Лекция № 1. Тема: Профилактика внутрибольничной инфекции.

Асептика. Антисептика.

Внутрибольничная инфекция – это любое инфекционное заболевание, которое поражает пациента, находящегося на лечении в больнице или обратившегося в неё за лечебной помощью, или сотрудников лечебного учреждения.

Для возникновения внутрибольничной инфекции необходимо наличие трёх звеньев: возбудитель, средство передачи возбудителя и восприимчивый к инфекции организм человека. Возбудители: бактерии, вирусы, грибы. Пути передачи: воздушно-капельный, воздушно-пылевой, контактный, контактно-бытовой, пищевой, артифициальный (искусственный).

Асептика – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение проникновения микроорганизмов в рану и в организм пациента. Инфекция может быть ***эндогенной***, которая находится в организме пациента и ***экзогенной***, которая попадает в рану из внешней среды воздушно-капельным путём.

В приёмном отделении – проводится санитарно-гигиеническая обработка пациента: гигиеническая ванна или душ, переодевание пациента в чистую одежду, осмотр пациента , в том числе и на педикулёз.

В хирургическом отделении – утром и вечером проводят влажную уборку с дезинфицирующим раствором. Медицинский персонал работает в спецодежде: халат, шапочка, сменная обувь, маска, перчатки.

В операционном блоке – существуют следующие зоны: зона абсолютной стерильности (операционная и стерилизационная), зона относительной стерильности (предоперационная и моечная), зона ограниченного режима

(комната для хранения крови, аппаратная, лаборатория срочных анализов, комната медсестёр и врачей, бельевая, коридор), зона общебольничного режима (кабинеты старшей медсестры и заведующего отделением, комната для грязного белья, коридор, палаты).

Виды уборки:

Предварительная – протирание всех горизонтальных поверхностей в начале рабочего дня дезинфицирующим раствором.

Текущая – удаление из операционной или перевязочной отработанного перевязочного материала, инструментов, белья, протирание пола дезинфицирующим раствором.

Окончательная – проводится после всех операций и перевязок в конце рабочего дня. Заключается в мытье полов, горизонтальных поверхностей. Затем включается бактерицидная лампа.

Генеральная уборка – проводится один раз в неделю. Производится обработка всех поверхностей: пола, стен, потолка, ламп, аппаратуры.

В современной асептике используются механический, физический и химический методы.

Механический метод включает в себя различные виды уборки, предварительную обработку инструментов. Предварительная обработка инструментов состоит из следующих этапов: дезинфекции, очистки и стерилизации (смотри лекции сестринское дело). Инструменты после гнойных операций и перевязок у больных, перенесших в течение пяти последних лет гепатит или при риске СПИДа, обрабатываются отдельно от других.

Физические методы стерилизации:

1) стерилизация паром под давлением (автоклавирование);

2) стерилизация горячим воздухом (сухожаровой шкаф);

3) лучевая стерилизация;

Стерилизация паром под давлением – стерилизуются хирургические инструменты, перевязочный материал, операционное бельё и одежда, резиновые медицинские изделия. Существуют три вида укладки биксов:

- универсальная, когда в бикс кладут всё, что может понадобиться в течение рабочего дня;

- видовая укладка, когда в бикс кладут один вид материала или белья;

- целенаправленная, когда в бикс кладут всё, что необходимо для одной определённой операции. Для контроля стерильности в биксы кладут тест-полоски.

Стерилизация горячим воздухом – осуществляется в специальном сухожаровом шкафу. Стерилизуют металлический инструментарий, стеклянную посуду.

Лучевая стерилизация – обработка осуществляется с помощью ультрафиолетовых лучей и ультразвука. Этот метод является заводским методом стерилизации.

Химические методы стерилизации

Газовая стерилизация – проводится в специальных герметических камерах с помощью паров формалина. Стерилизуют оптические части приборов, шовный материал, пластмассу, резиновые медицинские предметы.

Стерилизация растворами химических антисептиков – это холодный способ стерилизации. Стерилизуют резиновые медицинские предметы, эндоскопические аппараты, металлические инструменты.

Металлические хирургические не режущие инструменты стерилизуются в сухожаровом шкафу или в автоклаве. Режущие инструменты – в растворе антисептиков, но можно и в сухожаровом шкафу. Лучший метод стерилизации – газовая или лучевая стерилизация.

Обработка рук

Метод Спасокукоцкого –Кочергина – основан на обеззараживании рук при помощи раствора нашатырного спирта путём мытья рук в двух тазах. Метод гипоаллергенный.

Обработка рук первомуром (смесь муравьиной кислоты ,перекиси водорода и воды). Обработку производят в ёмкости в течение 1 минуты, затем руки высушивают стерильным полотенцем.

Обработка рук хлоргексидином – используют 0,5% раствор спиртового хлоргексидина.

Обработку рук производят дважды тампоном в течение трёх минут.

Обработка рук евросептом (этанол, эфир полиольной жирной кислоты, хлоргексидин). Обработку рук производят дважды по 2-3 минуты.

Последовательность обработки рук

Вначале обрабатываются ладонь одной, затем другой кисти. Затем тыльная поверхность кистей и межпальцевые промежутки. Затем нижнюю треть обоих предплечий, затем среднюю треть обоих предплечий. При повторной обработке руки обрабатываются до нижней трети предплечий.

Обработка операционного поля происходит в два этапа:

1-й этап – в приёмном покое гигиеническое обмывание мыльным раствором и водой;

2-й этап – непосредственно перед операцией растворами антисептиков (иодонат, хлоргексидина биглюконат, спирт 70%, первомур) операционное поле обрабатывается дважды от центра к периферии. Центром считается место разреза.

Антисептика – система мероприятий, направленных на ликвидацию микроорганизмов в ране и организме в целом. Антисептика делится на механическую, физическую, химическую и биологическую.

Механическая антисептика – сюда входит туалет раны 3% раствором перекиси водорода, первичная хирургическая обработка (ПХО), оперативные вмешательства: вскрытие гнойников, карманов и затёков, пункции гнойников.

Физическая антисептика – это дренирование ран марлевым или трубчатым дренажом, применение гипертонических растворов NaCl, $MgSO_4$

(сульфат магния), сорбентов в ране (полифепан, энтеросгель), ультразвука, лазерного излучения малой мощности, применение рентгеновского излучения при остеомиэлите, перитоните.

Химическая антисептика – это уничтожение микроорганизмов в ране или в организме пациента с помощью различных химических веществ.

Основные группы химических антисептиков (читай лекцию по фармакологии): альдегиды, антисептики растительного происхождения, дёгти, смолы, детергенты, красители, кислоты, щёлочи, окислители, спирты, галогены, соли тяжёлых металлов, производные нитрофурана, производные хиноксалина, сульфаниламиды.

Биологические антисептики - антибиотики, протеолитические ферменты, препараты специфической пассивной иммунизации (сыворотки, глобулины).

Глоссарий

1. ***Асептика*** – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение проникновения микроорганизмов в рану и в организм пациента
2. ***Бикс*** – специальная коробка для укладки и стерилизации в автоклаве.
3. **Антисептика** – система мероприятий, направленных на ликвидацию микроорганизмов в ране и организме в целом
4. **Автоклав** – аппарат для стерилизации водяным паром под давлением

5. **Абсцесс** – гнойник, полость которого ограничена пиогенной оболочкой
6. **Гематомезис** – кровавая рвота
7. **Гемопноэ** – кровохарканье
8. **Гемоперикардиум** – кровотечение в околосердечную сумку
9. **Гемоперитонеум** – кровотечение в брюшную полость
10. **Гемартроз** – скопление крови в полости сустава
11. **Компрессия** – сдавление, сжатие
12. **Контрактура** – тугоподвижность в суставе в следствие патологического процесса
13. **Лапаротомия** – операция, вскрытие брюшной полости
14. **Паронихия** – воспаление околоногтевого валика
15. **Парафимоз** – ущемление головки полового органа крайней плотью
16. **Паротит** – воспаление околоушной слюнной железы
17. **Странгуляция** - ,,удавка”, острое нарушение кровотока за счет ущемления, сдавления, заворота сосудов органа
18. **Сепсис** – общая хирургическая инфекция с заражением крови и образованием множественных гнойников в различных частях тела
19. **Эктомия** – удаление органа
20. **Экстирпация** – удаление органа с окружающими тканями
21. **Эмболия** – застревание подвижного тромба, воздуха или капли жира в сосудах
22. **Эвентрация** – выпадение органов брюшной полости через рану
23. **Тампонада** – применение тампона с лечебной целью: остановки кровотечения, лекарственного воздействия на рану и т.д.
24. **Тромбоз** – закупорка просвета образовавшимся тромбом

25. **Пневмоторакс** – скопление воздуха в плевральной полости
26. **Пневмопериотенеум** – воздух или газ в полости брюшины
27. **Премедикация** – медикаментозная подготовка больного к обезболиванию
28. **Лапароскопия** – диагностическая или лечебная операция с помощью лапароскопа
29. **Лигатура** – шовный материал, нить, использованная для связывания или прошивания тканей
30. **Лизис** – расплавление
31. **Варикоцеле** – расширение вен семенного канатика
32. **Воспаление** – универсальная защитная реакция организма в ответ на повреждение тканей различного характера, в том числе на воздействие микроорганизмов
33. **Гастростома** – искусственный свищ желудка, выведенный на брюшную стенку
34. **Гематома** – скопление крови в подкожно – жировой клетчатке, межмышечных пространствах или в полости
35. **Гемодиализ** – очищение крови с помощью аппарата ,,искусственная почка”

Лекция № 2. Тема: Обезболивание

Обезболивание - это выключение болевой чувствительности для проведения оперативного вмешательства. Различают обезболивание общее и местное.

Общее обезболивание (общая анестезия) – выключение болевой чувствительности при помощи веществ, выключающих сознание.

После операции под общим обезболиванием больной впадает в состояние полунаркозного сна, который длится 2-3 часа. В этот период могут возникнуть очень серьезные осложнения:

1.*Рекураризация* - чтобы больного быстрее вывести из состояния миорелаксации ему вводят прозерин. Если его введено недостаточно, то миорелаксанты могут возобновить свое действие. При этом идет нарастание расслабления скелетной мускулатуры, в том числе и дыхательной. Экскурсия грудной клетки уменьшается вплоть до прекращения дыхания.

Обязанности медсестры:

- немедленно приступить к ИВЛ;

- срочно вызвать врача через третье лицо;

- с восстановлением дыхания начать проведение оксигенотерапии;

2. *Регургитация* – самопроизвольное затекание содержимого желудка в ротоглотку, затем в дыхательные пути больного. При этом возможна асфиксия из-за ларингоспазма или тотального бронхоспазма в результате химического раздражения слизистой дыхательных путей, может развиться химический пневмонит, ведущий к гибели больных.

Тактика медсестры:

- придать возвышенное положение головному концу кровати;

- произвести туалет полости рта (салфеткой, отсосом);

- срочно вызвать к больному врача для решения вопросов :

а) о введении больному назогастральный зонд или толстый зонд для удаления содержимого желудка и промывания его;

б) для решения вопроса о целесообразности санации трахеобронхиального дерева;

3. *Рвота* – во время рвоты рвотные массы могут аспирировать в дыхательные пути и привести к обтурационной асфиксии или аспирационной пневмонии. Поэтому в предоперационном периоде требуется подготовка ЖКТ.

Первая помощь:

- повернуть голову набок;

4. Западение языка – происходит при полном расслаблении мышц на начальном этапе послеоперационного сна. Смерть больного может наступить от асфиксии. Для предупреждения этого осложнения больному после операции в операционной вводят в полость рта воздуховод. Осложнения могут развиваться при выпадении воздуховода или если воздуховод был неправильно подобран.

Для обтурационной асфиксии характерно частое и глубокое дыхание. Наблюдается участие вспомогательной мускулатуры: западение межреберных промежутков, подложечной области и подключичных ямок.

Вдох шумный и хрипящий, выдох затруднен. Нарастает цианоз, двигательное беспокойство больного. В дальнейшем двигательное беспокойство больного сменяется замедлением дыхания и гипоксической комой.

Неотложная помощь:

- выдвинуть нижнюю челюсть больного кпереди;

- открыть больному рот (при необходимости с помощью роторасширителя) и подтянуть язык кпереди, захватив его салфеткой или языкодержателем;

- ввести за корень языка правильно подобранный воздуховод;

- начать проведение оксигенотерапии;

- вызвать врача;

5. *Падение АД* – для его предупреждения за 30 минут до начала анестезии вводят 1 мл эфедрина (в концентрации 50мг/мл).

6*. Упорные, с трудом поддающиеся терапии головные боли, парезы, параличи*:

- головные боли могут появиться при раннем вставании с постели. Поэтому пациента еще до операции предупреждают, что в течение 12 часов после операции нужно соблюдать постельный режим. Часто это осложнение появляется при нарушении рекомендаций после спинномозговой анестезии. Так же больного нужно предупредить, что после спинномозговой анестезии у него будет нарушена чувствительность и двигательная активность нижних конечностей, которые пройдут в течение нескольких часов. Об этом нужно помнить медперсоналу, так как при таком состоянии больного прикладывание теплых грелок к ногам, телу может привести к ожогам.

7. *Пролежни* – необходима профилактика пролежней. Правильная и своевременная смена постельного и нательного белья, уход за кожными покровами, особенно в зонах риска возникновения пролежней.

Местная анестезия (обезболивание) - это выключение болевой чувствительности в области операционного поля. При этом у больного сознание сохранено. Противопоказания к применению этого вида анестезии: психические заболевания, резкое нервное возбуждение, категорический отказ, детский возраст.

Виды местной анестезии:

1. Поверхностная анестезия – применяется в офтальмологии, ЛОР – практике, стоматологии, при проведении эндоскопических обследований: бронхоскопии, гастроскопии, цистоскопии, ларингоскопии.

Для обезболивания применяются следующие препараты:

Кокаин – применяется для анестезии конъюнктивы и роговицы глаза, для слизистых оболочек полости рта, носа, гортани путём смазывания и орошения.

Лидокаин – применяется для смазывания слизистых оболочек при интубации, бронхоскопии, эзофагоскопии, удалении полипов, при проколах гайморовой полости, для инфильтрационной анестезии, спинномозговой анестезии.

Тримекаин – используется в офтальмологии, ЛОР практике.

Пиромекаин – используется в офтальмологии, ЛОР практике, при бронхо – эзофагоскопии.

Хлорэтил – применяют при невралгиях, закрытых травмах, чаще спортивных для кратковременной поверхностной анестезии, орошая поверхность кожи на расстоянии 25 см для образования « инея» на коже.

2. Инфильтрационная анестезия – применяется при первичной хирургической обработке непроникающих ран, пункциях, небольших операциях (грыжесечении, аппендэктомии).

3.Проводниковая анестезия – применяется для блокады нервного ствола, при этом нарушается чувствительность иннервируемой области. Для этого анестетик вводят в нерв или периневральную клетчатку.

4.Футлярная анестезия – применяется при манипуляциях и операциях на конечностях, для обезболивания при переломах костей и синдроме длительного сдавливания. Для этого используют прокаин.

5. Спиномозговая анестезия – применяют при манипуляциях и операциях на органах малого таза, брюшной полости, нижних конечностях. Используют прокаин, тримекаин, ультракаин.

6. Электроанальгезия, акопунктура – заключается в раздражении периферических нервных волокон электрическим током через акопунктурные точки (биологически активные точки). Применяют для

обезболивания после операции, для лечения некоторых заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Разновидностью местной анестезии являются прокаиновые блокады:

Межрёберная блокада – применяется при переломах рёбер и межрёберной невралгии.

Вагосимпатическая блокада – прокаин вводят в область грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Применяют при травмах грудной клетки, после торакотомии (разрез грудной клетки при операциях на органах грудной полости).

Паранефральная блокада – применяют при травме и заболеваниях почек и околопочечной клетчатки. Раствор прокаина вводят в область рёберно-позвоночного угла на стороне болей.

Блокада семенного канатика – применяется у мужчин с травмами и заболеваниями половых органов, при почечной колике.

Блокада круглой связки матки – проводят при травмах и заболеваниях женских половых органов и органов малого таза.

Блокада по Оберсту - Лукашевичу - проводится при оперативных вмешательствах на пальцах. На основание пальца накладывают тонкий жгут или завязывают турунду. Выше жгута вводят прокаин в боковые поверхности пальца с обеих сторон. Жгут не снимают до конца операции.

Блокада по Школьникову (внутритазовая) – в область ости крыла подвздошной кости при травмах костей таза.

(читать и конспектировать):

1) подготовка пациента к местной анестезии;

2) сестринский процесс при проведении местной анестезии;

Уход за пациентом после местной анестезии

После местной анестезии больного следует уложить в том положении , которое необходимо при данной операции. За пациентом наблюдают в течение двух часов: измеряют АД, температуру тела, подсчитывают пульс, осматривают послеоперационную повязку.

Помощь при послеоперационных осложнениях при местной анестезии

При падении АД – пациента уложить горизонтально, вызвать врача через третье лицо, самому подготовить кордиамин для п/к введения, р-р мезатона, норэпинефрина, глюкозы 50 мг/мл, р-р строфантина 0,5 мг/мл или р-р коргликона 0,6 мг/мл, преднизолон или гидрокортизон, заправить систему для инфузионной терапии.

При аллергической реакции – уложить пациента горизонтально, вызвать врача через третье лицо, самому подготовить р-р эпинефрина, кальция хлорида (CaCl), антигистаминные препараты (дифенгидрамин, прометазин), аминофиллин, р-р глюкозы 400мг/мл, р-р мезатона, преднизолон или гидрокортизон.

При остановке дыхания и сердца - врача через третье лицо, самому начать проводить закрытый массаж сердца и искусственную вентиляцию лёгких до появления пульса и дыхания. Затем подготовить раствор мезатона, раствор эфедрина гидрохлорида.

При интоксикации – по назначению врача ввести раствор дифенгидрамина или прометазина, наладить систему для инфузионной терапии.

При судорожном синдроме – по назначению врача ввести раствор седуксена.

Глоссарий

1. Агглютинация –склеивание и разрушение эритроцитов
2. Анестезия – обезболивание
3. Амнезия – потеря памяти в результате травмы головного мозга
4. Ампутация – оперативное удаление конечности или её части
5. Гемоторакс – кровь в плевральной полости
6. Гематурия – кровь в моче
7. Гемостаз – остановка кровотечения различными способами
8. Гемотрансфузия – переливание крови
9. Лимфаденит – воспаление лимфатических узлов
10. Лимфангит – воспаление лимфатических сосудов
11. Лимфосорбция – очищение лимфы от токсинов через системы с активированным углем – сорбентом
12. Паранефрит – флегмона околопочечной клетчатки

13. Парапроктит – воспаление околопрямокишечной клетчатки
14. Перитонит – воспаление брюшины
15. Перфорация – прорыв (отверстие) в стенке органа
16. Пиурия – гной в моче
17. Тромбофлебит – воспаление стенки вен с последующим образованием тромба в просвете вены
18. Тризм – стойкое непроизвольное сокращение жевательных мышц при заболевании столбняком
19. Тур – оборот бинта, элемент бинтовой повязки
20. Турунда – свернутая марлевая полоска небольших размеров для тампонады
21. Уретра – мочеиспускательный канал
22. Уретер – мочеточник
23. Уролитиаз – мочекаменная болезнь
24. Эпидидимит – воспаление придатка яичка
25. Эрозия – поверхностное изъязвление тканей
26. Эпидуральная анестезия – введение анестетика в эпидуральное пространство с целью обезболивания
27. Язва – дефект кожи или слизистой, возникающий в результате длительного патологического процесса
28. Ятрогения – заболевания, возникающие от неправильного действия медперсонала или от словесного воздействия на психику пациента
29. Гидраденит – воспаление потовых желез
30. Гидронефроз – расширение полости почки в результате застоя мочи
31. Орхит – воспаление яичка
32. Облитерация – заращение, сужение просвета сосуда
33. Блокада – введение новокаина в ткани с лечебной целью
34. Варикоз – расширение вен

Лекция № 3. Тема: Кровотечение. Гемостаз.

Кровотечение это излияние крови из повреждённого сосуда во внешнюю среду.

Причины, вызывающие кровотечения:

1. Механические повреждения стенки сосуда (укол, разрез, отрыв, размозжение);

2. Патологические изменения сосудистой стенки (расплавление стенки сосуда при нагноении раны, некроз, атеросклероз, сепсис);

3. Нарушение свёртывания крови (декомпенсированный травматический шок, при котором развивается ДВС-синдром , то есть синдром диссиминированного внутрисосудистого свёртывания , гемофилия);

Виды кровотечения:

В зависимости от анатомического строения сосудистой стенки различают артериальное, венозное, капиллярное , паренхиматозное, смешанное. При артериальном кровотечении кровь имеет ярко красный цвет и изливается пульсирующей струей. При венозном кровотечении кровь имеет темно-красный цвет и изливается в окружающую среду ровной непульсирующей струей. Паренхиматозное кровотечение – это капиллярное кровотечение с повреждённой поверхности паренхиматозных органов (печени, почек). Стенки повреждённых сосудов не спадаются, так как удерживаются стромой органа. Это приводит к обильным кровотечениям, которые самостоятельно не останавливаются.

В зависимости от того, в какую среду изливается кровь, различают наружные и внутренние кровотечения. При наружном кровотечении кровь изливается во внешнюю среду, при внутреннем кровотечении кровь скапливается в полостях тела: плевральной, брюшной полости, полости перикарда, суставной полости, полости черепа.

Скопление крови между тканями называется ***гематомой***. Небольшие подкожные гематомы называются кровоподтёками.

По характеру проявления кровотечения могут быть явными и скрытыми.

По времени возникновения кровотечения бывают первичными и вторичными. *Первичные кровотечения* возникают при повреждении сосуда в момент травмы. *Вторичные кровотечения* **бывают ранние и поздние.**

Раннее вторичное кровотечение появляется через несколько часов или через 2-3 суток после первичной остановки кровотечения.

Вторичное позднее кровотечение возникает через 5-10 и более суток после остановки первичного кровотечения. Оно бывает при гнойном расплавлении тромба, при прорезывании лигатуры, после соскальзывания сосудистого шва, при разрыве аневризмы и так далее.

Гемостаз – это остановка кровотечения. Различают временную остановку кровотечения, которую проводят при транспортировке пострадавшего в лечебное учреждение и окончательную остановку кровотечения, которую проводят при оказании квалифицированной (в больнице) и специализированной (НИИ, центры) помощи.

Способы временной остановки кровотечения:

1. Придать кровоточащей части тела возвышенное положение по отношению к сердцу (например, приподнять таз при маточном кровотечении);

2. Прижать кровоточащий сосуд в ране пальцами;

3.Пальцами прижать артерию к подлежащим костным выступам выше места ранения;

4.Наложить давящую повязку;

5.Максимально согнуть конечность в суставе;

6.Наложить кровоостанавливающий жгут;

7.Провести тугую тампонаду раны;

8. Наложить кровоостанавливающий зажим на кровоточащий сосуд в ране;

Окончательная остановка кровотечения проводится в условиях хирургического отделения.

Способы окончательной остановки кровотечения: механические, физические, химические, биологические.

Механические способы:

1. Тугая тампонада раны. При этом рану туго заполняют тампоном сухим или пропитанным 3% раствором перекиси водорода, раствором

аминокапроновой кислоты. Здесь мы видим сочетание механического и химического способов окончательной остановки кровотечения.

2. Прошивание и перевязка сосуда вместе с окружающими тканями, лигирование сосуда (перевязка хирургической нитью) в ране, прошивание и перевязка сосуда на расстоянии.

Физические способы:

1. Воздействие холода на ткани. При этом уменьшается приток крови к ране, происходит образование тромба в сосуде и остановка кровотечения. Например, пузырь со льдом на живот при желудочно-кишечных кровотечениях.

2.Воздействие тепла. Под воздействием высоких температур белки крови и тканей свёртываются. Поэтому во время операции к кровоточащей поверхности паренхиматозного органа прикладывают и прижимают салфетку, смоченную горячим изотоническим раствором натрия хлорида (концентрация 9мг/мл).

3.Электрокоагуляция. С этой целью используют специальный прибор – электрокоагулятор. Он вырабатывает токи высокой частоты, которые, попадая с наконечника на ткани, нагревают их и сваривают стенки сосудов. Высокая температура используется также при лазерной фотокоагуляции. При этом сфокусированный луч лазера рассекает ткани бескровно, так как сразу коагулирует мелкие сосуды.

Химические способы остановки кровотечения

С этой целью используют лекарственные средства: раствор кальция хлорида и глюконата кальция в концентрации 100мг/мл внутривенно, эпсилон-аминокапроновую кислоту в концентрации 50мг/мл внутривенно капельно или в порошках для приёма внутрь, раствор протамина сульфата в концентрации 10 мг/мл внутривенно, раствор этамзилата (дицинон) в концентрации 125мг/мл внутривенно и внутримышечно адроксон 0,25мг/мл по 1 мл в/м или тампон в рану.

Биологические способы остановки кровотечения *включают в себя переливание* свежей донорской крови, цельной свежей крови с малыми сроками хранения, консервированной крови, препаратов крови: плазмы, тромбоцитарной массы, фибриногена;

Медицинский желатин (его получают из костей и хрящей животных) вводят подкожно и через рот, местно применяют гемостатическую губку, тромбин, фибринную плёнку. Во время операций для остановки паренхиматозных и диапедезных кровотечений (это кровоизлияние под слизистую оболочку в виде точек)используют ткани больного: сальник, мышцы, жировую клетчатку. Из растительных средств применяют а́рнику, тысячелистник, кровохлёбку, крапиву, водяной перец.

Острая кровопотеря – это состояние, при котором пациент теряет одномоментно 250 мл и более крови. Оно также развивается при длительном кровотечении и позднем обращении за помощью.

