

Викладач	Стоянова Л.П.
Предмет	М/С в хірургії
Група	3 – А с/с
Дата	26.05.2022 р.
Практичне заняття	Післяопераційні ускладнення, їх профілактика та усунення

### **АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.**

Переважає більшість хворих, що перебувають у хірургічних стаціонарах, підлягають оперативному лікуванню. Середній медичний персонал повинен вміти правильно провести передопераційну підготовку хворих в залежності від терміновості операції, та з урахуванням розташування патологічного чинника, в подальшому медична сестра веде постійний догляд за хворим, за його зовнішнім виглядом та основними показниками гомеостазу.

### **НАВЧАЛЬНА МЕТА.**

Навчальна мета полягає в засвоєнні студентами правил веденню післяопераційного періоду та загальним питанням догляду за оперованими хворими. Необхідно навчити студентів загальним питанням підготовки хворих до операції, ознайомити з особливостями передопераційного періоду. Ознайомлення з організацією і проведенням хірургічної операції, роботою персоналу операційної. Навчити веденню післяопераційного періоду і загальним питанням догляду за оперованими хворими.

#### 2.1. Студент повинен знати:

- Визначення післяопераційного періоду.
- Небезпеки раннього післяопераційного періоду.
- Боротьба з післяопераційним парезом травного каналу.
- Профілактика легеневих ускладнень.
- Профілактика пролежнів.
- Боротьба з парезом сечового міхура,
- Боротьба з затримкою сечі.
- Поняття про активне ведення післяопераційного періоду.

#### 2.2. Студент повинен вміти:

- Ознайомитися з загальними питаннями ведення хворих в післяопераційному періоді, вміти вірно орієнтуватися у профільюючий патології та оцінювати стан хворого по клініко-лабораторним даним.
- Володіти технікою введення назогастрального зонда.
- Володіти технікою введення м'якого сечового катетера.
- Володіти технікою промивання шлунку шприцом Жане.
- Володіти технікою дихальної гімнастики,
- Володіти технікою введення накладання еластичних бинтів на кінцівки.
- Проводити профілактику пролежнів.
- Транспортування хворих в операційну.

### 2.3. Студент повинен опанувати практичні навички:

- обстеження хворих при різних варіантах ускладнень гострої хірургічної патології органів черевної порожнини;
- техніку введення м'якого сечового катетера,
- провести дихальну гімнастику,
- накладання еластичних бинтів на кінцівки, профілактику пролежнів;
- ведення післяопераційного періоду хворих (під контролем викладача);
- змінити пов'язку на операційній рані;
- промити сечовий міхур через катетер;
- транспортувати хворого на каталці та кріслі-каталці;
- підготувати інструменти для перев'язки.

## **ПОРАДИ СТУДЕНТУ**

Кожних 2-3 студенти одержують одного хворого /післяопераційного/, з яким вони знайомляться, вивчають історію хвороби та намічають план ведення післяопераційного періоду. Після цього проводять розбір хворих. Студенти повідомляють короткі відомості про хворого і що йому зроблено.

1. Дата операції, в зв'язку з чим оперований, анамнез захворювання.
2. Скарги хворого після операції.
3. Загальний вигляд хворого /блідість, одутловатість обличчя, синюшність, жовтушність, рум'янець на щоках. Вираз обличчя: живий, бадьорий, страдницький.
4. Положення хворого в ліжку/вільне, вимушене, активне, пасивне/.
5. Температура тіла, пульс, кров'яний тиск.

6. Система дихання: тип дихання/грудний, черевний, змішаний/, частота дихання, кашель/сухий, з харкотинням, частий, рідкий/, перкуторні дані/послаблене дихання, хрипи, шум тертя плеври та інш./.
7. Серцево-судинна система:
  - а) частота пульсу, ритм, наповнення, напруження;
  - б) тони серця/дзвінки, тихі, глухі, ясні/, шум серця/сistolічний, діастолічний/;
  - в) границі серця /розширення/.
8. Система органів травлення:
  - а) язик /сухий, вологий, з нальотом, чистий/;
  - б) запах з рота, печія, відрижка / повітрям, кислим, їжею/, гикавка, блювота/жовцю, їжею, кислим/;
  - в) живіт /форма, збільшення, видима перистальтика, відродження газів, стілець, болі /самостійні, при пальпації, напружений/. Дані перкусії, пальпації та аускультатії живота.
9. Сечовипускання: вільне, затримка сечі, мимовільне, болюче. Кількість сечі за добу.
10. Стан оперованої дільниці /пов'язка – суха, промокла/.
11. Лабораторні дані: загальний аналіз крові, сечі, коагулограма, та інші.

### **Ведення хворих в післяопераційному періоді.**

#### *Організація роботи та обладнання палати /відділу/ інтенсивної терапії.*

1. Підготовка ліжка до часу закінчення операції, провітрювання палати.
2. Спостереження за хворим до пробудження його /якщо операція проведена під наркозом/ і допомога при ускладненнях після наркозу /асфіксія, блювота, аспірація блювотними масами, падіння серцевої діяльності та інші/.
3. Створення умов спокою /ліквідування шуму, розмови та інш./, зменшення післяопераційного болю /надання в ліжку зручного положення, обезболюючі засоби та інш./.
4. Профілактика та лікування легеневих ускладнень, захист від охолодження, підвищене положення верхньої частини тулуба /фowlerівське положення/. Дихальна гімнастика, перевертання хворого, інгаляції, банки. По показаннях антибіотики, сульфаніламіді, серцеві засоби.
5. Профілактика та лікування ускладнень зі сторони серцево-судинної системи – спостереження за пульсом, кров'яним тиском, диханням і відповідними міроприємствами, направленими на підняття серцево-судинного тону /камфора, кордіамін, кофеїн, 40% р-н глюкози в/в

та інш./, боротьба з наслідками крововтрати /переливання крові або кровозамінників/, з парезом кишечника, атонією шлунку, затримкою сечі.

6. Компенсація порушень водно-сольового, білкового, вуглеводного обмінів та кислотно-лужної рівноваги /крапельне введення в/в фізіологічного розчину, розчину глюкози, р-ну Рінгера, переливання крові, плазми, альбуміну, протеїну та інших білкових препаратів, введення по показанням 3% р-ну хлористого калію і 5% р-ну соди/.

7. Боротьба з атонією шлунка і парезом кишечника /відсмоктування шлункового вмісту з допомогою зонду, шприця Жане, промивання шлунку, гіпертонічна клізма, газовивідна трубка/.

8. Боротьба з затримкою сечі /грілка на область сечового міхура, мікроклізма із теплим фізіологічним розчином, зміна положення хворого в ліжку аж до підняття, якщо немає протипоказань, катетеризація/.

9. Профілактика післяопераційних тромбозів і емболій /бінтування ніг еластичним бинтом, антикоагулянти, лікувальна фізкультура/.

10. Профілактика утворення пролежнів /повертання хворого в ліжку, протирання шкіри камфорним спиртом/. В місцях найбільшого тиску підкладають подушку, гумові круги, рівно покриті простирадла. При утворенні пролежнів - мазьові пов'язки /цинкові, вісмутові, мазі Вишневського та ін./.

11. Спостереження і догляд за раною - промокання пов'язок /кров, серозні рідини, гній/, стан навколишньої шкіри /почервоніння, набряк, інфільтрація, висипка/.

