

ОБЩИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.

Уход за больными в отделении детской хирургии существенным образом отличается от ухода за детьми, находящимися на лечении в соматических отделениях. Во-первых, тем, что основное число больных подвергается оперативному вмешательству. Сама по себе хирургическая операция является для ребенка серьезной физической и психической травмой, в результате которой временно нарушаются функции основных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной, регуляторной, иммунной). Весь организм ребенка остро реагирует на операционную травму. Поэтому успех хирургического вмешательства возможен лишь в результате кропотливого, терпеливого, грамотного выхаживания силами всего медицинского персонала, и в первую очередь – медицинской сестры. При этом особое значение придается пунктуальному соблюдению медицинской сестрой письменных назначений и устных указаний врача, касающихся мельчайших деталей ухода за больным с учетом тяжести выполненной операции, характером заболевания, возрастом ребенка и индивидуальными особенностями каждого пациента. Послеоперационный уход можно разделить на два вида: общий послеоперационный уход и специальный. Общий послеоперационный уход проводится за каждым больным независимо от характера выполненной операции. Специальный послеоперационный уход включает в себя дополнительные элементы и манипуляции, исходя из специфичности хирургической операции (торакальные, абдоминальные, урологические, ортопедические и т.д.).

Общий послеоперационный уход.

Послеоперационный уход начинается с того момента, когда хирург завязал последний шов на ране и закрыл ее повязкой. Некоторое время ребенок находится в операционной под наблюдением врача-анестезиолога (у детей операции в основном выполняются под общим обезболиванием). На операционном столе к концу операции уже должно начинаться пробуждение больного.

В том случае, если операция шла под интубационным наркозом с управляемым дыханием, то с операционного стола больного можно снимать лишь тогда, когда после удаления интубационной трубки стойко восстановилось ритмичное дыхание больного и функция сердечнососудистой системы.

В некоторых клиниках при операционном блоке имеются специальные помещения – послеоперационный зал, где больной непродолжительное время находится под наблюдением медицинских сестер – анестезисток. Они наблюдают за больным до полного пробуждения. После операции ребенок переводится из операционной в палату, где к этому времени ему уже должна быть приготовлена постель, застеленная чистым бельем. Если операция продолжалась долго и есть опасность переохлаждения ребенка на операционном столе, то необходимо приготовленную постель предварительно согреть горячими грелками. Ребенка укладывают в постель горизонтально, не подкладывая под голову подушку (для профилактики аспирации рвотных масс), можно подложить полотенце или пеленку (на случай рвоты). Послеоперационный ранний период (до полного пробуждения) является опасным для жизни, когда больному угрожают две опасности: западение языка (асфиксия) и рвота с последующей аспирацией рвотных масс. По этому, до полного пробуждения у постели больного должна находиться сестра. Как только сестра замечает позывы у ребенка к рвоте, она немедленно поворачивает голову ребенка на бок, выводит язык, а после выбрасывания рвотных масс тщательно протирает полость рта заранее подготовленной пеленкой. Индивидуальное наблюдение в таких случаях необходимо до полного пробуждения и прекращения рвоты.

Нередко в момент рвоты у ребенка происходит спазм жевательной мускулатуры и челюсти оказываются сомкнутыми. В этом случае нужно срочно разомкнуть челюсти больного роторасширителем (или ложкой) и продолжить между коренными зубами обмотанный бинтом металлический шпатель (все эти инструменты должны быть приготовлены заранее).

Ребенок в период пробуждения и некоторое время ведет себя беспокойно. Подчас бывает слишком активен и возбужден, при этом сознание его затемне-

но, он часто меняет положение в постели и этим может причинить вред своему здоровью. В таком состоянии он может сорвать повязку, повредить швы на ране, упасть с кровати. Поэтому приходится прибегать к фиксации больного, которую осуществляют путем привязывания к кровати конечностей с помощью манжеток, сделанных из бинтов и ваты. Очень беспокойных детей дополнительно фиксируют за туловище широким мягким поясом. Фиксация не должна быть грубой. Слишком тугое затягивание конечностей манжетками **МОЖЕТ** вызвать боль и венозный застой. Фиксации осуществляют до полного пробуждения. Примерно через 4 – 6 часов после операции ребенок полностью пробуждается, и фиксацию можно снять. У маленьких детей иногда приходится более длительное время фиксировать руки во избежание повреждения и инфицирования швов.

В *ближайшем* послеоперационном периоде у детей большое значение имеет борьба с болью. Если ребенок плачет или жалуется на боль в области операционной раны, сестра немедленно сообщает об этом врачу. После небольших по объему операций достаточно бывает однократного введения обезболивающих средств, вскоре после пробуждения, и вечером перед сном. После больших и тяжелых операций медикаментозное обезболивание проводят от 4 до 6 раз в сутки в течение первых 2 – 3 дней.

Нельзя допускать, чтобы больные после операции страдали от боли. Сама по себе не устраненная боль может явиться причиной ряда серьезных осложнений (о чем будет сказано в разделе уход за больными – после торакальных операций).

В период пробуждения и последующие часы ребенок испытывает жажду, просит пить. До полного пробуждения ребенка поить нельзя из-за риска рвоты. После пробуждения можно поить ребенка, если ему не противопоказано питание через рот (энтеральное питание) (перитонит, непроходимость кишок). В начале дают пить 2-3 чайные ложки через 20-30 мин. (кипяченая вода, охлажденный чай), затем можно дозу увеличить (до 0,5 стакана старшим детям обычно такого количества бывает достаточно).