При острой кровопотере сердце выталкивает в большой круг кровообращения гораздо меньше крови, чем в норме. В связи с этим включаются механизмы стабилизации внутренней среды организма: надпочечники усиливают выделение адреналина и норадреналина. Они суживают сосуды, в большей степени периферические. Кожные покровы при этом бледнеют. Кровь от периферии перераспределяется к центру, к жизненно важным органам: головному мозгу, сердцу, печени. При этом резко ограничивается кровоснабжение других органов. Если в почках снижается давление, то они перестают фильтровать мочу и выводить токсины, нарушается кислотно-щелочное равновесие, нарастает ацидоз. Он ведёт к разрушению клеток и тканей, эритроциты склеиваются и образуются тромбы. Они закупоривают сосуды и органы. Так как образуется огромное количество тромбов – усиливает свою работу противосвёртывающая система. Выделяется большое количество фибринолизина. Он растворяет фибрин. Это значит, что тяжёлая кровопотеря может осложниться фибринолитическим кровотечением.

Клиника острой кровопотери

Постепенно нарастает слабость, головокружение, шум в ушах, жажда, одышка, тошнота, рвота, потемнение в глазах, мелькание мушек в глазах.

Степени кровопотери

Лёгкая степень – АД 100/60 – 90/60, PS 90-100 в минуту. Объем кровопотери700-1300 мл.

Средняя степень – АД 90/50-80/50,PS 120-130 в минуту. Объем кровопотери 1300-1800 мл.

Тяжелая степень – АД верхнее 70-60 и ниже, нижнее АД не определяется, PS может не сосчитываться. Объем кровопотери 2000-2500 мл.

Шоковый индекс (законспектировать) отношение АД/PS

Лечение острой кровопотери (доврачебный этап)

1. Временная остановка наружного кровотечения;

2.При низком АД, частом пульсе, бледности кожных покровов пунктировать вену, подключить одноразовую систему. Быстро капельно или струйно вводят 800-1200 мл кристаллоидных растворов (изотонический раствор NaCl, раствор Рингера-Локка, дисоль, трисоль);

3.При необходимости провести иммобилизацию повреждённой конечности;

4.Быстро доставит пациента в лечебное учреждение;

Лечение острой кровопотери (первая врачебная помощь)

1.Диагностика кровотечения, диагностика острой кровопотери;

2.Временная остановка наружного кровотечения;

3.Проведение инфузионной терапии: кристаллоидные растворы 400-800 мл, затем вводят коллоидные растворы (полиглюкин, реополиглюкин, рефортан ГЭК (раствор гидроксиэтилкрахмала, стабизол –ГЭК, ХАЭС – стерил, инфукол – ГЭК, РЕО ХЭС) . Препараты лучше вводить через катетер подключичной вены. Если невозможно катетеризировать центральную вену, то растворы вводят внутрикостно в гребень подвздошной кости, пяточную кость, бугристость большеберцовой кости.

Квалифицированная помощь

1.Окончательная остановка наружного или внутреннего кровотечения;

2.Компенсация кровопотери и выведение пациента из шока. Для этого используют кристаллоидные растворы, дезинтоксикационные растворы (гемодез, полидез). Для трансфузий применяют цельную кровь – свежую и консервированную, эритроцитарную массу, тромбоцитарную массу, плазму (сухую, нативную и замороженную), белковые препараты (альбумин, протеин)

Глоссарий

1. Гипоксия – кислородное голодание тканей
2. Дегидратация – фаза раневого процесса, которая характеризуется стиханием острого воспаления
3. Дезинтоксикация – лечение, направленное на разведение, связывание и выведение токсинов из организма
4. Дизурия – расстройство мочеиспускания
5. Дискинезия – нарушение двигательной, сократительной, перистальтической деятельности полого органа
6. Аррозия – глубокое разъедание тканей язвенным или гнойным процессом , сопровождающееся кровотечением из разрушенных сосудов
7. Баланопостит – воспаление припуциального мешка(крайней плоти полового члена)
8. Бартолинит – воспаление желез преддверия влагалища
9. Бандаж – специальная повязка – пояс, предохраняющая брюшную стенку от растяжений
10. Биопсия – иссечение тканей для последующего гистологического исследования с диагностической целью
11. Иммобилизация – создание неподвижности для части тела с помощью различных шин, повязок или аппаратов
12. Иктерус – желтуха
13. Ишемия – обескровливание тканей, нарушение притока крови
14. Ишурия – задержка мочи в мочевом пузыре, отсутствие мочеиспускания
15. Карбункул – острое гнойно – некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов и окружающих тканей с образованием общего инфильтрата
16. Коллапс – резкое внезапное падение тонуса сердечно – сосудистой системы
17. Колика – острая приступообразная боль, обусловленная спазмом, блокадой, закупоркой, переполнением органа
18. Мастит – воспаление молочной железы
19. Мелена – черный дегтеобразный стул
20. Метроррагия – кровотечение из матки
21. Медиастинит – воспаление средостения

22. Миорелаксанты – препараты, расслабляющие поперечно – полосатые мышцы
23. Наркоз – общее обезболивание с выключением сознания
24. Простатит – воспаление предстательной железы
25. Пролапс – выпадение, выпячивание
26. Рана – открытое повреждение кожи или слизистой оболочки
27. Радикальная операция – дает полное излечение от болезни
28. Резекция – удаление части органа
29. Ректоскопия – исследование(осмотр) прямой кишки
30. Ректороманоскопия – осмотр прямой и сигмовидной кишки в ректоскоп
31. Паллиативная операция – не излечивает больного, но облегчет состояние, продлевая жизнь
32. Панариций – гнойно – некротическое воспаление пальца
33. Операция – механическое воздействие на ткани и органы тела с лечебной целью

Лекция № 4. Тема: Основы трансфузиологии

Инфузионной терапией называется лечение посредством вливания лечебных растворов.

Задачи инфузионной терапии: восстановление ОЦК (объем циркулирующей крови), восстановление центрального и периферического кровообращения, восстановление микроциркуляции, диуреза, нормализация водно-солевого обмена, выведение токсинов, ликвидация острых нарушений свертываемости крови. Инфузии могут проводиться внутривенно, внутриартериально, внутрикостно, в лимфатические сосуды. Существует также прямое переливании крови от донора к реципиенту через аппарат для прямого переливания крови.

Внутривенные вливания производят путем пункции периферических вен иглой, при помощи венесекции (когда периферическую вену выделяют, надсекают и вводят в ее просвет катетер, который закрепляют лигатурой), и катетеризации вены. В настоящее время широко используют катетеризацию периферических и центральных вен (подключичная вена).

Внутрикостное введение – осуществляется в гребень крыла подвздошной кости или в пяточную кость, грудину, в бугристость большеберцовой кости

Внутриартериальное введение – используют, когда нужно восстанавливать сердечную деятельность, а внутривенные вливания бесперспективны.

Трансфузионной терапией называется лечение посредством переливания крови, её компонентов и кровезаменителей.

Переливание крови – это введение в сосудистое русло пациента (реципиента) крови здорового человека (донора) с лечебной целью.

Кровь, используемая для трансфузий:

- нативная донорская кровь – это кровь, которая переливается непосредственно от донора (прямое переливание);

- свежестабилизированная донорская кровь – имеет срок хранения не более одних суток;

- консервированная донорская кровь – это цельная кровь с добавлением антикоагулянтов (цитрат натрия, гепарин);

- утильная кровь – получена при кровопускании по поводу гипертонического криза, отека легких;

- плацентарная кровь – берется из плаценты через пупочную вену после отсечения пуповины;

- трупная кровь – взята у внезапно умершего больного;

- аутокровь – кровь, которая берется у пациента за несколько дней до его операции и переливается этому же пациенту во время операции;

Показания к переливанию крови:

Абсолютно переливание крови показано тогда, когда этот метод невозможно заменить никакими другими методами лечения.

Абсолютные показания к переливанию крови:

- острая кровопотеря;

- травматический или операционный шок;

- тяжелое операционное вмешательство;

- ожоговая болезнь;

- тяжелые анемии различного происхождения;

- септический шок (при острых и хронических гнойных процессах);

- отравления различными ядами;

- истощение организма различного происхождения;

Показания к переливанию плазмы:

- ДВС синдром (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, который проявляется усиленным тромбообразованием в мелких сосудах);

- в связи с недостатком антикоагулянтов в плазме;

- переизбыток антикоагулянтов непрямого действия;

- для свертывания крови при гепатитах и циррозах;

Противопоказания к переливанию крови бывают абсолютные и относительные.

Абсолютные противопоказания:

- острая и хроническая почечная недостаточность;

- травмы и заболевания головного мозга (инсульт, тромбоз, опухоль и т.д.);

- тяжелая печеночная недостаточность;

- острая и тяжелая хроническая сердечно-сосудистая недостаточность;

- милиарный туберкулез;

- свежие инфаркты легких, миокарда, почек, селезенки;

Относительные противопоказания:

- резко выраженная гипертоническая болезнь;

- эндокардит в активной фазе;

- острый тромбофлебит и тромбоз периферических сосудов;

- аневризма аорты;

- тяжелая ишемическая болезнь сердца;

- склонность к аллергическим реакциям и заболеваниям;

В конце XIX начале XX веков австрийским иммунологом Карлом Ландштейнером были открыты группы крови. Он разделил кровь всех людей на три группы: О, А и В. Немного позже чешский врач Я. Янский открыл четвертую группу крови и предложил обозначить группы римскими цифрами: I, II, III, IV.

В 1928 году гигиеническая комиссия Лиги утвердила другое обозначение групп крови – О(I), А(II), В(III), АВ(IV) группы. Это обозначение используется во всем мире. В настоящее время существует более 250 разновидностей групп крови.

Группы крови

В клеточной мембране эритроцитов находятся агглютиногены **А** и **В** (белковые тела, определяющие группу крови). В сыворотке крови содержатся белковые тела – агглютинины, обозначающиеся ***α*** и ***в*** (альфа и бета). В крови человека не могут присутствовать одноименные агглютиногены и агглютинины (например, **А *α***), поэтому эритроциты этого человека не склеиваются (реакция агглютинации отсутствует). Но стоит крови донора с одноименными агглютиногенами попасть в кровь реципиента, и эритроциты донора тут же склеиваются одноименными агглютининами реципиента (наступает реакция агглютинации). Перенос кислорода нарушается, образуются тромбы.

Правило переливания крови – агглютиногены донора не должны встречаться с агглютининами реципиента.

Состав агглютиногенов и агглютининов в группах крови

О α, в(I)

А в(II)

В α(III)

АВ о (IV)

Обозначение групп крови:

О(I)

А(II)

B (III)

AB (IV)

Компоненты крови:

- эритроцитарная масса;

- лейкоцитарная масса;

- тромбоцитарная масса;

- плазма (сухая, замороженная нативная);

- ***из фракции эритроцитов***: гемоферин, эригем;

- ***препараты плазмы комплексного действия***:

альбумин, протеин;

- гемостатические препараты: антигемофильный глобулин, антигемофильная плазма, гемостатическая губка, фибриноген;

- пластические препараты: гематогенная, фибринная пленки, хирургический биоклей;

- антикоагулянты: фибринолизин, тромболитин;

Цоликлоны – готовые стандартные антитела (агглютинины) на антигены А, В, АВ в азуате натрия.

Маркировка цоликлонов:,, Анти-А ”– розового цвета,,, Анти- В ” синего цвета и ,,Анти- АВ” бесцветная.

Определение группы крови по цоликлонам

На обезжиренный планшет, который должен быть промаркирован, под маркировкой нанести по 0,1мл цоликлоны :,, Анти-А ”, ,, Анти- В ” и

,,Анти- АВ”. Рядом с каплями цоликлонов нанести по одной капле крови в пропорции 1:10, где 1 - часть крови , перемешать с цоликлонами разными палочками. Нанести каплю физиологического раствора для исключения панагглютинации (тотальной агглютинации) и подтверждения ***IV*** группы крови. Аккуратно покачиваем планшет. Результат читаем через три минуты. Если агглютинация отсутствует во всех каплях – это первая группа крови ***O(I)***.

Агглютинация с :,, Анти-А ” и ,,Анти- АВ” - это вторая группа крови ***А(II).***
Агглютинация с : ,, Анти- В ” и ,,Анти- АВ” -это третья группа крови

В (III). Агглютинация присутствует во всех каплях – это четвертая группа крови ***АВ (IV)***.

Определение резус-фактора по цоликлонам

В 1940 году Ландштейнер и Александр Винер совместно обнаружили у макак вида резус агглютиноген нового вида, который не входил в систему АВО и назвали находку резус – фактором **(Rh).**

Для определения **Rh фактора** пользуются цоликлоном ,, Анти-Д Супер ”.

На обезжиренную тарелку капают каплю цоликлона 0,1мл, рядом капают каплю крови в пропорции 1:10 и смешивают с цоликлоном. Тарелку слегка покачивают. Результат читают через три минуты. При **Rh+** (положительном) в капле наблюдается агглютинация. При **Rh-** (отрицательном) в капле агглютинация отсутствует.

Определение пригодности крови к переливанию

- на этикетке должны быть указаны группа крови и резус фактор, совпадающие с группой и резусом больного;

- дата заготовки;

- фамилия донора и врача;

- герметичность упаковки;

- отсутствие осадков, хлопьев, пленки;

- четко прослеживается сверху желтоватый прозрачный слой плазмы, снизу темно-красный слой форменных элементов;

Проведение проб на совместимость перед переливанием крови

1. *Проба на совместимость по группам крови при комнатной температуре*:

На обезжиренную тарелку капают каплю плазмы крови пациента и каплю крови донора в пропорции 10:1, где 10 частей плазмы и 1 часть крови донора. Смешивают. Слегка покачивают тарелку. Результат оценивают через

пять минут. На пятой минуте капают каплю физиологического раствора NaCl. Если агглютинации нет – кровь совместима.

2.*Проба на совместимость по резус-фактору (тепловая проба):*

Берутся две пробирки и штатив. В первую пробирку капаем две капли плазмы больного, две капли желатина (желатин предварительно подогревают на водяной бане) и одну каплю крови донора. Пробирку помещают в штатив на водяную баню на 10 минут при температуре 46˚ - 47˚. В штатив, где находится первая пробирка, ставят вторую пробирку с физиологическим раствором. По окончании времени в пробирку с кровью добавляют 5 мл физиологического раствора. Результат определяют на свету. Если в пробирке имеется агглютинация – кровь по резус-фактору не совместима.

3.*Биологическая проба на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента:*

После проведения венепункции переливают струйно 10 мл крови, делают перерыв на три минуты, наблюдают за состоянием пациента. Затем переливают 10 мл крови со скоростью 40 капель в минуту дважды с перерывом в три минуты и продолжают наблюдать за состоянием пациента. Если самочувствие пациента удовлетворительное, переливают остальную кровь.

Уход за пациентами после переливания крови и её компонентов

После трансфузий за пациентом устанавливается наблюдение в течение суток. Больной должен соблюдать постельный режим. Заполняется документ, который называется лист трансфузий. Медицинская сестра следит за общим состоянием пациента, жалобами, за характером пульса и дыхания, частотой пульса и дыхания, измеряет АД, температуру тела каждые два часа в течение восьми часов и заносит эти данные в лист трансфузий. В течение суток больному медсестра измеряет диурез, обращает внимание на цвет мочи. Этикетку от перелитой крови подклеивают в лист трансфузий. На следующее утро у больного берут клинический анализ крови и общий анализ мочи.

Глоссарий

1. Агглютиногены - белковые тела, определяющие группу крови и находящиеся в клеточной мембране эритроцитов

2. Агглютинины – белковые тела, находящиеся в сыворотке крови
3. Агглютинация –склеивание и разрушение эритроцитов
4. ***Цоликлоны*** – готовые стандартные антитела (агглютинины) на антигены А, В
5. Панагглютинация - тотальная агглютинация

6.Резус – фактор - это агглютиноген нового вида, обнаруженный у макак вида резус, который не входил в систему АВО

7.Рожа – острое воспаление кожи, вызванное стрептококком

8.Стерилизация – уничтожение микроорганизмов на всём, что будет контактировать с раневой поверхностью
9. Стул – дефекация, физиологический акт опорожнения кишечника
10. Стриктура – сужение просвета протока, полого органа рубцовым процессом
11. Стома – искусственное отверстие, свищ в просвет полого органа

12. Стомия – операция по созданию искусственного свища

13. Фимоз – сужение крайней плоти полового члена
14.Фистула – свищ (искусственный или патологический)
15. Флебит – воспаление стенки вены
16. Флегмона – острое неограниченное гнойное воспаление клетчатки
17. Флюктуация – размягчение тканей над скоплением жидкости (абсцессом)
18. Фурункулёз – множественные фурункулы в различных стадиях развития с длительным рецидивирующим течением
19. Холангит – воспаление желчного протока
20. Холецистит – воспаление желчного пузыря
21. Цианоз – синюшность
22. Цистит – воспаление мочевого пузыря
23. Цитология – микроскопическое исследование клеточного материала, полученного при пункции, мазках – отпечатках и других исследованиях
24.Чепец – повязка на волосистую часть головы
25. Шок – ответная реакция на чрезвычайный раздражитель с выраженным угнетением всех функций организма
26.Эзофагит – воспаление пищевода
27.Некроз – местное омертвение тканей

28. Некротомия – рассечение омертвевших тканей
29. Некрэктомия – удаление омертвевших тканей
30. Никтурия – преобладание ночного диуреза над дневным
31. Обтурация – закупорка полого органа, непроходимость
32. Окклюзия – закрытие, замыкание полости (окклюзионная повязка на грудную клетку, превращающая открытый пневмоторакс в закрытый
33. Пандактилит – воспаление всех тканей пальца

Лекция № 5. Тема: Основы трансфузиологии.

Осложнения трансфузионной терапии

При переливании крови возможны реактивные состояния и осложнения. Реактивные состояния не сопровождаются серьезными нарушениями функций органов. Осложнения сопровождаются серьезными нарушениями функций органов и систем. По степени различают легкие реакции, реакции средней степени, тяжелые реакции.

Легкие реакции – проявляются общим недомоганием, головной болью, слабостью, появляется легкое ощущение зябкости. Температура тела повышается примерно на один градус. Эти явления имеют кратковременное течение и не требуют специальных лечебных мероприятий.

Реакции средней степени – температура тела повышается на 1,5-2 градуса, возможно учащение пульса и дыхания, легкий озноб, иногда возможно появление крапивницы. Эти явления также не требуют специальных лечебных мероприятий.

Тяжелые реакции – температура тела повышается более чем на два градуса, у больного озноб, сильная головная боль, боль в пояснице, цианоз губ, возможен отек Квинке. В таком случае переливание крови прекращают. По назначению врача проводят симптоматическую терапию: антигистаминные средства, сердечно-сосудистые препараты, жаропонижающие средства.

В зависимости от причины возникновения гемотрансфузионные реакции подразделяют на пирогенные реакции, антигенные (не гемолитические), аллергические и анафилактические.

Пирогенные реакции – возникают при внесении в сосудистое русло реципиента пирогенных веществ, которые образуются при использовании

препаратов для консервирования крови, при попадании микроорганизмов в кровь во время ее заготовки и хранения. Проявляются головной болью, общим недомоганием, ознобом, лихорадкой.

Антигенные реакции – возникают в результате сенсибилизации к определенным иммуноглобулинам и антигенам лейкоцитов, тромбоцитов и белков плазмы. Сенсибилизация связана либо с предыдущими трансфузиями крови, либо возникает при повторной беременности.

Анафилактические реакции – возникают при переливании крови и плазмы редко, могут появляться на второй или пятый день. Характеризуется повышением температуры тела, крапивницей, болями в суставах, снижением АД, учащением пульса, сыпью.

Осложнения гемотрансфузий – характеризуются тяжелыми клиническими проявлениями, которые представляют опасность для жизни человека.

Гемотрансфузионный шок – тяжелейшее осложнение. Чаще всего может развиваться при несовместимости крови по группам АВО или резус-фактору. Развивается в процессе переливания крови или в ближайшие часы после него. У больного появляется беспокойство, озноб, боли в пояснице, тошнота, рвота.

Тактика медицинской сестры: немедленно прекратить вливание крови или эритроцитарной массы, не вынимать иглу из вены, измерить АД, вызвать врача, возможно через третье лицо. По назначению врача ввести сердечнососудистые, антигистаминные средства (эпинефрин, допамин для повышения и стабилизации АД, солевые растворы для нормализации ОЦК, строфантин, кордиамин, дифенгидрамин, преднизолон или гидрокортизон). При необходимости проводят ИВЛ. Вводят реополиглюкин, гепарин для предотвращения ДВС синдрома, пентоксифиллин, при бронхоспазме раствор аминофиллина в концентрации 24 мг/мл . Для поддержания диуреза вводят фуросемид. Проводят коррекцию кислотно-основного состояния раствором бикарбоната натрия в концентрации 40мг/мл. При олигурии или анурии проводят двухстороннюю паранефральную блокаду. Во время этого вмешательства медсестра подает препараты, инструменты, ассистирует врачу. При отсутствии мочи проводят гемодиализ.

Кровезамещающие средства в зависимости от механизма основного действия можно разделить на следующие группы:

1. Гемодинамического действия:

а) коллоидные растворы: рефортан ГЭК, ХАЭС- стерил, ИНФУКОЛ ГЭК, Рео ХЭС, полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль;

б) солевые (кристаллоидные) растворы: Рингера – Локка, раствор натрия хлорида в концентрации 9мг/мл, трисоль, дисоль, лактосоль;

в) раствор глюкозы в концентрации 50мг/мл, сорбитол, фруктоза;

2. Дезинтоксикационного действия: гемодез, гемодез-Н (гемодез-нео), полидез, реамберин;

3. Средства для парентерального питания:

а) белковые гидролизаты: гидролизат казеина, гидролизин, аминокровин, аминопептид;

б) растворы аминокислот: альвизин, полиамин;

в) сахара́ и многоатомные спирты: глюкоза, сорбитол;

г) жировая эмульсия, липофундин;

4. регуляторы водно-солевого обмена и кислотно-основного состояния: изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера – Локка, хлосоль, трисоль, дисоль, ацесоль, раствор гидрокарбоната натрия, раствор трисамина;

Лекция № 6. Тема: Десмургия. Оперативная техника. Периоперативный период.

Десмургия - учебник стр.26-45

Оперативная хирургическая техника - учебник стр.115-124

Периоперативный период включает в себя предоперационный период, интраоперационный период и послеоперационный период.

Предоперационный период начинается с беседы с пациентом в отделении и заканчивается в операционном блоке. В этот период медсестра оценивает психическое и физическое состояние пациента, проводит психологическую

подготовку пациента к операции. Медсестра доходчиво (но без подробностей) объясняет пациенту суть оперативного лечения, рассказывает об анестезии и состоянии после операции (например, при спинномозговой анестезии больной не чувствует нижнюю половину туловища и ноги. Это не должно его беспокоить, так как через несколько часов чувствительность и двигательная способность восстанавливаются. Однако больной не должен вставать сутки, так как при раннем вставании могут появиться длительные и интенсивные головные боли).

Перед операцией больному измеряют массу тела для расчета лекарственного вещества, используемого для наркоза, измеряют температуру тела, АД, пульс, проверяют наличие необходимых анализов для сравнения с показателями анализов после операции. При любых отклонениях в анализах нужно сообщить врачу.

Вечером, накануне операции и утром за три часа до операции, больному при необходимости ставят очистительную клизму. Медсестра объясняет, что накануне перед операцией после 18 часов прием пищи нужно прекратить. За один час до операции проводят подготовку кожных покровов (душ с мылом, удаление волос с операционного поля), больному меняют нательное и постельное белье. До премедикации больной должен опорожнить мочевой пузырь, снять съемные зубные протезы, снять контактные линзы. За 30 минут до операции пациенту делают премедикацию. В операционную его доставляют на каталке.

При экстренной операции полную санитарную обработку не проводят, при необходимости грязные места обтирают влажной тканью. Клизмы при экстренной операции ставят по назначению врача (только при обтурационной кишечной непроходимости). Если желудок переполнен, то вводят в желудок зонд (при перфорации язвы желудка).

Интраоперационный перод длится с момента помещения пациента на операционный стол до перевода его в реанимационное отделение или в хирургическое отделение. Пациенту придают нужное положение для операции. Позиция пациента на операционном столе может быть различная, в зависимости от операции: лежа на операционном столе горизонтально (при операциях на шее, груди, органах живота и т.д.), положение на животе, положение на боку, положение сидя. В интраоперационном периоде медсестра подает хирургический инструментарий, следит за его количеством, за количеством салфеток, игл, медсестра следит за пульсом и

АД. Если операция проходит под местной анестезией, медсестра следит за состоянием больного, цветом кожных покровов, пульсом, АД, оказывает психологическую поддержку пациенту.

Послеоперационный период длится с момента помещения пациента в реанимационное отделение или в палату интенсивной терапии до выписки его домой.

Медсестра готовит палату для пациента. Постель должна быть застелена чистым бельем, без складок. Пациента одевают в сухое белье. Транспортируют из операционной на каталке. В отделении реанимации медсестра придает пациенту на функциональной кровати положение, которое назначил врач, следит за дыханием, АД, пульсом, температурой тела, кожными покровами, повязкой в области послеоперационной раны. Все данные фиксируются в листе динамического наблюдения.

Лекция № 7. Тема: Местная хирургическая патология. Учение о ране.

Раной называется механическое повреждение тканей организма , которое сопровождается нарушением целостности кожных покровов.

Признаки раны:

1. ***боль***
2. ***кровотечение***
3. ***зияние***

Классификация ран

1. По происхождению делятся на:

а) случайные;

б) операционные;

2.По характеру повреждения делятся на: колотые, резаные, ушибленные, размозженные, рваные, рубленые, укушенные, скальпированные, огнестрельные;

3. По степени инфицированности:

- асептические, которые наносят вовремя операций;

- свежеинфицированные, которым не более трех дней;

- гнойные;

4. По сложности различают простые и сложные. Если рана сочетается с повреждением сосудов, внутренних органов, нервных стволов, её считают сложной;

5. По отношению к полостям организма раны бывают проникающие и непроникающие. Проникающие это такие раны, при которых повреждаются внутренние оболочки полостей (сустава, грудной, брюшной полости). При этом часто повреждаются внутренние органы;

6. По локализации различают раны головы, шеи, туловища, конечностей;

7. В зависимости от числа ран различают одиночные и множественные;

8. Если раны затрагивают органы одной или разных анатомических областей их называют сочетанными; если кроме механических есть термические, химические или иные повреждения их называют комбинированными;

Течение раневого процесса.

