

ОСНОВНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Проведение перевязок.

Перевязочная – это специально оборудованное помещение для выполнения перевязок и ряда процедур: инъекций, трансфузий, небольших операций, эндоскопических исследований, осмотр больных под наркозом, снятие швов.

В хирургических отделениях, куда госпитализируют плановых и экстренных больных, целесообразно иметь две перевязочные: чистую и гнойную. Для работы в перевязочной необходимо иметь определенный набор предметов, оборудования, инструментов, медикаментов, перевязочного материала и т.д. (оборудование перевязочной показать на практическом занятии) .

В том случае, если в отделении имеется одна перевязочная, то в начале рабочего дня в первую очередь производят манипуляции, требующие строгой асептики (новокаиновые блокады, различного вида пункции, некоторые эндоскопии) ,затем перевязывают больных с чистого отделения (смена повязок, снятие швов) , после этого перевязывают больных гнойного отделения. наибольший объем процедур в перевязочной составляют перевязки гнойного отделения. Больные с синегнойной инфекцией (пояснить: сапрофит на коже в местах, богатых потовыми железами. Очень стойкие, передаются от одного больного к другому, характерного цвета и запаха гной) перевязываются в последнюю очередь (специальный набор инструментов, повязки сжигаются) .

Ответственность за порядок работы перевязочной и соблюдение правил асептики несет перевязочная сестра. Она руководит работой во время перевязок и требует строжайшего соблюдения правил:

1. Строгая очередность перевязок (от самых чистых к гнойным)
2. Мед. персонал должен работать в масках, специальных (для перевязочной) халатах, резиновых перчатках.
3. Инфицированный перевязочный материал необходимо брать только инструментом, сбрасывать в ведро с педальной крышкой (материал в дальнейшем сжигается).

Все перевязки в детском хирургическом отделении выполняются в основном лечащим врачом. Перевязочная сестра накрывает (готовит к работе) инструментальный стол. Для каждого больного отдельно (на столике или в стерильном лотке) собирает необходимый для перевязки набор (инструмент, перевязочный материал) и подает его врачу, выполняющему перевязку.

Палатная сестра приводит (привозит на каталке) ребенка в перевязочную, помогает ему раздеться и укладывает на перевязочный стол. Перевязочный стол должен быть покрыт клеенкой (резиновый мягкий матрац) и чистой простыней. После каждого больного меняется простынь (пеленка), а клеенка или резиновый матрац протирается тряпкой, смоченной дезинфицирующим раствором.

При перевязке новорожденных и детей раннего возраста на стол дополнительно постилается стерильная пеленка. Для избежания охлаждения пациента применяют обогреватели (стол с подогревом, грелка, рефлектор).

При перевязке детей старшего возраста нельзя забывать о чувстве стыдливости у них. Поэтому следует прикрывать пеленкой обнаженные части тела больного. При производстве перевязки следует придерживаться совета Кохера – работать глазами и инструментом, не касаясь пальцами (аподактильно) раны и повязок. Естественно нельзя касаться той части инструмента, которая прикасается к ране.

Использованный инструмент кладется на перевязочный столик или лоток. После окончания перевязки инструмент убирается санитаркой, моется и готовится для дальнейшей стерилизации.

Снятие старой повязки всегда следует производить в направлении вдоль раны, от одного ее конца к другому, т.к. тяга прилипшей повязки поперек раны увеличивает зияние ее и причиняет боль. Прочно присохшую повязку нельзя ни в коем случае отирать (боль,

травма раны, кровотечение). Её нужно смочить 3% раствором перекиси водорода или стерильным физиологическим раствором (а в некоторых случаях стоит оценить, нужно ли вообще делать перевязку в данном случае) . После снятия повязки приступают к туалету раны и кожи вокруг нее (легкое притирание кожи марлевым шариком, смоченным дез. раствором, после этого осушить, затем обработать спиртом). После выполнения туалета накладывают асептическую повязку (сухую, смоченную в каком-либо растворе, мазевую).

Снятие кожных швов (найти в youtube).

