як і в операційній.

Інструменти подають корнцангом. Перев'язку проводять тільки за допомогою інструмента. Інструменти стерилізують у самій перев'язувальній або в стерилізаційній кімнаті операційного блоку. Перев'язувальна повинна бути забезпечена центральною подачею холодної і теплої води. Оптимальна температура повинна бути 18-20 °С. У перев'язувальній не повинно бути сторонніх предметів, одягу, крім столу для перев'язок, столу для інструментів і перев'язувального матеріалу, шафи для медикаментів та інструментів і стільців для хворих. При проведенні перев'язок необхідно враховувати ступінь чистоти ран хворих. Хворих з ускладненнями, гнійними ранами перев'язують в останню чергу. В кінці робочого дня проводять вологе прибирання перев'язувальної і опромінення ультрафіолетовим променем (кварцування). У великих хірургічних відділеннях, як правило, є дві перев'язувальні - для "чистих" і "гнійних" хворих.

II. Загальний догляд за хірургічними хворими. Гігієна медичного персоналу.

Гігієнічні вимоги до медичного персоналу та хворих, які проходять курс лікування в хірургічних стаціонарах регламентується нормативним документом (наказ № 720). Гігієна медперсоналу включає знання і виконання всіх гігієнічних правил в межах своїх функціональних обов'язків. Персонал зобов'язаний систематично здійснювати перевірку стану здоров'я. Хворі та бацилоносії не допускаються до роботи до повного одужання.

Гігієна медперсоналу включає 3 основних елементи - особиста гігієна медперсоналу, гігієні професійного одягу та робочого місця, гігієні виконання медичних маніпуляцій

Медичний персонал повинен бути взірцем чистоти і акуратності. Робочим одягом є халат, шапочка або косинка, м'які шкіряні закриті тапочки. Халат має бути зав'язаний ззаду, шапочка чи косинка повинні повністю закривати волосся. Для роздавання їжі та годування хворих має бути інший чистий халат. Виходячи за межі лікарні, або відвідуючи санітарний вузол необхідно знімати халат. Перед кожною маніпуляцією необхідно вимити руки, а маніпуляції необхідно проводити у гумових рукавичках.

Після поступлення хворого в стаціонар йому виділяють ліжко з чистою білизною, яка пройшла камерну обробку, необхідні предмети догляду, при необхідності (склянку, судно, сечоприймач, плювальницю) тощо. Ліжко хворого повинно бути металевим, або дерев'яним з гладкою поверхнею - такі ліжка дають можливість проводити їхню дезінфекцію.

Для важкохворих, призначені функціональні ліжка, які дають змогу надавати хворому різних положень.

Гігієна хворого, який перебуває в хірургічному відділенні включає в себе гігієну тіла, заміну натільної і постільної білизни. Натільну та постільну білизну змінюють один раз на 7-10 днів, відразу після гігієнічної ванни, або по мірі необхідності, після забруднення. Відповідає за заміну білизни сестра-господиня. Всю білизну необхідно прати, мокру від поту сушити не рекомендується. Щоразу при заміні білизни стежать, щоб простирadlo і сорочка добре розправлені, щоб не утворювалися грубі згортки, які перешкоджають спокійному сну хворих, а у важкохворих нерідко сприяють утворенню пролежнів. Білизну, забруднену кров'ю або іншими виділеннями, необхідно згорнути забрудненою поверхнею до середини і транспортувати в щільних клейончастих мішках на пральню. Сортувати білизну в палатах забороняється.

Переодягання хворих із пошкодженими верхніми кінцівками - роздягання починають із здорової руки, а одягання починають із хворої руки, те саме стосується нижніх кінцівок.