1 – фаза воспаления(гидратации) –появляется отёк мягких тканей, гиперемия кожных покровов;

2 – фаза дегидратации(восстановления – регенерации);

3 – фаза заживления раны. Происходит образование плотной соединительной ткани. Формируется рубец.

Заживление раны может быть

1.Первичным натяжением. Так заживают послеоперационные раны, края которых сближены швами.

2.Вторичным натяжением. Это наблюдается, если рана большая и инфицированная, явления воспаления выражены сильнее, а очищение раны протекает дольше. При этом швы на рану не накладываются .

3.Заживление под струпом. Рана покрывается коркой, которая отторгается и оставляет после себя рубец. Размеры рубца зависят от размера раны.

Первая помощь при ранах:

остановить кровь одним из способов временной остановки кровотечения. Обработать края раны спиртовым раствором антисептика. Наложить асептическую повязку.

Инструменты и лекарственные вещества для ПХО (первичной хирургической обработки) раны:

0,5% водный раствор хлоргексидина; 0,05% спиртовой раствор хлоргексидина; 0,25% - 0,5%-1%-2% раствор прокаина (новокаина); 3% раствор перекиси водорода; перевязочный материал, стерильные пелёнки

для отграничения операционного поля; шприц с иглой, скальпель, пинцет анатомический, пинцет хирургический, ножницы, кровоостанавливающие зажимы Бильрота и Кохера, крючки Фарабеф, крючки с зубчиками тупыми и острыми, иглодержатель, шовный материал.

Этапы ПХО

1.широко обработать кожу вокруг раны спиртовым раствором антисептика, обложить стерильной пелёнкой;

2.произвести анестезию;

3.промыть рану антисептиком;

4. произвести ревизию раны;

5.иссечь края раны;

6.при кровотечении из сосуда зажать его зажимом, затем наложить на него лигатуру;

7.послойно ушить рану, наложить швы на кожу;

8.на ушитую рану положить асептическую повязку;

Лечение чистых ран

после наложения швов рана считается послеоперационной. В первые сутки после операции прикладывают холод на рану в виде пузыря со льдом. С третьего дня начинают физиопроцедуры для ускорения заживления. Если рана не осложнилась, то швы снимают на 5 – 8 – 10 день.

Течение раневого процесса гнойной раны

1 фаза – фаза гидратации и образования полости, которая заполняется гноем или экссудатом;

2 фаза – после вскрытия гнойника начинается фаза дегидратации, содержимое полости выходит по дренажу и полость начинает заполняться грануляционной тканью.

3 фаза эпителизации. Происходит эпителизация , которая начинается с краёв раны.

Местные проявления воспаления

1.в фазе гидратации появляется отёк, уплотнение тканей, местное повышение температуры, гиперемия кожи, болезненность при пальпации. При нагноении усиливаются отёк и гиперемия мягких тканей, появляется резкая болезненность при пальпации, флюктуация в области нагноения, боли

пульсирующего характера, увеличиваются регионарные лимфатические узлы.

2.в фазе дегидратации после вскрытия гнойника из гнойного очага выделяется гной. Его составными элементами являются лейкоциты, разрушенные ткани и бактерии. Гной берут для посева на питательной среде для определения возбудителя и чувствительности его к антибиотикам.

Общие симптомы воспаления

повышается t тела до 37-40 градусов, озноб, слабость, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, частое поверхностное дыхание, учащение PS, падение АД, потеря сознания, нарушение функции почек и печени. В крови уменьшается количество эритроцитов и увеличивается количество лейкоцитов до 25-30 тысяч, резко ускоряется СОЭ, в моче появляется белок, лейкоциты и цилиндры.

Местное лечение гнойных ран

при нагноении послеоперационной раны надо снять все или несколько швов. Рану дренируют, чтобы обеспечить хороший отток из раны гноя или экссудата(1 фаза гнойного раневого процесса). Для этого используются дренажи, тампоны с 25% раствором магния сульфата, водным раствором хлоргексидина. Для улучшения отторжения некротических участков используют протеолитические ферменты(трипсин, химотрипсин).

Во 2-й и3 –й фазе используют турунды с мазью левомеколь, левосин. Их можно накладывать на двое - трое суток. Эти мази проводят дегидратацию раны и усиливают рост грануляционной ткани. Затем для улучшения грануляции и эпителизации используют мази актовегин, солкосерил, метилурациловую мазь, диоксидиновую мазь и т.д.

Общее лечение гнойных ран

Антибиотики, сульфаниламидные препараты, препараты витаминов группы В и С. Иммуномодуляторы: интерферон, гамма – глобулин. При иммунодефицитных состояниях применяют интерлейкины. Для борьбы с интоксикацией проводят дезинтоксикационную терапию: растворы кристаллоидов, глюкозы, кровезаменителей дезинтоксикационного ряда(гемодез, полидез, реамберин, РЕО ХЭС и т.д.), проводят форсированный диурез. Для снятия болевого синдрома применяют анальгетики, при лихорадочных состояниях – жаропонижающие средства.

Уход за пациентом с ранами

1. во время перевязки пациент нуждается в психологической поддержке;

2.перевязки нужно производить инструментами и в перчатках;

3. во время перевязки необходимо соблюдать асептику и антисептику;

4. на рану нужно накладывать достаточное количество материала;

5.перед перевязкой и после перевязки тщательно мыть руки;

6. использованное грязное белье помещают в специальный мешок для белья;

7.одежду, постельное белье больного необходимо менять по мере загрязнения;

8. у больного должно быть полноценное питание. Богатое белками и витаминами;

Лекция № 8. Тема: Дренирование ран. Пункции ран и полостей тела.

Пункцией называется прокол полости, ткани или органа полой иглой или троакаром с диагностической или лечебной целью.

Показаниями к пункции являются:

1. взятие ткани на биопсию при опухолях;

2.эвакуация жидкости для диагностики и лечения;

3.введение лекарственных веществ с лечебной целью (например, введение антибиотиков);

Медсестра должна подготовить пациента, усадить или уложить его в нужном положении, подготовить инструменты и лекарственные вещества.

Во время манипуляции медсестра помогает врачу, подает ему инструменты, ёмкости, накладывает асептическую повязку. Полученную жидкость помещают в стерильную пробирку и отправляют в лабораторию для исследования.

Виды пункций

1. плевральная пункция. После обезболивания мягких тканей их надсекают скальпелем, потом производят прокол троакаром. Далее идет эвакуация жидкости. Такое вмешательство называется торакоцентез. Его проводят при экссудативном или гнойном плеврите.

2. лапароцентез – прокол передней брюшной стенки. Применяют при асците или лапароскопической операции.

3. пункция перикарда – применяют при скоплении жидкости в околосердечной сумке. Скопление жидкости в околосердечной сумке называется гидроперикардиумом.

4. стернальная пункция (пункция грудины) – применяется с диагностической целью при острых и хронических лейкозах, миеломной болезни;

5.пункция средостения (медиастинальна пункция) – производят при медиастините, эмфиземе средостения;

6.пункция мочевого пузыря – проводится при острой задержке мочи, если мочевой пузырь невозможно катетеризировать;

7.люмбальная пункция – это прокол в области L_2 – L_4 поясничных позвонков. Проводят с лечебной целью для снижения внутричерепного давления при травмах и отеке мозга, а также с диагностической целью;

8.пункция суставов – применяется с диагностической и лечебной целью. Для этого из суставной щели удаляют скопившуюся жидкость и вводят лекарственное вещество;

9.пункция мягких тканей проводится для удаления содержимого из мягких тканей (крови, гноя), для взятия биопсии при опухолях;

10.трахеостомическая пункция проводится при стенозе гортани и трахеи III IV степени при помощи иглы Дюфо, которую вводят между кольцами трахеи ниже щитовидного хряща;

Дренирование – это способ выведения наружу отделяемого из полостей тела, ран или межтканевых пространств. Благодаря дренажам в рану можно ввести лекарственные веществ.

Виды дренажей:

1. Марлевые дренажи – тампоны и турунды, которые вводят в рану сухими или смоченные антисептическим раствором. Дренажную функцию они сохраняют 6-8 часов. Такие дренажи нужно менять 2 раза в день.

2. Плоские резиновые дренажи получают, нарезая резиновую перчатку на полоски различной длины и ширины. Такие дренажи меняют один раз в день.

3. Трубчатые дренажи в настоящее время используют из полихлорвиниловых и силиконовых трубок диаметром от 0,5 см до 2см . Трубчатый дренаж

имеет боковые отверстия для улучшения оттока из раны. В свою очередь трубчатые дренажи бывают одинарные, двойные, двухпросветные, многопросветные. Они предназначены для удаления содержимого из раны или полости и для промывания раны антисептиками.

Микроирригатор –трубчатый дренаж диаметром от 0,5 до 2 мм, предназначенный для введения в рану лекарственных веществ.

4. Смешанные дренажи – состоят из резины и марли. Их называют ,,сигарные дренажи”.

Трубчатые дренажи делятся на открытые и закрытые. У открытого дренажа свободный конец накрывают салфеткой или опускают в сосуд с антисептическим раствором. У закрытого дренажа свободный конец перевязывают шелковой нитью или пережимают зажимом. Этот дренаж предназначен для введения лекарственных препаратов в рану.

Механизм действия дренажей:

1. Пассивное дренирование. При этом осуществляется самопроизвольный отток содержимого по трубчатому дренажу из полости или раны. Дренажи используются плоские резиновые, ,,сигарные'', трубчатые.

2.Активное дренирование основано на выведении содержимого из раны при помощи шприца, одноразовой ,, гармошки”.

3. Проточно-аспирационное дренирование используют для промывания полостей тела и глубоких ран. Применяют двухпросветные, многопросветные и двойные трубчатые дренажи. Антисептический раствор по одному дренажу поступает в рану, а по другому выводится из раны. В настоящее время этот вид дренирования применяется редко.

Виды дренирования

1. Дренирование плевральной полости осуществляется при пневмотораксе, гемотораксе, после торакотомии. Дренаж применяют одиночный трубчатый, один его конец находится в полости, а другой опускают в герметически закрытый аппарат Боброва. Такой дренаж называется закрытый. Для того, чтобы сменить наполненный сосуд, нужно пережать дренаж зажимом. Отток может осуществляться ***пассивно*** (когда конец дренажной трубки находится в антисептическом растворе), по Бюлау (дренажная трубка соединяется со стеклянной трубкой аппарата Боброва, на конец стеклянной трубки,

погруженной в антисептический раствор, надет напальчник с надсечкой посередине). При ***активном*** дренировании к концу трубки присоединяют шприц , электроотсос или ,,одноразовую гармошку”.

2. Дренирование брюшной полости применяют после операций на органах брюшной полости, при перитоните. Дренажи используют открытого и закрытого типа. Закрытого типа – микроирригатор для орошения раны антибиотиками. По дренажу открытого типа осуществляется отток содержимого из раны.

3. Дренирование мочевого пузыря проводят после цистостомии. Цистостомию проводят при острой задержке мочи. Используется катетер Пеццера. Сосуд для сбора содержимого фиксируют или к функциональной кровати или к поясу пациента. Свободный конец катетера опускают в сосуд с антисептиком для пассивного удаления содержимого , или содержимое удаляют активно при помощи шприца. Промывание дренажа осуществляется водным раствором хлоргексидина или фурацилина в количестве 200-300 мл два раза в день.

4. Дренирование трубчатых костей и суставов проводят при остеомиэлите или артрите. Используют трубчатые дренажи. Отток из раны осуществляется по дренажу в стерильную повязку.

Уход за дренажами

1. Дренажи используются только стерильными и только один раз.

2. Для улучшения оттока больному придают соответствующее положение тела.

3. Часто дренаж вводят в рану через дополнительный разрез и фиксируют его к коже лигатурой . Кожу вокруг лигатуры и дренажа медсестра ежедневно обрабатывает антисептиком (спиртовой раствор хлоргексидина, спирт 70%). После этого накладывает марлевую повязку в виде ,,штанишек”.

4. Медсестра следит за количеством и характером выделенного по дренажу содержимого.

5. Если по дренажу появилось геморрагическое содержимое , нужно срочно вызвать врача, измерить артериальное давление, посчитать пульс у пациента.

6. Если дренаж выпал, то медсестра должна сообщить врачу.

7.Сосуд, в котором накапливается содержимое раны, медсестра должна менять ежедневно.

Лекция № 9. Тема: Аэробная хирургическая инфекция. Общая гнойная инфекция.

Проникновение патогенных микробов в организм и реакция тканей на внедрившиеся микроорганизмы и их токсины называется хирургической инфекцией. Интенсивность этого процесса зависит от состояния защитных сил организма, количества и вирулентности возбудителя, локализации патологического процесса, возраста заболевшего. Грудные дети и старики более подвержены гнойным инфекциям, чем люди среднего возраста. Большое значение в развитии инфекции имеет физическое и умственное переутомление, бессонница, недоедание, гиповитаминозы.

Классификация хирургической инфекции:

1. По причине возникновения (этиологический фактор) выделяют неспецифическую аэробную, анаэробную, гнилостную и специфическую инфекцию;

2. По клиническому течению различают острую и хроническую инфекцию;

3. По распространенности различают местную инфекцию и общую (сепсис);

Острая гнойная аэробная хирургическая инфекция

Развивается в присутствии воздуха. Возбудителями этой инфекции являются стафилококки, стрептококки, патогенные грибы, пневмококки, простейшие.

Фолликулит – воспаление волосяного фолликула, возникающее при несоблюдении личной гигиены, трении кожи одеждой, при расчесывании кожи при зуде, при чрезмерной потливости. Может осложняться фурункулом. Это заболевание особо опасно у новорожденных. Профилактика у новорожденных – купание в отваре лечебных трав: череды, чистотела, ромашки. Лечение проводится врачом и у детей и у взрослых. Применяются салициловый, борный, камфорный спирт, цинковая присыпка, раствор марганцовки или бриллиантового зеленого.

Панариций – острое гнойное воспаление пальца. Вызывается стафилококком, стрептококком, смешанной флорой. Различают панарициии6 кожный, подкожный, подногтевой, паронихия(воспаление околоногтевого валика), сухожильный, суставной, костный, пандактиллит(воспаление всех

слоёв пальца). Лечение – вскрытие и дренирование гнойника, антибиотикотерапия, перевязки.

Флегмона кисти – неограниченное распространённое гнойное воспаление в межклеточном пространстве кисти .Возникает как осложнение сухожильного и костного панариция или после ранений, инфицирования мозолей. Лечение оперативное.

Фурункул – воспаление волосяного мешочка. Развивается в местах роста волос и при постоянной травматизации кожи лица, задней поверхности шеи, предплечья, кисти, ягодиц. Предрасполагающие факторы: микротравмы, нарушение личной гигиены, сахарный диабет, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта. При развитии фурункула вокруг волоса образуется конусовидный узелок с гиперемией и отеком. Через один-два дня на верхушке появляется гнойное образование – стержень. Общее состояние больного страдает незначительно. Лечение проводят с учетом фаз раневого процесса.

Карбункул – это воспаление нескольких волосяных луковиц, сальных желез и клетчатки вокруг них, может проявляться как самостоятельное или быть осложнением фурункулов. При этом воспалительный процесс быстро распространяется на лимфатические узлы и сосуды. Общее состояние больного страдает в большей степени, чем при фурункуле. Явления интоксикации более выражены: температура тела повышается до 39 градусов, беспокоят головная боль, слабость, озноб. В области карбункула на его верхушке инфильтрат, болезненность, гиперемия. Через один-два дня в области верхушки появляются несколько стержней. Общий вид карбункула напоминает пчелиные соты. Вскрытие гнойника производят под общим наркозом . Производят крестообразный разрез, удаляют гной, дренируют рану, назначают антибиотики, дезинтоксикационную терапию, витаминотерапию. Пациент должен соблюдать постельный режим. При карбункуле лица диета щадящая для уменьшения сокращения жевательных и мимических мышц лица.

Гидраденит – воспаление потовых желез. Воспалительный процесс локализуется в подмышечной впадине, паховых складках. Заболевание развивается как осложнение дерматита, при нарушении личной гигиены. В начале заболевания образуется инфильтрат с отеком и гиперемией, затем через один - два дня появляется гнойное содержимое. Рядом может

образоваться несколько инфильтратов из которых развиваются которые также абсцессы. У больного ухудшается общее состояние, появляется слабость, озноб, повышается температура тела. Лечение инфильтративной формы консервативное, абсцедирующей формы – оперативное. Назначают антибиотики, витамины. Пораженную конечность фиксируют косыночной повязкой.

Флегмона – это неограниченное распространенное гнойное воспаление подкожной, межмышечной, забрюшинной клетчатки. Возбудителями заболевания являются стафилококки, стрептококки, проникающие в клетчатку из близлежащей гнойной раны или гематогенным и лимфогенным путем. Общее состояние ухудшается. Повышается температура тела до 40 градусов, появляется озноб, общая слабость, головная боль, функция пораженной конечности нарушается. Лечение проводится в условиях стационара. В стадии инфильтрации влажно-высыхающие повязки с раствором магнезии в концентрации 250мг/мл или раствор натрия хлорида в концентрации 100 мг/мл, антибиотики, витамины. В фазе нагноения производят вскрытие гнойника несколькими разрезами, дренирование их, назначают антибиотики, дезинтоксикационную терапию, производят перевязки с водным раствором хлоргексидина, мазью левомеколь. возможно промывание раны через трубчатый дренаж. В первые дни после вскрытия гнойника пациент должен соблюдать постельный режим, пораженную конечность иммобилизируют косыночной повязкой или гипсовой лонгетой. Больному назначают обильное питье, молочно-растительная диета.

Абсцесс – ограниченное гнойное расплавление тканей. Причиной могут быть раны, ссадины, гематомы, инъекции. При поверхностном расположении абсцесса появляется гиперемия, отек, инфильтрация мягких тканей, затем в центре инфильтрата появляется размягчение, положительный симптом флюктуации. Лечение в стадии инфильтрации - влажно-высыхающие повязки, при появлении флюктуации – вскрытие и дренирование гнойника. Назначают антибиотикотерапию, перевязки со сменой дренажей, затем мазевые повязки.

Лимфаденит – воспаление лимфатических узлов.

Лимфангит – воспаление лимфатических сосудов.

Флебит – воспаление вены.

Тромбофлебит – острое воспаление стенки вены с образованием в её просвете тромба.

Бурсит – воспаление суставных синовиальных сумок.

Артрит – воспаление сустава.

Рожистое воспаление это острое поверхностное воспаление кожи и слизистых оболочек. Вызывается пиогенным стрептококком. Он проникает в организм человека через ссадины, потертости, опрелости, царапины. Инкубационный период длится от четырех до шести дней. Заболевание начинается остро: появляется озноб. Резко повышается температура тела, появляется слабость, головная боль,тошнота, рвота, нарушается сон, ухудшается аппетит, возможна спутанность сознания, бред. На следующий день после появления этих симптомов интоксикации появляются местные симптомы. Различают четыре формы рожистого воспаления: эритематозная, буллезная, флегмонозная, некротическая.

Эритематозная форма – проявляется яркой гиперемией кожи с четко отграниченными краями. Кожа лоснится, блестит, горячая на ощупь, резко болезненная при пальпации.

Буллезная форма – на гиперемированной коже появляются пузырьки различного размера, заполненные серозным или серозно-геморрагическим экссудатом.

Эти формы заболевания длятся одну – две недели. Затем температура тела падает критически и сопровождается обильным потоотделением. После выздоровления отечность и гиперемия исчезают.

Флегмонозная форма – сопровождается появлением серозно-гнойного содержимого под кожей и в подкожно-жировой клетчатке.

Некротическая форма – характеризуется появлением участков некроза мягких тканей. Флегмонозная и некротическая форма протекают более тяжело.

Наиболее частые места локализации: лицо, нижние конечности, туловище.

Осложнения рожистого воспаления: тромбофлебиты, лимфадениты, лимфангиты, слоновость конечностей, сепсис.

Лечение: легкие формы могут лечиться амбулаторно, тяжелые формы лечатся в стационаре. По назначению врача медсестра вводит больному антибиотики: ампициллин, цефалоспорины, проводит дезинтоксикационную терапию, иммунотерапию, витаминотерапию, накладывает повязки с антисептиками. При флегмонозной форме помогает врачу при вскрытии флегмоны. После вскрытия раны дренируют. Производят перевязки. При некротической форме удаляются участки некроза.

Эризипелоид – инфекционное заболевание, вызванное палочкой свиной рожи. Попадает в организм через порезы, царапины. Болеют в основном люди, работающие с мясом или рыбой. Инкубационный период длится от нескольких часов до семи дней. На тыльной поверхности пальца появляется гиперемия и отек кожи. Через несколько дней пятно становится багрово-красным, появляется зуд. Заболевание может сопровождаться лимфаденитом и лимфангитом. Лечение как при рожистом воспалении.

Остеомиэлит – гнойное воспаление костного мозга, которое распространяется на кость и надкостницу.

Причины возникновения остеомиэлита: травма, послеоперационные осложнения, занос инфекции гематогенным или лимфогенным путем из другого очага. Различают острый гематогенный и хронический остеомиэлит.

Острый гематогенный остеомиэлит наиболее часто встречается в детском возрасте. Заболевание начинается остро: температура тела повышается до 38-39 градусов, появляется боль в пораженной конечности, нарастает отек, усиливается общая интоксикация (спутанность сознания, бред). В крови наблюдается высокий лейкоцитоз, ускорение СОЭ, в моче белок, цилиндры. К концу недели появляется межмышечная флегмона. Состояние может осложниться сепсисом. На рентгенограммах изменения в кости видны только после десятого дня заболевания – сначала видно отслоение надкостницы (периостит), затем разрушение кости (костные секвестры, гной. Локализация секвестров и свищей определяется на фистулограмме. Лечение проводят в стационаре. Общее лечение проводится по принципу лечения острых гнойных заболеваний. При местном лечении производится вскрытие флегмоны, рассечение надкостницы, трепанация костно – мозговой полости, дренирование костной полости и проведение проточно-аспирационного дренирования.

Уход за пациентом

Пациенту необходимо соблюдать строгий постельный режим. Пораженную конечность иммобилизируют гипсовой лонгетой. Полость по дренажам промывают антисептиком. Проводится антибиотикотерапия, инфузионная терапия, иммунотерапия, витаминотерапия. В дальнейшем больной ходит, опираясь на костыли без нагрузки на пораженную конечность. После снятия гипса больному назначают ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение, в дальнейшем санаторно-курортное лечение.

Лекция № 10. Тема: Общая гнойная инфекция (сепсис)

Сепсис – тяжелое инфекционное заболевание, которое вызывается различными возбудителями и их токсинами. При этом инфекция распространяется с током крови. Причинами сепсиса могут быть абсцесс, флегмона, фурункул, пневмония, травма, оперативное вмешательство, хронический воспалительный очаг. Важным моментом является истощение защитных сил организма (иммунитета) вследствие длительного лечения первичного заболевания.

Возбудители, вызывающие сепсис: стафилококки, пневмококки, стрептококки, менингококки, сальмонеллы, патогенные грибы и другие возбудители.

Сепсис может возникнуть при диабете, при онкологических заболеваниях, при рахите или иммунодефицитах, при тяжелых ожогах и травмах, при длительном приеме цитостатиков, а также в случае длительной химио и рентгенотерапии. В зависимости от локализации первичного очага инфекции различают первичный и вторичный сепсис. Первичный сепсис делится на ***криптогенный, эссенциальный и идиопатический***. При нём входные ворота обнаружить не удается. Вторичный сепсис делится на ***плевро-легочный*** (на фоне гнойных заболеваний легких), ***одонтогенный*** (вызывается кариесом, периоститом, остеомиэлитом челюстей), ***тонзиллогенный*** (на фоне стрептококковых и стафилококковых ангин), ***хирургический*** (развивается при заносе инфекции в кровь из послеоперационной раны), ***акушерско-гинекологический*** (после осложненных абортов), ***уросепсис*** (развивается на фоне пиелонефрита, простатита, цистита), ***кожный*** (развивается на фоне кожных заболеваний), ***перитонеальный*** (первичные очаги локализуются в рюшной полости), ***риногенный*** (распросраняется из полости носа и придаточных пазух), ***отогенный*** (связан с воспалительными заболеваниями уха), ***пупочный*** (наблюдается при омфалите новорожденных).

По времени возникновения сепсис делят на:

- ***ранний***, который возникает в течение двух недель с момента появления первичного очага и

- ***поздний***, возникающий позднее двух недель.

По скорости течения заболевания различают

- молниеносный сепсис, развивающийся в течение от нескольких часов до двух суток и заканчивающийся летальным исходом;

- острый, который длится около четырех недель,

-подострый длительностью три-четыре месяца,

- хронический, который может длиться более года.

Фазы сепсиса:

- токсемия (это ответная реакция организма в виде системного воспалительного ответа на начало распространения микробных токсинов, бактерий в крови ещё нет ;

- септицемия (в крови распостраняется множество бактерий, но гнойных метастазов нет);

- септикопиемия (в крови бактерии с гнойными метастазами в другие органы и костную систему);

Тяжелейшим осложнением сепсиса является септический шок, который возникает при воздействии на организм больного бактериальных токсинов.

Признаки сепсиса: сильный озноб, повышение температуры тела, бледность кожных покровов, впалость щек, проливной пот, петехиальные кровоизлияния на теле, лицо осунувшееся, язык сухой, обложен налетом, снижается функция почек, увеличивается печень и селезенка, развивается желтуха. В крови лейкоцитоз, прогрессирующее падение гемоглобина и количества эритроцитов, тромбоцитопения. Резко ускорено СОЭ.