Повязка раны с обильным гнойным отделяемым.

Снимают повязку и ее сбрасывают (в дальнейшем гнойный перевязочный материал сжигается).

Туалет раны: если гноя отходит много целесообразно подставить сбоку лоток (не допускать попадания гноя на стол, на простынь, пеленку)

Гной из раны удаляют следующим образом: накладывают на рану сухой марлевый шарик, который пропитывается гноем и затем сбрасывается (не использовать марлевые салфетки – не экономно, разносится гной на кожу). Если гной проступает из глубины можно его смыть с раны несильной струей из шприца раствором фурациллина. Очищенную рану нельзя сушить, прикладывая шарик или салфетку. После туалета раны завершают туалет кожи вокруг нее и накладывают новую повязку.

При ранах с особо неприятным запахом (гнилостный запах) целесообразно поверх повязки закапать несколько капель дезодоранта: скипидар или припорошить порошок камфары.

При обильном гнойном отделяемом необходимо казалось бы делать перевязки (несколько раз в день), но это явится лишней травмой раны и психики ребенка.

В этом случае повязку необходимо прикрыть пленкой, сложенной в несколько раз и укрепить ее, что предохранит постельное белье от загрязнения гноем.

Перевязка обширных гранулирующих ран (при термических ожогах) выполняется под общим обезболиванием. Присохшие повязки или отмачиваются раствором перекиси водорода или непосредственно перед перевязкой выполняется ванна порошком Новость, раствором марганцово-кислого калия (больной погружается в ванну весь или та часть тела, на которой наложена повязка).

Нельзя грубо обходиться с грануляциями, т.к. они являются барьером на пути инфекции.

На гранулирующую рану накладываются контурные мазевые повязки.

Особенностью перевязок больных с кишечными свищами является то, что кроме выполнения туалета раны и свища необходимо защитить кожу вокруг раны (вокруг свища) от воздействия кишечного отделяемого.

Ферменты кишечного отделяемого и его щелочная реакция вызывает мацерацию (растопление и отслойку эпидермиса) и воспаление. Поэтому на кожу вокруг свища накладывается паста Лассара, медицинский клей, полимерные составы, образующие пленку на коже. У таких больных перевязки приходится делать по мере промокания повязки (несколько раз в день) у детей старшего возраста применяются калоприемники.

Зондирование желудка (12 перстной кишки).

Показания: диагностическое – эвакуация содержимого и его осмотр, исследование желудочного сока;

лечебное – профилактика рвоты, декомпрессия, удаление токсического вещества, промывание желудка;

энтеральное питание – у недоношенных, у новорожденных с тяжелыми заболеваниями, у больных в бессознательном состоянии, у страдающих больных.

Инструменты: набор желудочных и дуоденальных зондов, резиновые катетеры, желудочные зонды для новорожденных, роторасширитель, шпатель (воронка с водой, таз).

Техника зондирования желудка:

а) у новорожденных – легкая процедура (оттянуть подбородок и без насилия вводить зонд, смазанный маслом)

б) у детей раннего возраста – шпателем надавить на корень языка, ребенок после этого сам открывает рот, вводит зонд по корню языка, после введения зонда между зубами вставить шпатель, обернутый бинтом (чтобы не повредить зубы)

в) у детей старшего возраста – ребенок сам сознательно открывает рот. Через салфетку захватывается кончик языка и слегка вытягивается вниз к подбородку. Смазанный конец зонда вводят в рот по корню языка. Продвигается в такт глотательных движений.

г) у детей в бессознательном состоянии

(часто во время наркоза) используется тонкий зонд и проводится в желудок через носовой ход или расширителем раскрываются челюсти и фиксируются, затем вводится зонд.

Зондирование желудка у детей целесообразнее проводить в положении ребенка лежа.

Введение зонда проводится до уровня, обозначенного меткой. Перед зондированием под голову подкладывают пеленку, клеенку (если в положении лежа) или надевают клеенчатый нагрудник (в положении сидя).