Ліжко хворого застеляють таким чином - поверх сітки кладуть матрац із на матрацником. Зверху стелять чисте простирadlo, краї якого повинні бути підігнані по всій довжині на матрац, для попередження утворення складок. Для важкохворих із нетриманням сечі, калу, якщо немає спеціального ліжка,

з метою запобігання забруднення матрацу на на матрацник кладуть клейонку, прикріплюючи її, або підгинаючи під матрац. Клейонку можна постелити на простирadlo, накриваючи її пелюшкою. Під голову кладуть дві подушки: нижню з пір'я, а верхню з пуху. На кожену подушку надягають окремо наволочку. Подушки слід класти так, щоб нижня лежала прямо і виступала дещо з-під верхньої, а верхня впиралась у спинку ліжка. Хворому дають ковдру з підковдрою, яка повинна бути бавовняною або вовняною. Постіль хворого повинна бути чистою, застеленою без складок і рубців. Перестеляти її треба двічі на день - вранці та ввечері. Кожного ранку натільну і постільну білизну витрушують і провітрюють, матрац на цей час не застилають, щоб він теж провітрився. При зміні постільної білизни важкохворому треба проявити велику обережність, щоб не завдати йому додаткового болю і страждання. Заміну простирadла у лежачих хворих здійснюють починаючи згортання по довжині до середини, піднімаючи таз і забираючи простирadlo, в цей час згорнуте простирadlo підставляють під таз хворого і розгортають його із середини до країв.

Повертають хворого на бік згортають простирadlo із одного боку, відразу розстилають чисте, повертають хворого на чисте до кінця. Згортають чисте простирadlo по довжині, піднімають ноги хворого, скручують брудне простирadlo і одночасно закручують чисте, піднімають таз хворого, забирають брудне і розстилають чисте, піднімають тулуб хворого, забирають брудне простирadlo і до кінця розстеляють чисте.

III. Харчування в передопераційному періоді.

Дієтотерапія в передопераційному періоді має на меті створення сприятливих умов для майбутнього хірургічного втручання та загоєння операційної рани. Харчування хворих будується в залежності від характеру патологічного процесу і пов'язаного з ним стану організму хворого, тривалості передопераційного періоду, який значною мірою визначається терміновістю майбутнього втручання. При гострих захворюваннях органів черевної порожнини, що вимагають невідкладної операції (гострий апендицит, холецистит, проривної виразка, кишкова непрохідність, позаматкова вагітність та ін), хворим забороняється прийом їжі й рідини, т. з. призначається голод. При планових операціях хворим призначається дієта, показана відповідно до характеру захворювання. Однак з метою створення резерву поживних речовин в післяопераційному періоді енергетична цінність раціону повинна бути не нижче 12 560 кДж (3000 ккал) за рахунок 120 - 130 г

білка, 100 г жиру і 400 г вуглеводів (100-120 г легкозасвоюваних). Вміст вітамінів у 1,5-2 рази повинно перевищувати фізіологічну норму. При відсутності набряків показано насичення організму рідиною (до 2,5 л на добу). За 3-4 дні до операції повинні бути виключені продукти, багаті на клітковину і викликають метеоризм (житній хліб, незбиране молоко, бобові, капуста та ін.) Прийом їжі слід припинити за 8-10 год до операції. У випадках вираженого порушення обміну речовин, особливо з наявністю негативного азотистого балансу (відсутність апетиту, блювання, стресові ситуації, втрата травних соків через свищ), показано парентеральне харчування. Його слід проводити з урахуванням частки природного харчування за принципами, викладеними в розділі «Парентеральне харчування» (ізотонічний розчин натрію хлориду, 5% розчин глюкози, білкові гідролізати, плазма і т. д.).

IV. Визначення показань до операції та операційного ризику:

Залежно від характеру, терміну захворювання та стану хворого, показання до операції можуть бути:

- життєвими (вітальними), при яких найменша відстрочка операції може призвести до смерті хворого: а) кровотеча, яка не припиняється, при пошкодженнях великих судин, органів, виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки; б) гострі захворювання органів черевної порожнини (апендицит, защемлена грижа, кишкова непрохідність та ін.); в) гнійно-запальні захворювання (абсцес, флегмона, гнійний мастит і ін.). Відстрочення операцій у цих хворих може привести до розвитку сепсису;
- абсолютними, що виникають у хворих, у яких неможливо замінити операцію іншими методами лікування, а її тривале відстрочення може призвести до загрозливого для життя стану. До таких показань відносяться механічна жовтяниця, стеноз вихідного відділу шлунка, злоякісні захворювання й ін. Таких хворих оперують після відповідної підготовки через декілька днів з моменту госпіталізації;
- відносними, що можуть виникати у хворих з тривалими захворюваннями, у яких можна використовувати інші методи лікування, такі захворювання не становлять загрози для життя хворих (варикозне розширення вен нижніх кінцівок, неускладнені грижі

живота, доброякісні пухлини, геморої та інші).

