

дренажей, дренажных систем, контролирует проведение влажной уборки и кварцевание палат.

Частые перевязки не всегда необходимы в лечении операционных ран; после плановых операций при отсутствии выраженных болей в области раны, нормальной температуре у пациента рана может осматриваться через 1–2 суток, но она должна быть осмотрена ежедневно при выявлении даже небольших признаков инфицирования: гиперемии, отечности, усилении болей.

Дренирование раны выполняется с целью предупреждения скопления жидкости или крови и позволяет контролировать любое отделяемое — при несостоятельности анастомоза, скоплении лимфы или крови. Многие хирурги в последние годы предпочитают использовать закрытые дренажные вакуум-системы с небольшой силой аспирации (например, гофрированные дренажи, выпускаемые отечественной промышленностью) после операций на сосудах. Обычно дренаж удаляется, когда количество жидкости, получаемой ежедневно, снижается до нескольких миллилитров.

Кожные швы традиционно не снимают до того момента, пока рана не заживет полностью. Сроки заживления ран зависят от многих факторов. Так, целесообразно раннее удаление швов или скобок на шее или на лице (3–4-е сутки) для предотвращения образования неприглядного рубца. Затем на место швов могут быть наклеены липкие полоски (например, лейкопластыря) для предотвращения расхождения и лучшего заживления. На открытых участках кожи (лицо, шея, верхние и нижние конечности) более предпочтительными являются внутрикожные (косметические) швы, наложенные абсорбирующими или неабсорбирующими синтетическими нитями. Если же рана инфицируется, то может потребоваться снятие одного или более швов досрочно, края раны разводятся, выполняется дренирование.

Престарелые люди требуют особого внимания и ухода. Реакция на патологический процесс у них замедлена и менее выраженная, устойчивость к лекарствам обычно снижена. У пожилых значительно снижено ощущение боли, и потому возникающие осложнения могут протекать бессимптомно. Поэтому необходимо внимательно прислушиваться к тому, как пожилой паци-

ент сам оценивает развитие своей болезни, и в связи с этим изменять лечение и режим.

Обычно у больных преклонного возраста желудочный зонд, дренажи, лишаящие их подвижности, удаляют как можно раньше; сводят к минимуму внутривенные вливания. Их рано поднимают с постели после операций на органах брюшной полости, нижних конечностях, что является профилактикой многих осложнений. Эти больные ждут от медперсонала особого отношения с учетом их психического состояния.

В. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Все, что происходит в операционной, называется интраоперационным периодом. После укладывания больного на операционный стол в операционной его обязательно фиксируют, отводят и фиксируют руку для выполнения венозного доступа. Далее каждая бригада выполняет свой раздел работы. Анестезиологическая бригада готовит больного к наркозу и проводит его, осуществляя постоянный контроль работы жизненно важных функций организма, поддерживает его гомеостаз. Операционная бригада выполняет подготовку к операции и саму операцию. Главной задачей операционной медсестры является контроль соблюдения асептики и помощь хирургу при выполнении операции, для чего она должна знать все ее этапы. Окончанием этого периода является наложение асептической повязки на послеоперационную рану.

Операционная сестра несет ответственность моральную и юридическую за обеспечение сестринской помощи хирургическому пациенту на всех этапах лечения хирургического больного. Операционная медицинская сестра во время операции работает непосредственно с хирургами, усваивая специальную терминологию, общий стиль поведения, медицинскую культуру. Самостоятельно, в периоперативный период операционная сестра выполняет санитарно-противоэпидемические (защита пациента от инфекции, накрытие стерильного стола, подача хирургического инструментария), вспомогательно-технические мероприятия (контроль готовности оборудования к работе,

размещение пациента на операционном столе, защита пациента от термических ожогов во время операции, перемещение его на каталку и транспортировка из операционной).

Итак, основным методом лечения больных хирургического профиля является выполнение оперативного вмешательства (операции).

Хирургическая операция — это мероприятие, осуществляемое посредством механического воздействия на ткани и органы пациента с лечебной и диагностической целью.

Классификация операций

По назначению:

- *диагностические* — операции, выполняемые с целью определения или уточнения характера заболевания: биопсия, пункция полостей, эндоскопические методы, лапароскопия, диагностическая лапаротомия, зондирование полостей сердца, ангиография;

- *лечебные* — операции, выполняемые с целью устранения последствий заболеваний: аппендэктомия, холецистэктомия, резекция желудка и т.д.