Выполнение клизмы

(греч.) промывание – введение в кишечник жидкости через задний проход

Клизмы бывают:

- очистительные
- лекарственные
- питательные

Очистительные:

- простая
- гипертоническая
- сифонная

Простая очистительная клизма выполняется кипяченой или обычной водопроводной водой комнатной температуры. Маленьким детям производится резиновым баллоном с мягким наконечником, детям старшего возраста система состоит их кружки Эсмарха, резиновой трубки и наконечника. Жидкость вводится в объеме 100-600 мл (добавляем масло).

Технику клизмы разобрать на занятиях.

Гипертоническая – 10% раствор поваренной соли или 10% сульфата магния объем 50-150 мл

Сифонная клизма – выполняется у детей врачом.

Собирается система для сифонной клизмы (наконечник, трубка, переходное стекло, трубка, воронка).

Жидкость 1-2% р-р поваренной соли. Объем приблизительно 500 мл на 1 год жизни. Технику постановки клизмы разобрать на занятиях.

Основное правило – количество выведенной жидкости должно быть больше количества введенной.

Лекарственная клизма: предшествует ей очистительная.

Питательная – вначале очистительная, затем вводят 5% глюкоза, физиологический раствор.

Скорость введения 6-10 капель, температура р-ра 39-40 градусов.

Катетер вводят на глубину 10-15 см.

Подготовка детей к операции.

Большинство больных, которые поступают в хирургическое отделение, подвергаются оперативному вмешательству. С момента поступления начинается предоперационный период, в течение которого усилия направлены на уменьшение риска операции, предупреждение осложнений. По существу весь предоперационный период является предоперационной подготовкой.

Мероприятия этого периода можно разделить на общие, т.е. обязательные перед любой операцией, и специальные, необходимые лишь при некоторых операциях.

Общая подготовка больных.

Общеклиническое обследование, определение группы крови, резус-фактор, санация полости рта.

Общая подготовка при небольших по объему операциях минимальная.

И наоборот, может иметь большой объем при тяжелых заболеваниях, сопровождающихся снижением функции отдельных органов систем.

В общую подготовку включается и психологическая подготовка ребенка к операции, о которой говорилось в первой лекции.

Специальная подготовка проводится при некоторых сложных и больших по объему оперативных вмешательствах, особо у больных со злокачественными опухолями и тяжелыми пороками развития (например, при пороках развития толстого кишечника – мегаколон).

Непосредственная подготовка к операции

накануне операции проводят мероприятия, уменьшающие опасность инфекции:

- а) гигиеническая ванна со сменой нательного и постельного белья
- б) если проводится пластическая операция, то область будущего операционного поля нужно завязать стерильной пленкой
- в) очистительная клизма
- г) утром повторно ставят клизму
- д.) при необходимости у детей старшего возраста утром выбривают место операционного поля и смазывают спиртом или хлоргексидином
- е) утром не поить и не кормить (опасность рвоты при даче наркоза)
- ж) за 30 минут предлагают ребенку помочиться

3.) в операционную доставляет ребенка или сестра-анестезиолог на руках (маленького) или вдвоем с палатной сестрой на каталке.

Подготовка больного к экстренной операции

При заболеваниях, требующих безотлагательной операции, время на проведение подготовки сокращается. Каждый час промедления с операцией ухудшает состояние ребенка. Подготовка сокращается до минимума. Характер общей подготовки определяется врачом-хирургом или врачом-анестезиологом (при перитоните, при кишечной непроходимости). Самым маленьким детям почти никакой санитарно-гигиенической обработки не требуется.

Старшим – обмыть при необходимости лишь руки и ноги. Часто больные поступают при экстренной ситуации с переполненным желудком.

Прежде, чем направлять больного на операцию, необходимо зондом опорожнить желудок, нарушения этого правила грозит опасностью аспирации рвотных масс (при даче наркоза) на операционном столе. В особых ситуациях (ранения с тяжелым, угрожающим жизни кровотечением) больные с приемного отделения сразу доставляются в операционную, где и проводится непосредственная подготовка (трансфузия, дача кислорода, выведение из шока).