Підготовку хворого до операції здійснюють спільно з хірургом, анестезіологом, терапевтом та з допомогою медичної сестри.

Визначення операційного ризику.

При підготовці хворого до операції важливе значення має визначення ступеня ризику. Для його визначення слід оцінити: а) загальний стан хворого; б) припустимий об'єм і характер операції; в) вид анестезії.

Всі ці дані оцінюють у бальній системі.

А. Загальний стан хворого:

1) хворі, у яких хвороба локалізована і не викликає системних розладів, практично здорові люди — 0.5 бала;

2) хворі з легкими або помірними розладами, які у незначній мірі порушують життєдіяльність організму без виражених порушень гомеостазу - 1 бал;

3) хворі з вираженими системними розладами, які значно порушують життєдіяльність організму, але не призводять до втрати працездатності – 2 бали;

4) хворі з тяжкими системними розладами, які створюють серйозну небезпеку для життя і призводять до втрати працездатності - 3 бали;

5) хворі, стан яких настільки тяжкий, що можна очікувати їх смерті впродовж 24 год — 4 бали.

Б. Припустимий об'єм і характер оперативного втручання:

1) невеликі операції на поверхні тіла і органах черевної порожнини (видалення розташованих на поверхні і локалізованих пухлин, розкриття невеликих гнійників, ампутація пальців кисті і стопи, перев'язка і видалення гемороїдальних вузлів, неускладнена апендектомія і операція з приводу грижі) - 0,5 бала;

2) операції середньої тяжкості (видалення розташованих на поверхні злоякісних пухлин, які потребують розширеного втручання; розкриття гнійників, розміщених у порожнинах; операції на периферійних судинах;

ускладнені апендектомії і операції на грижу, які вимагають розширеного втручання; діагностичні лапаротомії і торакотомії, інші аналогічні за складністю і об'ємом оперативні втручання) - 1 бал;

3) великі хірургічні втручання: радикальні операції на органах черевної порожнини (окрім вищевказаних), радикальні операції на органах грудної клітки, ампутації кінцівок, операції на головному мозку - 2 бали;

4) операції на серці, великих судинах і інші складні втручання, що проводяться в особливих умовах - штучний кровообіг, гіпотермія та ін. - 3 бали.

В.Оцінка характеру анестезії:

1) місцева потенційована анестезія - 0,5 бала;

2) регіонарна, спинномозкова, епідуральна, внутрішньовенна анестезія, інгаляційний масковий наркоз із самостійним диханням -1 бал;

3) ендотрахеальний комбінований наркоз - 1,5 бала;

4) комбінований ендотрахеальний наркоз у поєднанні із штучною гіпотермією, керованою гіпотензією, масивною інфузійною терапією, електрокардіостимуляцією - 2 бала;

5) комбінований ендотрахеальний наркоз у поєднанні із штучним кровообігом, гіпербаричною оксигенацією, з використанням інтенсивної терапії та реанімації - 2,5 бала.

Оцінку ступеня ризику визначають за сумою балів: I ступінь (*незначний ризик*) - 1,5 бала; II ступінь (*помірний ризик*) - 2-3 бала; III ступінь (*значний ризик*) - 3,5-5 балів; IV ступінь (*високий ризик*) - 5,5-8 балів; V ступінь (*надто високий ризик*) - 8,5-11 балів.

1) Екстрені оперативні втручання оцінюють так, як і планові, але їх включають в окрему групу і позначають додатково буквою "Е".

Оцінка ступеня операційного ризику в кожному конкретному випадку зволяє вибрати відповідний об'єм операції, спосіб анестезії і з найменшим зиском для життя хворого виконати адекватне оперативне втручання.

V.Передопераційний період,його завдання,підготовка систем організму.

Це час з моменту госпіталізації хворого в хірургічне відділенні до виконання операції. Залежно від характеру захворювання, він може тривати від декількох хвилин чи годин (поранення серця, великих судин, гострий апендицит й ін.) до декількох днів (пухлини шлунка, зоб, бронхоектатична хвороба, синдром Леріша - оклюзія здухвинних артерій та ін.). Основною метою передопераційного періоду є проведення заходів для зменшення ризику операції і попередження післяопераційних ускладнень.