Однако если ребенок продолжает испытывать сильную жажду (настоятельно просит пить, пытается с этой целью встать), сестра обязана немедленно поставить в известность врача (сильная жажда является ранним признаком внутреннего кровотечения). Если имеется большая потребность в восполнении жидкости в раннем послеоперационном периоде, особенно после больших операций, производят внутривенное вливание растворов (5% глюкоза, физиологический раствор) капельным путем. В этом случае сестра контролирует функционирование капельной системы.

В ряде случаев в раннем послеоперационном периоде повышена потребность в кислороде. У таких детей сразу же при поступлении в палату необходимо обеспечить подачу кислорода - оксигенотерапию. Существуют разные способы оксигенотерапии от самых простых (через носовой катетер) до сложных (кислородная палатка, кувез, барокамера).

В послеоперационном периоде, особенно в раннем, необходимо следить за состоянием повязки на ране. Во-первых, повязку следует предохранять от попадания на неё рвотных масс, а у маленьких детей от загрязнения мочой и калом. Загрязненная, инфицированная повязка должна заменяться новой асептической. Во-вторых, в раннем послеоперационном периоде может быть кровотечение из раны. Кровопотеря для детей, особенно новорожденных и грудных чрезвычайно опасна для жизни (промокшая кровью повязка из одной марлевой салфетки может вбирать в себя до 50 мл крови), поэтому в первые часы и сутки после операции необходимо активно несколько раз открывать одеяло на больном и осмотреть повязку. Как только замечено небольшое её промокание кровью, сестра немедленно ставит в известность врача.

В раннем послеоперационном периоде необходимо контролировать следующие показатели: температуру, пульс, дыхание, цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек, артериальное давление, число мочеиспусканий и объем мочи, отхождение стула и газов.

ТЕРМОМЕТРИЯ. Обычно проводится утром и вечером, но некоторым больным проводится по назначению врача. По показаниям она проводится че-

рез каждый час (у истощенных, обезвоженных больных).

Выделяют:

- субнормальную температуру (до 36⁰)
- нормальную температуру (36-37⁰)
- субфебрильную температуру (37-38⁰)
- умеренно высокую (фебрильную) (38-39⁰)
- высокую (свыше 39⁰)

Гипертермия чрезвычайно опасна у детей, особенно новорожденных и грудных. Она может сама по себе привести к ряду патологических и угрожающих для жизни синдромов, например гипертермический синдром Омбредана (отека головного мозга), фебрильные судороги.

При повышении температуры до 38⁰ и выше сестра сразу ставит в известность врача.

КОНТРОЛЬ ПУЛЬСА. Ритмичное и волнообразное растяжение и сокращение артериальных стенок и называется пульсом. Исследуется он на лучевой и височной артериях (в зависимости от возраста).

Частота пульса в норме:

- у новорожденного – 140 – 150 ударов в мин.
- грудной возраст – 120 – 140 ударов в мин.
- от 1 до 2 лет – 110 – 120 ударов в мин.
- от 3 до 4 лет – 100 – 110 ударов в мин.
- от 5 до 10 лет – примерно 100 ударов в мин.
- старше 10 лет – 85 – 90 ударов в мин.

Увеличение количества ударов за минуту сверх возрастной нормы – называется тахикардия, уменьшение – брадикардия.

Тахикардия в послеоперационном периоде может быть признаком внутреннего кровотечения. Так же может возникать аритмия – неравномерность пульсовых волн, при серьезных нарушениях деятельности сердца (в обоих случаях немедленно поставить в известность врача).

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ.

- У новорожденных и грудных детей – от 60/40 до 80/50 мм. рт. ст.
- у детей дошкольного возраста – от 90/60 до 100/70 мм. рт. ст.
- в школьном возрасте – от 110/75 до 120/80 мм. рт. ст.

Снижение артериального давления, в раннем послеоперационном периоде – это важнейший показатель кровотечения и травматического шока.

ОСМОТР КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК.

Изменение цвета покровов так же может указывать на те или иные осложнения или заболевания.

- Бледность кожных покровов – симптом кровотечения.
- Синюшность (цианоз) – симптом асфиксии.
- Краснота – симптом лихорадки.
- Серо–землистый оттенок кожи лица – признак тяжелой интоксикация.
- Мраморный рисунок кожи туловища и конечностей – как правило, отмечается у больных сепсисом.
- Желтушность – при заболеваниях печени и системы крови.

КОНТРОЛЬ ЗА МОЧЕИСПУСКАНИЕМ, ОТХОЖДЕНИЕМ СТУЛА И ГАЗОВ.

После операций на нижнем этаже брюшной полости, на промежности, в паховой области у детей нередко возникает задержка мочеиспускания. При отсутствии мочеиспускания после операции в течение 6 – 8 часов сестра обязана предложить ребенку помочиться. Если это не будет сделано своевременно, у ребенка в дальнейшем развивается острая задержка мочи – спазм сфинктера, при этом ребенок уже не может сам помочиться.

У некоторых пациентов необходимо контролировать суточный диурез – соотношение выпитой и выделенной жидкости, например у больных после тяжелых операций. При этом оценивается функция почек.

Если ребенок испытывает боль при мочеиспускании, то это может быть признаком воспалительного процесса в нижнем этаже брюшной полости.

Ребенок должен иметь регулярное опорожнение толстого кишечника. За-

задержка стула и газов вызывает вздутие живота, что усиливает напряжение в ране и вызывает у ребенка боли (а у детей раннего возраста — давление на диафрагму — нарушение дыхания). В таких случаях очистительная клизма является действенным методом. Задержка стула и газов у больных после операций на органах брюшной полости является важным симптомом кишечной непроходимости.

Обязательно нужно регистрировать и характер стула. Появление в стуле патологических примесей (слизь, кровь, гной, зелень, жидкий стул) может быть как симптомом осложнения, так и признаком кишечного инфекционного заболевания. Особо в этом плане необходимо контролировать характер стула у детей раннего возраста.