По полноте операций:

- *радикальные* — операции, направленные на полное устранение патологического очага (аппендэктомия, грыжесечение, резекция кишки и т.д.);

- *паллиативные* — операции, направленные только на облегчение состояния больного без устранения патологического очага (гастростомия при раке пищевода, обходной анастомоз или искусственный свищ при опухоли кишечника и т.д.).

По срочности:

- *плановые* — операции, выполняемые в плановом порядке, которые можно отложить без ущерба для здоровья больного на неопределенное время (грыжесечение при неущемленных грыжах, холецистэктомия при желчно-каменной болезни без осложнений и т.д.);

- *срочные* — операции, выполняемые в первые сутки после поступления больных; откладывание операции на более длительный срок может привести к прогрессированию заболевания и

ухудшению состояния больных (приступ острого холецистита, не купирующегося консервативными мероприятиями в течение 1–3 суток);

- *экстренные* — неотложные операции, выполняемые в первые часы и даже минуты поступления больных (ранения, кровотечения, острый аппендицит, прободная язва, ущемленная грыжа и т.д.);

По этапам выполнения:

- *одноэтапные операции*: патологический очаг удаляется за 1 операцию (в 1 этап) (аппендэктомия, резекция желудка);

- *многоэтапные операции*: из-за тяжести состояния или протяженности патологического процесса операция выполняется в 2 и более этапа (при толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии на 1-м этапе выполняется операция — ликвидация непроходимости путем наложения разгрузочной колостомы, после стабилизации состояния больного выполняют 2-й этап — резекция части кишки с опухолью);

- *симультаные операции* (то есть во время одной операции выполняются несколько оперативных приемов на разных органах — например, аппендэктомия и ушивание кисты яичника, выполненные из аппендэктомического доступа при апоплексии кисты яичника, диагностированной интраоперационно).

По степени чистоты:

- *чистые операции* — плановые операции без вскрытия просвета полого органа (грыжесечение, удаление селезенки, операции при пороках сердца);

- *условно-чистые операции* — плановые операции, при которых вскрывается просвет полого органа (резекция желудка, холецистэктомия);

- *загрязненные операции* — операции, сопровождающиеся неминуемым попаданием содержимого полого органа в рану (эпицистостома, гастростома, илеостома);

- *грязные, или первично-инфицированные операции*, — операции, выполняемые на фоне уже имеющейся инфекции в зоне вмешательства (при перитонитах, абсцессах, флегмонах, свищах).

По кратности выполнения:

- *первичные операции* — излечение больных наступает после одной операции;
- *повторные операции* — вмешательства, выполняемые в связи с развившимися осложнениями в раннем послеоперационном периоде (к таким операциям добавляется приставка «ре-»): (релапаротомия — повторная лапаротомия в связи с развитием послеоперационных внутрибрюшных операций; реампутация — повторная ампутация конечности в связи с гангреной или остеомиелитом культи);
- *реконструктивные операции* — вмешательства, выполняемые с целью устранения неблагоприятных исходов первичных операций (повторная резекция желудка при демпинг-синдроме, билиодигестивные анастомозы при постхолецистэктомическом синдроме).

В ходе хирургической операции различают три этапа:

- 1) оперативный доступ — манипуляция, посредством которой обнажают органы и ткани, являющиеся объектом хирургического вмешательства;
- 2) основной момент — оперативное вмешательство на органе, имеющем патологические изменения;
- 3) заключительный этап — восстановление тканей, разрушенных во время оперативного доступа.

Решающим этапом хирургического вмешательства считается основной момент операции. Действия хирурга, выполняемые на том или другом органе, лежат в основе названия всей операции (аппендэктомия — удаление червеобразного отростка слепой кишки, резекция желудка — удаление части желудка, гастростомия — наложение наружного свища на желудок и пр.).

Операции могут быть большими и малыми. Большие операции проводят в стационаре, малые — в поликлинике (удаление липомы, атеромы, вскрытие абсцесса, панариция).

По существующей номенклатуре название операции строится из названия (названий) оперируемых органов и основного приемляемого оперативного приема. Например:

stomia (стомия) — создание искусственного свища;

resectio (резекция) — иссечение части органа;

tomia (томия) — вскрытие полого органа;

amputatio (ампутация) — отсечение органа. Данный термин чаще всего применяется к органам наружной локализации (например, ампутация конечности, молочной железы, полового члена, языка).