12. Положення хворого в ліжку після операції і строки вставання визначаються загальним станом хворого, характером проведеної йому операції і ступенем його активності. Раннє вставання і більш активне положення в ліжку запобігають ряду ускладнень, що виникають в післяопераційному періоді /легеневі ускладнення, післяопераційний парез кишечника, тромбофлебіт, емболії та ін./.

### *СПОСТЕРЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ*

До органів дихання належать ніс, пазухи, носова частина горла, трахея, бронхи, легені, плевра. Більша частина трахнеї, бронхи, легені розташовуються в грудній клітці, яка бере активну участь у функції газообміну.

Дихання — це складний нервово-м'язовий процес із великою кількістю ланок регуляції. Однією з основних його умов є герметичність плевральних порожнин та прохідність повітряних шляхів.

Крім основної функції газообміну, органи дихання беруть участь в обміні речовин, підтриманні кислотно-лужної рівноваги, терморегуляції, захисних механізмах, кровообігу, відтворенні звуків.

Тому однією з важливих характеристик гомеостазу у хворих після операції на органах грудної клітки, а також із захворюваннями органів дихання є зміна типу дихання, його глибини, частоти і ритму. Встановити ці показники досить просто, але при цьому необхідно, щоб хворий не помітив, що лікар стежить за його диханням, бо він може мимоволі змінити частоту і глибину дихальних рухів: треба взяти руку хворого немовби для рахування пульсу. Медична сестра фіксує кількість дихальних рухів у карті реанімації або в температурному листку.

Задишка — суб'єктивне відчуття утруднення дихання. Супроводжується розладом частоти, ритму та глибини дихальних рухів. Відчуття задишки виникає у хворих, у яких не задовольняється потреба організму в насиченні киснем та виведенні вуглекислого газу. Залежно від частоти виділяють часте (тахіпноє) та уповільнене (брадипноє) дихання, а залежно від глибини — поверхневе та глибоке.

Часте глибоке дихання спостерігається під час м'язового навантаження, емоціонального збудження, при анемії головного мозку, подразненні больових і терморцепторів.

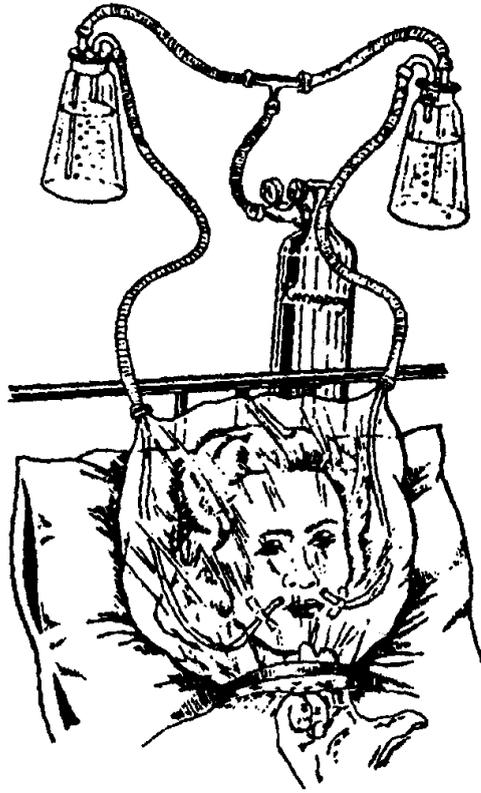
Часте поверхневе дихання виникає у хворих із захворюваннями легенів (пневмонія, плеврит) і звичайно супроводжується гіповентиляцією.

Уповільнене глибоке дихання (стенотичне) характерне для хворих із звуженими верхніми дихальними шляхами і трахеєю, спазмом голосової щілини, набряком гортані, пухлинами.

Періодичне дихання характеризується короткочасними періодами збільшення частоти дихання, що змінюються уповільненим диханням або частковою його зупинкою — апное. В основі періодичного дихання лежить зниження чутливості дихального центру до фізіологічного подразника — вуглекислоти. Поступове накопичення вуглекислоти в крові вище від порога збудження призводить до появи дихальних рухів, а в разі зменшення кількості вуглекислоти в крові дихальний цикл затихає. Періодичний тип дихання може спостерігатися в разі важких розладів кровообігу, захворювань мозку, потрапляння комах у дихальні шляхи, внаслідок отруєння наркотиками.

Агональне дихання виникає в період агонії організму, після різкого прискорення дихання дихальні рухи припиняються. Спочатку виникає

слабкий вдих, потім дихання посилюється, досягаючи певного максимуму, далі поступово слабшає і закінчується слабким, ледве помітним видихом. Характерним для агонального дихання є те, що в дихальних рухах беруть участь не лише дихальні м'язи, але і м'язи рота, шиї.



Кисневий тент

Із наведених типів порушення дихання можна виділити задишку експіраторну (переважно подовжений видих), інспіраторну (переважно подовжений вдих), та змішану.

У разі зміни характеру і типу дихання у хворого медична сестра зобов'язана доповідати лікареві про свої спостереження. Для полегшення дихання хворому необхідно надати положення напівсидячи, зменшити тиск ковдри, збільшити доступ кисню через відчинені кватирку, двері або проводити оксигенотерапію. Найчастіше у хворих після операцій на органах грудної клітки кисень уводиться в дихальні шляхи. Для цього застосовується лише медичний кисень, який містить 99 % чистого кисню та 1 % азоту і не має інших газоподібних домішок. Медичний кисень зберігається в балонах блакитного кольору, маркірованих літерою "М" та з написом "Кисень".

Необхідно пам'ятати, що робота з кисневим балоном потребує знань правил безпеки для уникнення вибуху. Особи, які не пройшли інструктаж із техніки безпеки, до роботи з кисневими балонами не допускаються. Не можна зберігати поруч з кисневими балонами жир та змащувати частини кисневих установок жиром, тому що внаслідок з'єднання кисню з жиром може статися вибух. Під час транспортування кисневі балони слід фіксувати фіксаторами і захищати їх від ударів. Зберігаються кисневі балони в окремому сухому приміщенні в спеціальних гніздах, у вертикальному положенні за температури, що не перевищує 35°C. Користуватися відкритими джерелами тепла, а також палити в приміщенні з кисневими балонами категорично забороняється. Користуватися кисневими балонами без редуктора (пристрій, що знижує тиск до 1—2 атм) забороняється. Під час відкривання вентиля кисневого балона не допускається спрямовувати потік кисню в обличчя, бо можна пошкодити очі. Її -у/иііп за допомогою кисневої подушки, іо централізованої системи або балона через носові катетери або безпосередньо в кисневих палатах та барокамерах, кисневих тентах (мал. 6).

Киснева подушка — це мішок з прогумованої тканини місткістю 25—75л. В одному з її кутів є гумова трубка з краном та лійкою. Киснева подушка наповнюється з балона через редуктор під тиском 1—2 атм. Порядок роботи з кисневою подушкою такий. Лійку кисневої подушки протирають спиртом і для зволоження кисню загортають у марлю, складену в 3—4 шари і змочену водою. Лійку накладають на ніс або рот хворого, швидкість надходження кисню регулюють за допомогою крана.

Простий за своєю методикою спосіб оксигенотерапії з кисневої подушки має низку суттєвих недоліків. Виключається можливість регулювання концентрації кисню в дихальній суміші, важко добитися

рівномірного надходження кисню. Під час інгаляції відбуваються великі втрати кисню через нещільне прилягання лійки, а в разі тривалого зберігання кисню в подушці внаслідок дифузії через тканину він замінюється на азот.