Септическая рана бледная, отечна, отделяемое из раны скудное. Рана кровоточит, заживает плохо.

При септическом шоке начинается сердечнососудистая, дыхательная, почечная, печеночная недостаточность. Смерть наступает вследствие

прогрессирующей интоксикации, развития гнойников в жизненно важных органах.

Диагноз ставится на основании

- клинического анализа крови;

- общего анализа мочи;

- биохимического анализа крови;

- анализа посева крови, который берут три дня подряд;

- анализа посева из гнойных очагов;

Лечение проводят в условиях стационара.

Местное лечение – удаление некротизированной ткани вплоть до ампутации конечности, вскрытие и дренирование гнойных очагов, промывание ран антибиотиками и антисептиками с подключением активной аспирации содержимого раны. Конечность иммобилизируют.

Общее лечение – вводят антибиотики цефалоспорины (цефотаксим,цефтриаксон, цефепим), фторхинолоны(офлоксацин, ципрофлоксацин , левофлоксацинмоксифлоксацин), карбапенемы (имипенем, меропенем), аминогликозиды(гентамицин, неомицин). При грибковой этиологии назначают амфотерицин-В, флуконазол. После определения возбудителя противомикробный препарат меняют при необходимости. После двух отрицательных показателей бактериального посева крови введение антибиотиков прекращают.

Проводят дезинтоксикационную терапию (солевые растворы), форсированный диурез (вводят фуросемид). Возможно применение гемосорбции и плазмофереза. Для укрепления иммунной системы применяют тимоген, пентоксил, имудон, гаммаглобулин, переливание лейкоцитарной массы. Проводят симптоматическую терапию (для повышения артериального давления используют допамин, при болях - анальгетики, при ДВС – синдроме применяют тромбоцитарную массу, для снижения свертываемости крови применяют антикоагулянты гепарин, ацетилсалициловая кислота, эдоксабан, клопидогрел, для снятия воспалительных процессов применяют гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон.

Уход за пациентом

Пациента нужно изолировать в отдельную палату, создать психический и физический покой. Медсестра должна надевать отдельный халат, маску, перчатки. Помещение должно проветриваться и кварцеваться . Медсестра наблюдает за состоянием больного (пульсом, АД, дыханием, кожными покровами, диурезом)и отмечает в специальной карте, проводит профилактику пролежней, следит за состоянием дренажей, количеством отделяемого по ним, следит за состоянием раны, совместно с врачом осуществляет перевязки.

Лекция № 11. Тема: Анаэробная инфекция. Гнилостная инфекция

Анаэробна хирургическая инфекция это токсическая раневая инфекция, которую вызывают анаэробные микроорганизмы (они развиваются в отсутствии воздуха). Вместе с землей они могут попасть в рану. Токсины этих микробов вызывают некроз соединительной ткани и мышц, гемолиз, тромбоз сосудов, поражение миокарда, печени, почек.

Анаэробную инфекцию часто называют газовой гангреной или газовой инфекцией.

Причины развития инфекции

1)обширные повреждения мышц и костей;

2)глубокий закрытый раневой канал;

3)раневая полость плохо сообщается с внешней средой;

4)повреждение сосудов, ведущее к нарушению кровообращения ткани;

5)нарушение доступа кислорода к большим некротизированным участкам;

Различают следующие формы анаэробной инфекции:

- классическая;

- отечно-токсическая;

- газово-гнойная;

- смешанная;

Клиническая картина характеризуется тяжелым состоянием пациента,

прогрессирующей интоксикацией, температурой тела до 40 градусов. У больного черты лица заострены, кожные покровы бледные, пульс резко учащен, артериальное давление снижено. В области раны сильные распирающие боли, кожа вокруг раны цианотична, холодная на ощупь. Конечность отечна, при её пальпации слышна крепитация (хруст). Из раны выделяется скудное отделяемое с неприятным запахом и пузырьками воздуха. На рентгенограмме видны участки скопления газа, которые расслаивают ткани.

Лечение осуществляется в хирургическом отделении. Пациента помещают в отдельный бокс. Производят широкое и глубокое рассечение тканей, иссечение некротических тканей, дренирование раны. Рану обильно обрабатывают 3% раствором перекиси водорода, производят ультафиолетовое облучение раны, рану с дренажами оставляют открытой для улучшения доступа воздуха к ней. При ухудшении общего состояния и состояния раны производят ампутацию конечности.

Общее лечение заключается в ведении противогангренозных сывороток, проведении инфузионной, дезинтоксикационной терапии. Проводят антибактериальную терапию, переливание крови, плазмы и кровезаменителей, симптоматическое лечение. Больной должен получать высококалорийное питание.

Профилактика анаэробной инфекции

1)ранняя и тщательная ПХО;

2)дренирование загрязненных, размозженных, нагноившихся и огнестрельных ран;

3)хорошая иммобилизация конечности;

4)ранняя и адекватная антибиотикотерапия;

Уход за больным

1)изоляция больного в бокс;

2)при входе в палату медсестра переодевается в чистый халат, маску, перчатки. Перевязки осуществляются отдельным стерильным инструментарием, который проходит отдельную обработку и стерилизацию. Перевязочный материал после дезинфекции сжигают;

3)уборку в палате проводят два-три раза в день с 6% раствором перекиси водорода и моющим средством, потом включают бактерицидную лампу;

4)в первые сутки медсестра каждый час измеряет АД, пульс, температуру тела, частоту дыхания, диурез, в последующие дни три-четыре раза в день;

5)под пораженную конечность подкладывают клеенку с пеленкой, которые меняют как можно чаще при незначительном загрязнении;

Гнилостная инфекция вызывается различными анаэробными неклостридиальными микроорганизмами (они являются постоянными обитателями человеческого организма и окружающей среды, обитают в небольшом количестве в желудке, тонкой и толстой кишке, мочеполовых путях. Они являются условно патогенными, спор не образуют) в сочетании с анаэробными клостридиальными организмами (образуют споры) и наблюдается при рваных, размозженных ранах или при открытых переломах.

Общее состояние больного при данной инфекции резко ухудшается. Края и дно раны с некротизированными участками ткани имеют грязно-серый цвет, отделяемое из раны зловонное. Мягкие ткани вокруг раны отечны и гиперемированы, может наблюдаться лимфаденит и лимфангит.

Лечение и уход за больным

Лечение проводят в гнойно-септическом отделении хирургического стационара. Больного не изолируют. Рану широко рассекают, удаляют участки некроза, рану дренируют. Проводят антибактериальную терапию, дезинтоксикационную терапию, иммунотерапию, витаминотерапию.

Лекция № 12. Тема: Острая специфическая инфекция. Столбняк.

К острой специфической инфекции относятся столбняк, сибирская язва, дифтерия ран, бешенство.

Столбняк – это острое инфекционное заболевание, которое вызывается столбнячной палочкой. Столбнячная палочка является анаэробным микроорганизмом, образующим споры. Проникает в организм человека при ранениях и начинает выделять токсины: тетаноспазмин и тетанолизин. Тетаноспазмин вызывает спазм и развитие судорог скелетных мышц, а тетанолизин вызывает гемолиз эритроцитов.

<u>Классификация</u>:

1. По месту внедрения возбудителя столбняк бывает:

– раневой;

– послеожоговый;

– послеоперационный;

– после отморожений;

– после электротравм;

2. По распространённости:

а) общий:

– первично общий;

– нисходящий;

– восходящий.

б) местный

в) ограниченный (конечностей, головы, туловища, сочетание ограниченных локализаций).

Местный столбняк развивается в результате неравномерного распределения тетанотоксина. Он максимально концентрируется в области спинного мозга и действует на его соответствующие сегменты. Это выражается ограниченным поражением мышц в области ранения. Местный столбняк является первой фазой развития общего столбняка.

Инкубационный период длится в среднем от 4 до 40 дней, редко до четырех, пяти месяцев. В это время у больного появляются головные боли, бессонница, повышенная раздражительность, обильная потливость, боли и подёргивание вокруг раны.

Ведущим симптомом является развитие тонических и клонических судорог скелетных мышц. Сначала спазм и судороги мышц начинаются вокруг раны, потом переходят на жевательные и мимические мышцы лица. Появляется «сардоническая улыбка». Судороги распространяются на шею. Голова запрокидывается. Судорожные сокращения дыхательных мышц могут вызвать асфиксию, а сокращение мышц сердца могут вызвать остановку

сердца. Может развиться опистотонус – тоническое сокращение всей скелетной мускулатуры. Туловище выгибается. Пациент касается постели только затылком и пятками. Температура тела высока. Наблюдается расстройство дыхательной и сердечнососудистой системы.

Лечение комплексное

***Местное*:**

– тщательное удаление некроза в ране, рана остаётся открытой для доступа воздуха;

– протеолитические ферменты в рану, которые должны ускорить очищение раны;

Общее:

– введение противостолбнячной сыворотки, столбнячного анатоксина, противостолбнячного человеческого иммуноглобулина в лечебных дозах;

– противосудорожная терапия;

– инфузионная терапия;

– антибиотикотерапия;

– симптоматическая терапия;

– миорелаксанты;

– гипербарическая оксигинация;

- искусственная вентиляция легких;

Первая медицинская помощь

При тяжелой форме для госпитализации уложить пациента на носилки горизонтально, фиксировать его к носилкам, ввести внутривенно хлорпромазин (аминазин), дифенгидрамин (димедрол), ввести в полость рта воздуховод, при необходимости провести ИВЛ.

Принципы сестринской помощи:

– поместить пациента в реанимационное отделение в отдельную палату;

– уложить на мягкую постель;

– затемнить окна;

– на полу должно быть мягкое покрытие;

– соблюдать асептику и антисептику;

– перед кормлением и манипуляциями по назначению врача вводить противосудорожные средства;

– кормить жидкой пищей, а при затруднении глотания по назначению врача кормление осуществлять парентерально или через зонд;

– если ИВЛ осуществляется через трахеостому, медсестра ухаживает за трахеостомой;

– медсестра измеряет АД, пульс, температуру тела, частоту дыхания, подсчитывает суточный диурез, следит за функцией ЖКТ, по назначению врача заполняет бланк на клинический анализ крови для контроля за составом крови.

Показания к экстренной профилактике столбняка

- травмы с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек;

- отморожения и ожоги II, III, IV степени;

- проникающие ранения ЖКТ;

- внебольничные аборты;

- роды вне медицинских учреждений;

- гангрена или некроз тканей любого типа;

- длительно текущие абсцессы, карбункулы и другая гнойная инфекция;

- укусы животными;

Противопоказания

- повышенная чувствительность к препарату;

- беременность;

Экстренная профилактика столбняка

Заключается в ПХО раны и своевременном введении иммунных препаратов (столбнячный анатоксин, противостолбнячная сыворотка)

Профилактика не проводится если:

- у пациента есть документ о прививке не более пяти лет назад у взрослого человека или в соответствии с возрастом у ребенка;

- если титр столбнячного анатоксина в сыворотке крови выше 0,1 МЕ/мл;

Титр столбнячного антитоксина в сыворотке крови определяется в течение 1,5 – 2 часов с момента обращения пациента в ЛПУ для оказания травматологической помощи. Применяются адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов (АДС-м), столбнячный анатоксин (СА), сыворотка противостолбнячная очищенная концентрированная (ПСС), иммуноглобулин противостолбнячный человека(ПСЧИ).

Если у пациента титр СА 0,01-0,1 МЕ/мл, то с целью профилактики вводятся 0,5 мл СА или 0,5 мл АДС-м. Такая же профилактика проводится детям и подросткам, если им не была проведена последняя возрастная иммунизация; людям, которые ничего не знают о своей прививке, а противопоказаний у них нет.

Если титр столбнячного антитоксина менее 0,1МЕ/мл, то вводится 1 мл СА и 3000 МЕ ПСС после пробы или 250 МЕ ПСЧИ.

Алгоритм экстренной профилактики столбняка:

– Внимательно прочитать маркировку на ампулах с ПСС и СА.

– Сыворотка набирается одной иглой, а вводится – другой.

– Обработать внутреннюю поверхность средней трети предплечья 70% спиртом, набрать 0,1 мл разведённой ПСС и ввести внутрикожно.

– Наблюдаем за больным общие и местные реакции 30 – 40 минут.

– Если у больного нет отрицательных реакций, а папула не более 0,9 см, то в

среднюю треть плеча вводим 0,1 мл неразведённой ПСС. Наблюдаем 30-40 минут.

– При отсутствии отрицательных общих и местных реакций вводим оставшуюся дозу неразведённой ПСС в среднюю треть другого плеча.

Сибирская язва – инфекционное заболевание, которое вызывается стойкой спороносной палочкой сибирской язвы. Заражение происходит от больных

животных при уходе за ними или при выделывании шкур животных. Существует три формы заболевания:

1.кожная;

2. кишечная;

3.легочная;

Дифтерия ран - развивается при попадании в рану дифтерийной палочки (палочки Лёффлера). Передается контактным и воздушно-капельным путем.

Лекция № 13. Тема: Грыжи живота. Ущемлённые грыжи, аппендицит.

Грыжа живота - это выпячивание органов через естественные или приобретенные дефекты передней брюшной стенки. Грыжа состоит из грыжевых ворот, грыжевого мешка и его содержимого. Грыжевые ворота – это место в мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки, через которые внутренние органы выходят из брюшной полости. Грыжевой мешок образован париетальной брюшиной (листком, покрывающим переднюю брюшную стенку изнутри), вышедшей через грыжевые ворота. Иногда стенку грыжевого мешка составляет орган, частично покрытый брюшиной, например, мочевой пузырь, почка, слепая кишка. Такие грыжи называются скользящими. Грыжевым содержимым бывают внутренние органы, выходящие в грыжевой мешок из брюшной полости.

Грыжи развиваются постепенно. Сначала при физической нагрузке или после неё в месте формирования грыжи появляются покалывающие боли. Затем появляется выпячивание, которое исчезает, если больной примет горизонтальное положение.

Различают грыжи:

I. по вправимости:

1)вправимые;

2)невправимые;

3)ущемленные;

II.по локализации:

1)наружные;

2)внутренние;

Вправимые грыжи – это грыжи, которые исчезают при горизонтальном положении больного или которую можно самостоятельно вправить.

Невправимая грыжа – не меняет величины и формы или уменьшается незначительно при горизонтальном положении больного или при надавливании на неё.

К ***наружным грыжам*** относятся : паховая, пахово-мошоночная, бедренная, пупочная, белой линии живота, мечевидного отростка, боковые.

Внутренние грыжи могут быть диафрагмальные, то есть локализоваться в области диафрагмы и межкишечные.

Ущемленная грыжа – это состояние, при котором выпячивание ущемляется в грыжевых воротах. Боли в области грыжи возникают внезапно. Грыжа увеличивается, напряжена и резко болезненна при пальпации. Через некоторое время развивается картина острой кишечной непроходимости: схваткообразные боли в животе, рвота, задержка стула и газов. Основной метод лечения грыж - оперативный. Ущемленные грыжи оперируются в экстренном порядке. Не ущемленные грыжи оперируются в плановом порядке.

Предоперационная подготовка

Накануне плановой операции у больного должен быть легкий ужин не позднее шести часов вечера. Утром больному запрещают есть и пить. Вечером и утром ставят очистительную клизму. На ночь назначают легкое снотворное. После премедикации направляют в операционную.

В послеоперационном периоде проводят профилактику дыхательных осложнений, послеоперационного пареза кишечника и тромбоэмболических осложнений. С этой целью больного рано активизируют (при оперативном лечении наружных грыж назначают вставание через 4-6 часов после операции, в некоторых больницах через несколько часов больного отпускают домой на амбулаторное лечение). Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии больному назначают компрессионный трикотаж и вводят антикоагулянты до полной активации пациента.

Острый аппендицит – это воспаление червеобразного отростка. Аппендикс является лимфоидным органом, он участвует в иммунной защите органов пищеварения. По характеру течения острый аппендицит бывает острым и хроническим. По формам острый аппендицит бывает простым (катаральный) и деструктивным (флегмонозный, гангренозный, перфоративный), осложненный инфильтратом, абсцессом, перитонитом, сепсисом.

Клиническая картина

Заболевание начинается среди полного здоровья. В эпигастральной области появляются режущие или давящие боли, которые в последствии распространяются по всему животу. Через несколько часов они локализуются в правой подвздошной области. Появляются тошнота, рвота, поднимается температура тела. При пальпации определяется болезненность и напряженность мышц в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. В крови наблюдается лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ ускорено.

Дифференциальная диагностика проводится с почечной коликой, внематочной беременностью, апоплексией яичника, инфекционными заболеваниями, пневмонией.

При остром аппендиците нельзя принимать анальгин, кеторол, нимесулид, класть тепло на живот, грелки, компрессы, ставить клизмы, применять слабительные и народные средства, применять антибиотики.

Лечение острого аппендицита только оперативное. Оно проводится двумя методами:

- удаление аппендикса через разрез в правой подвздошной области;

- лапароскопическое удаление червеобразного отростка;

Осложнения острого аппендицита

Аппендикулярный инфильтрат представляет собой конгломерат спаянных между собой органов (большого сальника, тонкой и слепой кишки, париетальной брюшины), которые располагаются вокруг воспаленного червеобразного отростка. Заболевание развивается через три-пять дней от начала заболевания. При этом боли в животе уменьшаются, температура тела снижается до субфибрильной. В правой подвздошной области

появляется образование плотное, болезненное и неподвижное при пальпации. Аппендэктомия противопоказана. Лечение инфильтрата консервативное. Назначается антибиотикотерапия, в первые два дна холод, затем физиолечение, щадящая диета. Аппендикс удаляют через два - два с половиной месяца после лечения.

Аппендикулярный абсцесс является осложнением аппендикулярного инфильтрата. Над инфильтратом определяется флюктуаиция.

Лечение – гнойник вскрывают, дренируют. Назначают антибиотики, инфузионную терапию, витаминотерапию, перевязки.

Лекция № 14. Тема: Перитонит

Перитонит – воспаление брюшины. Брюшина – это серозная оболочка, состоящая из двух листков: висцерального, покрывающего органы брюшной полости и париетального, выстилающего внутреннюю стенку живота. Брюшина обладает всасывательной и экссудативной функцией (способностью выделять жидкость и фибрин в брюшную полость). В норме эти функции уравновешены, и в брюшной полости находится небольшое количество жидкости между листками брюшины. При развитии патологического состояния количество жидкости увеличивается.

По этиологии различают перитонит ***первичный***, который развивается вследствие попадания микроорганизмов в брюшную полость гематогенным или лимфогенным путем и ***вторичный***, который развивается при перфорации, воспалении, повреждении органов брюшной полости, при ферментативном воздействии, после операции (острый аппендицит, острый панкреатит, острый холецистит, ущемленная грыжа, злокачественные опухоли). ***Вторичный перитонит*** делится на ***асептический*** и ***бактериальный***. Бактериальный перитонит вызывается аэробными и анаэробными микроорганизмами. Асептический перитонит развивается при попадании крови, желчи, сока поджелудочной железы в брюшную полость, но через несколько часов присоединяется микрофлора, и перитонит из асептического превращается в бактериальный.

По течению перитонит делят на ***острый*** и ***хронический***.

В зависимости от распространенности различают перитонит ***местный***, ***распространенный*** , ***тотальный***.

По характеру экссудата различают перитонит:

- серозный;

- фибринозный;

- геморрагический;

- желчный;

- каловый;

- смешанный;

Острый перитонит протекает в три фазы:

- реактивная – развивается в течение первых 12-24 часов от начала заболевания;

- токсическая – наступает через 24-72 часа от начала заболевании;

- ***терминальная*** – наступает спустя 72 часа от начала заболевания;

Клиническая картина – в первой фазе боль в животе нарастает постепенно, вначале она локализуется в месте источника перитонита, затем распространяется по всему животу. Больной лежит на спине или на боку, ноги согнуты в коленях и приведены к животу. Живот плоский, напряжен при пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Во второй фазе боль несколько уменьшается, симптомы раздражения брюшины несколько уменьшаются. Появляется вздутие живота, вызванное парезом кишечника, появляется рвота вначале желудочным , потом кишечным содержимым. Наблюдается задержка стула и газов.

Лицо у пациента бледное, черты заостренные, глаза западают, вокруг них темные круги. Язык сухой с коричневым налетом. Температура тела повышается, пульс частый, слабого наполнения. При перкуссии определяется болезненность в боковых отделах живота, притупление в нижних и боковых отделах живота или высокий тимпанит при парезе кишечника. При аускультации сначала выслушивается ослабление кишечных шумов, а затем их полное отсутствие.

Результаты дополнительных методов исследования

- в клиническом анализе крови высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ;

- в общем анализе мочи белок и лейкоциты;

- при ректальном или влагалищном исследовании определяется значительная болезненность стенки прямой кишки или свода влагалища;

- на обзорной рентгенограмме определяется либо свободный воздух при перфорации полого органа, либо затемнение брюшной полости за счёт скопления в ней экссудата;

- проводится УЗИ брюшной полости при необходимости;

Лечение - только оперативное. Проводится лапаротомия, устраняется причина перитонита, проводится санация (туалет) брюшной полости, декомпрессия кишечника. Для декомпрессии ставится тонкий зонд в желудок и толстый зонд в толстый кишечник. Брюшная полость дренируется. В послеоперационном периоде больного укладывают в положение Фовлера. По назначению врача медсестра вводит антибиотики, проводит дезинтоксикационную терапию, инфузионную терапию, витаминотерапию, промывание желудка. Для профилактики тромбоэмболии вводит антикоагулянты. При парезе кишечника для стимуляции кишечника вводится раствор прозерина подкожно, гипертонический раствор натрия хлорида (NaCl 100мг/мл) внутривенно. Медсестра следит за повязкой и производит перевязки, измеряет пульс, артериальное давление, частоту дыхательных движений, диурез, цвет мочи, следит за дренажами, проводит профилактику пролежней. Пить разрешают со второго-третьего дня после операции, кормить начинают после восстановления перистальтики. Проводится дыхательная гимнастика для профилактики застоя в легких.

Лекция № 15. Тема: Острый холецистит. Острый панкреатит.

Холецистит – это воспаление желчного пузыря. По течению различают острый и хронический холецистит. Острый холецистит бывает калькулезный (наличие камней в желчном пузыре) и бескалькулезный. По форме течения различают катаральный, флегмонозный, гангренозный, перфоративный, осложненный панкреатитом, механической желтухой, гепатитом, холангитом, инфильтратом, абсцессом, эмпиемой, перитонитом.

Провоцирующими моментами являются переутомление, переедание, стресс, инфекционные заболевания.

Заболевание начинается после нарушения режима питания. Появляются сильные распирающие боли в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, в область правой лопатки, правое плечо. Больного беспокоит частая рвота с примесью желчи, температура тела повышается до 38 – 39 градусов. При осмотре живот вздут, болезненный и напряженный в правом подреберье. Симптом Ортнера, симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Мерфи положительный . В клиническом анализе крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. В биохимическом анализе крови увеличение билирубина (билирубинемия).

Если острый холецистит осложняется механической желтухой - наблюдается желтушность кожных покровов, обесцвеченный кал, моча темного цвет (механическая желтуха возникает при закрытии просвета общего желчного протока камнем).

Если острый холецистит осложнился гепатитом, то идет увеличение печени.

Если острый холецистит осложнился холангитом, то наблюдается увеличение печени, желтушность кожных покровов, слизистых.

Лечение и уход за больным - назначается постельный режим, холод на правое подреберье, голод, парентеральное питание, антибиотики, спазмолитики, дезинтоксикационная терапия.

Оперативное лечение проводится при деструктивной и осложненной форме холецистита. Применяется лапаротомическая и лапароскопическая холецистэктомия.

В послеоперационном периоде больного укладывают на кровать без подушки , голову повернув набок. Через 4-5 часов после выведения из наркоза больному придают фовлеровское положение. Медсестра контролирует артериальное давление, пульс, дыхание, диурез, температуру тела. В течение двух – трех дней после операции у больного в желудке стоит зонд. Медсестра промывает его, следит за дренажами, следит за повязкой, производит перевязки. По назначению врача проводит инфузионную терапию, вводит обезболивающие, спазмолитики. После лапаротомической операции прием пищи через рот начинается с четвертого дня после операции, с третьего – четвертого дня после операции больному разрешают

вставать. После лапароскопической операции вставать с постели можно через 3-4 часа. Есть можно на второй день после лапароскопической операции. Питание дробное.

Острый панкреатит

Это острое воспаление ткани поджелудочной железы, которое наступает при воздействии ферментами поджелудочной железы на собственные ткани. Этот патологический процесс включает в себя отек, воспаление, геморрагическое пропитывание и некроз ткани поджелудочной железы. Предрасполагающими причинами данного заболевания являются: злоупотребление алкоголем, инфекции, желчекаменная болезнь, травма поджелудочной железы, хронический панкреатит, беременность, применение кортикостероидов. Панкреатит может вызвать осложнения: перитонит, панкреанекроз, абсцесс, флегмона, киста, холецистит. Клиническое течение панкреатита может быть легкой, средней, тяжелой и молниеносной формы. При легкой форме наблюдается интерстициальный отек поджелудочной железы, при форме средней тяжести развивается геморрагический панкреатит, при тяжелой форме развивается некротическое поражение, при молниеносной форме развивается панкреанекроз с быстрым расплавлением поджелудочной железы.

Клиническая картина

Боли в животе могут возникнуть в любое время суток. Локализуются в эпигастральной области, левом подреберье, иррадиируют в левое плечо и спину или могут приобрести опоясывающий характер. Появляется многократная неукротимая рвота, не приносящая облегчения. Температура тела повышается. Пульс учащен, учащается дыхание, появляется одышка. Язык обложен, сухой. Живот вздут, болезненный при пальпации, возможно напряжение мышц живота в верхних его отделах. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского положительные.

Диагноз ставится на основании дополнительных методов исследования.