Трепанация — создание отверстия в кости (черепе, трубчатых костях); **томия** — вскрытие полости (лапаротомия — вскрытие брюшной полости; торакотомия — вскрытие грудной клетки; краниотомия — вскрытие полости черепа; герниотомия — грыжесечение; трахеотомия — вскрытие трахеи).

Проводить операции имеет право только специалист-хирург, имеющий сертификат по хирургии.

В операции участвуют как минимум два врача (оператор и ассистент), операционная медицинская сестра, врач-анестезиолог, медицинская сестра-анестезист. Если операция выполняется под местной анестезией, присутствуют только врачи-хирурги и операционная сестра.

Положение пациента на операционном столе

Перед операцией важно правильно уложить больного на операционном столе. Операционные столы различной конструкции предназначены для выполнения оперативных вмешательств. Конструкции операционных столов и механизированные приспособления к ним позволяют пациенту придать то положение, которое будет оптимальным для выполнения оперативного приема. Положение должно быть удобно не только для хирурга, но и не нарушать функции органов и систем пациента, особенно дыхания и кровообращения.

Операционная сестра после укладки пациента на операционном столе при помощи вентиля и педалей придает операционному столу необходимое положение. При этом ее задача — не нарушить правила асептики. Если медсестра одета в стерильную одежду, то лучше попросить помощника помочь уложить пациента в правильное положение.

Кроме операционных столов для общехирургических операций, существуют столы специального назначения, например, ортопедические — для проведения ортопедических и травматологических операций, наложения некоторых видов гипсовых

повязок. Для проведения перевязок служат перевязочные столы. Они более облегченные, могут быть снабжены передвижными приспособлениями. В зависимости от цели и вида операции выделяют несколько положений на столе.

Размещение оборудования и участников операции зависит от характера операции. Например, при операциях на органах брюшной полости операционный стол располагается в центре под бестеновой лампой, под углом к ножному концу располагают стол операционной медсестры с хирургическим инструментарием, аппаратура для наркоза располагается в головном конце пациента вместе с бригадой анестезиологов. Хирург и ассистент располагаются по обе стороны от хирургического стола.

При выполнении эндоскопических операций в операционной устанавливаются стойка с оборудованием и монитор, такие операции проводятся под видеонаблюдением.

Хирургический инструментарий

Хирургический инструментарий — инструменты, применяемые при хирургических манипуляциях в перевязочной и операционной, а также при диагностических обследованиях.

Различают общехирургические инструменты и специальные: акушерско-гинекологические, нейрохирургические, оториноларингологические, офтальмологические, стоматологические, ортопедические, урологические и др. Созданы специальные инструменты для радиоманипуляций, сердечно-сосудистой лечебной, лазерной хирургии и др.

По выполняемым функциям инструменты можно разделить на следующие группы:

1) инструменты, предназначенные для разъединения тканей:

- а) **Режущие** — с рабочей частью из металла, включающие одно или несколько лезвий для разделения мягких тканей (рассечение и разрезание), резекции органов, иссечения опухолей, удаления полипов, скусывания, выскабливания и т.д. К ним относят ножи и ножницы медицинские, скальпели, кюретки, петли медицинские, ложки, выкусыватели, аденотомы, конхотомы и др.

- б) **пилящие и сверлящие инструменты** — медицинские пилы, медицинские рашпили — инструмент с насечками, расположенными на плоской рабочей части, для обработки поверхности кости, фрезы, сверла, трепан, бор и др. — многолезвийные инструменты для обработки костей при вращательном движении;
- в) **тупоразделяющие инструменты** (для расширения естественных каналов, исследования узких ходов, зондирования и тампонады ран, тупого разделения тканей и отслойки надкостницы). К ним относят бужи, зонды, катетеры, трубки трахеотомические, интубационные, канюли и т.д., распаторы — инструменты с одним лезвием, перпендикулярным к продольной оси, и др.

2) **Колющие инструменты**, полые внутри (трубчатые), для проколов с целью введения лекарственных растворов внутрискожно, подкожно, внутримышечно, внутривенно и т.д., пункций и других манипуляций: иглы инъекционные, для взятия крови, для переливания крови, перфораторы, троакары, троакары-наконечники, троакары-катетеры и др., иглы цельные для наложения швов-хирургические, атравматические;

3) **Зажимные, или захватывающие** (многоповерхностного воздействия), захватывающие и сдавливающие инструменты (для остановки кровотечения, пережатия трубчатых и полых органов при их резекции, для удерживания и фиксации мягких и костных тканей, органов или хирургических игл и пережатия эластичных трубок). К ним относятся зажимы кровоостанавливающие и для полых органов, фиксационные, жомы желудочные, иглодержатели, костедержатели, языкодержатели, пинцеты, щипцы, корнцанги, держатели режущих инструментов, держатели органов и др.