Щоб зменшити втрати кисню та підвищити ефективність його надходження в дихальні шляхи, доцільно провести 1 або 2 катетери через нижній носовий хід; зволоження кисню при цьому способі можна робити в апараті Боброва.

Звичайно користуються урологічними катетерами № 8—12. Відстань, на яку уводиться катетер, дорівнює приблизно відстані від кінчика носа до вушної часточки. Після вимірювання вона позначається на катетері за допомогою липкого пластиру, накладання лігатури тощо. Після цього катетер стерилізують і змащують вазеліном. Уводячи катетер у носовий хід, його кінчик спрямовують перпендикулярно до поверхні обличчя.

Через катетер, уведений у нижній носовий хід, можна подавати кисень через редуктор із газового балона або централізованої кисневої системи. Необхідно пам'ятати, що у верхні дихальні шляхи можна подавати лише зволожений кисень.

Одним із важливих симптомів захворювання органів грудної клітки є кашель. Кашель — це складний рефлекторний акт, за якого відзначається різке наростання внутрішньогрудного тиску за рахунок скорочення дихальних і допоміжних м'язів при закритій голосовій щілині з наступним її відкриттям та форсованим видихом. Фізіологічна роль кашлю полягає у видаленні з дихальних шляхів часток, що потрапили під час дихання або утворились ендогенно. Частий і повторний кашель, як правило, є симптомом захворювання органів грудної клітки — органів дихання. Але кашель може бути рефлекторним (унаслідок подразнення плеври, носа, печінки, жовчного міхура та ін.) або центрального характеру (у деяких осіб під час хвилювання).

За тривалістю розрізняють такий кашель: напад опоподібний, періодичний, безперервний. За тембром він може бути грубим, гавкаючим (унаслідок ураження гортані, голосових зв'язок — ларингіт, фальшивий та істинний круп у дітей), сиплим і беззвучним (при виразках голосових зв'язок), коротким та обережним (при плевриті).

Кашель може з'являтися внаслідок зміни положення тіла. Так, у хворих з абсцесами легенів у разі повертання тіла в певний бік з'являється кашель з великою кількістю мокротиння. У разі хронічного запалення верхніх дихальних шляхів, особливо у тих, хто палить, кашель звичайно спостерігається вранці. Це пов'язано з накопиченням мокротиння протягом ночі.

Діагностичне значення має характер виділень (мокротиння) при кашлі. Якщо кашель сухий, кількість мокротиння буває невеликою або воно практично відсутнє, а якщо вологий, може досягати 1 —2 л (бронхоектази, абсцес, гангрена легенів). Звичайно мокротиння не має характерного запаху, але приєднання гнильних бактерій сприяє появі гнилісного запаху. У хворих з абсцесами легенів та розпадом пухлин мокротиння стає смердючим.

За консистенцією мокротиння може бути слизовим, серозним, гнійним, слизо-гнійним та кров'янистим. Під час мікроскопічного дослідження в ньому можуть бути виявлені різні мікроорганізми, клітинні елементи, пухлинні клітини, личинки аскарид та ехінокока.

Медичний персонал має пояснювати хворим, що мокротиння може стати джерелом зараження оточуючих, наприклад, при грипі, туберкульозі тощо. Тому хворі під час кашлю мають прикривати рот хустинкою, щоб частки мокротиння не потрапили на здорових осіб. Мокротиння треба збирати в плювальниці зі щільними кришками. У передопераційний та післяопераційний періоди у хворих із захворюванням органів грудної клітки може спостерігатися часткова або повна втрата кашльового рефлексу. У післяопераційний період кашльовий рефлекс може затримуватися через біль. У такому разі застосовуються апарати для штучного кашлю. Великою перевагою цих апаратів є те, що викликаний ними штучний кашель не супроводжується підвищенням внутрішньогрудного тиску.

У післяопераційний період, якщо хворий не може відкашляти мокротиння, з'являється необхідність у пункції трахеї або накладанні мікротрахеостоми та уведенні в трахею лікувальних препаратів.

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

Організм людини постійно потребує поповнення енергетичними та будівельними матеріалами для відновлення відмираючих і зруйнованих тканин і клітин, підтримання постійної температури тіла та виконання різного фізичного навантаження.

Тому травна система має важливе значення у підтриманні гомеостазу, а захворювання органів цієї системи та оперативні втручання на них призводять до істотної зміни основних його показників, чим і зумовлені особливості догляду за цією категорією хворих.

## ДОГЛЯД ЗА РОТОВОЮ ПОРОЖНИНОЮ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ТРАВЛЕННЯ.

У здорових осіб самоочищення ротової порожнини відбувається вдень у процесі жування твердої та напівтвердої їжі, а також механічним шляхом за допомогою зубної щітки, звичайно увечері перед сном та вранці. У хворих, особливо у післяопераційний період, самоочищення ротової порожнини порушується не тільки вночі, а й удень. Догляд за ротовою порожниною в післяопераційний період полягає в її протиранні, промиванні або зрошенні. Зуби протирають з обох боків за допомогою ватного тампона, змоченого 0,5 % розчином питної соди або 5 % розчином бури. Протираючи корінні зуби, щоку відтягують шпателем для запобігання потраплянню інфекції в протоку привушної залози.

Промивають ротову порожнину за допомогою гумового балона 0,5 % розчином питної соди, 2,5 % розчином бури, 0,5 % розчином перекису водню, розчином калію перманганату 1:10 000 тощо. Хворому надають положення напівсидячи з дещо нахиленою головою. Шию та груди накривають поліетиленовою плівкою або гумовим фартухом, під підборіддя підставляють лоток. Кут рота відтягують шпателем і під помірним тиском промиваються спочатку присінок, а власне ротову порожнину.

Треба пам'ятати, що туалет ротової порожнини є важливою маніпуляцією, особливо в ослаблених важкохворих, і медична сестра ні в якому разі не повинна передовіряти її родичам хворого.

Догляд за хворими після операцій на стравоході. Не будемо детально зупинятися на загальних принципах догляду, а вкажемо тільки на його особливості при кожній конкретній нозологічній одиниці. У разі неможливості виконання одномоментної операції при рубцевій стриктурі стравоходу або неоперабельності раку стравоходу таким хворим для годування накладається гастростома.

Суть операції полягає в тому, що в шлунок вшивають гумову трубку, а краї отвору в шлунку та навколо трубки підшивають до передньої черевної стінки. Якщо сформувалася нориця, на 12—14-й день після операції гумову трубку можна вийняти і вводити її в шлунок лише на період годування хворого. Трубка може також постійно перебувати в нориці, а її кінець після годування затискають затискачем для запобігання витіканню вмісту шлунка. Медична сестра має володіти методикою годування хворого через гастростому та навчити його цій маніпуляції. Схема годування через гастростому показана на мал.8. Під час годування необхідно впевнитися, що трубка добре стоїть у шлунку. Годування можна проводити в положенні хворого як лежачи, так і сидючи. У ліжку поступово, дрібними порціями (по 50—100 мл) вливають рідку або напіврідку харчову суміш. Годування слід

проводити з невеликими інтервалами (15—20 хв). Після годування лійку від'єднують, а на кінець гумової трубки накладають затискач. Харчова суміш має бути ледь теплою.

Годування через гастростому рідкою харчовою сумішшю можна почати через 3—4 год після операції. У перші 10—12 днів після операції для харчування через гастростому використовується лише рідка їжа: молоко, бульйон, сирі яйця, кисіль, чай, соки тощо. У перші 3 доби за одне годування вводиться 1 склянка харчової суміші, з 4-го дня — 2 склянки, а згодом — по 500 мл.