В биохимическом анализе крови определяется повышенное содержание амилазы, липазы. В биохимическом анализе мочи увеличен показатель диастазы. В норме показатель диастазы равен 16 до 124 ед. в клиническом анализе крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. В общем анализе мочи белок, лейкоциты, эритроциты. Диурез уменьшается. К дополнительным методам исследования относятся УЗИ

поджелудочной железы (ультразвуковое исследование), МРТ (магнитно-резонансная томография), КТ (компьютерная томография).

Основное лечение консервативное

1. Для борьбы с болью вводят анальгетики, спазмолитики, холод на эпигастральную область;

2. Для угнетения синтеза и секреции ферментов поджелудочный железы назначают диету, промывают желудок через зонд водой комнатной температуры или раствором натрия бикарбоната в концентрации 40мг/мл, вводят атропин, циметидин, кальцитонин, омепразол, флуорурацил;

3. Проводится антиферментная терапия: апротинин (контрикал), трасилол, эпсилон-аминокапроновая кислота, свежезамороженная плазма, альбумин, прокаин;

4.Проводится дезинтоксикационная терапия;

5. Антибактериальная терапия;

6.Десенсибилизирующая терапия: дифенгидрамин, прометазин, супрастин вводят внутривенно и внутримышечно;

7.Вводят иммуномодуляторы – иммуноглобулин человеческий, интерлейкин, ронколейкин;

8.Антиоксиданты – витамины А, С, Е;

9.Антикоагулянты и антиагреганты – гепарин, ацетилсалициловая кислота;

При неэффективности консервативного лечения применяют оперативное лечение. Операция может быть лапроскопческая и лапаротомическая в зависимости от формы и течения панкреатита. Общие показания к операции: наличие участков некроза ткани, абсцесса, кист в поджелудочной железе, скопление жидкости внутри органа или вокруг него.

Уход за больным в послеоперационном периоде:

- адекватное обезболивание;

- парентеральное питание;

- уход за венозными катетерами;

- перевязки;

- уход за дренажами;

- профилактика пролежней;

- профилактика послеоперационных осложнений дыхательной системы (дыхательная лечебная физкультура);

- контроль диуреза и стула (катетеризация мочевого пузыря, при необходимости стимуляция кишечника);

- постепенный переход на энтеральное питание;

Лекция № 16. Тема: Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь это хроническое, рецидивирующее заболевание. К осложнениям язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки относятся кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника и малигнизация.

Язвенное кровотечение

Кровотечение при язвенной болезни является опаснейшим осложнением. Оно наступает тогда, когда язвенным дефектом разрушается стенка кровеносного сосуда. Кровотечение бывает острое и хроническое. При хроническом кровотечении пациентов длительно беспокоит слабость, одышка, быстрая утомляемость, тахикардия. Эти симптомы усиливаются при физической нагрузке.

При остром кровотечении симптомы резко выражены:

- внезапная слабость
- головокружение
- учащение пульса
- снижение артериального давления
- обморок
- кровавая рвота (если желудок переполнен кровью). Рвота „кофейной гущей" объясняется превращением в желудке гемоглобина под влиянием соляной кислоты в солянокислый гематин. Может наблюдаться многократная кровавая рвота алой кровью или цвета „кофейной гущи".
- мелена - выделение измененной крови с каловыми массами (дёгтеобразный стул), наблюдается при кровотечении из двенадцатиперстной кишки и массивном желудочном кровотечении с потерей крови, достигающей 500 мл и более. Массивное кровотечение может вызвать гиповолемический шок, острую поченую и печеночную недостаточность, сердечную недостаточность, отек мозга.

Существуют также язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающие бессимптомно или стрессовые язвы (возникают остро), которые впервые проявляются желудочным кровотечением.

Диагностика и лечение язвенного кровотечения.
Для установки диагноза проводится ФГДС (фиброгастродуодегоскопия). Она позволяет выявить источник кровотечения, выполнить эндоскопический гемостаз. Проводятся противошоковые мероприятия и коррекция кровопотери. Больному проводится переливание крови или эритроцитарной массы, кровезаменителей (желатиноль), солевых растворов (р-р натрия хлорида 0,9%, дисоль, трисоль), вводят кровоостанавливающие средства (р-р этамзилата, р-р эпсилон-аминокапроновой кислоты), а так же симптоматическое лечение.
Хирургическое лечение кровоточащей язвы
Сюда входят экстренная и срочная лапаротомические операции
Экстренная операция показана больным с активным кровотечением, которое не удается остановить эндоскопическими методами.
Срочная операция показана больным, после эндоскопической остановки активного кровотечения, если консервативные мероприятия не позволили стабилизировать состояние больного.

Перфорация язвы

Перфорация язвы — возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или кишки с выходом содержимого в свободную брюшную полость.
Прободение может возникнуть и в случаях бессимптомного течения язвы. Истечение в брюшную полость содержимого двенадцатиперстной кишки или желудка быстро ведет к развитию диффузного или отграниченного перитонита.
В клиническом течении **перфорации язвы** условно выделяют три периода:

- *Первый период* длится 3—6 ч. При перфорации (иногда ей предшествует рвота) в эпигастральной области внезапно возникает чрезвычайно резкая постоянная "кинжальная" боль, как "удар ножом", "ожог кипятком". Раздражение значительного рецепторного поля излившимся содержимым нередко сопровождается болевым шоком. По мере истощения возможности нервных рецепторов наступает непродолжительный период мнимого благополучия. Вслед за этим быстро начинает развиваться диффузный перитонит.Лицо бледное, покрыто липким холодным потом. Положение тела вынужденное – на спине или на правом бокус приведенными к животу ногами.
Живот резко напряжен, доскообразный. Малейшее движение усиливает боль в животе. Присутствуют симптомы раздражения брюшины. При рентгенографии очень часто определяется свободный газ под диафрагмой или под печенью

- ***Второй период*** **("мнимого благополучия")**, наступает через 6-8ч от начала заболевания. Резко выраженные симптомы сглаживаются, самочувствие больного улучшается, уменьшаются боли в животе. Улучшение состояния больного может ввести в заблуждение как самого больного, так и врача. Однако при анализе клинических данных можно выявить нарастание признаков развивающегося перитонита (учащение пульса и дыхания, повышение температуры тела, парез кишечника, лейкоцитоз). Симптом Щеткина – Блюмберга положительный. При УЗИ брюшной полости и пальпаторно определяется свободная жидкость.

-***Третий период*** **(**период распространенного перитонита**),** наступает через 8-12 ч. Состояние больного к этому времени становится тяжелым: самостоятельная боль в животе умеренная, появляется многократная рвота. Черты лица заострены. Температура тела высокая (38—40 °С), а иногда понижена. Пульс 110—120 ударов в 1 мин, слабого наполнения; АД понижено. В этот период идет нарушение функции большинства органов. Лечение перфоративной язвы только оперативное в экстренном порядке Чем раньше установлен диагноз, тем раньше больной будет прооперирован, тем больше шансов на выздоровление.

Пилородуоденальный стеноз

- это сужение начального отдела двенадцатиперстной кишки или пилорического отдела желудка.
Формирование стеноза происходит в результате рубцевания язвы или

,, зеркальных’’ язв начального отдела двенадцатиперстной кишки.
Диагноз ставится на основании результатов рентгенологического исследования, гастродуоденоскопии и при показаниях биопсии.

В ***клиническом течении стеноза*** различают три стадии:
Стадия компенсации не имеет выраженных клинических признаков. На фоне обычных симптомов язвенной болезни больные отмечают в эпигастральной области после приема пищи продолжительные боли, чувство тяжести и полноты; изжогу, отрыжку. Эпизодически бывает рвота, приносящая облегчение больному, с выделением значительного количества желудочного содержимого.

Стадия субкомпенсации характеризуется усилением чувства тяжести и полноты в эпигастрии, появляется отрыжка с неприятным запахом тухлых яиц вследствие длительной задержки пищи в желудке. Часто беспокоят коликообразные боли, связанные с усиленной перистальтикой желудка, сопровождающейся урчанием в животе. Почти ежедневно возникает обильная рвота. Рвотные массы могут содержать непереваренную пищу.

Стадия декомпенсации характеризуется перерастяжением желудка. Перерастяжение желудка приводит к истончению его стенки, нарушается эвакуация пищи из желудка. Состояние больного значительно ухудшается. Отмечается многократная рвота. Чувство распирания в эпигастральной области становится тягостным, заставляет больных вызывать рвоту искусственно или промывать желудок через зонд. Рвотные массы (несколько литров) содержат зловонные, разлагающиеся многодневной давности остатки пищи.
Дальше идет ***терминальная*** стадия декомпенсированного стеноза, которая характеризуется признаком трех «Д» - дерматит, диарея, деменция.
Больным с признаками обострения язвенной болезни При компенсированном стенозе проводят курс консервантивного лечения.
При стадиях декомпенсации применяется только оперативное лечение.

Пенетрация язвы

Пенетрация – это распространение воспалительного язвенного процесса за пределы желудка и двенадцатиперстной кишки в соседние органы: печень, поджелудочную железу, сальник.
Наиболее часто пенетрация язвы происходит в малый сальник, головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку.
Боль при пенетрирующей язве становится постоянной, интенсивной, не уменьшается от приема антацидных препаратов, может быть не связана с приемом пищи, появляются **боли в спине**, принимающие часто опоясывающий характер.
Усиливается ***тошнота и рвота.***
Для пенетрирующей язвы тела желудка характерны ***иррадиация болей в левую половину грудной клетки, область сердца.***
При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку может развиться ***обтурационная желтуха***.
На рентгенограмме определяется наличие глубокой ниши в желудке или двенадцатиперстной кишке, выходящей за пределы органа. Диагноз подтверждается эндоскопическим исследованием с биопсией краев язвы.

Лечение показано только хирургическое .

Малигнизация – это перерождение нормальных или поврежденных тканей организма в злокачественную опухоль.

Лекция № 17. Тема: Сестринский уход при острой кишечной непроходимости.

Кишечная непроходимость – это состояние, которое характеризуется частичным или полным нарушением прохождения содержимого по кишечнику. По этиологии различают врождённую и приобретённую кишечную непроходимость.

Врождённая непроходимость: атрезия кишечника, прямой кишки, болезнь Гиршпрунга, которая характеризуется резким снижением в стенке кишечника количества ауэрбаховских сплетений, что ведёт к нарушению перистальтики.

Классификация приобретённой кишечной непроходимости

I. По морфофункциональным причинам:

1) динамическая: спастическая, паралитическая;

2) механическая:
а) обтурационная
б) странгуляционная (заворот, ущемление, узлообразование)
в) смешанная (спаечная непроходимость, инвагинация)

3) сосудистая (тромбоз сосудов кишечника)

II. По уровню расположения препятствия:
а) высокая и низкая тонкокишечная непроходимость
б) толстокишечная непроходимость

III. По степени нарушения проходимости кишечника:
а) полная
б) частичная

IV. По клиническому течению:
а) острая
б) подострая
в) хроническая

Патогенез. В норме в кишечнике за сутки выделяется 8 – 10 литров жидкости.

Это желудочный сок, панкреатический сок, транссудат. Выделившись в просвет кишечника, они подвергаются реабсорбции. При кишечной непроходимости реабсорбция не происходит. Идёт потеря организмом жидкости, ферментов, электролитов, нарушение кислотно-основного

состояния. Эти явления сопровождаются интоксикацией, активизируются микроорганизмы. Состояние больного утяжеляется, возможен летальный исход.

Характеристика динамической кишечной непроходимости.

Спастическая непроходимость – характеризуется спазмом кишечника, который возникает при глистных инвазиях, остром панкреатите, почечной колике, плеврите, пневмонии, переломе рёбер и других патологических состояниях.

Клиническая картина.

Больного беспокоит коликообразная боль, умеренное вздутие живота. Задержки стула и газов нет. Живот мягкий, незначительно болезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Больного госпитализируют для динамического наблюдения.

Лечение – спазмолитики (но–шпа, папаверин, дротаверин), тепло на область живота, лёгкий массаж живота по часовой стрелке.

Паралитическая непроходимость – является следствием травмы поясничного отдела позвоночника, перитонита, оперативных вмешательств на органах брюшной полости, отравлений морфином, солями тяжёлых металлов.

Клиническая картина.

У больного живот вздут, беспокоят боли, отсутствие стула и газов, многократная рвота. Состояние тяжёлое. Артериальное давление снижается, пульс учащается. При пальпации живот болезненный, симптомы Щёткина – Блюмберга, Воскресенского положительные. При перкуссии выслушивается высокий тимпанит по всему животу. При аускультации кишечника, шумы не выслушиваются. На обзорной рентгенограмме видны чаши «Клойбера».

Лечение заключается в стимуляции моторики кишечника. По назначению врача медсестра вводит подкожно раствор неостигмина метилсульфата (прозерин), хлорпромазина (аминазин), вводит внутривенно 20 – 40 мл гипертонического раствора натрия хлорида (концентрация 100 мг/мл) и ставит очистительную клизму.

При данной патологии также может использоваться электростимуляция кишечника.

Характеристика механической кишечной непроходимости

Предрасполагающие факторы: спайки, сращения в брюшной полости, опухолевидные образования, чрезмерная двигательная активность.

Обтурационная непроходимость – вызывается закупоркой просвета кишечника желчными или каловыми камнями, сужением просвета кишки изнутри опухолью или сдавлением снаружи растущей опухолью, клубком гельминтов, рубцовым стенозом кишечника.

Клиническая картина развивается медленно. Сначала она проявляется как частичная, а затем развивается полная кишечная непроходимость. Она характеризуется схваткообразными болями в животе, тошнотой, рвотой, задержкой стула и газов. Состояние больного ухудшается, нарастает интоксикация.

При осмотре живот вздут, ассиметричен, при пальпации болезненный и напряжённый. При аускультации кишечные шумы не выслушиваются.

Лечение. В первые 1 – 2 часа после поступления в стационар больному проводится консервативное лечение: паранефральная блокада, стимуляция кишечника неостигмином подкожно, внутривенное введение гипертонического раствора натрия хлорида и сифонная клизма. Если симптомы непроходимости не купируются, то больному проводится оперативное лечение.

Странгуляционная непроходимость – развивается в результате сдавления просвета кишки и брыжейки сосудов. Она может возникать при ущемлённой грыже, завороте тонкой или сигмовидной кишки, спаечной болезни кишечника.

Клиническая картина. Для неё характерна схваткообразная боль. Появляется многократная рвота сначала содержимым желудка, а затем содержимым кишечника.

Живот вздут, ассиметричен. Идёт задержка стула и газов. Выше места странгуляции выслушиваются усиленные кишечные шумы, может быть видна перистальтика. При этой непроходимости нельзя делать паранефральную блокаду, ставить клизму. Лечение только оперативное.

Смешанная непроходимость. Она характеризуется инвагинацией кишечника (вхождение приводящего отдела кишки в отводящий). Чаще страдают дети в возрасте до 4-х лет при неправильном вскармливании ребёнка. Характеризуется приступообразными болями, которые чередуются со светлыми промежутками, когда эти боли утихают. Это является плохим признаком, так как идёт некроз кишечника. Характерным признаком некроза является стул в виде «малинового желе». При осмотре живот вздут, болезненный при пальпации. Пальпаторно определяется колбасообразное уплотнение.

Лечение.

В первые часы заболевания проводится дезинвагинация методом нагнетания воздуха в толстый кишечник для расправления инвагината под рентгенологическим контролем. Если консервативная дезинвагинация безуспешна или появились признаки перитонита приступают к оперативному лечению.

Сосудистая кишечная непроходимость .

Страдают люди среднего и пожилого возраста. Причиной является тромбоз или эмболия брыжеечных артерий, что ведёт к ишемии кишечника и как следствие к некрозу кишечника. Лечение только оперативное.

Первая помощь.

Нельзя прикладывать грелки к животу (ни тёплые, ни холодные), нельзя принимать антибиотики, обезболивающие, слабительные средства, ставить клизмы, промывать желудок до осмотра врача! Больного необходимо госпитализировать в хирургический стационар, транспортировать на носилках в положении лёжа, голову повернув на бок.

Диагноз ставится на основании:

1) осмотра пациента:

а) при пальцевом ректальном исследовании определяется баллонообразное вздутие ампулы прямой кишки – симптом «Обуховской больницы»;

б) симптом Склярова – шум плеска, который слышен при перкуссии или лёгком сотрясении передней брюшной стенки;

в) симптом Шланге – видимая невооружённым глазом перистальтика кишок.

2) дополнительных методов исследования:

а) клинический анализ крови;

б) биохимический анализ крови;

в) обзорная рентгенография брюшной полости, где видны чаши «Клойбера»;

г) УЗИ брюшной полости;

д) компьютерная томография органов брюшной полости;

е) экстренная ирригоскопия;

Профилактика кишечной непроходимости

Своевременное оперативное лечение грыж передней брюшной стенки, ранняя подвижность в постели, раннее вставание в послеоперационном периоде, диспансеризация населения, обследование с целью выявления онкологических заболеваний толстого кишечника.

***Особенности сестринского ухода в предоперационном периоде*:**

Сразу после поступления больного в хирургическое отделение медсестра помогает врачу поставить назогастральный зонд для эвакуации застойного содержимого желудка и кишечника, ставит по назначению врача очистительную или сифонную клизму, помогает врачу в проведении паранефральной блокады. Эти мероприятия должны занимать не более двух часов с момента поступления пациента.

При разрешении кишечной непроходимости по назначению врача, медсестра оформляет направления на клиническое обследование для выяснения причины непроходимости.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения показана экстренная операция.

Предоперационная подготовка

По назначению врача медсестра

1. сохраняет назогастральный зонд;
2. проводит инфузионную терапию для уменьшения интоксикации: солевые растворы, изотонический раствор глюкозы (в концентрации 50 мг/мл), при низком АД - полиглюкин, гидрокортизон;
3. проводит симптоматическую терапию: сердечные гликозиды – строфантин, аналептики – сульфокамфокаин;
4. проводит премедикацию.

С этой целью больному вводит: промедол, дифенгидрамин, атропин (при отсутствии противопоказаний).

Во время операции

Во время операции выполняют декомпрессию тонкой кишки зондом длиной 1,5 – 2 метра, который вводится через носоглотку. Для декомпрессии толстого кишечника зонд вводят через прямую кишку. Декомпрессия кишечника проводится в связи с тем, что в послеоперационном периоде ожидается парез кишечника.

Различаются декомпрессии:

1. трансназальная
2. через гастростому
3. через илеостому
4. через цекостому

В настоящее время используют полихлорвиниловый зонд. Он не скручивается,его стенки не слипаются. Недостаток трансназальной декомпрессии – возможно возникновение воспаления верхних дыхательных путей, пневмонии, так как при недостаточном уходе за таким больным происходит заброс кишечного содержимого в пищевод, затем в трахею. Поэтому, больным старше 50 – 60 лет при сопутствующих заболеваниях: бронхит, пневмония интубация кишечника противопоказана.

Зонд должен быть фиксирован у носового хода, к брюшной стенке. Необходимо фиксировать руки больного, так как больной может случайно удалить зонд, находясь в неадекватном состоянии.

Роль медсестры в послеоперационном периоде

Медсестра:

1. проводит профилактику осложнений при декомпрессии кишечника. Для этого медсестра каждые 2 – 3 часа проводит активную аспирацию кишечного содержимого электроотсосом. Так как зонд стоит в кишечнике

больному разрешается приём жидкости через рот, как только он приходит в себя.

Медсестра промывает просвет кишки тёплым изотоническим раствором натрия хлорида в количестве 300 – 500 мл.

По назначению врача медсестра вводит антибиотики через зонд. Ведёт строгий учёт суточного количества жидкости, выделившегося через зонд. При этом она исключает количество жидкости, которую она вводит при промывке кишечника.

Не позднее 3 – 4 суток врач удаляет зонд, подтягивая его за конец в течении 15 – 30 секунд. При этом у больного появляется тошнота и позыв на рвоту. Медсестра предлагает больному делать глубокий вдох и глубокий выдох. Зонд удаляют на выдохе, чтобы уменьшить позывы на рвоту.

2. Проводит инфузионную терапию для восполнения жидкости, минералов, для выведения токсинов.

3. Вводит мягкий катетер в мочевой пузырь, фиксирует его для контроля диуреза и цвета мочи.

4. Измеряет артериальное давление, пульс, температуру тела, частоту дыхания.

5. Следит за повязкой для своевременного обнаружения вторичного кровотечения из послеоперационной раны.

6. По назначению врача проводит стимуляцию кишечника.

7. Выявляет иные проблемы пациента и осуществляет сестринские вмешательства.

8. Проводит противовоспалительную терапию.

9. Следит за соблюдением больным назначенной диеты.

10. Проводит физиолечение для профилактики спаек. Противопоказанием является опухоль брюшной полости.

11. Проводит с больным лечебную, в том числе дыхательную гимнастику для профилактики послеоперационных осложнений.

учебник стр.354-359

Лекция № 18. Тема: Новообразования. Сестринский процесс при работе с онкологическими больными при новообразованиях

Онкология – это наука о причинах, методах диагностики, лечения и профилактики опухолей. Опухоль – это местное патологическое разрастание тканей, которое не контролируется организмом. Клетки опухоли отличаются от нормальных клеток по темпам роста, строению и характеру обмена веществ. Большинство учёных считает, что причинами возникновения опухолей могут быть физические, химические факторы, хронические стрессы, вирусы, травмы, хронические воспалительные процессы. Все опухоли делятся на доброкачественные и злокачественные.

Доброкачественные опухоли характеризуются

1) медленным ростом
2) имеют капсулу
3) клетки опухоли не разносятся по организму с током крови и лимфы
4) не прорастают окружающие ткани
5) не ухудшает общего состояния больного пока не начнёт сдавливать окружающие ткани, органы, нервные стволы, кровеносные сосуды, так как сдавление ведёт к нарушению их функции.
   Доброкачественные опухоли делятся на *эпителиальные и неэпителиальные.*

Эпителиальные опухоли:

Папиллома – образуется из соединительной ткани, сверху покрыта эпителием. Встречается на коже, слизистых ЖКТ, мочевого пузыря, гортани.

Аденома – развивается из желез и имеет строение того органа, в котором развивается(аденома предстательной железы, аденома щитовидной железы)

Дермоид (дермоидная киста)- это опухоль, развивающаяся из эмбриональных зачатков эктодермы (наружного зародышевого листка).Внутри такой опухоли находятся волосы, сало и т.д.

Не эпителиальные опухоли:

Фиброма – состоит из волокнистой соединительной ткани. Если в опухоли присутствуют другие ткани, то образуются фибромиомы, фибролипомы, фиброаденомы. Располагаются в коже, подкожной жировой клетчатке, фасциях, апоневрозе. нервных стволах, матке. Фиброма на узком основании – ножке, называется полип.

Липома – опухоль из жировой ткани, имеет капсулу. Располагается под кожей и имеет дольчатое строение.

Хондрома – доброкачественная опухоль из хрящевой ткани.

Остеома – опухоль из зрелой костной ткани. ***Миома*** – доброкачественная опухоль из мышечной ткани. ***Лейомиома*** – опухоль из гладких мышечных волокон. ***Рабдомиома*** – опухоль из поперечно-полосатых мышц. Чаще миомы развиваются в матке. ***Ангиома*** –опухоль из сосудов.Из кровеносных сосудов –***гемангиома***, из лимфатических сосудов ***– лимфангиома***. Различают ангиомы : простую, пещеристую, ветвистую. ***Невринома*** – опухоль из нервной ткани. ***Глиома*** – опухоль, состоящая из нейроглии мозговой ткани головного или спинного мозга.

Смешанные опухоли – это новообразования, состоящие из нескольких тканей, имеющих самостоятельный рост. Они делятся на две группы:

1. простые смешанные опухоли – образованы из двух зародышевых листков;

2.сложные смешанные опухоли – образованы из трёх зародышевых листков (тератоидные опухоли и тератомы);

Злокачественные опухоли характеризуются

1) быстрым ростом
2) не имеют капсулы
3) имеют рост инфильтрирующий, т.е. прорастают в рядом находящиеся ткани и разрушают их
4) растут очень быстро
5) клетки опухоли распространяются по всему организму.
   Клетки злокачественной опухоли называются метастазами, а распространение их по организму – метастазирование.

Различают злокачественные опухоли из эпителиальной ткани, мягких тканей и злокачественные опухоли костей.

Из эпителиальной ткани: рак. По локализации различают: рак кожи, рак слизистых оболочек и рак железистых органов.

Злокачественные опухоли мягких тканей – это новообразования. развивающиеся из неэпителиальных внескелетных тканей человека.Это ангиосаркомы, синовиальная саркома, рабдомиосаркома, миосаркома, фибросаркома. Метастазирование происходит гематогенным и лимфогенным путём.

Злокачественные опухоли костей – это саркомы костей.

Диагностика онкологических заболеваний

осуществляется на основе диспансерных осмотров населения. Сюда входит осмотр врачами, фюорография, УЗИ молочных желез у женщин, УЗИ органов малого таза у женщин после 60 лет.

Дополнительные методы исследования:

1) цитологическое исследование – когда делают соскобы с поверхности опухоли, распределяют эти ткани на предметном стекле и затем относят в цитологическую лабораторию;

2) гистологическое исследование – проводят биопсию опухоли, то есть пунктируют опухоль иглой со шприцом, закачивая в шприц содержимое опухоли;

3) ангиография – введение контрастного вещества в крупную артерию;

4) ультразвуковое исследование;

5) компьютерная томография (КТ);

6) магнитно-резонансная томография (МРТ);

7) лабораторные методы исследования (например, клинический анализ крови – при наличии высокого СОЭ и умеренного лейкоцитоза - в сочетании с клинической картиной можно заподозрить онкологию);

Лечение

Для лечения злокачественных опухолей используют хирургический метод, лучевую терапию, химиотерапию, а также их сочетание, криодеструкцию.

Ведущим методом лечения является хирургический. Доброкачественные опухоли оперируют при болевом синдроме, косметическом дефекте, быстром росте опухоли.