Основними завданнями передопераційного періоду є:

встановлення діагнозу;

визначення показань, терміновості виконання і характеру операції;

підготовка хворого до операції.

Весь передопераційний період поділяється на:

1. Діагностичний період, під час якого уточнюють діагноз, визначають показання до операції. В діагностичний період вивчають також стан, резервні можливості основних органів та систем хворого, що готується до операції.

2. Період власне передопераційної підготовки, яка включає комплекс лікувальних заходів, спрямованих на зменшення важкості перебігу захворювання, покращення роботи основних органів і систем, підвищення реактивності організму.

Передопераційна підготовка хворих.

Підготовку хворого до операції проводять залежно від характеру захворювання, стану хворого та припустимого об'єму операції.

Важливе значення в підготовці хворого до операції має визначення стану систем організму.

Серцево-судинна система.

При обстеженні серцево-судинної системи виявляють ті чи інші захворювання (миготлива аритмія, вади серця, гіпертонічна хвороба та інші).

У всіх хворих в обов'язковому порядку вимірюють артеріальний тиск (в особливих випадках і венозний тиск), рахують пульс, виконують електрокардіографію, за необхідності ультразвукове дослідження серця та ін.

При наявності змін проводять консультацію кардіолога і призначають коригуючу медикаментозну терапію.

Органи дихання.

При обстеженні органів дихання в першу чергу виключають гострі запальні захворювання дихальних шляхів (бронхіт, бронхопневмонію).

Важливе значення має спірографія та визначення ЖЄЛ (життєвої ємкості легень) (норма - 3500-4500 мл); проводять проби Штанге - час затримки дихання на максимальному вдиху (норма - 40-50 с) і Собразе - час затримки дихання при максимальному видиху (норма - 15-20 с). Для виявлення захворювань легень важливе значення має флюорографія та рентгенологічне обстеження органів грудної клітки.

Усім хворим перед операцією забороняють курити за 2-3 тижні до операції. Хворі з гнійними процесами легень (абсцес, бронхоектатична хвороба та інші) потребують спеціальної підготовки органів дихання для затишення запального процесу. З цією метою їм проводять санацію трахеобронхіального дерева за допомогою бронхоскопії, інтратрахеального введення антибіотиків, відхаркувальних медикаментозних засобів. Таким хворим проводять і загальнозміцнювальну терапію (переливання компонентів крові, вітамінотерапію, посилене харчування), системну і дихальну гімнастику.

Органи травлення.

У передопераційний період важливе значення приділяють стану ротової порожнини: проводять санацію каріозних зубів, запальних процесів ясен, язика.

При виявленні якої-небудь патології з боку шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразкова хвороба шлунка чи дванадцятипалої кишки та ін.) проводять медикаментозне лікування. У тих випадках, коли операція буде проходити під загальним знеболюванням, необхідно визначити функцію печінки (білірубін, загальний білок, АЛТ, АСТ,).

Усі операції, як правило, виконують натщесерце.

Хворим вранці не дозволяють вживати їжу.

Ввечері, напередодні операції, ставлять очисну клізму.

За 30 хв. до операції на шлунку його промивають.

Перед операцією на товстому кишечнику за 1-2 дні до неї призначають проносне, повторні клізми і спеціальну дієту. Для профілактики післяопераційних ускладнень і пригнічення мікробної флори цим хворим за 3-4 дні до операції призначають левоміцетин, коліміцин і інші антибіотики. При застійних явищах у шлунку (стеноз воротаря) проводять ввечері і вранці його промивання протягом 5-6 днів до операції.

Для корекції гомеостазу здійснюють переливання компонентів крові (еритроцитарної маси, плазми, альбуміну і ін.), 5% розчину глюкози з інсуліном 1,5-2л на добу, електролітів (К, На, Са). їжа таких хворих повинна бути висококалорійною, легкозасвоюваною, містити достатню кількість вітамінів.

Сечовидільна система.

В усіх хворих перед операцією виконують загальний аналіз сечі. При наявності змін проводять пробу за Зимницьким, застосовують спеціальні урологічні обстеження (внутрішньовенна пієлографія, цистографія, цистоскопія). У жінок перед операцією обов'язково виконують гінекологічне обстеження. При наявності менструації оперативне втручання відкладають у зв'язку з гормональними змінами, підвищеним фібринолізмом і кровоточивістю тканин під час і після операції.