Оскільки з нориці може витікати вміст шлунка, необхідним є ретельний догляд за шкірою навколо нориці. Щоденно вранці та увечері її обмивають теплим розчином слабкого антисептика та змащують вазеліною олією, а в разі появи мацерації пастою Ласара. Стан хворих із шлунковими норицями, як правило, важкий, і вони потребують найретельнішого загального догляду.

## ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛІЙ КИШЦІ.

Цей догляд має свою специфіку у зв'язку з особливостями оперативного втручання. Найчастіше операції на вказаних органах виконуються з приводу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (резекція шлунка, селективна проксимальна ваготомія з гастродуодено-анастомозом та без нього тощо), рідше з приводу пухлин та дивертикулів (резекція шлунка, гастректомія, вирізання дивертикулів, гастроентеро-анастомозу тощо).

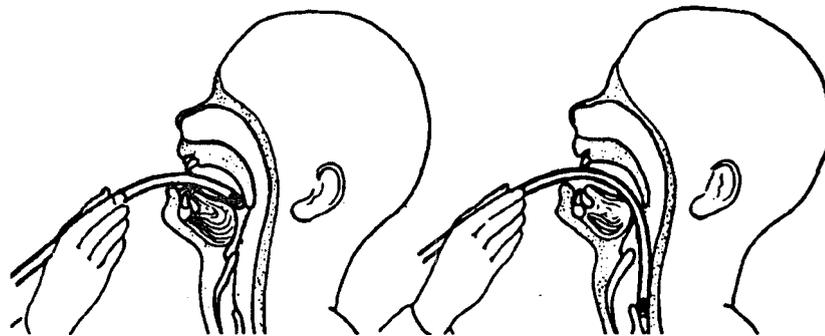
Після операцій на шлунку хворого вкладають у положення на спині з дещо піднятим головним кінцем ліжка, а після гастректомії зручнішим вважається положення напівсидячи. Звичайно після оперативних втручань на шлунку і дванадцятипалій кишці здійснюється постійна або фракційна декомпресія шлунка.

Для постійної декомпресії шлунка під час операції в шлунок вводиться зонд, який залишається там протягом перших 2—3 днів після операції. Медична сестра зобов'язана відсмоктувати шлунковий вміст за допомогою шприца. У разі появи домішків крові у шлунковому вмісті вона обов'язково має повідомити лікаря.

Якщо хірург, який оперує, вирішує проводити фракційну декомпресію шлунка в післяопераційний період, то це передбачає уведення шлункового зонда в шлунок 3—4 рази за добу для видалення вмісту зі шлунка. У разі фракційної декомпресії шлунка медична сестра зобов'язана реєструвати час проведення декомпресії, кількість і характер шлункового вмісту. Для

декомпресії шлунка можна користуватися тонким або товстим шлунковим зондом. Перед уведенням зонд треба змочити водою або змастити вазеліновою олією. Зонд тримають на відстані 10—13 см від його закругленого кінця. Хворому пропонують відкрити рот, кладуть зонд на кінець язика, хворий має зробити кілька ковтальних рухів. Незважаючи на рефлекторні рухи хворого, просовують зонд у стравохід та пропонують хворому зробити кілька глибоких вдихів, одночасно просуваючи зонд до позначки (40 см від закругленого кінця зонда; мал. 9).

Якщо увести зонд не вдається, можна скористатися пропозицією Гюнтера. Вказівний палець уводять максимально в горло, притискують язик, а поряд з пальцем уводять зонд. Якщо, незважаючи на численні спроби, увести зонд через рот не вдається, то уводять тонкий зонд через носовий хід.



**Введення зонда в шлунок**

Медичній сестрі слід пам'ятати, що декомпресія шлунка після операції на ньому та дванадцятипалій кишці є основною маніпуляцією і від своєчасної декомпресії багато в чому залежать наслідки оперативного втручання.

### **ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ТОНКИХ І ТОВСТИХ КИШКАХ.**

Оперативні втручання на тонких і товстих кишках найчастіше виконують з приводу кишкової непрохідності або пухлин кишок. Це важка категорія хворих, і догляд за ними в післяопераційний період має свої особливості. Дуже часто операція в цих хворих закінчується інтубацією кишок (мал. 10) для його постійної декомпресії. Медична сестра має вести облік кількості виділень з кишок, діурезу хворого.

Необхідно пам'ятати, що ці хворі потребують ретельного догляду за ротовою порожниною, протирання шкіри, підкладання гумових кругів, заміни постільної білизни, дихальної гімнастики та ін.

У разі виконання операцій на товстих кишках з накладанням протиприродного відхідника загальні принципи догляду за хворими такі самі, як і за хворими з іншими операціями на органах черевної порожнини, однак існують деякі специфічні особливості. Заміна пов'язки на виведені петлі кишок проводиться наступного дня. [ Просвіт кишки розкривають звичайно I на 3 — 4-й день після операції за допомогою електроножа. Після утворення калової нориці потрібні ретельний захист лінії шва та довколишньої шкіри від калових мас. Звичайно таким хворим перев'язки роблять двічі за день (вранці та увечері), попередньо обробивши лінію шва і шкіру антисептиками. Шви навколо протиприродного відхідника знімають поступово, починаючи з 9-го до 12-го дня післяопераційного періоду. Для збирання калових мас на калову норицю накладається кало-лриймач (мал. 11), який укріплюється довкола живота. У міру наповнення целофанового мішечка каловими масами його замінюють на інший. Шкіра довкола калової нориці часто мацерується, тому її треба регулярно обмивати теплою водою, змащувати вазеліновою олією або пастою Ласа-ра. На шкіру довкола калової нориці накладається марлева серветка, яка вкривається целофановою плівкою.

## ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ НА ПЕРИТОНІТ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД.

Хворі з розлитим перитонітом будь-якої етіології — це вкрай важка група хворих хірургічних стаціонарів. Вони потребують постійного спостереження, ретельного загального догляду. Медична сестра повинна з особливою увагою ставитися з виконання призначень у цієї категорії хворих. Основа лікування перитоніту — антибактеріальна терапія та адекватна корекція основних порушень гомеостазу.

У клініці загальної хірургії Харківського медичного університету 1980 р. розроблено ефективний спосіб лікування перитоніту, який полягає в постійному зрошенні черевної порожнини супермаксимальними дозами антибіотиків та нітрофуранів.

Медична сестра зобов'язана постійно стежити за функціонуванням системи для постійного зрошення супермаксимальними дозами антибіотиків у поєднанні з розчинами нітрофуранів. Якщо цим хворим було проведено ін-траназальну інтубацію кишок, потрібний ретельний облік виділень. У хворих на перитоніт проводиться динамічне спостереження за показниками артеріального тиску, пульсу, дихання, діурезу. Необхідно, щоб цей контингент хворих був оточений постійною увагою всього медичного персоналу.

### **Догляд за хворими після холецистектомії і грижосічення**

Догляд за хворими після холецистектомії і грижосічення полягає у виконанні його загальних положень у післяопераційний період. Він передбачає догляд за ротовою порожниною, шкірою, виконання гігієнічних процедур, дихальної гімнастики, лікувальної фізкультури. Незалежно від тра-вматичності виконаної операції на органах травлення всі хворі мають перебувати під постійним спостереженням медичної сестри. Динамічне дослідження артеріального тиску, пульсу, дихання, діурезу та чітка реєстрація виділень із шлунка, кількості виділеної жовчі з дренажу після холецистектомії дозволяють лікареві з високим ступенем вірогідності стежити за перебігом післяопераційного періоду та своєчасно виявляти ускладнення.

