

## «СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»

Дополнительные мероприятия и манипуляции, связанные с особенностями конкретных хирургических вмешательств.

### УХОД ЗА ДЕТЬМИ В ОТДЕЛЕНИИ ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

В отделение торакальной хирургии госпитализируют детей с разнообразными заболеваниями и пороками развития органов грудной полости и средостения.

Наряду с обычными клиническими методами исследования в торакальной хирургии широко распространены различные инструментальные и специальные рентгенологические методы. Это обуславливает более частое применение общего обезболивания при проведении данных исследований. Средний медицинский персонал участвует в проведении многих исследований и следит за состоянием ребенка после процедуры.

В послеоперационном периоде главное внимание уделяется профилактике возможных осложнений, связанных со специфичностью самих оперативных вмешательств (дыхательная недостаточность, кровотечение). Одними из самых грозных осложнений послеоперационного периода является ателектаз легкого – неполное расправление сегмента, нескольких сегментов, доли или всего легкого. Во-первых, это связано с гиповентиляцией в ходе самой операции и с недостаточными дыхательными экскурсиями вскоре после операции. Во-вторых, это связано с закупоркой приводящего бронха. Данное осложнение усугубляет гипоксию и может явиться причиной послеоперационной пневмонии.

Так же чрезвычайно опасен коллапс легкого – спадение легкого при негерметичности швов на легком или культе бронха.

Профилактические мероприятия, направленные на снижение частоты этих осложнений, начинают с первых минут перевода больного из операционной в палату. После выхода из наркоза, ребенок начинает предъявлять жалобы на боль в послеоперационной ране.

Боль сковывает дыхательные движения грудной клетки, уменьшается ампли-

туда дыхания, нарастает дефицит кислорода в периферической крови. Уменьшение дыхательной амплитуды способствует нарушению дренажной функций бронхов, закупорке их слизью и развитию ателектаза.

В борьбе с болью имеют значение:

1. придание больному функционального положения – возвышенного на здоровом боку;
2. введение обезболивающих препаратов (строго по часам, в дозировке адекватной тяжести операции);

Сестра должна тщательно следить за проявлениями болевого синдрома и немедленно докладывать врачу об изменениях в состоянии больного. Чрезвычайно важно, чтобы больной испытывал как можно менее сильную боль.

Большинство операций на органах грудной клетки заканчиваются введением в плевральную полость дренажной трубки. Дренажная трубка необходима для отвода из плевральной полости скапливающегося там экссудата (кровь из мелких сосудов, тканевая жидкость из лимфатических сосудов). Различают активную (вакуумную) систему дренажной аспирации и пассивную, через отводной клапан – так называемый дренаж по Бюлау.

Особое внимание медицинская сестра должна обращать на функцию системы активной аспирации. Необходимо фиксировать количество выделяемой из плевральной полости жидкости и ее характер. Обо всех изменениях, как то увеличение объема или интенсивность геморрагического окрашивания, она должна сразу же сообщить врачу. Появление в выделяемой жидкости: пузырей воздуха указывает на появление в плевральной полости воздуха – пневмоторакса, при этом нужно проверить герметичность системы дренажа – врачебная манипуляция.

Часто в послеоперационном периоде, больным проводится оксигенотерапия – введение кислорода через катетер, как правило, назофарингиальный. При этом необходимо контролировать работоспособность системы подведения кислорода, а так же соблюдать меры предосторожности, так как кислород очень огнеопасен.

Важно контролировать состояния повязки или наклейки на послеоперационной ране. После торакальных операций, у детей не применяют циркулярные повязки, т.к. они ограничивают дыхательные экскурсии грудной клетки. В целом уход за послеоперационной раной аналогичен уходу в послеоперационном перио-

де после других видов вмешательств.

Осуществляется контроль за дыханием. Подсчет числа дыхательных движений за минуту, при этом различают: учащение, одышку, урежение и остановку дыхания.

Одышка – затруднение вдоха – инспираторная или выдоха – экспираторная. Часто это признак нарастающей дыхательной недостаточности (ателектаз, коллапс легкого).

У детей раннего возраста при раздражении плевры возникает затрудненное кряхтящее дыхание. При нарастающей дыхательной недостаточности увеличивается цианоз (синюшность) кожи лица и слизистых, тахикардия. Все эти признаки сестра должна вовремя заметить и немедленно сообщить врачу. Для улучшения легочной вентиляции необходимо следить за нормальным опорожнением кишечника. У детей абдоминальный тип дыхания, особенно у самых маленьких, а потому повышение давления в брюшной полости может привести к значительному ограничению экскурсий диафрагмы. Таким образом, при вздутии живота необходимо поставить очистительную клизму или ввести газоотводящую трубку.