Криодеструкция– воздействие на опухоль низкими температурами. Противопоказана при обширных и прорастающих опухолях.

Хирургический метод лечения –различают *радикальные операции*, направленные на удаление поражённого органа в пределах здоровых тканей и *паллиативные операции*, рассчитанные на временное облегчение состояния пациента, если опухоль уже неоперабельна.

Лучевая терапия – использование ионизирующих излучений , получаемых при распаде радиоактивных веществ или с помощью специальных аппаратов. Используется, как самостоятельное лечение или в комбинации с другими методами лечения.

Химиотерапия – с лечебной целью вводят цитотоксические препараты. Пути введения: пероральный, внутриартериальное введение, внутрибрюшинное введение, внутриплевральное, внутриперикардиальное, внутрипузырное введение при раке мочевого пузыря, внутривенное введение, введение при люмбальной пункции.

Препараты, применяемые для химиотерапии: метатрексат, циклофосфан.

Онкологические больные страдают хронической болью. Для снятия болей используют ненаркотические и наркотические анальгетики. Обезболивающие препараты подбирают и вводят по часам.
Ненаркотические анальгетики – нестероидные противовоспалительные препараты(кеторол, найз и др.).

Наркотические анальгетики:

- слабые опиаты – кодеин, трамал (трамадол);

- сильные опиаты – морфин в таблетках и свечах или в ампулах для инъекций;

Паллиативное лечение – лечение, направленное на улучшение самочувствия больного с небольшой предполагаемой продолжительностью жизни. Сюда входят паллиативная операция, паллиативная лучевая терапия и паллиативная химиотерапия.

Паллиативная помощь – это помощь, целью которой является максимально повысить качество жизни пациента с прогрессирующим заболеванием и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни. Она предполагает заботу, ответственный подход, уважение индивидуальности, учет культурных особенностей и права выбора места пребывания.

Это должно проявляться :

- выражением сочувствия и сострадания, внимания ко всем нуждам больного;

- помощью в решении любых проблем, встающих перед больным;

- подходом к каждому пациенту как к личности;

- уважением этнических, расовых, религиозных и иных особенностей больного;

- учетом пожеланий пациента при выборе места пребывания;

Принципы ухода за онкологическими больными

- уважительное отношение к личности пациента , независимо от его состояния и уровня сознания;

- каждый пациент и его родственники нуждаются в индивидуальном подходе;

- понимать, что медицинский персонал и семья – единая команда паллиативной помощи;

- больному следует уделять больше времени (терапия присутствия);

- необходимо уметь создавать благоприятную психотерапевтическую атмосферу;

- необходимо поддерживать у больного самостоятельность: стимулировать к посильному труду, самообслуживанию;

- создавать комфортные условия в больнице и дома;

- осуществлять контроль за соблюдением правил личной гигиены, обеспечением чистоты кожи, слизистых оболочек, глаз, волос, ногтей, следить за соблюдением характера питания;

- следить, чтобы больной использовал вспомогательные средства профилактики падений и травматизма: ходунки, трости, поручни;

- использовать средства и приспособления для ухода (памперсы, подкладные круги, поильники, моче и калоприемники);

- привлекать специалистов по социальной работе, волонтеров;

- удовлетворять духовные потребности пациента;

Контроль за состоянием пациента, получающего химиотерапию

Перед химиотерапией больному необходимо детально объяснить цель и серьезность проводимого лечения. Это значит:

- больной должен информировать медсестру и врача об изменениях в его состоянии во время химиотерапии;

больной должен знать, что реакции ***непосредственные*** проявляются во время введения препарата или в течение первых суток: покраснение кожи, повышение температуры, тошнота, рвота, повышение АД.

При тошноте и рвоте применяют препараты зофран, навобан, китрил, метоклопрамид (церукал), назначают специальную диету;

- ***ближайшие нежелательные побочные эффекты*** возникают в течение семи – десяти дней после лечения и часто проявляются снижением показателей крови;

- ***отсроченные побочные явления*** проявляются нарушением функций систем и органов, необходимо обратиться к соответствующему специалисту;

-Если больной не желает получать химиотерапию из-за выпадения волос нужно объяснить, что волосы начинают отрастать через 1-2 месяца после окончания терапии. Также можно на голове носить косынку или парик;

Если больного беспокоит тошнота и рвота

- не принимать жидкость и пищу за 1-2 часа до проведения химиотерапии;

- не принимать жидкость во время еды, а только в перерывах между приемами пищи;

- если приступы рвоты частые, то необходимо воздержаться от еды и питья в течение 4-8 часов, потом начать понемногу принимать ***жидкую*** пищу;

- пищу принимать 6-7 раз в сутки маленькими порциями, тщательно пережёвывать;

- при тошноте можно употреблять лимон, клюкву, соленый огурец;

- нельзя принимать холодную или горячую пищу;

- исключить из рациона продукты с сильным запахом и специфическим вкусом, жирную пищу, цельное молоко, острую пищу;

Если химиотерапия и лучевая терапия осложнились диареей, в рацион нужно включить протертые крупяные супы, фрикадельки паровые котлеты из рыбы и птицы, каши на воде.

Если химиотерапия осложнилась язвенным стоматитом, необходимо исключить сухую, острую, соленую, кислую пищу. Назначают слизистые супы, омлеты, паровые мясные и рыбные суфле и пюре, кисели.

Диета – зависит от стадии развития заболевания органа, степени нарушения обмена веществ, используемых в данный момент методов лечения, от сопутствующих поражений органов. Поэтому единой диеты при онкопатологии нет. Если конкретные противопоказания отсутствуют, то пациент может есть всё, что ему в данный момент захочется. Принимать пищу нужно когда захотелось, даже если время еды не наступило. При плохом аппетите или при его отсутствии в рацион нужно включить красную икру, яйца, паштеты, сливки, мёд, орехи, шоколад и другие продукты. В пищу можно добавлять квашеную капусту, пряности, кислые соки. Между курсами химиотерапии, если нет противопоказаний, перед едой можно принимать столовые сухие вина, пиво или более крепкие спиртные напитки не более 20-30 мл. При наличии отеков или скопления жидкости в брюшной или в плевральной полости объем выпитой жидкости может превышать объем выделенной суточной мочи не более чем на 400 мл.

Реабилитация онкологических больных включает в себя

- медицинскую;

- социальную;

- психологическую;

- профессиональную;

Цель медицинской реабилитации – восстановить утраченные или ослабленные функции и психологические способности организма. Применяются различные методы лечения.

Социальная реабилитация – предусматривает рациональное трудоустройство больного после проведенного лечения.

Профессиональная реабилитация – предусматривает обучение лиц, утративших трудоспособность, новой профессии. Может проводиться одновременно с медицинской и социальной реабилитацией. Заканчивается трудоустройством больного, чтобы больной мог сам себя обеспечивать.

Онкологические заболевания у всех больных сопровождаются развитием стресса. Поэтому в комплекс ***психологической реабилитации*** включается применение психофармакологических препаратов (транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков), психотерапии в виде лекций и бесед для внушения оптимизма по поводу выздоровления, прослушивание музыки, оказывающей благоприятное воздействие на больного.

Диспансеризация онкологических больных

Онкологические больные после радикального лечения подвергаются регулярному осмотру и обследованию у онколога:

- в течение первого года лечения один раз в квартал;

- в течение второго и третьего года – один раз в 6 месяцев;

- в дальнейшем не реже одного раза в год;

Лекция № 19. Тема: Сестринский уход при нарушении периферического кровообращения. Сестринский уход при заболеваниях конечностей.

Некроз (омертвение) – это гибель клеток, тканей или органов, наступившая в живом организме.

Факторы, вызывающие некроз:

1.механические – сдавление, размозжение, разрыв;

2.термические – воздействие высоких и низких температур(выше60 градусов и ниже 10градусов)

3.электрические – в месте воздействия создаётся очень высокая температура

4.химические – кислоты, щёлочи.

5.токсические – действие продуктов жизнедеятельности или распада микроорганизмов.

6.неврогенные – нарушение питания периферическими нервами.

7.циркуляторные – прекращение кровоснабжения из-за закупорки сосуда тромбом или сдавления сосуда жгутом или опухолью.

Гангрена – вид некроза мягких тканей. Различают сухую и влажную гангрену. ***Сухая гангрена*** развивается чаще у пожилых людей с облитерирующими заболеваниями сосудов. Ткани постепенно высыхают, становятся нечувствительными, приобретают цвет тёмно-коричневый или чёрный. На границе здоровых и омертвевших тканей формируется чёткая граница – демаркационная линия. Общее состояние пациентов страдает мало.

Влажная гангрена – чаще развивается при быстром нарушении кровообращения(эмболия, ранение сосуда). Омертвевшие ткани быстро подвергаются гнилостному распаду. Продукты распада, всасываясь , вызывают тяжёлую интоксикацию организма. При этом нарастает отёк поражённой конечности.

Лечение.

Только в стационаре. Дезинтоксикационная терапия, антибиотикотерапия, ангиопротекторы, лекарственные вещества, улучшающие микроциркуляцию крови, обезболивающие препараты. При нарастании клинической картины – ампутация в пределах здоровых тканей.

Тромбоз и эмболия

Тромб – это плотный сгусток крови, образовавшийся в просвете сосуда или полости сердца .Образованию тромбов способствует замедление тока крови по сосуду, повышенная свёртываемость крови и т.д. Процесс образования тромба называется тромбозом. Оторвавшийся тромб, который перемещается по сосудам, называется эмболом.

Тромбоэмболия артерий.

Тромбоэмболия – состояние, при котором оторвавшийся тромб закрывает просвет сосуда, нарушая прохождение крови.

Клиническая картина – резкая боль в конечности, онемение, похолодание, побледнение кожных покровов, отсутствие пульсации на конечности. У больного бледные кожные покровы, холодный пот, тахикардия, падение АД.

Лечение.

Консервативное – обезболивание (промедол), спазмолитики (папаверин, но-шпа), антикоагулянты прямого действия(гепарин) и непрямого действия(финилин, неодикумарин, синкумар). При низком АД – полиглюкин. Для улучшения микроциркуляции – реополиглюкин.Вводят также дезагреганты- пентоксифиллин, ацетилсалициловую кислоту, ксантинола

никотинат. Оперативное лечение – удаление эмбола (эмболэктомия) или удаление омертвевшего органа.

Тромбоз –
это процесс образования тромба, сопровождающееся медленным закрытием просвета артерии или вены.

Клиническая картина
конечность синюшного цвета, нарастает отёк мягких тканей. Общее состояние средней тяжести. Пульсация на конечности определяется. При тромбозе закрытие просвета сосудов происходит постепенно. Поэтому время развития гангрены от нескольких дней до нескольких месяцев.

Лечение
Консервативное – обезболивание (промедол), спазмолитики (папаверин, но-шпа), антикоагулянты прямого действия(гепарин) и непрямого действия (финилин, неодикумарин, синкумар) При низком АД – полиглюкин. Для улучшения микроциркуляции – реополиглюкин. Вводят также дезагреганты-пентоксифиллин, ацетилсалициловую кислоту, ксантинола никотинат. Оперативное лечение – удаление эмбола (эмболэктомия) или удаление омертвевшего органа.

Язвы.

это дефект покровов тела и глубжележащих тканей, который наступает при слабо выраженной регенерации или при её отсутствии. Причинами возникновения язв являются расстройства крово и лимфообращения, возникающие:

1. при тромбозах и эмболиях, тромбофлебитах;

2.облитерирующем атеросклерозе, эндартериите, болезни Рейно;

3.травматических повреждениях;

4.при развитии инфекции специфической и неспецифической (туберкулез, сибирская язва);

5.при трофических расстройствах, связанных с повреждением нервов или спинного мозга;

6.при заболеваниях, связанных с расстройствами обмена веществ (сахарный диабет);

6.при изъязвлении опухолей;

Длительно незаживающие язвы называются трофическими.

Лечение

В первую очередь направлено на устранение причины заболевания или ослабление его действия. Медицинская сестра выполняет назначения врача, участвует в лечении язв. С этой целью с учетом фазы раневого процесса применяются антисептики (хлоргексидин, диоксидин), протеолитические ферменты, сорбенты, гидрофильные мази (левомеколь, левосин, ируксол, аргосульфан), мази, стимулирующие грануляции (солкосерил, актовегин0. После заживления язвы медсестра рекомендует на конечность накладывать эластичный бинт. На нижнюю конечность эластичный бинт накладывают от пальцев до паха. Бинт накладывается в положении лежа. В течение дня несколько раз придавать конечности возвышенное положение. Избегать травматизма . Следить, чтобы не было потертостей, ссадин, царапин. При возникновении признаков язвы обращаться к врачу.

Свищи.

свищ – это узкий канал со стенками, покрытыми эпителием или грануляциями. Он соединяет патологический очаг или полость с поверхностью тела или органом, или внутренние полые органы между собой. Различают свищи врожденные и приобретенные. Приобретенные свищи могут быть патологические и искусственные. Задача медицинской сестры обеспечить защиту кожи от раздражения при воздействии отделяемого из свища:

1.омыть кожу мыльным раствором, раствором антисептика, тщательно осушить, смазать цинковой пастой;

2.следит за проходимостью дренажей, промывает их антисептиком;

3.при выпадении дренажной трубки сообщить врачу;

Пролежни.

это язвенно-некротический процесс, возникающий в участках тела, подвергающийся постоянному давлению. Наиболее уязвимые области тела: обл. крестца и копчика, седалищные бугры, обл. большого вертела, локти, лопатки, пятки, затылочная область, наружная часть лодыжек. Появляются у истощённых больных, больных сахарным диабетом, при нейротрофических нарушениях, при смачивании кожи потом, мочой, раневым отделяемым. В месте сдавления появляется побледнение кожи, затем гиперемия, отёк, пузыри и некроз кожи, мышц, сухожилий и даже костной ткани. Если присоединяется инфекция, то это может привести к сепсису и смерти пациента

Уход за больным

1.постель должна быть удобной, простыня – сухой, без складок;

2.чаще менять положение в постели;

3.сметать крошки с постели;

4.переодевать пациента в сухую одежду;

5.использовать противопролежневый матрас, под крестец, пятки подкладывать надувной круг;

6.кожу протирать кипяченой водой, камфорным маслом;

7.лечение пролежней осуществляется по общему принципу лечения некрозов по назначению врача;

Варикозное расширение вен нижних конечностей

это заболевание вен, при котором увеличивается длина вен, они становятся извитыми, появляется мешковидное расширение просвета подкожных вен. Заболевание возникает при профессии, связанной с ортостатической нагрузкой, при беременности, менопаузе, инфекции, интоксикации и т.д. В варикозно расширенных венах замедляется кровоток, что ведёт к нарушению питания тканей.

Клиническая картина

В начальной стадии заболевания жалобы только на наличие варикозно расширенных вен. В дальнейшем присоединяются жалобы на утомляемость, чувство тяжести, судороги в икроножных мышцах, отеки, которые появляются к концу дня и проходят после ночного отдыха, появляется пигментация кожи. Осложнениями данного заболевания являются тромбофлебиты, трофические язвы, кровотечения из варикозных узлов.

Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей

это проявление общего атеросклероза. Страдают чаще мужчины старше 40 лет. Факторы риска в возникновении заболевания это - артериальная гипертензия, повышенный уровень холестерина, курение. В меньшей степени влияют ожирение, сахарный диабет, сидячий образ жизни, стресс, наследственность.

Клиническая картина

Различают 4 стадии течения заболевания:

1 стадия – стадия функциональной компенсации. Жалобы на зябкость стоп, жжение и покалывание в них, повышенную утомляемость и усталость. При прохождении без остановки около 1 км появляются боли в икроножных мышцах. Больной вынужден остановиться и отдыхать(симптом

перемежающейся хромоты). Пульсация на артериях ослаблена или не определяется.

2 стадия – стадия субкомпенсации. Перемежающаяся хромота через 200 метров. На стопах и голенях кожа сухая, шелушится, отсутствует волосяной покров, гиперкератоз подошв. Пульсация на артериях стоп не определяется.

3 стадия – стадия декомпенсации. Боли в поражённой конечности беспокоят и в покое. Перемежающаяся хромота через 20-30 метров. Чтобы уменьшить боли, пациенты часто спят, опустив ноги вниз.

4 стадия – боли в конечности невыносимые. Появляются трофические язвы. Развивается гангрена пальцев и стоп. Пульсация на подколенной и бедренной артерии отсутствуют.

<u>Лечение</u>

1. предотвращение переохлаждения, отказ от курения;

2.введение спазмолитиков миотропного действия (папаверин, дротаверин,

празозин и т.д.)

3.ненаркотические анальгетики для снятия болей. Блокады парасимпатических ганглиев на уровне L_2- L_3 поясничных позвонков

4.улучшение обменных процессов(витамины группы В, никотиновая кислота, солкосерил, актовегин);

5.улучшение реологических свойств крови (антикоагулянты непрямого действия, реополиглюкин, трентал, ацетилсалицилова кислота и т.д.)

6. комбилипен – комбинированный препарат витаминов, тиолипон – антиоксидант, рибоксин – улучшает обменные процессы клетки;

7.физиолечение в виде токов на область поясницы, бёдер, голеней, сероводородные ванны, гипербарическая оксигенация;

При отсутствии эффекта от консервативного лечения применяют реконструктивные операции (аллопротезирование, шунтирование, поясничную симпатэктомию). При гангрене показана ампутация конечности.

Облитерирующий эндартериит – заболевание, которое развивается вследствие дистрофического поражения артерий дистальных отделов нижних конечностей и приводит к их сужению и облитерации. Это в свою очередь приводит к нарушению кровообращения. Чаще болеют мужчины в возрасте 20-30 лет. В клинической картине различают четыре стадии, как при облитерирующем атеросклерозе нижних конечностей. Лечение то же.

Диабетическая ангиопатия.

развивается у людей, страдающих сахарным диабетом. Происходит поражение мелких сосудов, сосудов среднего и крупного калибра. На фоне сахарного диабета легко развивается атеросклероз сосудов и быстро прогрессирует. Симптомы заболевания сходны с проявлениями облитерирующего атеросклероза. Особенности течения:

1. уже в первой стадии присоединяется полиневрит (жжение в стопах, онемение в них)

2.появляются трофические язвы или гангрена при сохранении пульсации артерий на конечности;

3.ангиопатия нижних конечностей сочетается с ретинопатией (поражение сетчатки глаза) и нефропатией(поражение сосудов почек).

Лечение

компенсация сахарного диабета, диета. Лекарственные препараты – как при облитерирующем атеросклерозе нижних конечностей.

Диабетическая стопа – является осложнением сахарного диабета.

Профилактика осложнений.

Больной должен быть информирован о первых признаках ,,диабетической стопы”, т.е. о нарушениях болевой и температурной чувствительности. Пациенты должны ежедневно осматривать свои ноги, обращая особое внимание на покраснение, отёчность. При появлении этих симптомов следует обратиться к врачу. Ногти на ногах надо стричь аккуратно и подпиливать пилкой, чтобы они не вростали. Мозоли нужно осторожно удалять пемзой. Даже маленькие царапины следует обрабатывать антисептиком. Если межпальцевые промежутки поражены грибком, необходимо проводить противогрибковое лечение. Не ходить босиком, даже по квартире, не прикладывать к ногам горячих грелок, т.к. нарушена чувствительность. Носить обувь со специальными стельками.

<u>Хронический лимфостаз(слоновость) нижних конечностей</u>

заболевание, обусловленное нарушением лимфообразования в коже, подкожной клетчатке, фасции. Страдают чаще женщины.
Предрасполагающие факторы: послеоперационные рубцы, опухоли мягких тканей, травматические повреждения лимфоузлов, изменения в зоне лимфоузлов после их удаления, воспалительные процессы в коже, подкожной клетчатке(рожистое воспаление, лимфадениты).Протекает в две стадии: лимфодемы и фибродемы.

Лечение

1.ношение эластичных бинтов ;

2.введение препаратов для улучшения кровообращения, трофики тканей, микроциркуляции;

3.лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение;

4.десенсибилизирующие препараты;

Острый тромбофлебит поверхностных вен

Это острое воспаление стенки вены с образованием в её просвете тромба (чаще нижних конечностей). Появляется боль, отек и гиперемия мягких тканей по ходу воспаленной подкожной вены. Температура тела повышается. Возможен озноб. Функция конечности нарушена.

Острый тромбофлебит глубоких вен

начинается внезапно болями в поражённой конечности, ознобом, высокой t тела 38-39 градусов. Пальпация по ходу поражённой вены резко болезненна. К концу первых суток конечность резко отекает, кожа над ней напряжённая, бледная, лоснящаяся, холоднее. чем на здоровой, пульс резко ослаблен или не определяется из-за спазма артерий. Паховые лимфоузлы увеличены, болезненны. Отток крови по коллатералям налаживается медленно, и отёк держится 2-3 месяца. В крови лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. В биохимических анализах крови повышение фибриногена и протромбина. общая интоксикация. После стихания острых явлений может развиться посттромбофлебитический синдром (ПТФС).Раньше ПТФС диагностировали, как подострый и хронический тромбофлебит глубоких вен.

сущность этого состояния заключается в том, что во время острых проявлений разрушаются клапаны глубоких вен и вен – коммуникантов (т.е. вен, соединяющих глубокую и поверхностную венозную систему). При этом нарушается отток крови от нижних конечностей. Больного беспокоят тупые боли, отёчность ног, усиливающиеся к концу дня(отёчно-болевая форма) или нарушается трофика кожи- появляются язвы, появляется варикозное расширение вен(варикозно-язвенная форма)

<u>Лечение только стационарное</u>

1.антибиотики, сульфаниламидные препараты;

2.тромболитическая терапия – фибринолизин, стрептокиназа, урокиназа внутривенно капельно.
3.антикоагулянты прямого действия (гепарин подкожно в околопупочную область) под контролем ПТИ и МНО. Затем антикоагулянты непрямого действия (фенилин, неодикумарин, синкумар).

4.обезболивание ненаркотическими анальгетиками.

5.дезинтоксикационная терапия при необходимости.

6.ангиопротекторы (пентоксифиллин, актовегин, солкосерил, реополиглюкин в-в капельно), детролекс, троксевазин, флебодиа внутрь.

7.витаминотерапия. Витамины группы В и С

8.согревающие компрессы полуспиртовые или с мазью Вишневского.

<u>Уход за пациентом</u>

Больному назначают строгий постельный режим. Нужно придать конечности возвышенное положение. Ногу укладывают на шину Беллера, руку - на косыночную повязку. Так как больному вводят антикоагулянты, необходимо ежедневно осматривать кожные покровы, слизистые ,дёсны, контролировать цвет мочи и кала на наличие кровотечения. Исследование крови на ПТИ или МНО каждые 6 часов, т.к. снижение протромбина ниже 50% может привести к кровотечению. Антикоагулянты нельзя отменять сразу, их дозировку уменьшают постепенно. С пациентом проводится беседа о профилактике тромбофлебита: лечение хронических воспалительных заболеваний, сердечно-сосудистых заболеваний; о необходимости занятий лечебной физкультурой, борьба с гиподинамией.

Лекция № 20. Тема: Сестринский уход при заболеваниях и повреждениях прямой кишки. Сестринский уход при заболеваниях мочеполовых органов

Трещина заднего прохода

Причины трещины – чрезмерное растяжение анального отверстия каловыми массами, частые запоры или жидкий стул, геморрой, осложнённые роды, частые потницы у детей в области промежности, глистная инвазия.

Клиническая картина: боль во время акта дефекации, алая кровь в кале. Лечение: свечи с бензокатном(анестезином), папаверином, облепихой; турунды с метилурациловой мазью, маслом облепихи, сидячие ванночки с отваром трав, диета, масляные микроклизмы перед дефекацией. При отсутствии эффекта – оперативное лечение.

Геморрой

это варикозное расширение вен в области заднепроходного отверстия. Причины возникновения: тяжёлый физический труд, длительный кашель, натуживание при дефекации. Геморрой может быть наружным и внутренним, острым и хроническим, неосложнённым и осложнённым кровотечением, воспалением, тромбозом, выпадением и ущемлением узла.

Клиническая картина – жалобы на чувство тяжести, зуда в обл. ануса. Постепенно они усиливаются. Затем во время дефекации больной замечает появление шишек из ануса. Возможно кровотечение. Кровь тёмно-красного цвета.

Лечение неосложнённых форм геморроя консервативное: примочки свинцовой водой, прохладный восходящий душ, мазь и свечи проктоседил, троксевазин в капсулах внутрь по схеме 5-7 дней. При кровотечении назначают кровоостанавливающие препараты (викасол, этамзилат), диету. Исключить подъём тяжестей, принятие спиртного, острой, кислой, солёной пищи.

Уход за пациентом

Парапроктит – это гнойное заболевание околопрямокишечной клетчатки. По течению различают острый и хронический парапроктит.

Острый парапроктит - причины: частые обострения геморроя, трещины заднего прохода, запоры. Клиническая картина: беспокоят боли в промежности или в прямой кишке, повышается t тела, рядом с задним проходом появляется инфильтрат. Боли усиливаются при дефекации. В крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Лечение оперативное. Производят вскрытие и дренирование гнойника с последующими перевязками.

Хронический парапроктит – характеризуется периодическими обострениями, формированием свищей. При обострении клиническая картина, как у острого парапроктита. Образовавшийся гной выходит через свищ. Лечение оперативное – иссечение свища.

Выпадение прямой кишки – причиной выпадения у детей является недоразвитие мышц тазового дна и сфинктера, у взрослых – слабость мышц тазового дна и сфинктера. Различают частичное и полное выпадение прямой кишки. При выпадении прямой кишки её необходимо вправить.

Рак прямой кишки – причиной являются хронические заболевания прямой кишки, влияние канцерогенов .Заболевание начинается постепенно. Появляется дискомфорт прямой кишки, нарушение стула в виде тенезмов и поносов, вздутие,урчание в животе. Лечение комплексное.

Сестринский уход при заболеваниях мочеполовых органов

Синдромы

Острая задержка мочеиспускания, гематурия, анурия – читать в книге.