М'який катетер — це гумова трубка завдовжки 25 см, діаметром від 0,33 до 10 мм. Його міхурний кінець закруглений і має бічний отвір.

Металевий катетер має рукоятку, стержень і дзьоб. На дзьобі є 1 або 2 отвори. Катетери стерилізують кип'ятінням. Перед застосуванням їх промивають дистильованою водою та змащують вазеліном. Звичайно

стерилізують кілька катетерів різних номерів. На стерильний лоток кладуть стерильні катетери, стерильний шприц, вату, береться лоток для сечі. Перед уведенням катетера руки миють теплою водою з милом та щіткою, оброблюють спиртом. Статеві органи обмивають теплою водою і протирають розчином риванолу або сулеми (1:1000). Хворий лягає на спину, ноги на-півзгинає в колінах та розводить. Між ногами ставлять лоток для сечі. Закруглений кінець гумового катетера тримають стерильним пінцетом, а вільний затискають між Г/-м та У-м пальцями правої руки.

Лікар стає праворуч від хворого, бере статевий член лівою рукою за головку, дезінфікує та розкриває отвір сечовода. В отвір встромляють закруглений кінець катетера і проштовхують його пінцетом по сечоводу в сечовий міхур, водночас дещо витягаючи статевий член. За наявності перешкоди не слід її долати, а треба витягти катетер, запропонувати хворому зробити кілька глибоких вдихів для розслаблення зовнішнього сфінктера сечового міхура і повторити катетеризацію. Якщо повторно не вдається увести гумовий катетер у сечовий міхур, лікар проводить катетеризацію сечового міхура за допомогою металевого катетера або катетера Тимана.

Жінок перед катетеризацією обов'язково підмивають. Медична сестра стає праворуч від хворої, лівою рукою розсуває статеві губи, відшукує отвір сечовода, дезінфікує його. Правою рукою уводить катетер до появи сечі.

Катетер рекомендується витягати трохи раніше, ніж із сечового міхура вийде вся сеча, щоб струмінь сечі після витягання катетера промив сечовід. Після катетеризації катетер промивають теплою водою зі шприца і просушують. Катетеризація сечового міхура може бути завершена промиванням його теплим (38—40°C) розчином фурациліну або риванолу, а також іншими лікувальними розчинами. Розчин наливають у кувалку Есмар-ха або набирають у шприц Жане і вводять у сечовий міхур через катетер у кількості 200—300 мл. Потім його виводять із сечового міхура. Промивання сечового міхура можна повторювати кілька разів. У разі тривалого дронування сечового міхура катетерами Пецера або Померанцева—Фолі медична сестра не менше як двічі за добу протирає статеві органи слабкими антисептиками для запобігання висхідній інфекції.

Особливою турботою та ретельним доглядом мають бути оточені хворі з нетриманням сечі. Сеча роз'їдає шкіру, сприяє появі пролежнів, забруднює білизну та постіль. Лежачим хворим із нетриманням сечі дають скляний сечоприймач або гумове судно. Сечоприймач необхідно мити 3—4 рази за добу та 1 раз обробляти розчином калію перманганату 1:5000. Для профілактики пролежнів шкіру слід обробляти теплою водою

з милом, змащувати індиферентними мазями, підкладати гумові круги. Таких хворих треба часто перевертати в ліжку, міняти їм натільну й постільну білизну.

Ходячі хворі з нетриманням сечі використовують сечоприймач з еластичних матеріалів. Медична сестра повинна навчати хворих правил користування сечоприймачами, доглядати шкіру та сечоприймачі. Усім хворим із нетриманням сечі роз'яснюється необхідність обмежити приймання рідини.

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З УШКОДЖЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Найчастішими ушкодженнями опорно-рухового апарату, які потребують тривалого перебування хворого у стаціонарі, є переломи і вивихи, а також наявність двох або кількох ушкоджень (зв'язок, м'яких тканин).

Перелом — ушкодження кісткової тканини, яке завжди супроводжується різною мірою вираженими ушкодженнями сусідніх м'яких тканин (окістя, м'язи, судини тощо).

Вивих — повне ненормальне зміщення суглобових поверхонь однієї щодо іншої з ушкодженням капсули суглоба, а іноді й розташованих поряд м'яких тканин.

І переломи, і вивихи бувають відкритими і закритими, що багато в чому визначає тактику лікування, прогноз, особливості догляду за хворими. Відкритим є ушкодження, за якого над місцем перелому або вивиху відбувається порушення шкірного покриву або слизових оболонок. Внаслідок цього створюються умови для швидкого поширення інфекції з поверхні шкіри до місця ушкодження кістки або суглоба. Останнє може призвести до розвитку остеомієліту, що різко обтяжує стан хворого та погіршує прогноз одужання.

У разі відкритих переломів та вивихів дуже важливим є своєчасне надання першої допомоги, запобігання подальшому інфікуванню рани (накласти на рану асептичну пов'язку) під час транспортування хворого до лікувального закладу, де йому буде надано кваліфіковану медичну допомогу.

Під час надання першої допомоги потерпілим із переломами або в разі підозри на перелом необхідно провести транспортну іммобілізацію, застосувавши або стандартні, або імпровізовані шини з підручного матеріалу.

Мета транспортної іммобілізації в першу чергу полягає в такому: 1) профілактика травматичного шоку; 2) запобігання переходу перелому без

зміщення в перелом зі зміщенням; 3) профілактика збільшення зміщення; 4) запобігання переходу закритого перелому у відкритий; 5) запобігання переходу неускладненого перелому в ускладнений. Необхідно пам'ятати, що транспортна іммобілізація належить до дуже важливих засобів щодо надання першої допомоги і доцільно виконати її у разі підозри на перелом, ніж не виконати, якщо перелом є, та одержати важкі ускладнення під час транспортування хворого до спеціалізованого закладу.

## ДОГЛЯД ЗА ВАЖКОХВОРИМ У ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ

Досягнення сучасної хірургії значною мірою пов'язані не тільки з удосконаленням техніки оперативних втручань, але й з розвитком анестезіологічного забезпечення, післяопераційного раціонального ведення хворих.

У хірургічних клініках лікування важкохворих проводять у реанімаційних відділеннях. У менш потужних хірургічних стаціонарах, як ми відзначали вище, для цього виділяється палата післяопераційної інтенсивної терапії. Якщо хворий у критичному стані поступає в реанімаційне відділення чи палату післяопераційної інтенсивної терапії, йому проводять комплекс діагностичних і лікувальних заходів, які коригують стан гомеостазу до такого рівня, коли стає можливим виконання оперативного втручання. Але нерідко важкохворих (з політравмою, профузними шлунково-кишковими кровотечами тощо) відразу направляють до операційної. Це пов'язано з тим, що за таких критичних станів оперативне втручання є одним із важливих напрямків реанімації.



Протягом оперативного втручання середній медичний персонал повинен правильно підготувати постіль для такого хворого. Як правило, для таких хворих використовується функціональне ліжко, постільна білизна має бути стерильною. Положення хворого в ліжку залежить від виконаної операції. Частіше хворому надають положення напівсидячи.

У палаті післяопераційної інтенсивної терапії є листок погодинного спостереження за станом важкохворих. У цей листок погодинно, а за необхідності і частіше, записуються всі призначення, кількість уведених розчинів, показники артеріального тиску, пульсу, температури тіла, кількість сечі тощо.