Для профилактики осложнений (ателектаза, гиповентиляции и застоя в легких) в послеоперационном периоде большое внимание должно уделяться дыхательной гимнастике. Элементарным упражнением в первые часы после операции является следующее: нужно ежечасно заставлять больного глубоко вдохнуть и покашлять трудно. Начиная с 3х суток после операции (к этому времени удаляется дренаж) расширяется комплекс дыхательной гимнастики. Это является одним из основных методов профилактики легочных осложнений.

Важно чаще проветривать палату, чтобы постоянно в палате был свежий воздух, и полноценное калорийное питание.

В торакальном отделении часто лечатся больные с гнойными заболеваниями легких и плевры, при этом довольно частым осложнением бывает пиоторакс (скопление гноя в плевральной полости) и пиопневмоторакс (скопление гноя и воздуха в плевральной полости). В состоянии таких больных очень быстро может наступить резкое ухудшение и возникнуть угроза для жизни в результате расстройств в функции дыхания и сердечно-сосудистой системы (особенно это бывает выражено у детей раннего возраста).

Основным признаком катастрофы является нарастающая одышка, кряхтящее затрудненное дыхание и цианоз. В палату к таким больным сестра должна заходить как можно чаще, внимательно следить за ритмом дыхания ребенка. При развитии указанных осложнений срочно выполняется пункция плевральной полости или дренирование плевральной полости (дренаж по Бюлау). При этом необходимо следить за тем что бы дренаж не перегнулся или просвет его не закрылся сгустком гноя, что может вновь привести к нарастанию плеврального напряжения и коллапсу легкого.

После постановки дренажа, его приходится неоднократно промывать, чтобы восстановить проходимость. Если по дренажу за короткий промежуток времени прекратилось отхождение воздуха (а клапан не колеблется в такт дыхания), сестра должна немедленно поставить врача в известность.

## УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В УРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.

К урологическим больным относятся дети с заболеваниями и пороками развития органов мочевого выделения.

Специфика ухода за больными определяется тем, что ряд детей с урологическими заболеваниями страдают недержанием мочи или имеют мочевые свищи (как один из этапов хирургического лечения или порок развития). Поэтому особое внимание уделяется гигиеническому уходу за больными. У всех детей в кровати под простыней должна находиться клеенка для предохранения матраца от промокания мочой, им чаще, чем другим больным приходится менять постельное белье, по этому на посту должен быть необходимый запас простыней и пеленок. Больным с мочевыми свищами и недержанием мочи делают ежедневные гигиенические ванны, несколько раз в день производят подмывания ребенка. На промежности, в области бедер могут развиваться мочевые дерматиты, сопровождающиеся зудом, расчесами, что опасно ввиду развития инфекции. При этом проводят УФО облучение и смазывание кожи защитными мазями.

В урологическом отделении чаще, чем в других проводится сбор мочи для различных лабораторных исследований. Для сбора мочи существует ряд правил.

Прежде всего, перед сбором мочи необходимо произвести туалет наружных половых органов. Собирается средняя порция мочи. У девочек собирается из тщательно обработанного и чистого горшка. У новорожденных и грудных детей сбор осуществляют путем крепления к половым органам резинового мешочка. Наиболее точно и объективно – это сбор мочи катетером.

Очень важна роль медицинской сестры в послеоперационном уходе за больным. Особенности ухода за урологическим больным после операции обусловлены прежде всего наличием дренажей, введенных при операции на различные уровни мочевыводящих путей. Дренажи, как правило вводятся на длительное время, поэтому они должны быть хорошо фиксированы к коже (пластырем или подшиты). Преждевременное удаление дренажа может привести к тяжелым осложнениям, сводящим на нет успех выполненной операции и повлечь за собой образование мочевых затеков с последующим развитием тяжелого воспаления. По этому необходимо профилактировать возможность того что бы ребенок самостоятельно выдернул дренаж, путем длительной фиксации ребенка в постели. После фиксации ребенка в кровати дренажи соединяют специальными

пластиковыми или стеклянными переходниками с силиконовыми трубками, конец которых свободно опускается в подвешенную к кровати емкость. Каждый дренаж опускается в отдельную емкость. Сестра постоянно следит, чтобы дренажная трубка не перегибалась и обеспечивала постоянный отток мочи. Обязательно регистрируется характер отделяемого (моча с кровью, гноем и т.д.) и измеряется общий объем за сутки (а по показаниям каждый час).

Дренажи подразделяются на функциональные и страховые. Функциональные – это те дренажи, которые вводятся в просвет мочевыводящих путей (почечная лоханка, мочеточник, мочевого пузыря).