Кров і кровотворні органи.

Перед операцією проводять загальний аналіз крові, визначають час кровотечі та згортання крові. Перед великими операціями виконують коагулограму, тромбоеластограму. При зниженій здатності згортальної системи крові у хворих можуть виникати небезпечні кровотечі, гематоми. При підвищених згортальних властивостях крові можуть виникати тромбози, тромбофлебіти і емболії (легеневої артерії).

В усіх випадках необхідно проводити передопераційну корекцію згортальної системи крові. При підвищеній схильності крові до згортання спочатку призначають антикоагулянти прямої дії (гепарин або фраксипарин), а потім переходять до антикоагулянтів непрямої дії (неодикумарин, пелентан, синкумар та інші), дози яких залежать від змін коагулограми. При зниженні згортання крові призначають повторні переливання крові (150-200 мл), плазми, вікасолу, адроксону, 10% розчину кальцію хлориду по 10 мл внутрішньовенно. В процесі підготовки анемічних і ослаблених хворих застосовують переливання еритроцитарної маси, плазми, альбуміну та інших компонентів крові.

Шкірні покриви.

При огляді шкірних покривів необхідно звертати увагу на наявність гнійничкових захворювань.

Усі запальні процеси необхідно ліквідувати, оскільки ці захворювання можуть стати джерелом ендогенної інфекції і викликати тяжкі септичні ускладнення. Напередодні операції хворий приймає гігієнічний душ, тяжких хворих купують або проводять вологе обтирання. Гоління волосяного покриву операційного поля проводять тільки в день операції.

Нервово-психічна система.

Важливого значення надають психологічній підготовці, яка спрямована на заспокоєння і впевненість хворого в сприятливому перебізі операції. Хворому потрібно пояснити необхідність операції доброзичливим спокійним голосом. Особливо це необхідно робити у хворих з гострою патологією органів черевної порожнини (апендицит, перитоніт, кишкова непрохідність й інші). В усіх випадках медична сестра повинна дотримуватись настанов лікаря. Необхідно слідкувати, щоб карта стаціонарного хворого (історія хвороби не потрапила до нього.

VI. Особливості підготовки до операції деяких категорій хворих.

Особливості передопераційної підготовки хворих похилого та старечого віку.

Загальні принципи підготовки цієї групи хворих до операції однакові. Проте слід пам'ятати, що у цих хворих знижені компенсаторні властивості організму, нервова система досить ранима.

У людей похилого віку часто спостерігають зміни з боку серцево-судинної системи, їм необхідно провести електрокардіографію з наступною консультацією терапевта, кардіолога.

Досить часто у них спостерігають зміни з боку дихальної системи (пневмосклероз, емфізема легень, бронхіальна астма). Для цих хворих особливого значення набуває дихальна гімнастика як важливий засіб профілактики пневмоній.

У людей похилого віку необхідно звернути увагу на стан шлунково-кишкового тракту. Досить часто у цієї групи хворих спостерігають недостатність функції кишечника (запори, проноси).

Перед операцією їм необхідно призначити відповідну дієту, періодично очищати кишечник клізмами, проносними.

Санітарну обробку таким хворим проводять у теплій душовій кімнаті. Температура ванни не повинна перевищувати 40 °С (краще 36-37 °С).

При проведенні премедикації необхідно обережно призначати барбітурати, наркотики (вони пригнічують дихальний центр, погіршують функцію печінки, нирок).

Особливості підготовки до операції ослаблених хворих.

Хворі з травмами і прогресуючими захворюваннями шлунково-кишкового тракту, легень, ендокринної системи та ін. нерідко перебувають у тяжкому або ослабленому стані. У них знижуються захисні властивості організму, порушується гомеостаз, виникає поліорганна недостатність. Такий стан хворих досить часто зумовлює виникнення післяопераційних ускладнень, порушення регенерації тканин і може призвести до летальних випадків.

Завдання медичних працівників - за короткий термін провести медикаментозну корекцію гомеостазу і функціональної недостатності органів у цієї групи хворих. Важливого значення набувають переливання компонентів крові та кровозамінників для парентерального живлення. Таким хворим необхідно призначити препарати, що покращують імунобіологічні властивості

організму (імуноглобулін, тимоген, тималін, Т-активін та ін.). Необхідно призначити комплекс вітамінів (групи В, Р, С).