Якщо дозволяє стан хворого, то годувати і напувати його бажано за допомогою спеціальних медичних поїльників (мал. 16). Їжа має бути протертою і рідкою.

Оскільки важкохворі протягом тривалого часу перебувають у положенні лежачи, необхідно активно займатися профілактикою пролежнів. Для цього хворих періодично перевертають з одного боку на інший, протирають шкіру камфорним спиртом, проводять масаж, підкладають під місця, що зазнають найбільшого тиску, спеціальні круги. Дуже добрі наслідки у профілактиці пролежнів дає застосування антикубітальних матраців.

Профілактика застійної пневмонії також посідає важливе місце в догляді за лежачими хворими. Для цього застосовують інгаляції (розчин питної соди, хлорофіліпту, ектерициду тощо), котрі виконуються за допомогою інгаляторів (мал. 17), дихальну гімнастику та ін. Постійне спостереження і догляд за важкохворими вимагають забезпечення вільного газообміну через повітряпро-води, інтубаційні трубки, їх періодичне очищення.

У догляді за ротовою порожниною, шкірою застосовують такі самі методи, які описано в попередніх розділах. Через важкий стан хворих усе це виконує молодший і середній медичний персонал.

Необхідність постійного спостере- і ження за станом важкохворих полегшується завдяки використанню моніторних систем. Вони дозволяють не тільки постійно стежити за діяльністю різних систем організму, подавати сигнал тривоги, якщо показники їх діяльності виходять із заданих режимів, оцінювати конкретну ситуацію, а й проводити корекцію цих | порушень. Проте такі моніторні системи є | великою рідкістю в клініках України. (

Крім постійного спостереження за станом важкохворих і проведення необхідної терапії, також необхідно дуже скрупульоз-1

но додержувати правил асептики і антисептики. Це пов'язано з тим, що у таких хворих має місце імунодепресивний стан, спричинений хворобою,

оперативним втручанням і наркозом. Тому бажано максимально обмежити контакти медичного персоналу з хворим. При цьому медичний персонал має обов'язково бути в стерильних халатах і масках. Перед кожним оглядом хворого необхідно обробляти руки відомими способами. Усе обладнання палат післяопераційної інтенсивної терапії має періодично стерилізуватися, слід постійно визначати бактеріальне забруднення повітря, обладнання і предметів догляду за хворими. Важливо обмежити стосунки медичного персоналу палат післяопераційної інтенсивної терапії з медичним персоналом інших підрозділів лікарні.

Таким чином, постійне спостереження і правильний догляд за важкохворими в палатах післяопераційної інтенсивної терапії є невід'ємним компонентом інтенсивної терапії і від нього значною мірою залежить перебіг післяопераційного періоду. Харчування хворого - єдиних загальноприйнятих норм і схем немає. Це зв'язано тільки з характером операції. Раннє харчування стимулює функцію шлунково-кишкового тракту, запобігає виникненню ацидозу, впливає на психіку хворого. Але при операціях на шлунково-кишковому тракту харчування потрібно проводити обачливо, починаючи з рідкої їжі /стіл №1<sup>A</sup>/, поступово розширюючи дієту /стіл №1<sup>B</sup> та інші/.

## ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД

Післяопераційний період — це час лікування хворого з моменту закінчення операції до повного або часткового відновлення його працездатності. Цей період не однаковий і, враховуючи стан хворого, його умовно ділять на 3 фази: ранню (з моменту закінчення операції до 4—5-го дня після неї), пізню (з 6—7-го дня після операції до виписування хворого з лікарні) і віддалену (з часу виписування з лікарні до відновлення працездатності). Розрізняють нормальний перебіг післяопераційного періоду, коли відсутні важкі порушення функцій органів і систем, і ускладнений, коли реакція на оперативну травму різко виражена і розвиваються значні функціональні порушення.

У перебігу післяопераційного періоду, особливо після великих травматичних операцій, що супроводжуються значними втратами крові, рідини, електролітів, спостерігаються порушення всіх видів обміну.

Порушення водного обміну відбувається таким чином. Здорова людина протягом доби виділяє 1500 мл води із сечею, через шкіру — до 1000 мл, легені — до 400 мл, з калом — 100 мл, зі слиною — 1000—1500 мл, із шлунковим соком — до 2500 мл, з жовчю — 750—1000 мл, з кишковим соком

— 3300 мл (всього 10 500—11 300 мл, що складає 60 % маси тіла). Підвищення температури тіла на 1 °С збільшує втрату води організмом на 300-400 мл за добу.

Серед порушень обміну солей у перші 3—4 доби найбільше значення має втрата хлоридів, яка після важких операцій сягає до 30 % порівняно з нормою. У цей період спостерігаються розлади вуглеводного обміну у вигляді зменшення глікогену в печінці, виражені гіперглікемія та глюкозурія, що знижують антитоксичну функцію печінки.

У першу добу після операції знижується рівень резервних лугів, що приводить до розвитку ацидозу і може стати причиною виникнення нудоти, блювання, головного болю, безсоння, метеоризму, неспокою і загальної слабкості.

Порушення білкового обміну проявляється гіпопротеїнемією, диспротеїнемією, збільшенням залишкового азоту. У більшості хворих причиною зрушень в обміні білків є характер захворювання, виснаження або втрата крові. Гіпопротеїнемія після операції, навіть у разі її корекції, триває 5—7 днів, а нормалізація рівня білків триває від 15 до 35 днів.

Якщо більшість з описаних ознак нормального перебігу післяопераційного періоду під впливом відповідного лікування не зникає, а триває чи навіть поглиблюється, то треба думати про появу ускладнень з боку різних органів і систем організму. Виявити такі ускладнення можна за умови уважного клінічного спостереження за хворим та ретельного послідовного його обстеження. Щоразу треба уважно вислуховувати скарги хворого, систематично вимірювати артеріальний тиск, пульс, температуру тіла, послідовно проводити огляд шкіри та слизових оболонок, пальпацію, перкусію та аускультацию серця, легенів, живота, слідкувати за функцією нирок та за динамікою змін в аналізах крові та сечі. Особливо важливо стежити за станом хворого протягом 1-ї доби після операції, коли можуть з'явитися ознаки кровотечі, колапсу чи шоку. Своєчасно виявлені ранні симптоми ускладнень легше виліковуються.

**Ускладнення з боку нервової системи** в післяопераційний період найчастіше проявляються розладами сну, відчуттям сильного болю, порушенням психіки, можливим виникненням шоку. Біль різної інтенсивності після операції відчувають усі хворі. Його сила і тривалість залежать від величини втручання, травматичності операції і збудливості нервової системи. Зняття болю нормалізує діяльність внутрішніх органів, зберігає сили організму. Хірург не тільки повинен провести операцію без болю, але і для зменшення його інтенсивності наприкінці операції бажано

зробити пошарову анестезію операційної рани. Протягом перших 2—4 днів хворим призначають знеболювальні, снодійні і седативні препарати в різних комбінаціях (ацетилсаліцилова кислота, анальгін, димедрол, морфін, омнопон, промедол). Застосування цих ліків зберігає сили хворого, подовжує природний сон, у більшості хворих створює бадьорий настрій, добре самопочуття. Хворий невиразно пам'ятає важкі відчуття перших 2—3 днів після операції.