По этим дренажам всегда должна отделяться моча. Нарушение отхождения мочи может наблюдаться при перегибе дренажа, закупорке просвета. Это всегда опасно, т.к. накапливающаяся в органе моча начинает просачиваться через швы, образуя мочевой затек.

Причину задержки отхождения мочи нужно устранять незамедлительно (устранить перегиб, промыть дренаж раствором фурацилина). При промывании дренажа отдельно промывается его внутренняя часть и наружная.

Страховые дренажи – это те, конец которых вводится в забрюшинное пространство, вне просвета мочевых путей. Их вводят на несколько суток, для облегчения оттока тканевой жидкости и улавливания той части мочи, которая может просачиваться через швы. Эти дренажи профилактуют мочевые затеки.

Эти дренажи не промываются, а соединяются с системой активной аспирации.

Опасным при урологических операциях является кровотечение в послеоперационном периоде (после операций на почке). Поэтому необходимо постоянно следить за характером (цветом) отделяемого по дренажам и возможным промоканием повязки кровью (о чем немедленно докладывать врачу).

В послеоперационном периоде нередко у больных развивается острая почечная недостаточность. Уменьшается количество или концентрация мочи, в организме накапливаются шлаки (уремия). Поэтому очень важно контролировать суточный объем мочи (по часам), а также концентрацию и другие показатели. Для этого выполняется ежедневный сбор мочи на анализ.

Основные понятия: олигурия – уменьшение объема суточной мочи,

анурия – отсутствие отделения мочи,

гипостенурия – уменьшение концентрации мочи.

Если часть мочи выделяется через естественные пути, эту часть необходимо так же измерять, и общий объем складывается из этой части и той части мочи, которая выделяется по дренажам. У маленьких детей каждую пеленку после мочеиспускания необходимо взвешивать.

При возникновении задержки мочи (естественным путем) приходится прибегать к катетеризации мочевого пузыря.

#### Профилактика пролежней.

У ослабленных больных, длительное время прикованных к постели, могут возникнуть пролежни. Пролежни представляют собой поверхностные, а нередко и глубокие омертвения покровных тканей. Они обычно возникают на местах продолжительного давления, где костные выступы мало прикрыты мягкими тканями. Омертвевшая кожа отторгается, образуется медленно заживающая трофическая язва, которая может служить дополнительными входными воротами для инфекции.

#### Профилактика:

1. изменение положения тела больного на койке,
2. несколько раз в день расправлять и разглаживать простынь,
3. подкладывание резинового круга под крестец,
4. подвешивание в «гамачок» или противопролежневые матрасы,
5. ежедневное протирание кожи камфорным спиртом,
6. тщательная гигиена кожи больного,
7. ультрафиолетовое облучение,
8. активное лечение основного заболевания.

Пролежни нередко возникают у детей, находящихся в гипсовых повязках. Неправильно наложенная повязка вызывает постоянное давление. В этом месте вначале ребенок испытывает боль, затем боль исчезает, т.к. нарушается кровообращение и гибнут нервные окончания. Первый признак пролежня под повязкой – неприятный сладковатый, гнилостный запах из-под повязки, такую повязку необходимо немедленно снять и лечить пролежни.

## УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.

1. Тщательная асептика. Изоляция персонала с респираторной инфекцией. Тщательная обработка рук после ухода за каждым ребенком.
2. Туалет новорожденного. Ежедневные ванны (если нет противопоказаний). Подмывание ребенка после каждой дефекации, смена мокрых пеленок, использование стерильных пеленок.
3. Туалет пупочной ранки.
4. Поддержание оптимального температурного режима ( $22^{\circ}\text{C}$  для доношенных;  $25^{\circ}\text{C}$  для недоношенных).
5. Выхаживание в кювзах, где поддерживается постоянная температура, влажность, подается кислород.
6. Полубоксированные палаты. Влажная уборка 3 раза в сутки.
7. Обеззараживание воздуха бактерицидными лампами.
8. Ведение листа кормления. Учет разового и суточного объема. Ежедневное взвешивание.
9. Стерилизация резиновых сосков, хранение их в стерильной посуде. Разовое кормление из одной бутылочки.
10. Тщательный контроль физиологических потерь жидкости (с мочой, калом, рвотой).
11. Учет основных физиологических функций (дыхание, пульс, термометрия).

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ,  
ОПЕРИРОВАННЫМИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

К особенностям ухода относятся:

- Необходимость создания определенного положения больного в постели,
- Полное или частичное исключение приема жидкости и пищи через рот, с последующим постепенным расширением диеты,
- Необходимость постоянной или периодической декомпрессии желудка через зонд, при этом отделяемое собирают в специальную емкость, для оценки количества и характера отделяемого,
- Уход за больными которым выведены кишечные стомы.
- Профилактика раневой инфекции.