4) **Извлекающие инструменты** — для извлечения инородных тел и камней, удаления зубов, извлечения спиралей и т.д. — петли, экстракторы, щипцы зубные и др.

5) **Расширяющие и оттесняющие инструменты или для защиты тканей** — для расширения ран, естественных полостей, проходов и каналов, оттеснения органов, оттягивания (ретракции) мягких тканей при осмотре или оперативном вмешательстве, для

предохранения окружающих тканей от случайных повреждений. К таким инструментам относятся желобоватый зонд, зонд Кохера, лопаточка Буяльского, лопаточка Ревердена, ретрактор лопаточки, пластинки и шпатели, крючки, подъемники, зеркала, рано-, веко- и роторасширители, расширители гинекологические, дилататоры и др.

6) **Инструменты для расширения раны.** Данная группа инструментов включает острые и тупые крючки, пластинчатые крючки Фарабефа, зеркало брюшное, зеркало печеночное, различные ранорасширители (Микулича, Госсе, «мини-ассистент» для малоинвазивных операций), трахеорасширитель Труссо, роторасширители, ректальные зеркала.

7) **Инструменты для соединения тканей.** Соединение рассеченных тканей осуществляют с помощью различных инструментов и аппаратов. Ткани соединяют путем наложения на них швов с помощью хирургических игл, которые могут быть прямыми и изогнутыми, круглыми и режущими.

Для продевания нити в ушко иглы, которое имеет прорезь, снабженную двумя пружинящими выступами, нить накладывают на проушину в натянутом состоянии и с определенным усилием продавливают ее в рабочее отверстие.

Наименее травматичными являются так называемые атравматические иглы. Это иглы одноразового пользования, нить у них запрессована в тупой конец иглы.

Проведение иглы через ткани осуществляют с помощью иглодержателей различной конструкции в зависимости от вида операции, характера тканей.

Для соединения тканей созданы разнообразные сшивающие аппараты (клипсеры, степлеры), соединяющие ткани с помощью металлических скрепок.

8) **Травматологические изделия для соединения костей** (пластинки, винты, шурупы, стержни, гвозди, кронштейны, спицы), для воздействия на кости (скобы, шины, манжетки) и корригирующие изделия (прокладки и др.).

9) **Вспомогательные инструменты** (молотки, отвертки, ключи, коловороты, дрели и т.д.).

В зависимости от области применения и назначения хирургические инструменты имеют разные размеры, эластичность,

изящность. Например, офтальмологические микрохирургические инструменты малы по размеру, более легкие, акушерско-гинекологические, наоборот, удлиненные и снабжены массивными ручками, а сердечно-сосудистые инструменты более тонкие и изящные.

Детский хирургический инструментарий в целом менее массивен, чем инструментарий для взрослых. Инструменты для лазерной хирургии имеют верхнюю браншу на манер зажимов, с продольной щелью для прохождения лазерного излучения, а нижнюю, более массивную, предохраняющую нижележащие ткани от воздействия излучения.

10) **Эндоскопические инструменты** — для выполнения операций из небольших разрезов.

2.2. ДРЕНИРОВАНИЕ РАН И ПОЛОСТЕЙ, ПУНКЦИИ

Оперативное вмешательство не всегда заканчивается ушиванием раны. Если рана инфицирована, сильно загрязнена, есть вероятность скопления большого количества жидкости на дне раны ПХО или операция может заканчиваться введением в рану дренажа.

Дренаживание — лечебный метод, заключающийся в выведении наружу отделяемого из ран, гнойников, содержимого полых органов, естественных или патологических полостей тела. Полноценное дренаживание способствует максимальному отторжению погибших тканей и микроорганизмов, в результате чего создаются благоприятные условия для заживления.

Дренаживание ран и полостей является важным элементом абсолютного большинства хирургических вмешательств обязательным условием достижения успеха лечения.

К дренаживанию предъявляется ряд общих требований.

- Дренаживание должно обеспечить отток жидкости на протяжении всего срока лечения раны, патологической полости и т.д.
- Расположение дренажа в ране (полости) должно быть оптимальным, и отток жидкости не должен обеспечиваться приданием больному вынужденного положения в постели.