Шок чи колапс розвивається під час операції або в перші години після неї внаслідок виснаження нервової системи під впливом постійного потоку больових імпульсів з великої операційної рани. Втрата крові сприяє розвитку шоку, робить його важким і небезпечним. Симптомами такого шоку є блідість шкіри і слизових оболонок, їх сіруватий відтінок, ціаноз губ, частий пульс малого наповнення (140—160 за 1 хв), дуже низький артеріальний тиск.

Розлади сну є важким ускладненням, яке може виникнути з різних причин (болю, інтоксикації, надмірної збудливості нервової системи тощо). Нормалізація порушень сну після операції досягається усуненням причин, що його викликали.

Розлади психіки зустрічаються в ослаблених хворих внаслідок інтоксикації, як загострення наявних у хворого психічних захворювань, у хворих на алкоголізм, у хворих похилого віку. Профілактикою післяопераційних психозів є ретельна доопераційна підготовка.

Під впливом операційної травми і наркозу можливі ускладнення з боку серцево-судинної системи, які проявляються зміною частоти серцевих скорочень, зниженням артеріального тиску, хвилинного об'єму крові і сповільненням току крові по судинах. Серцева недостатність частіше розвивається після важких операцій в осіб похилого віку, які частіше хворіють на хронічні серцеві захворювання, міокардіодистрофію. Виникненню цього ускладнення сприяють гіпоксія, парези кишок і порушення водно-сольового обміну, інтоксикації різного генезу.

Для лікування післяопераційної серцево-судинної недостатності використовують препарати, які поліпшують роботу серця. Важливо забезпечити спокій, достатню кількість свіжого повітря, інгаляції кисню. Треба активно боротися з метеоризмом, корисний постійний назогастральний зонд.

У післяопераційний період можуть виникати тромбози, зокрема у хворих похилого віку, з ожирінням, порушенням обміну речовин, із раніше перенесеними тромбозами. А причиною тромбозів після операції є сповільнений кровотік, підвищення здатності крові до згортання, наявність інфекції, травми стінки судин.

Профілактичні заходи щодо виникнення тромбозів: раннє вставання, лікувальна гімнастика, боротьба з порушенням діяльності серцево-судинної системи і зневодненням організму, постійний контроль стану гемокоагуляції, а в разі появи явищ гіперкоагуляції застосування антикоагулянтів.

**Порушення якісного і кількісного складу крові.** Одразу після операцій середньої важкості і важких у крові знижується кількість еритроцитів, падає вміст гемоглобіну на 7—10 %, з'являється помірний лейкоцитоз, зменшується кількість тромбоцитів, підвищується в'язкість крові. Ці явища нормалізуються протягом 10 днів. Якщо в операційній рані все-таки розвивається нагноєння або утворюється запальне вогнище в інших органах, то лейкоцитоз наростає, збільшується кількість молодих форм лейкоцитів поряд зі зменшенням еозинофільних гранулоцитів аж до повного їх зникнення.

Якщо після операції виникають масивні грізні кровотечі, особливо в перші години, то їх причиною часто буває сповзання лігатури з кукси артерії, з шлункових артерій, із судин кореня легенів та ін. Характерними ознаками таких кровотеч є різке погіршення стану хворого, блідість, низький артеріальний тиск, частий, малого наповнення пульс, озноб, профузний піт, надмірне просочення пов'язки кров'ю, криваве блювання, поява крові через дренажну трубку. Внизу живота перкуторно вислуховується тупий звук. Ця кровотеча зупиняється частіше завдяки проведенню повторної операції.

**Ускладнення з боку органів дихання.** У післяопераційний період можливі такі ускладнення, як бронхіт, рання пневмонія, аспіраційна пневмонія, інфаркт-пневмонія, масивний ателектаз легенів, плеврит. Виникнення пневмонії і бронхіту в ранній період після операції відбувається внаслідок погіршення вентиляції легенів при поверхневому диханні, що спричинене болем у черевній порожнині і високим стоянням діафрагми у зв'язку з післяопераційним метеоризмом.

Профілактика легеневих ускладнень полягає в адекватній доопераційній підготовці бронхіального дерева і запобіганні переохолодженню під час операції та транспортування хворих, ранньому застосуванні дихальної гімнастики, положення напівсидячи в ліжку (положення Фовлера), достатньому знеболюванні, боротьбі з метеоризмом, ранньому вставанні, спеціальній лікувальній фізкультурі, надуванні гумових дитячих іграшок.

**Ускладнення з боку травного тракту.** Ускладнення з боку травного тракту найчастіше виникають після лапаротомії, і найважчими серед них є перитоніт і непрохідність травного тракту. Розвиткові цих ускладнень можуть сприяти порушення секреторної функції травних залоз, печінки та моторної

функції травного тракту. Через це, а також за відсутності перистальтики зі шлунка не евакуюється вміст, його стінки розтягуються і може настати атонія. У таких ситуаціях можливе виникнення гикавки — конвульсивних методичних скорочень діафрагми, що пов'язано з подразненням діафрагмального чи блукаючого нервів. Лікують гикавку за допомогою ін'єкцій аміназину, атропіну, вагосимпатичних блокад. Для усунення післяопераційного парезу травного тракту потрібно увести назогастральний зонд, давати стимулятори перистальтики, добиватись активності хворого, застосовувати раціональне харчування. Необхідно добиватися, щоб на 2—3-й день після операції були випорожнення. Якщо вони відсутні, то призначають очисну клізму з 10 % розчином натрію хлориду в поєднанні з медикаментами — спазмолітиками і стимуляторами діяльності кишок.

Ефективними можуть бути навколонирикова блокада за Вишневським, призначення адреноблокаторів. Найважчим ускладненням після операцій на органах черевної порожнини є перитоніт (дифузне запалення парієтальної і вісцеральної очеревини). Він супроводжується порушенням усіх видів обміну, різкою інтоксикацією. Характерними є такі клінічні прояви перитоніту, як сильний біль по всій ділянці живота, здуття кишок, затримка газів і калу, часті відрижка і блювання, відсутність перистальтики кишок, позитивний симптом Щоткіна—Блумберга, висока температура тіла, частий пульс, лейкоцитоз зі зсувом уліво. Лікується перитоніт оперативно і, рідко, консервативно.

**Зміни з боку нирок і сечовивідних шляхів.** Серед ускладнень з боку нирок і сечових органів зустрічаються олігурія та анурія, ішурія, запалення нирок і сечового міхура. Анурія (відсутність сечі в міхурі і почуття позивів до сечовипускання) має часто нервово-рефлекторний генез або може залежати від травматичності операції, втрати крові, важкої інтоксикації. Лікування анурії комплексне. Ішурія (нездатність самостійного сечовипускання при переповненому сечовому міхурі) часто зустрічається після операції на органах малого таза, але може бути і після інших операцій. Хворому необхідно покласти тепло на низ живота, відкрити водопровідний кран, зробити очисну клізму і (якщо це можливо) дозволити йому встати і помочитись (інколи сидячи на унітазі в розслабленому стані).

**Ускладнення післяопераційної рани.** Післяопераційна рана може ускладнитись утворенням гематоми, кровотечею, інфільтратом, розходженням країв рани і випадінням нутрощів, нагноєнням, її тривалим незагоюванням, лігатурними норицями і післяопераційними грижами в ділянці рубця.

**Кровотеча** із судин післяопераційної рани зустрічається рідко, але щоразу являє собою пряму загрозу життю хворого. Причиною кровотечі в ранній післяопераційний період можуть бути сповзання лігатури з кровоносною судиною, кровотеча із залишеної неперев'язаною судиною, яка під час операції не давала кровотечі (можлива у разі низького артеріального тиску, шоку, анемії), дифузна кровотеча з дрібних судин у зв'язку з порушеннями в системі згортання крові. Кровотечі бувають у хворих на гемофілію, хворобу Верльгофа, жовтяницю, сепсис.