Підготовка до операції дітей.

Для виконання оперативних втручань у дітей необхідно отримати письмовий дозвіл у батьків або опікунів. Недотримання цього положення допускається лише в екстремальних ситуаціях, коли необхідно терміново виконувати операцію і немає батьків. Тоді ці питання вирішує консилиум лікарів.

Оперативні втручання у дітей проводять у будь-якому віці. Підготовка до операції залежить від характеру втручання, віку і загального стану хворого. Важливу роль у підготовці пацієнта відіграє психологічний фактор.

VII. Підготовка хворого, операційного поля до екстреної та планової операції.

Підготовка хворого до екстреної операції.

План підготовки хворого до екстреної операції індивідуальний. Хворого обстежують, проводять короткий огляд, аускультацию, перкусію, загальний аналіз крові, сечі. Визначають групу крові, резус-фактор. А такі додаткові методи дослідження, як електрокардіографія, рентгенологічне обстеження інше, проводять за показаннями. Слід пам'ятати, що, згідно з існуючим положенням, усі діагностичні, організаційні і тактичні питання при наданні ургентної допомоги хворим повинні бути вирішені протягом двох - максимум чотирьох годин (реанімаційна допомога повинна розпочинатись терміново, з моменту госпіталізації пацієнта).

Передопераційна підготовка у таких хворих повинна бути інтенсивною нетривалою. Перед операцією необхідно ввести зонд у шлунок, при необхідності відсмоктати вміст і промити його. Поряд із цим, необхідно спорожнити сечовий міхур за допомогою катетера.

Підготовка хворого до планової операції.

При планових операціях тривалість передопераційного періоду залежить від стану хворого і характеру операції. В процесі підготовки проводять всебічне обстеження хворого, з'ясовують показання до операції. Залежно від характеру захворювання і об'єму операції, передопераційна підготовка може тривати від 1-2 днів (черевні грижі, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, резекція щитоподібної залози при зобі та ін.) до 1-1,5 місяця у тяжкохворих (виразкова хвороба шлунка, тиреотоксикоз, гнійні захворювання легень та ін.) Операцію виконують тільки після корекції гомеостазу і нормалізації основних функцій внутрішніх органів. Планові операції не можна виконувати при підвищеній температурі тіла, наявності гнійних захворювань (фурункули, піодермія, абсцеси та ін.). З метою скорочення терміну передопераційної підготовки хворих у стаціонарі обстеження та санацію їх проводять в амбулаторіях і поліклініках.

Підготовка операційного поля.

Операційне поле - це ділянка тіла хворого, де проводять розріз шкіри я здійснення оперативного втручання. Цю ділянку готують особливо. В день операції за 2-3 год шкіру голять гострим лезом і обробляють антисептиком (0,5-1% спиртовим розчином хлоргексидину, йодонатом, кутасептом ін.). Можна застосувати спеціальні пасти-депілятори.

Слід пам'ятати, що при підготовці хворого до операції необхідно суворо дотримуватись послідовності виконання гігієнічних процедур: спочатку проводять спорожнення та очищення кишечника, гігієнічний душ, заміну натільної білизни і тільки після цього готують операційне поле. Такий порядок підготовки хворого до операції дає можливість запобігти мікробному забрудненню шкіри і зменшити ризик післяопераційних нагноєнь ран.

VIII. Премедикація та транспортування хворих в операційну.

Премедикація.

Мета премедикації - заспокоїти хворого і покращити перебіг наркозу. Зона поділяється на *вечірню* (напередодні операції) і *ранкову* (в день операції). Напередодні операції хворому на ніч необхідно призначити транквілізатори (седуксен, ноксирон, реланіум); протигістамінні препарати (димедрол,

піпольфен), снодійні (фенобарбітал, барбаміл). Усі ранкові гігієнічні процедури: полоскання рота, чищення зубів, гоління, підготовка операційного поля, заміна білизни, відвідування туалету - виконують до ранкової премедикації. Ранком хворому призначають еленіум 0,005 г, седуксен 0,005 г або радедорм 0,005 г. За 30 хв до операції внутрішньом'язово або підшкірно вводять наркотичні аналгетики: Імл 1-2% розчину промедолу або Імл пенозоцину (лексиру), 2 мл фентанілу або дроперидолу. Для зменшення впливу блукаючого нерва, зменшення секреторної функції бронхіальних залоз й салівації вводять 0,5 мл 0,1% розчину сірчанокислого атропіну.