Почечная колика

появляется при МКБ, пиелонефрите, tbc почек, опухолях, сдавлении мочеточников извне, травмах почки. Приступ начинается внезапно. Беспокоит острая боль в поясничной области, по ходу мочеточника, с иррадиацией в низ живота, паховую обл., бедро и наружные половые органы. Появляется тошнота, возможна рвота. Живот мягкий или незначительно напряжён. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный, иногда может пальпироваться почка.

Дифференциальная диагностика проводится с острым аппендицитом, с воспалением придатков матки, поясничным радикулитом, кишечной непроходимостью. Больного госпитализируют в урологическое отделение. Лечение консервативное: новокаиновые (прокаиновые паранефральные блокады, блокады семенного канатика или круглой связки матки, обезболивающие и антигистаминные препараты.

МКБ (мочекаменная болезнь)

это хроническое заболевание, при котором в почках и мочевыводящих путях образуются мочевые камни из-за нарушения обмена веществ и изменений со стороны мочевых органов.

Клиническая картина:

появляется сильная боль в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника, гематурия, отхождение солей и камней, озноб, тошнота, рвота, расстройства мочеиспускания, повышение t тела.

Лечение: консервативное: спазмолитики, ненаркотические и наркотические анальгетики, паранефральные прокаиновые блокады. Амбулаторно назначают препараты, растворяющие камни. Хирургическое лечение – удаление камня петлёй, введённой с помощью цистоскопа в мочеточник. Рекомендуется диета, санаторно – курортное лечение.

Аденома предстательной железы.

это доброкачественное образование предстательной железы. Предстательная железа – это железа мочеиспускательного канала, которая располагается в подслизистом слое мочеиспускательного канала у мужчин. Заболевание начинается обычно в возрасте 40 лет, первые симптомы появляются чаще всего после 60 лет. В начале заболевания пациенты жалуются на учащённое мочеиспускание, позывы на мочеиспускание ночью. Позже появляется неполное опорожнение мочевого пузыря, задержка мочеиспускания. При пальцевом исследовании через прямую кишку обнаруживается уплотнённая и увеличенная предстательная железа с гладкими контурами.

Диагностика – УЗИ предстательной железы, пальцевое исследование через прямую кишку.

Лечение: В начале заболевания проводится консервативное лечение. При острой задержке мочеиспускания мочевой пузырь катетеризируют или накладывают цистостому. В последующем такому больному показано оперативное лечение.

Уход за пациентом – читай в книге.

Фимоз

это сужение крайней плоти, вследствие чего становится невозможным обнажение головки полового члена. Лечение оперативное, в плановом порядке.

Парафимоз

это ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти. Лечение - в ранних сроках вправление головки полового члена под наркозом. В поздних сроках производится рассечение ущемлённого кольца и обрезания крайней плоти.

Крипторхизм

-это неправильное расположение яичка. Яичко может быть расположено у корня мошонки (ложный крипторхизм) и в брюшной полости(истинный крипторхизм). Оперативное лечение только при истинном крипторхизме.

Острый эпидидимоорхит

Эпидидимит – воспаление придатка яичка .Орхит – воспаление яичка. Причины воспаления – паротит, грипп, пневмония, половые излишества, алкоголь, верховая езда. Заболевание начинается остро. Появляются резкие боли в обл. мошонки с иррадиацией в паховую область,t тела повышается до 38-40 градусов. Яичко и придаток увеличены, болезненны, уплотнены. Кожа мошонки в месте поражения становится красной, отёчной, горячей на ощупь .Лечение при таком течении в урологическом отделении. Применяют антибиотики, витамины, согревающие компрессы с мазью Вишневского. При нагноении показано вскрытие гнойника.

Острый цистит.

это воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря. Инфицирование происходит из мочеиспускательного канала или почек при гнойных заболеваниях. Циститы бывают острыми и хроническими. Предрасполагающие факторы – переохлаждение, голодание, хронические заболевания.

Клиническая картина :

сильная боль во время мочеиспускания, особенно к концу мочеиспускания, лейкоцитурия. Мочеиспускание учащено. Лечение – антибиотики, спазмолитики, ненаркотические анальгетики, обильное питьё, щадящая диета, постельный режим, тепло на область мочевого пузыря.

Острый баланопостит
острое воспаление головки полового члена и крайней плоти.

Варикоцеле
варикозное расширение вен семенного канатика

Простатит
воспаление предстательной железы

Дом. задание читать стр.371-391

Лекция № 21. Тема: Сестринский уход при заболеваниях и повреждения шеи.

Ранения шеи – бывают резаные, колотые и огнестрельные. По глубине проникновения – поверхностные и глубокие, сквозные и слепые. При поверхностных ранениях повреждаются кожа, поверхностные сосуды, фасции шеи. При глубоких – крупные кровеносные сосуды, нервы, пищевод, трахея. При ранении гортани и трахеи из раны выделяется пенистая кровь, появляется кашель, кровохарканье. Рана „дышит”. Развивается травматический отёк, приводящий к удушью, цианоз. Ранение глотки и пищевода приводит к нарушению глотания , подкожной эмфиземе. Развиваются эзофагиты, флегмоны и абсцессы шеи.

При повреждении сонных артерий наблюдается массивное кровотечение. Ранения вен шеи сопровождаются кровотечением, рана зияет, возможна воздушная эмболия, которая ведёт к остановке сердца и дыхания.

При повреждении грудного лимфатического протока наблюдается обильное истечение лимфы, что может привести к смерти.

Первая помощь. При ранении вен проводится тампонада раны, накладывается давящая повязка. При явлениях асфиксии производят трахеостомию.

Лечение в стационаре. – проводят окончательную остановку кровотечения. Ранения трахеи и пищевода ушивают. При нарушении дыхания накладывают трахеостому. Повреждённый грудной лимфатический проток перевязывают.

<u>Уход в послеоперационном периоде.</u>

1.следить за повязкой, чтобы не пропустить вторичное кровотечение.

2.кислородотерапия через катетер;

3.кормление осуществляется через зонд, введённый в желудок через нижний носовой ход;

4.следить за трахеостомической трубкой, отсасывая из неё слизь электороотсосом или резиновой грушей.

Различают пять степеней увеличения щитовидной железы:

О степень — железа не видна и не пальпируется;

I степень — железа не видна, но перешеек пальпируется и виден при глотательных движениях;

II степень — во время глотания видна и хорошо прощупывается вся железа, но форма шеи не изменена;

III степень — железа заметна при осмотре и изменяет конфигурацию шеи («толстая шея»);

IV степень — явно выраженное увеличение железы с резкими изменениями конфигурации шеи;

V степень — огромные размеры железы, сдавление трахеи и пищевода с нарушением дыхания и глотания.

По функциональному состоянию выделяют:

- эутиреоидный зоб — функция щитовидной железы не нарушена и пациент обычно не предъявляет жалоб;
- гипотиреоидный зоб — функция щитовидной железы снижена;
- гипертиреоидный зоб — функция щитовидной железы повышена.

Методы исследования щитовидной железы

1. осмотр и пальпация – позволяют получить объективные данные о её форме, размерах, консистенции и подвижности;

2. исследование гормонов щитовидной железы;

3. ультразвуковое исследование ЩЖ – позволяет определить её размеры, консистенцию, узлы, опухоли, метастазы;

4. биопсия ЩЖ – обязательна при подозрении на рак и при узловых формах зоба (отщипывается кусочек ткани органа);

5. ларингоскопия – исследования гортани для выявления паралича голосовых связок из-за вовлечения в патологический процесс возвратного нерва;

6. компьютерная томография ЩЖ;

7. сцинтиграфия - исследование с радиоактивными веществами также позволяет определить контуры и размеры щитовидной железы, выявить опухолевидные образования и метастазы, наличие «горячих» узлов и «холодных» узлов — злокачественных образований, кист, кальцификатов.

Заболевания щитовидной железы.

Зоб - это ограниченное или диффузное увеличение ЩЖ. Это не опухоль и не воспаление ЩЖ. Различают спорадический зоб и эндемический зоб. Спорадический зоб развивается из-за нарушения поступления йода в организм. Чаще болеют женщины. Эндемический зоб возникает у людей, живущих в районах, бедных йодом.

Различают диффузный, узловой и смешанный зоб.

Симптомы зоба: чувство неловкости в области шеи при движении, касании одежды, сухой кашель, охриплость голоса, затруднение дыхания, при увеличении железы возможно сдавливание ствола симпатического нерва и тогда отмечается сужение зрачка, опущение века и западение глазного яблока. Нарушается функция сердечно-сосудистой системы.
Симптомы зоба: чувство неловкости в области шеи при движении, касании одежды, сухой кашель, охриплость голоса, затруднение дыхания, при увеличении железы, когда она сдавливает ствол симпатического нерва, тогда отмечается сужение зрачка, опущение века и западение глазного яблока. Нарушается функция сердечно-сосудистой системы.

Лечение эндемического зоба. При небольших диффузных зобах лечение консервативное — тиреоидин, антиструмин.

Показания к оперативному лечению (резекция щитовидной железы): узловой или смешанный зоб, подозрение на злокачественные узлы, сдавление трахеи и пищевода, тиреотоксикоз.

В послеоперационном периоде для профилактики рецидива зоба назначают в течение года антиструмин (по 1 таблетке 1 раз в неделю.

Профилактика эндемического зоба — в угрожаемых районах проводят массовую профилактику, используя йодированный хлеб, йодированную соль, назначают антиструмин детям, беременным женщинам и кормящим матерям по 1 таблетке 1— 2 раза в неделю, показаны продукты моря (морская капуста, рыба, крабы и т.д.). При дефиците микроэлементов проводят специфическую профилактику — добавляют к пище фтор, медь, кобальт и др. **Симптомы зоба:** чувство неловкости в области шеи при движении, касании одежды, сухой кашель, охриплость голоса, затруднение дыхания, при увеличении железы, когда она сдавливает ствол симпатического нерва, тогда отмечается сужение зрачка, опущение века и западение глазного яблока. Нарушается функция сердечно-сосудистой системы.

Лечение эндемического зоба. При небольших диффузных зобах лечение консервативное — тиреоидин, антиструмин.
Показания к оперативному лечению (резекция щитовидной железы): узловой или смешанный зоб, подозрение на злокачественные узлы, сдавление трахеи и пищевода, тиреотоксикоз.

Профилактика эндемического зоба — в эндемичных по зобу районах проводят массовую профилактику, используя йодированный хлеб, йодированную соль, назначают антиструмин детям, беременным женщинам и кормящим матерям по 1 таблетке 1— 2 раза в неделю, показаны продукты моря (морская капуста, рыба, крабы и т.д.). При дефиците микроэлементов проводят специфическую профилактику — добавляют к пище фтор, медь, кобальт и др.

Диффузный токсический зоб

Диффузный токсический зоб (тиреотоксикоз, Базедова болезнь) — нейроэндокринное заболевание, возникающее в связи с повышенной функцией щитовидной железы.
Причины: психическая травма, нарушение функции половых желез, инфекции (грипп, ангина и т.д.).
Тиреотоксикозом чаще болеют женщины в возрасте от 20 до 50 лет.
По степени тяжести выделяют легкую, среднюю и тяжелую формы тиреотоксикоза.

Основные симптомы тиреотоксикоза: щитовидная железа увеличена (зоб), пучеглазие (экзофтальм), тахикардия, раздражительность, беспокойство, частые колебания настроения, плаксивость, повышение потоотделения, тремор тела и рук, языка, ломаются ногти, волосы становятся сухими и выпадают.
Пациенты жалуются на быструю утомляемость, одышку, появляющуюся при умеренной и незначительной физической нагрузке, отеки, гастриты, колиты,частое мочеиспускание.

Лечение

До операции обязательно надо привести функцию щитовидной железы к эутиреоидному состоянию. (снизить гормональную активность).
Для снижения гормональной активности щитовидной железы назначают препараты йода в комбинации с тиреостатическими препаратами (мерказолил).
Показания к хирургическому вмешательству: диффузный токсический зоб средней и тяжелой форм, узловой токсический зоб, большой зоб, сдавливающий органы шеи независимо от тяжести токсикоза.

Операция — субтотальная резекция щитовидной железы.

Послеоперационные осложнения и уход за пациентом

Во время операции возможны следующие осложнения: кровотечения, воздушная эмболия, повреждение возвратного нерва, удаление или повреждение паращитовидных желез с последующим развитием

гипопаратиреоза.
В послеоперационном периоде наиболее опасное осложнение — развитие тиреотоксического криза, который характеризуется резкой тахикардией, нередкопоявляется мерцательная аритмия, повышается артериальное давление, появляется рвота, нервно-психичские расстройства, повышение температуры, может наступить смерть.

За пациентом после операции устанавливают динамическое наблюдение, контроль частоты пульса и артериального давления через час, температуры через два часа. Пациенту придают возвышенное положение в постели с наклоном головы вперед, обеспечивают подачу увлажненного кислорода через носовой катетер, назначают и проводят с пациентом дыхательную гимнастику. По назначению врача вводят обезболивающие, сердечные средства.
Необходимо внимательно наблюдать за состоянием повязки, так как возможно развитие послеоперационного кровотечения. При первых признаках кровотечения пациента немедленно берут на повторную операцию, снимают швы и перевязывают кровоточащий сосуд.
При повышение температуры более 38 °С и учащении пульса свыше 120 уд. в минуту медицинская сестра должна сразу начать вводить жаропонижающие и сердечные средства и одновременно вызвать врача.
При проявлении судорог медсестра также должна вызвать врача, ввести пациенту препараты кальция, если судороги вызваны повреждением паращитовидных желез.
Перевязки раны должны проводиться при строгом соблюдении асептики и антисептики, чтобы не допустить нагноения послеоперационной раны.
Послеоперационный гипотиреоз развивается при полном или почти полном удалении щитовидной железы. У пациентов развиваются все клинические признаки гипотиреоза (слабость, заторможенность, сонливость, трофические расстройства кожи, боли в конечностях).
Лечение: препараты щитовидной железы пожизненно.
Воспалительные заболевания щитовидной железы
Острое или хроническое воспаление щитовидной железы называется тиреоидитом.

Рак ЩЖ возникает чаще как перерождение узлового зоба, чаще у женщин, чем у мужчин.

Ожоги пищевода.
возникают при случайном или преднамеренном проглатывании кислот или щелочей. Кислоты вызывают коагуляционный некроз с образованием плотного струпа, который препятствует проникновению вещества вглубь тканей. Щёлочи вызывают колликвационный некроз(рыхлый струп, который пропускает щёлочь в глублежащие ткани).Ожоги слизистой оболочки локализуются в местах физиологических сужений пищевода – чаще в среднем и кардиальном отделах .Различают три степени ожога пищевода:

1степень - происходит при приёме внутрь небольшого количества едкого вещества малой концентрации. Повреждаются поверхностные слои эпителия.

2 степень – поражение слизистой на всю глубину;

3 степень – некроз захватывает слизистую оболочку, подслизистый слой и клетчатку, расположенную вокруг пищевода.

Стадии заболевания

Первая стадия заболевания – острый эзофагит - длится 5—10 суток. После приема кислоты или щелочи пациент испытывает сильные боли в полости рта, глотке, за грудиной, в эпигастральной области, у него отмечаются обильное слюнотечение, многократная рвота, нарушение глотания вследствие спазма пищевода в области ожога и отека слизистой оболочки. Пациент очень напуган, возбужден. Кожные покровы бледные, влажные. Отмечаются тахикардия, учащение дыхания, проявления шока различной степени: возбуждение или заторможенность, вялость, сонливость, снижение артериального давления, акроцианоз, глухость тонов сердца, уменьшение количества мочи вплоть до анурии. Уже через несколько часов после ожога присоединяются симптомы ожоговой токсемии: повышение температуры, возбуждение, бред, судорожные подергивания мышц. Тахикардия возрастает до 120 уд./мин. и больше, дыхание частое, поверхностное артериальное давление падает. Пациент испытывает сильную жажду, так как организм обезвожен. Происходят нарушения электролитного баланса, развивается метаболический ацидоз.

Происходит токсическое поражение паренхиматозных органов — развивается острая почечная и печеночная недостаточность. Возможно развитие пневмонии, кровотечений.

Вторая стадия – стадия хронического эзофагита, или стадия «мнимого благополучия», продолжается с 7-х по 30-е сутки. У пациента облегчается проглатывание жидкой пищи, но возможны кровотечения, связанные с разрушением сосудистой стенки. Возможны такие осложнения, как медиастенит, перикардит, эмпиема плевры, формирование пищеводно-бронхиального свища. Боли за грудиной и в спине усиливаются, температура тела становится гектической, идет чередование ознобов с проливными потами, нарастают одышка и тахикардия. Может образоваться подкожная эмфизема, пневмония, абсцесс легкого. Развивается картина сепсиса.

Третья стадия – образование стриктуры. Длится от 2^x-3^x-месяцев до 2^x – 3^x лет. При рентгенологическом исследовании пищевода обнаруживают одиночные или множественные участки сужений пищевода различной протяжённостью. Рубец формируется в течение нескольких месяцев.

Четвёртая стадия – стадия поздних осложнений. Наступает через 2-3 года после ожога. Основная жалоба пациентов – дисфагия (расстройство глотания). Из-за длительного недоедания значительно ухудшает состояние, развивается истощение. Возможно развитие рака, перфорация пищевода во время инструментальных исследований.

Неотложная помощь – провести промывание желудка водой через зонд -10-15 литров воды. Наркотические анальгетики (омнопон, промедол). Для уменьшения саливации (слюноотделения) и снятия спазма пищевода вводят атропин, папаверин, ганглиоблокаторы.

Лечение в стационаре - проводят противошоковую и дезинтоксикационную терапию (гемодез, реополиглюкин, желатиноль, плазма, солевые растворы), вводят сердечные гликозиды, антибиотики, кортикостероидные препараты (они препятствуют формированию рубцов). С 9 -11-го дня после ожога проводят бужирование пищевода. При необходимости проводят операцию – пластику пищевода.

Рак пищевода – бессимптомное течение может длиться около двух лет. Затем появляются жалобы на дисфагию после приёма плотной пищи, боли за грудиной с иррадиацией в спину, шею, левую половину грудной клетки. Боли возникают во время приёма пищи. Идёт резкое сужение пищевода, пища скапливается над сужением. Появляется неприятный запах изо рта. Больной худеет, появляется слабость, анемия.

Диагноз ставится на основании результатов эзофагоскопии, гистологического и цитологического исследования, обзорной рентгеноскопией грудной и брюшной полости. Проводится рентгеноскопия пищевода с помощью водной взвеси бария.

Лечение – применяют комбинированные методы лечения, сочетая хирургическое лечение с лучевой терапией.

Уход за пациентами

Предоперационная подготовка

Пациенты с заболеваниями пищевода часто бывают обезвожены и истощены, поэтому их тщательно готовят к операции.

По назначению врача медицинская сестра проводит инфузионную терапию белковыми препаратами, солевыми растворами, кровезаменителями. Проводит совместно с врачом перед операцией промывание антисептическими растворами расширения пищевода над местом сужения для удаления остатков пищи.

Уход за больны м в послеоперационном периоде

После операции пациента помещают в палату интенсивной терапии или в анестезиолого-реанимационное отделение до выхода из наркоза.

Медицинская сестра обеспечивает подачу увлажненного кислорода, заполняет и подключает систему для капельного введения жидкостей, измеряет артериальное давление, определяет частоту, наполнение и напряжение пульса, следит за окраской кожных покровов и слизистых, состоянием повязки. Контролирует положение дренажа в плевральной полости.
После выхода из наркоза пациенту необходимо придать полусидячее положение. При необходимости дают увлажненный кислородпро, в дальнейшем проводят дыхательные упражнения, направленные на удаление секрета из трахеобронхиального дерева и расправление легочной ткани. Упражнения проводятся через 2—3 часа в течение первых суток, затем через 4—6 часов, а начиная с третьих суток 1—2 раза в день; аэрозольная терапия через 3—4 часа с использованием протеолитических ферментов, которые не влияют на слизистую оболочку, но разжижают мокроту.

Так как пациенту нельзя пить до 4-х суток после операции, медицинская сестра должна быть особенно внимательной в эти дни, терпеливо и настойчиво разъясняя пациенту необходимость не пить воду до разрешения врача. Для уменьшения слюноотделения назначают атропина сульфат, слюну пациент должен сплевывать в специальнюю емкость, а не глотать в течение суток после операции. Принимать жидкость через рот пациенту врач разрешает с 4—5 дня после операции, небольшими глотками до одного стакана воды в день. Через неделю после операции разрешают жидкую пищу (бульон, кисель, сметану) 5—6 раз в день по 40—50 мл пищи за один прием. Постепенно диету расширяют и через две недели переводят пациента на диету № 1.
Если пациенту была наложена гастростома, кормление производят через нее, если пациенту в операционной был поставлен назогастральный зонд, то кормление осуществляют через зонд.

Лекция № 22. Тема: Сестринский уход при заболеваниях и повреждениях грудной клетки.

Открытые повреждения грудной клетки.

они делятся на непроникающие и проникающие. Непроникающие не проникают в полость грудной клетки. Проникающие ранения сопровождаются пневмотораксом, гемотораксом и гемопневмотораксом. Пневмоторакс различают *закрытый, открытый и клапанный*. ***При закрытом пневмотораксе*** воздух попадает в плевральную полость через повреждённый участок ткани лёгкого во время вдоха. Количество воздуха невелико. Общее состояние больного при этом средней тяжести ,кожные покровы бледные, одышка. При аускультации отмечается ослабление дыхания на стороне поражения, при перкуссии – коробочный звук в верхних отделах грудной клетки.

Открытый пневмоторакс возникает при проникающем ранении грудной клетки с повреждением плевры. В этом случае воздух при вдохе проникает в плевральную полость в большом количестве через рану и через неё же выходит из плевральной полости при выдохе. У больного общее состояние тяжёлое, одышка, тахикардия, частое поверхностное дыхание, кашель, боли в груди, подкожная эмфизема. При перкуссии – коробочный звук на всей стороне поражения. Из раневого отверстия выделяется алая пенистая кровь, воздух из раны выходит со свистом.

Клапанный пневмоторакс – самый тяжёлый пневмоторакс. При этом пневмотораксе воздух поступает в плевральную полость при каждом вздохе, а при выдохе раневой канал спадается, и воздух скапливается в плевральной полости. При каждом вдохе воздуха в плевральной полости становится всё больше и он смещает органы средостения(сердце, лёгкие, трахею) в здоровую сторону. Состояние пациента крайне тяжёлое. Наблюдается тахикардия, снижение АД, поверхностное и частое дыхание, подкожная эмфизема. Грудная клетка почти не принимает участия в акте дыхания. При аускультации дыхание на стороне поражения не прослушивается, а на здоровой стороне резко ослаблено.

Первая медицинская помощь

Пострадавшего уложить полусидя, если больной без сознания – то уложить горизонтально. Обезболить, провести противошоковую терапию, гемостатики при острой кровопотере и кровезаменители. Если есть рана, то наложить на неё окклюзионную повязку. При напряжённом клапанном пневмотораксе проводится пункция плевральной полости с удалением из неё воздуха. Проводят оксигенотерапию, проводят симптоматическую терапию(вводят сердечные гликозиды).

Диагноз

ставится на основании клинической картины, дополнительных методов исследования(R – графия грудной клетки).

Лечение

обезболивание, противошоковая терапия, дача кислорода, введение сердечных препаратов. ПХО раны, швы на рану, пункция и дренирования грудной клетки на стороне поражения. При наличии непрекращающегося гемоторакса показана операция.

Травмы грудной клетки –читай в книге.

Уход при травмах грудной клетки – читай в книге.

Заболевания молочной железы

трещина сосков

проявляется у женщин в первые 2-3 дня после родов. Трещины локализуются на верхушке соска или у его основания.

Клиническая картина

во время кормления ребёнка грудью появляются мучительные боли в области соска. Трещина может осложниться маститом.

Лечение.

Тщательное обмывание молочных желез до и после кормления тёплой водой с мылом и слабыми антисептиками(фурацилин), применение воздушных кварцевых ванн. Мазевые повязки с 10% метилурациловой мазью, маслом шиповника и облепихи. Для появления корки после кормления обрабатывать соски 1% водным раствором бриллиантового зелёного.

Профилактика – проводить подготовку сосков ещё до рождения ребёнка.

Острый мастит

это неспецифическое гнойное воспаление молочной железы. Инфекция попадает в молочную железу лимфогенным или гематогенным путём, если в организме есть очаги воспаления, или через повреждённую кожу сосков. Чаще это заболевание встречается у женщин после родов, но бывает и юношеский мастит, который развивается в 16-18 лет у девушек и юношей. По локализации различают поверхностный, субареолярный, интрамаммарный и ретромаммарный.

Стадии мастита: острый серозный мастит, стадия инфильтрации, абсцедирования, флегмонозная или некротическая.

Клиническая картина

В начале заболевания задерживается выделение молока, молочная железа уплотняется, появляются боли. В стадии серозного мастита беспокоят тянущие боли в молочной железе, появляется отёк участка, ограниченное уплотнение и болезненность при пальпации. В стадии инфильтрации появляется гиперемия и отёк участка молочной железы. При пальпации определяется уплотнение, болезненность молочной железы. Подмышечные лимфоузлы увеличены и болезненны, в том числе при пальпации. Температура тела повышается, появляется озноб, появляются симптомы интоксикации. При гнойном мастите симптомы общей интоксикации усиливаются –общее состояние резко ухудшается, молочная железа отёчна, гиперемирована, резко напряжена, боли дёргающего характера. Инфильтрат в центре с участком флюктуации(размягчения). В крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Лечение

В стадии серозного мастита - тщательное сцеживание молока, наложить поднимающую бинтовую повязку на молочную железу.

В стадии инфильтрации – холодные влажно-высыхающие повязки с гипертоническим р-ром натрия хлорида или 25% р-ром сернокислой магнезии для уменьшения отёка. После уменьшения явлений воспаления применяют сухое тепло, полуспиртовые компрессы. Кормление ребёнка в эти стадии не прекращается.