Під час операції треба старанно перев'язувати всі судини. Хворим із кровотечею переливають кров, застосовують гемостатичні препарати, сві-жозаморожену плазму крові. Якщо ці заходи неефективні, проводять термінову операцію з ревізією рани і всієї зони операції, перев'язкою судин, що кровоточать.

**Гематома** — накопичення крові в тканинах рани. Кров накопичується в -рані з неперев'язаних судин, частіше — дрібних. Профілактика гематоми полягає в ретельній зупинці кровотечі, застосуванні холоду (міхур з льодом) або ваги на ділянку рани одразу після операції на 2—3 год.

**Інфільтрати** — найчастіші ускладнення післяопераційної рани. Клінічними проявами їх є утворення болючого ущільнення в ділянці рани. Воно утворюється після тривалих травматичних операцій, коли в рані є багато ушкоджених тканин. Призначають спокій, тепло (лампу солюкс, струми УВЧ, діатермію). Профілактичним кроком є своєчасний огляд рани, особливо на 3—4-й день після операції, обережне її зондування тупим зондом після зняття 1—2 швів і її дренивання.

**Нагноєння післяопераційної рани.** Причинами нагноєння післяопераційної рани є травматичне проведення операція або інфікування рани екзогенною (частіше) або ендогенною інфекцією.

Лікування полягає у знятті швів і подальшому лікуванні гнійної рани як звичайної. З метою профілактики рекомендують суворе дотримання правил асептики, виконання операцій без надмірної травматизації тканин, усунення ендогенних інфекційних вогнищ.

Розходження країв операційної рани зустрічається у хворих з різко зниженою здатністю тканин до регенерації (рак, анемія, авітаміноз, виснаження). Настає в основному на 6—12-й день після операції, але за наявності кашлю, блювання може настати і раніше. Сприяють цьому гематома післяопераційної рани, недостатньо міцне зшивання апоневрозу, розвиток інфекції чи перитоніту. Лікування полягає у повторному зашиванні рани. Якщо рана загоюється первинним натягом, то шви знімають через 6—14 днів після операції, в середньому на 7-й день.

**Пролежні.** Цим терміном називається виразково-некротичний процес, що розвивається в ослаблених лежачих хворих у тих зонах, на які падає найбільше навантаження під час лежання, особливо нерухомого. Локалізуються пролежні в ділянці потилиці, крижів, п'яток, лопаток. Причинами пролежнів можуть бути ішемія, нейротрофічні зміни тканин.

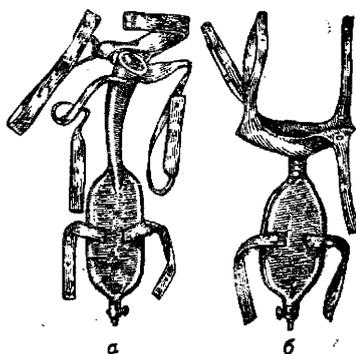
Профілактика полягає в частій зміні положення хворого в ліжку, застосуванні підкладних кругів, ретельному догляді за шкірою (обмивати, протирати камфорним спиртом), постіллю (розправляти складки, грубі рубці).

## СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ДОГЛЯД ЗА ХВОРИМИ З НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ.

Нетримання сечі може виникнути при ушкодженні або порушенні тонууса сфінктера сечового міхура, вадах розвитку сечового міхура та сечовника, при захворюванні ЦНС, а також у виснажених хворих.

Сеча, яка знаходиться в сечовому міхурі, час від часу витікає мимовільно, іноді у вигляді крапель, а іноді і у значній кількості, причому хворі не в змозі регулювати акт сечовипускання.

До хворих з нетриманням сечі треба ставитися особливо уважно, бо в них дуже швидко можуть утворитися пролежні. У хворих, які прикуті до ліжка, слід використовувати гумові підкладні судна, сечоприймачі, які регулярно спорожнювати. Декілька разів на день хворого підмивають і насухо витирають йому промежину, часто перемінюють постільну та натільну білизну. Хворі, які самостійно ходять повинні застосовувати сечоприймачі—гумові, або поліетиленові резервуари, які за допомогою стрічки прикріплюють до тулуба.



Сечоприймачі інди-відуального користування:

а- чоловічий; б — жіночий

Їх періодично спорожнюють, ретельно миють і знову прикріплюють до тулуба. Догляд за такими хворими повинен бути особливий, оскільки сеча мацерує шкіру, призводить до появи пролежнів, бруднить білизну, надає

неприємний запах аміаку. Сечоприймачі 3-4 рази на добу випорожнюються від сечі, миються теплою водою з милом і ополіскуються слабким розчином перманганату калію або соляної кислоти. Щоб у палаті, де перебувають такі хворі, не було запаху сечі, сечоприймачі дезинfectують (після спорожнення занурюють у 0.5% освітлений розчин хлорного вапна, або 1% розчин хлораміну на 1 год.), палату часто провітрюють, регулярно здійснюють вологе прибирання., часто переминюють постільну та натільну білизну. Для таких хворих завжди має бути запасний комплект білизни.

### **Контрольні питання по темі заняття**

- Визначення післяопераційного періоду.
- Небезпеки раннього післяопераційного періоду.
- Боротьба з післяопераційним парезом травного каналу.
- Профілактика легеневих ускладнень.
- Профілактика пролежнів.
- Боротьба з парезом сечового міхура,
- Боротьба з затримкою сечі.
- Поняття про активне ведення післяопераційного періоду.

### **ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНИХ ПРАКТИЧНИХ ЗАВДАНЬ, ЯКІ НЕОБХІДНО ВИКОНАТИ НА ПРАКТИЧНОМУ ЗАНЯТТІ**

- обстеження хворих при різних варіантах ускладнень гострої хірургічної патології органів черевної порожнини;
- техніку введення м'якого сечового катетера,
- провести дихальну гімнастику,
- накладання еластичних бинтів на кінцівки,
- профілактику пролежнів;
- ведення післяопераційного періоду хворих (під контролем викладача);
- змінити пов'язку на операційній рані;
- промити сечовий міхур через катетер;
- транспортувати хворого на каталці та кріслі-каталці;
- підготувати інструменти для перев'язки.

### **Ситуаційні задачі.**

1. Хвора М., 75 років, через 15 хв. після операції, проведеної під наркозом внаслідок гострого апендициту, посиніла. Дихання рідке, з перервами. Яке ускладнення раннього післяопераційного періоду виникло у хворої? Ваші дії?

2. Хворому Л., 58 років проведена операція – резекція шлунку. Через 18 год після операції стан хворого погіршився: підсилюється біль в епігастрії, здувся живіт, з'явилась гикавка, утруднене дихання. Прослуховуються поодинокі перистальтичні шуми. Яке ускладнення виникло у хворого? Ваші дії?

3. Хворому С., 70 років проведена операція внаслідок защемленої пахової грижі. Після операції пройшло 20 год. Самостійне сечовипускання відсутнє, хоча є позиви. Яке ускладнення виникло з хворого? Яку допомогу необхідно надати йому?

4. У хворої Н., 59 років, на сьомий день після резекції легені раптово з'явилась задишка, синюшність обличчя і плечового поясу, біль за грудиною. Хвора втратила свідомість. Дихання часте, поверхнєве. Яке ускладнення виникло у хворої? Перша допомога.