У хворих з алергічними реакціями в комплекс премедикації включають антигістамінні препарати (димедрол, піпольфен, діазолін та ін.). Найбільш часто використовують анальгезувально-седативну суміш, що складається з промедолу, седуксену і атропіну.

Премедикацію необхідно проводити перед усіма великими та малими операціями, які будуть виконуватись під наркозом або іншими видами знеболювання. Безпосередньо перед операцією анестезіолог оглядає порожнину рота, видаляє зубні протези, при потребі вставляє шлунковий зонд, катетер у сечовий міхур.

Транспортування хворих в операційну.

Доставка хворих в операційну є важливим етапом передопераційної підготовки. Вона повинна проводитись досить обережно, без метушні. Хворих перевозять на кріслах-каталках або носилках-каталках. Перед транспортуванням хворих каталку необхідно накрити чистим простирадлом, покласти подушку, накрити хворого ковдрою. Слід пам'ятати, що транспортування хворих повинно проводитись на каталках хірургічного відділення. В передопераційній хворого перекладають на каталку операційного блоку, якою його доставляють до операційного столу. Необхідно періодично обробляти каталку і її колеса дезінфекційним розчином (3% розчин перексиду водню в суміші з 0,5% розчином мийного засобу).

Слід пам'ятати, що під час транспортування хворого в операційну його стан може різко погіршуватися від додаткового хвилювання, тому медичні сестри повинні бути уважними і своєчасно виявляти зміни в стані хворого. Транспортування хворих в ліфтах здійснюють тільки в присутності медичної сестри. Перекладати хворого з каталки на операційний стіл необхідно

обережно, краще за допомогою 3 –4 осіб, які підкладають руки під голову, грудну клітку, сідниці, ноги; можна перекладати і за допомогою простирадла, на якому лежить хворий.

Завдання для самопідготовки.

А. Контрольні запитання для самопідготовки по темі лекції.

1. Які приміщення входять до хірургічного відділення?
2. Що таке перев'язувальна і особливості її роботи?
3. Яким повинен бути медичний персонал?
4. В чому заключається гігієна хворого?
5. Яким наказом регламентуються гігієнічні вимоги до медперсоналу та хворих?
6. Назвіть мету дієтотерапії в передопераційному періоді.
7. Кому проводиться парентеральне харчування?
8. Хто визначає показання і протипоказання до операції?
9. Які бувають показання до операції?
10. За якими показниками оцінюється ризик оперативного втручання?
11. Що таке передопераційний період?
12. Назвіть основні завдання передопераційного періоду.
13. Як проводиться підготовка хворого до операції?
14. Назвіть особливості підготовки дітей до операції.
15. Назвіть особливості підготовки до операції ослаблених хворих.
16. Назвіть особливості підготовки до операції людей похилого віку.
17. Скільки часу готується хворий до екстреної операції?
18. Скільки часу готується хворий до планової операції?
19. Яка роль атропіну в премедикації?
20. Як здійснюється транспортування хворого в операційну?

Рекомендована література:

Основна:

О.М. Кіт "Медсестринство в хірургії" Тернопіль, 2002р. ст.36-38;49-59;

Додаткова:

С.Д. Хіміч "Хірургія" Київ "Здоров'я" 2004р. ст.218-226;

Л.М. Ковальчук "Навчальний посібник з хірургії в модулях" Київ,"
Медицина" 2009 р.ст.185-192;

Л.В. Цитовская "Руководство по практическим занятиям по хирургии." К.,
"Вища школа" 1988г. ст.163-173.

Матеріали для закріплення вивченого.**А.Контрольні питання.**

- 1.Які приміщення входять до хірургічного відділення?
- 2.Яким наказом регламентуються гігієнічні вимоги до медперсоналу та хворих?
- 3.Назвіть мету дієтотерапії в передопераційному періоді.
- 4.Які бувають показання до операції?
- 5.Що таке передопераційний період?
- 6.Назвіть особливості підготовки дітей до операції.
- 7.Скільки часу готується хворий до екстреної операції?
- 8.Яка роль атропіну в премедикації?