В стадии абсцедирования(нагноения) гнойник вскрывают, дренируют. Проводится дезинтоксикационная терапия, антибиотикотерапия, витаминотерапия, перевязки с антисептическими растворами, а затем с мазью левомеколь. Лечение проводится в стационаре . Кормление ребёнка грудью запрещено.

Профилактика мастита

до родов проводить воздушные и гигиенические ванны, закаливание молочных желез: обмывание прохладной водой, обтирание жёстким полотенцем, лечение хронических патологий.

Мастопатия

это патологический процесс, который развивается при нейроэндокринных нарушениях. Кисты образуются в протоках и ацинусах железистой ткани. Различают диффузную и узловую мастопатию.Лечение диффузной мастопатии консервативное у врача гинеколога или эндокринолога. При узловой мастопатии рекомендовано оперативное лечение.

Абсцесс, гангрена легкого, плеврит, эмпиема плевры законспектировать по книге.

Рак молочной железы.

причины этой болезни –аборты, отказ от рождения детей, от кормления грудью ребёнка, нарушения половой функции, эндокринной системы и т.д. Обычно женщина сама случайно обнаруживает в молочной железе небольшое уплотнение. Оно бугристое, плотное с нечёткими контурами, болезненное при надавливании, не смещается в стороны. В запущенных стадиях молочная железа может увеличиваться, сосок втянут, кожа над образованием в виде лимонной корочки. С увеличением опухоли в печени и лёгких появляются метастазы.

Профилактика – осмотр и пальпация молочных желез женщиной, профилактические осмотры.

Диагностика
ультразвуковое исследование молочных желёз, маммография, пункционная биопсия.

Лечение –удаление молочной железы с окружающими тканями и регионарными лимфоузлами(близлежащими), лучевая терапия и химиолечение.

читать стр.313-319, 326-334.

Лекция № 23. Тема: Понятие механической травмы. Сестринский уход при механической травме. Травматический шок.

Травма – это внезапное воздействие различных внешних факторов на организм человека, приводящие к нарушению анатомической целостности тканей, структуры и физиологических функций. Повреждения(травмы) делятся на одиночные и множественные, закрытые и открытые. Повреждения опорно-двигательного аппарата , сочетанные с повреждениями внутренних органов, называются сочетанной травмой.

Закрытые повреждения мягких тканей

Ушиб – закрытое механическое повреждение мягких тканей и органов без видимого нарушения их анатомической целостности.

Клиника и лечение читай в книге.

Растяжение – это повреждение тканей с частичными разрывами при сохранении анатомической целостности. Чаще повреждаются связки и сухожилия, но могут и мышцы, фасции, нервы.

Клиническая картина и лечение читай в книге.

Вывихи – полное смещение суставных поверхностей относительно друг друга за пределы их физиологической подвижности, вызывающее нарушение функции сустава. По характеру повреждения различают простые вывихи и сложные(переломовывихи). При осложнённых вывихах возможен разрыв сумочно-связочного аппарата, кровеносных сосудов или нервных стволов. По этиологии различают вывихи приобретённые(травматические,патологические, привычные) и врождённые.

Клиническая картина – боли в повреждённом суставе, деформация в суставе, активные движения в повреждённой конечности отсутствуют.

Первая помощь – обезболивание(вводят анальгетики), при открытом вывихе наложить асептическую повязку, провести иммобилизацию конечности при любом вывихе. В лечебном учреждении –осуществляют вправление вывиха под местной или общей анестезией. Затем производят фиксацию конечности гипсовой лонгетой.

Перелом – это частичное или полное нарушение целостности кости в результате внешнего воздействия или патологического состояния кости.

Трещина – при этом нарушение целостности кости идёт не через всю толщину кости.

Абсолютные признаки перелома:

1.деформация конечности в зоне перелома;

2.крепитация костных отломков при трении друг о друга;

3.абсолютное укорочение за счёт смещения по длине;

4.патологическая подвижность в зоне перелома;

Относительные признаки перелома:

1.боль в зоне перелома;

2.гематома;

3.отёк и припухлость;

4.нарушение функции конечности;

Первая помощь при открытых переломах – при кровотечении наложить кровоостанавливающий жгут, обезболить, наложить асептическую повязку, произвести иммобилизацию конечности, провести противошоковую терапию. Диагностику в лечебном учреждении проводят при помощи R – графии. Лечение – репозиция костных отломков при переломе со смещением или ушивание раны при открытом переломе, затем репозиция костных отломков, наложение гипсовой лонгеты. Для скелетного вытяжения используют спицу Киршнера, которую проводят через мыщелки трубчатых костей, затем спица фиксируется скобой ЦИТО. Скоба с помощью системы блоков соединяется с грузом.

Оперативное лечение –проводится сопоставление и удерживание костных отломков с помощью специальных металлических конструкций.

Осложнения переломов:

посттравматический остеомиэлит, ложный сустав, неправильное срастание перелома, контрактура (тугоподвижность) или анкилоз(обездвиживиние)суставов, нарушение артериального и венозного кровотока.

Синдром длительного сдавливания

(или краш – синдром) – это патологическое состояние, обусловленное длительным сдавливанием мягких тканей(более 2-х часов).

Различают три периода:

1.ранний – шоковое состояние: беспокойство, заторможенность, бледность кожных покровов, PS учащён, АД падает. В области сдавления после освобождения бледность кожи, нарастает отёк, нарастает нарушение чувствительности, сильная боль, появляются участки багрово-синюшного цвета и пузыри с серозным и геморрагическим содержимым.

2.промежуточный период – наступает на 2 й-3-й день – появляется картина почечной недостаточности: ухудшается общее состояние, беспокоит жажда, рвота, боли в пояснице, отмечается желтушность кожных покровов , резко снижается количество мочи, моча становится бурого цвета. В области сдавливания появляется плотный отёк, синюшный цвет кожи, гнойное содержимое из вскрывшихся пузырей, пульсации сосудов на периферии нет.

3.поздний период – наступает через 2-3 недели – при благоприятном течении наступает выздоровление. Некротические ткани отторгаются. При осложнении развивается сепсис, гангрена конечности, трофические язвы.

Первая помощь

наложить жгут выше места сдавления ещё до освобождения конечности от сдавления и провести противошоковую терапию(обезболивание, полиглюкин и т.д.). Сразу после освобождения сдавленной конечности, на неё накладывают эластический бинт. транспортную шину для иммобилизации ,обложить конечность холодом и транспортировать в реанимационное отделение.

В стационаре проводят противошоковую, дезинтоксикационную , антибактериальную терапию. Местно – прокаиновые блокады, ПХО ран,глубокое рассечение мягких тканей в области отёка, холод на участок сдавления в течении 2-3дней. При развитии гангрены – ампутация конечности.

уход за пациентом при лечении переломов –читай в книге.

читать стр.190-205, повторить десмургию твёрдые повязки.

Травматический шок.

это комплекс симптомов, возникающих при тяжёлых повреждениях и заболеваниях пациента. Характеризуется расстройством кровообращения, нарушением функций важных органов, снижением жизнедеятельности организма. Травматический шок возникает в результате переломов костей, при наружных и внутренних кровотечениях, при ожогах, отморожениях,электротравмах и т.д. В течении травматического шока выделяют две фазы: эректильную и торпидную.

Эректильная фаза наступает сразу после травмы. Характеризуется возбуждением. Пациент в сознании, беспокоен, пытается куда-то идти. АД нормальное или несколько снижено, PS учащён.

Торпидная фаза наступает вслед за эректильной. Больной заторможен, вяло реагирует на внешние раздражители. Кожные покровы бледные. АД падает до 60-40 мм рт. ст. (систолическое), PS частый и поверхностный. Кожа покрыта холодным и липким потом. Возникает дыхательная недостаточность, олигурия, а затем анурия.

Различают 4 степени шока:

1 степень – систолическое АД 90-100 мм рт ст, PS 100 уд. в мин.

2 степень – систолическое АД 70-90 мм рт ст,PS 120-140 в мин.

3 степень – систолическое АД 50-70 мм рт ст, PS 140-160 в мин.

4 степень – АД ниже 50 мм рт ст. ,PS нитевидный, не сосчитывается

Лечение травматического шока

1.остановка кровотечения; 2. обезболивание ; 3.адекватная ИВЛ;

4.введение плазмозамещающих растворов(коллоидов, кристаллоидов);

5.наложение асептической повязки на зоны повреждения;

6.иммобилизация мест переломов;

7.адекватная щадящая транспортировка;

Лекция № 24. Тема: Сестринский уход при ожогах.

Ожогом называют специфическое повреждение тканей и органов, вызванное местным действием термической, химической, электрической или лучевой энергии. В зависимости от вида действующей энергии ожоги различают термические, электрические, химические и лучевые. Химические ожоги возникают в результате воздействия на ткани крепких неорганических в-в, едких щелочей, растворимых солей некоторых тяжёлых металлов.

Классификация ожогов по глубине поражения

1 степень – поражается эпидермис. Наблюдается гиперемия и отёк кожи.

2 степень – идёт отслойка эпидермиса с образованием пузырей, сосочковый слой кожи не нарушается (показать на рисунке строение кожи);

3[a] степень – наблюдается омертвение поверхностных слоёв кожи с полным некрозом сосочкового слоя;

3б степень –характеризуется поражением всех слоёв кожи и подкожной клетчатки;

4 степень – наблюдается некроз кожи и подлежащих тканей (подкожной клетчатки, фасций, мышц, костей).

Площадь ожога определяется правилом ,,девяток” и правилом ,,ладони” .

Правило девяток

Голова и шея 9%

Верхняя конечность 9%, передняя и задняя поверхность туловища18%,

Нижняя конечность 18%

Промежность 1%

Правило ладони

Площадь ладони пациента принимают за 1%

Ожоговая болезнь – это совокупность клинических симптомов, общих реакций организма, нарушений функции внутренних органов при термических повреждениях кожи и подлежащих тканей. В течении ожоговой болезни выделяют 4 периода:

1.ожоговый шок;

2.ожоговая токсемия;

3.ожоговая септикотоксемия;

4.период реконвалисценции(выздоровления);

1 период – ***ожоговый шок 1 степени*** – площадь ожогов 15-20% у молодых людей и людей среднего возраста. Ожоги поверхностные. Беспокоит сильная боль, жжение в местах ожога. АД нормальное или незначительно повышено. Функция почек сохранена, но при несвоевременной инфузионной терапии возможно развитие олигурии.

Ожоговый шок 2 степени – развивается при повреждении 21-60% поверхности тела. Беспокоят боли, быстро наступает заторможенность, адинамия. АД снижается. PS 100-120 в минуту. Снижается диурез, идёт сгущение крови, дыхание учащается.

Ожоговый шок 3 степени – площадь ожога больше 60%. Состояние пациента крайне тяжёлое. Сознание спутано, заторможено. PS нитевидный, АД ниже 80 мм рт.ст. Резко ухудшается кровоснабжение внутренних органов, что ведёт к их гипоксии. Возможно развитие повторной рвоты цвета ,, кофейной гущи”(из-за кровотечения из остро появившихся эрозий и язв

желудка). Со стороны почек олигурия вплоть до анурии .Наблюдается сначала микро, а затем макрогематурия и быстро развивается анурия. Отмечается сгущение крови. Нарушаются все обменные процессы.

2 период – ***острая ожоговая токсемия*** – возникает с3 – 4 го дня на фоне продолжающейся интоксикации организма продуктами распада белка, токсическими в-вами, поступающими из ожоговых ран и бактериальными токсинами. Появляется лихорадка, t тела 38-41 градус, PS 110-130 ударов в минуту, бледность кожных покровов, расстройство ЦНС в виде галлюцинаций или коматозного сознания. Олигурия может смениться полиурией. Снижается количество белка в крови, разрушаются эритроциты.

3 период – *ожоговая септикотоксемия* – наблюдается при обширных ожогах 3 степени и является продолжением токсемии, т.к. к токсемии присоединяется нагноение раны. Температура тела гектическая, тахикардия, озноб, нарушение сна. Продолжает развиваться анемия. Нередко развивается токсический гепатит. Появляется желтушность кожных покровов. Развивается пиелонефрит. Может развиться пневмония, острые язвы ЖКТ.

4 период – ***реконвалисценции*** – наступает при благоприятном течении болезни, при своевременном и адекватном лечении, после заживления ожоговых ран.

Первая помощь при ожогах

1.прекратить действие термического агента на кожу (вывести из огня, потушить горящую одежду);

2.охладить обожжённые участки с помощью холодной воды или пузырей со льдом в течение 10-15 минут;

3.обезболить и начать противошоковую терапию(наркотические анальгетики, внутривенно капельно или струйно полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль, кристаллоидные растворы, обильно щелочное питьё, дать немного горячего чая 50-100 мл;

4.наложить асептическую повязку. Очищать обожжённые участки нельзя, смазывать обожжённые участки растительными и животными жирами, раствором марганцовки или бриллиантового зелёного нельзя!

Первичный туалет ожоговой раны

Пациенту вводится наркотический анальгетик или даётся наркоз.Кожа вокруг раны обрабатывается 70% спиртом или спиртовым р-ром хлоргексидина. Рану промывают антисептиком – водным раствором хлоргексидина или фурацилином. Р-ром перекиси водорода, раствором бриллиантового зеленого или раствором марганцовки промывать нельзя! Затем надсекают пузыри. Из них выходит серозная жидкость. Удаляют инородные тела и отслоившийся эпидермис. Накладывают повязку с антисептическим р-ром.

Лечение применяют консервативное и оперативное. Консервативное лечение включает в себя закрытый способ и открытый способ .

Способы лечения ожоговых ран

Консервативное лечение:

1. ***закрытый способ лечения ожоговых ран*** – ожоговая поверхность закрывается повязками с различными лекарственными в-вами. При ожогах 1 степени накладывают мазевую повязку. Заживление происходит в течении 4-5 дней. Смена повязки не производится. При ожогах 2 степени используют водный р-р хлоргексидина, мазевые повязки на водорастворимой основе(левомеколь, левосин, диоксиколь, сильвацин). Меняют через 2-3 дня. При ожогах 3 степени, если имеется сухой струп (это сухая плотная корка) – проводят туалет раны, на струп накладывают сухую асептическую повязку. Через 2-3 недели струп отторгается. Если струп влажный (корка размягчённая, инфицированная), то накладывают повязки с протеолитическими ферментами животного происхождения (трипсин, хемотрипсин, панкреатин), бактериальные ферменты (стрептокиназа, коллагеназа, террилитин), растительные фермены (папаин). При сухих струпах их не используют. После отторжения влажного струпа накладывают мазевые повязки. При глубоких ожогах 3б-4 степени перевязки частые, с антисептическими р-рами, при расплавлении тканей – некрэктомия, мазевые повязки, УФО ран, гипербарическая оксигенация. При больших площадях ожоговых ран – кожная пластика.

2. ***открытый способ лечения ожоговых ран*** – для этого способа необходимо специальное техническое оснащение, поэтому этот способ возможен только в условиях специализированного ожогового центра. С этой целью используют высушивающее действие воздуха, УФО, обрабатывают ожоговую поверхность антисептиками с коагулирующими свойствами (5% р-р марганцовки, 1% спиртовой раствор бриллиантового зелёного) и оставляют её открытой. Цель – чтобы раны покрылись сухим струпом, который препятствует попаданию 1инфекции и способствует эпителизации раны.

Оперативное лечение:

1.операции, направленные на улучшение течения раневого процесса:

некротомия – рассечение струпа;

некрэктомия – иссечение нежизнеспособных тканей;

этапная некрэктомия – применяют при обширных и глубоких ожогах;

ампутация конечности – по жизненным показаниям;

2.операции, имеющие целью закрытие ожоговой раны:

а) пластика местными тканями;

б) свободная кожная пластика;

в) пластика лоскутом на питающей ножке;

г) применение культивированных аллофибробластов – из клеток кожи эмбрионов на специальных срезах выращиваются однослойные клеточные культуры и затем помещаются на раневую поверхность;

д) временное биологическое закрытие дефекта. Используют кожу трупа или донора, кожу поросят и телят, синтетическую кожу;

В последствии трансплантанты отторгаются, но главную задачу они выполняют – остановка кровопотери, плазмопотери, стимуляция краевой эпителизации.

Химические ожоги, лучевые ожоги читай в книге

Учебник стр.217-236

Лекция № 25. Тема: Сестринский уход при отморожениях, электротравме.

Отморожения -

это поражение тканей, вызванное местным воздействием холода.

Степени отморожения

1-я степень – нет признаков некроза кожи. Появляется умеренная гиперемия кожи, отёк, боли, чувство жжения. Восстановление наступает 5-6 дню.

2-я степень – некроз эпителия. Появляется гиперемия и отёк кожи, образуются пузыри, заполненные серозной жидкостью, боли. Восстановление через 2-3недели.

3-я степень – некроз всей кожи с переходом на подкожную клетчатку. Наблюдается гиперемия кожи с цианотичным оттенком, пузыри с геморрагическим содержимым, очаги некроза. Через 2-3 недели после отторжения некротических тканей появляются грануляции, а через 1-2 месяца формируется рубец. При обширных поражениях применяется кожная пластика.

4-я степень – некроз всех тканей конечности Развивается сухая или влажная гангрена.

Клиническая картина

В течении отморожений различают два периода: дореактивный(скрытый) и реактивный, который начинается после согревания тканей.

Дореактивный период – пациент испытывает ощущение холода, покалывание и жжение в обл. поражения,затем чувствительность пропадает.

Реактивный период – по мере согревания тканей пациент начинает испытывть боль в поражённых участках.

Первая помощь

устранить действие холода, согреть пострадавшую конечность водой комнатной температуры, доведя её до 30 градусов, переодеть пациента в сухую одежду, дать горячее питьё, укрыть тёплым одеялом.

Лечение в дореактивном периоде

спазмолитики,футлярная новокаиновая блокада, анальгетики,дезагреганты, антикоагулянты, экстренная профилактика столбняка.

Лечение в реактивном периоде

по назначению врача ввести спазмолитики, дезагреганты(ацетилсалициловая кислота), анальгетики. Проводят экстренную профилактику столбняка, футлярную новокаиновую блокаду, антикоагулянты, антибиотики, дезинтоксикационная терапия, препараты, улучшающие микроциркуляцию (реополиглюкин), иммуномодуляторы. Эти же средства используют при лечении в дореактивном периоде.При развитии шока проводят противошоковую терапию.

Местное лечение

при 1 степени – обработать 5% спиртовым р-ром танина, наложить асептическую повязку;

при 2 степени – футлярная новокаиновая блокада по Вишневскому, надсекают пузыри, накладывают влажно-высыхающую асептическую повязку. Назначают антибиотики.

при 3 степени – удаляют пузыри. При наличии некрозов повязка с протеолитическими ферментами. После очищения ран переходят на мазевые повязки. Некрэктомию проводят на 5-6-й день или позднее, т.к. тогда лучше отторгаются некротические ткани.

при 4 степени – лечение как при 3 степени.

Ампутацию выполняют после стихания воспалительного процесса.

Электротравма

это поражение организма человека техническим или атмосферным электричеством. Электрический ток распространяется в теле человека от места входа к месту выхода (закон Кирхгофа), образуя так называемую ,, петлю тока”. Нижняя петля (от ноги к ноге) менее опасна, чем верхняя (от руки к руке). Самой опасной считается полная петля, захватывающая обе руки и обе ноги, так как при этом ток обязательно пройдёт через сердце и

может нарушить его деятельность. Ток низкого напряжения (127-220 Вольт) опаснее, чем ток высокого напряжения, т.к. чаще вызывает фибрилляцию желудочков сердца. В местах входа и выхода тока в результате электролиза в тканях образуются газ и пар, которые расслаивают ткани и придают им ячеистое строение. При воздействии тока высокого напряжения возможны разрывы всех слоёв ткани, иногда с полным отрывом конечностей и других органов (препарирующая электротравма).

Различают 4 степени тяжести электротравмы

1 степень – судорожное сокращение мышц без потери сознания;

2 степень – сокращение мышц с потерей сознания;

3 степень – судорожное сокращение мышц с потерей сознания и сердечными или лёгочными нарушениями;

4 степень – смерть.

При 1 и 2 степени могут возникнуть нервно-психические расстройства и симптомы повышения внутричерепного давления, которые исчезают через 1-2 недели. При тяжёлом поражении отмечается потеря сознания или речевое возбуждение. Беспокоят аритмия, потливость. При обследовании больного определяется расширение границ сердца, фибрилляции желудочков, спазм коронарных сосудов. Местное поражение проявляется электроожогами.

Различают 4 степени электроожогов:

1 степень – на коже образуются ,, знаки тока”. Поражается только эпидермис. Общее состояние пострадавшего характеризуется испугом или эйфорией, обмороком, головокружением, общей слабостью, которые быстро проходят.

2 степень – идёт отслойка эпидермиса с образованием пузырей;

3 степень – происходит коагуляция кожи на всю её толщину;

4 степень - поражается не только кожа, но и глублежащие ткани;

Неотложная помощь

как можно быстрее освободить пострадавшего от действия тока, успокоить, уложить, дать тёплое питьё и сразу же транспортировать в реанимационное отделение. При транспортировке следить за дыханием, пульсом, измерять АД. При отсутствии дыхания и сердечной деятельности – проводить искусственную вентиляцию лёгких и непрямой массаж сердца на месте происшествия. Если в течение 2-3 минут нет эффекта, бригадой скорой помощи используется дефибриллятор. При развитии шока проводится противошоковая терапия.

Уход за пациентом – читай в книге.

учить стр. 237-259.

Лекция № 26. Тема: Сестринский уход при черепно-мозговой травме.

Закрытая черепно-мозговая травма – это сотрясение головного мозга, ушиб и сдавление головного мозга.

Сотрясение головного мозга – характеризуется функциональными расстройствами головного мозга, которые носят обратимый характер. Отмечается кратковременная потеря сознания, тошнота, рвота, головная боль, слабость, брадикардия, нистагм глазных яблок, пошатывание в пробе Ромберга. Дыхание частое, поверхностное .

Первая помощь – транспортировка на носилках в положении лёжа с повёрнутой набок головой. Вводят в-венно 40% р-р глюкозы, в-мышечно 50% р-р анальгина.

Лечение – постельный режим, снотворные, вита мины, сердечные препараты. Дегидратационная терапия (10% р-р натрия хлорида или 40% р-р глюкозы). При появлении признаков повышения внутричерепного давления проводят с диагностической и лечебной целью спинномозговую пункцию.

Ушиб головного мозга

характеризуется наличием очаговых расстройств в связи с повреждением вещества мозга. Различают ушибы лёгкой, средней и тяжёлой степени

Лечение в реанимационном или нейрохирургическом отделении.

Сдавление головного мозга.

возникает при тяжёлой черепно-мозговой травме, если эта травма сопровождается внутричерепным кровоизлиянием или отёком мозга. Имеется светлый промежуток, после которого пациент впервые после травмы или повторно теряет сознание.

Клиническая картина – усиливаются головные боли, беспокоит слабость, неоднократная рвота, кратковременное возбуждение. Зрачки сужены, реакция их на свет слабая. PS редкий, напряжённый, дыхание учащено. За пациентом необходимо постоянно наблюдать в течение 6-8 часов после травмы, чтобы не пропустить нарастание сдавления головного мозга.

Методы обследования:

1. электроэнцефалография (ЭЭГ);

2. Rg черепа в двух проекциях;

3. компьютерная томография (КТ);

4. магнитнорезонансная томография (МРТ);

5. эхоэнцефалография;

6. ангиография;

Первая помощь – пациента как можно быстрее необходимо доставить в нейрохирургическое отделение.

Лечение – трепанация черепа, опорожнение гематомы, остановка кровотечения. После операции – дегидратационная терепия, симптоматическая терапия, антибиотики, снотворные и седативные средства.

Переломы свода черепа

в большей степени страдает внутренняя пластинка кости. Костные отломки, вдавливаясь, могут повреждать твёрдую мозговую оболочку, вещество мозга. При разрыве сосудов твёрдой мозговой оболочки формируются субдуральные гематомы. Переломы свода черепа могут быть закрытые и открытые. Закрытые переломы можно обнаружить только рентгенологически, местно образуется гематома (косвенный признак). При открытых переломах диагноз можно установить во время первичной хирургической обработки.

Переломы основания черепа

возникают при повреждении свода черепа как продолженный перелом при падении вниз головой или на ноги. Возникшие трещины переходят на глазницу и кости носа. Может быть разрыв твёрдой мозговой оболочки.

Клиническая картина

состояние тяжёлое. Пациент без сознания. Из уха или носа истекает ликвор, t тела повышается, PS резко учащён, снижены сухожильные рефлексы, снижена мышечная сила. На вторые – третьи сутки с момента травмы появляются кровоизлияния в полость орбиты. Двусторонние кровоизлияния вокруг глаз носят название симптома ,, очков”. При переломе лобной кости со вскрытием придаточной полости (лобной пазухи) появляется подкожная эмфизема в области лица.

Диагноз ставится на основании клинической картины, рентгенографии черепа в 2-х проекциях, МРТ или КТ. При необходимости производят спинномозговую пункцию, при которой получают цереброспинальную жидкость, окрашенную кровью.

Первая помощь.

1. наложить повязку на рану, транспортировать пострадавшего в хирургическое отделение.

2. иммобилизация – голову кладут на ватно-марлевую баранку или транспортную шину;

3. ввести наркотические анальгетики;

4. при показаниях проводят противошоковые мероприятия;

В хирургическом отделении проводят ПХО раны, ревизию раны, если перелом вдавленный, то проводят операцию – трепанацию черепа. В послеоперационном периоде осуществляют тщательный уход за больным, проводят дегидратационную терапию, вводят антибиотики, сердечные и мочегонные средства.

Уход за пациентом при черепно-мозговой травме читай в книге.

читать стр.260-266; учить стр.266-274

Лекция № 27. Тема: Сестринский уход при переломе позвоночника и костей таза.

(читай в книге)