Б.Тестові завдання.

1. Які з перерахованих ознак є характерними для болю в животі, причиною якою є подразнення очеревини?

A. Періодичний, ниючий.
B. Переймоподібний, колючий.
C. Постійний, ниючий в стані спокою.
D Гострий, що посилюється при рухах.
E. Ріжучий, епізодичний.

2. Спостереження за хворими в ПІТ повинно бути:

A. Плановим, періодичним.
B. Постійним, динамічним.
C. Спорадичним.
D Вибірковим.
E. Статичним.

3. Які процедури доцільно використовувати для зменшення нестерпного сухого кашлю?

- A.** інгаляції зволоженого кисню;
- B.** створення положення для адекватного дренажу бронха;
- C.** відкрити вікно, звільнити хворого від стискуючого одягу;
- D** поставити банки або гірчичники, дати тепле питво слаболужної реакції;
- E.** провести пункцію плевральної порожнини.

4. Які ознаки кровотечі вказують на її легеневий характер?

- A.** кров темна із згустками;
- B.** кров яскрава, піниста;
- C.** кровотеча нагадує кавову гущу;
- D** кров темна без згустків;
- E.** кров має кислу реакцію.

5. Для чого при оксигенотерапії проводять зволоження кисню?

- A.** для зменшення його втрат;
- B.** для дотримання техніки безпеки,
- C.** попередження його токсичного впливу на організм;
- D** для збудження дихального центру;
- E.** для широкого відкриття альвеол легень

6. Які засоби доцільно застосовувати для зменшення болю в грудній клітці?

- A.** примочки з теплою водою,
- B.** лужні інгаляції;
- C.** оксигенотерапію;
- D** компреси з камфорним спиртом;
- E.** міхур з льодом.

7. Хворий, що знаходиться на ліжковому режимі, страждає нетриманням сечі. Які із засобів догляду Ви використаєте для створення гігієнічних умов?

- A.** металічне підкладне судно;
- B.** підстелите клейонку;
- C.** покладете міхур із льодом на низ живота;
- D** гумове підкладне судно;
- E.** покладете грілку на низ живота

В.Задача.

Хворий К., 35 років, має бути транспортований в операційну, де йому будуть робити оперативне втручання з приводу варикозної хвороби правої нижньої кінцівки в плановому порядку. 20 хвилин потому йому була зроблена премедикація (промедол 2%-1 мл, димедрол 1%-1 мл). Хворий намагається йти до операційного блоку самостійно.

Завдання: Як в такому випадку має поступити медична сестра?

Б.Контрольні запитання для самопідготовки по темі наступної лекції.

- 1.Що таке післяопераційний період?
- 2.Фази післяопераційного періоду.
- 3.Варіанти перебігу післяопераційного періоду.
- 4.Порушення процесів обміну після операції.
- 5.Порушення функцій життєво важливих органів після операції.
- 6.Організація роботи ВРІТ.
- 7.Оцінювання загального стану хворого.
- 8.Клінічний та моніторний нагляд за хворими.
- 9.Післяопераційні ускладнення та їх профілактика.
10. Післяопераційні ускладнення та їх усунення.
- 11.Порушення діяльності серцево-судинної системи.
12. Порушення діяльності дихальної системи.
13. Порушення діяльності травного тракту.
14. Порушення діяльності сечовидільної системи.
- 15.Можливі ускладнення з боку рани і дренажів.
16. Післяопераційний режим.
- 17.Післяопераційна дієта.
- 18.Лабораторний та функціонально-діагностичний контроль за станом хворого.
- 19.Документація ВРІТ.
- 20.Реабілітація хворих після операції..

Рекомендована література:

Основна:

О.М. Кіт “Медсестринство в хірургії” Тернопіль, 2002р. ст.65-82;

Додаткова:

С.Д. Хіміч ” Хірургія” Київ “Здоровя” 2004р. ст.204-218;

Л.М. Ковальчук “Навчальний посібник з хірургії в модулях” Київ,
Медицина” 2009 р.ст.185-192;

Л.В. Цитовская “Руководство по практическим занятиям по хирургии.” К.,
“Вища школа” 1988г. ст.163-173.