

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ ПРИ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Н.Б. Дуйсенов, Л.Ж. Оракбай, Р.К. Алекешева, А.Е. Курманбеков, М.А. Алдиярова
НУО «Казакстанско-Росийский Медицинский Университет» Казакстан, г. Алматы

Аннотация

На основании оперативного лечения 452 детей с травматолого-ортопедической патологией и последующего правильного организованного ухода за ребенком, грамотной медицинской сестрой с высшим образованием, позволяет в какой-то мере заменить понятие «уход» на «лечение». Бакалавр сестринского дела, является высшим звеном, выполняющим организаторскую функцию, соблюдая разработанные требования, которые позволяют улучшить результат оперативного лечения, предупредить послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: послеоперационное лечение, сестринский уход.

Актуальность. Воздействие на больного оперативно-вмешательства, всегда приводит к стрессовой реакции организма, особенно в детском возрасте. Это приводит к необходимости специального послеоперационного ухода за больным ребенком, а также подготовки медицинских сестер, который этот уход будут осуществлять, с учетом знания анатомо-физиологических особенностей растущего детского организма [1, 2].

Сестринский уход за больным ребенком – это не только простое выхаживание, он является составной частью лечебного процесса, обеспечивающий высокую эффективность терапевтического воздействия в до и послеоперационном периоде [1,3,4].

Кроме того, правильно организованный уход за ребенком, и осуществляющийся грамотной медицинской сестрой с высшим образованием, позволяет в какой-то мере заменить понятие «уход» на «лечение». Особенно это выгодно визуализируется, в свете последних достижений образовательного процесса программы «Сестринского дела». Получение медицинской сестрой ученой степени «Бакалавр», выводит ее на новый уровень. Медицинская сестра, как представитель среднего медицинского звена, в настоящее время не является помощником врача, согласно последним достижениям медицинской науки – это равноправный партнер осуществляющий лечение на своем уровне [5.6.7].

Данная ситуация выводит состояние лечения на две позиции: лечение, осуществляемое врачом – это глобальное стратегическое лечение. Второе, лечение, осуществляемое медицинской сестрой – это комплекс тактических методов, включающих в себя грамотное высококлассное выхаживание ребенка, уход за ним, соблюдение режимных моментов, а также выполнение медицинских процедур.

Целью нашей работы является улучшение результатов хирургического лечения детей с травматолого-ортопедической патологией, за счет формирования системы послеоперационного ухода, а также заполнение штатов профильного отделения преимущественно медицинскими сестрами с высшим образованием.

Материалы и методы. На базе Центра детской неотложной медицинской помощи, отделение травматологии-ортопедии, за период с 01.01.2021 г. по 31.08.2021г. находились на стационарном лечении 452 ребенка, которым проводилось оперативное лечение травматологического и ортопедического профиля. Возраст госпитализированных варьировался от 6 месяцев до 18 лет.

При травматологическом профиле госпитализации, в процентном соотношении мальчиков было 58,3%, девочек 41,7%. Разделение пациентов ортопедического направления составило – мальчики 39,4%, девочки 60,6%. Наши данные подтверждают общемировые показатели: травмы получают мальчики чаще, однако девочки преобладают среди пациентов с ортопедической патологией.

Операции, проводимые в травматолого-ортопедическом отделении можно разделить на следующие основные группы:

1. Репозиция перелома. Остеосинтез (37,2%).
2. Коррекция деформации и укорочения конечностей. Остеосинтез (11,7%).
3. Операции по поводу доброкачественных опухолей конечностей и опухолеподобных заболеваний (18,5%).
4. Удаление металлоконструкций (22,7%).
5. Прочее (5,9%).

Вне зависимости от тяжести операции, качество оказываемого послеоперационного ухода за больным травматолого-ортопедического профиля, а также соблюдение всех нормативных показателей ухода, и знание анатомо-физиологических особенностей детского организма – позволит улучшить результат хирургического лечения.

Коллектив авторов согласен с основными постулатами, которые были сформулированы Стороженко О.В. с соавторами, описавшими основные требования, должны соблюдаться при уходе за больными детьми после операции.

Общие принципы послеоперационного ухода за детьми. После того как ребенок доставлен из операционной в палату, его укладывают в свежую постель. Самое удобное положение в первое время - на спине без подушки. Маленький ребенок, не понимая серьезности со-

стояния, подчас бывает излишне активен, часто меняет положение в постели, поэтому приходится прибегать к фиксации больного путем привязывания к кровати конечностей с помощью манжеток, сделанных из фланели или бинтов и ваты. У очень беспокойных детей дополнительно фиксируют туловище широким мягким поясом. Фиксация не должна быть грубой. Слишком тугое перетягивание конечностей манжетками вызывает боль и венозный застой и может явиться причиной нарушения питания стопы или кисти вплоть до некроза. В пространство между манжеткой и кожей свободно должны проходить пальцы. Время от времени положение конечностей меняют. Длительность фиксации зависит от возраста ребенка и вида обезболивания. После операции под местной анестезией фиксируют только грудных и детей ясельного возраста на 2-3 ч. Однако в большинстве случаев оперативное вмешательство у детей выполняют под общей анестезией. В таких случаях независимо от возраста ребенка фиксацию осуществляют до полного пробуждения. В период пробуждения ребенок особенно беспокоен и подвижен, сознание его затемнено, и в таком состоянии он может сорвать наклейку, повредить швы и даже вывалиться из кровати. Через 4-6 ч после операции, когда ребенок полностью пробуждается, спокойного больного (обычно это дети старшего возраста) можно освободить от манжеток и пояса и разрешить при отсутствии противопоказаний поворачиваться на бок и сгибать ноги. У детей младшего возраста фиксация рук необходима на более продолжительное время (до 3 дней и более) во избежание повреждения и инфицирования швов.

В период пробуждения от наркоза часто возникает рвота, поэтому очень важна профилактика аспирации рвотных масс во избежание аспирационной пневмонии и даже асфиксии (удушья). Как только сестра замечает позывы к рвоте, она немедленно поворачивает голову ребенка на бок, а после выбрасывания рвотных масс тщательно протирает полость рта ребенку заранее приготовленной чистой пеленкой. Индивидуальное наблюдение в таких случаях необходимо до полного пробуждения и прекращения рвоты.

В период пробуждения и последующие часы ребенок испытывает сильную жажду и настойчиво просит пить. При этом сестра строго руководствуется указаниями врача и не допускает лишнего приема воды, которая может вызвать повторную рвоту. Если нет особых противопоказаний, о которых врач обязательно информирует палатную сестру, после небольших операций (аппендэктомия, грыжесечение, удаление небольших поверхностных опухолей и т. п.), как только проходит действие наркоза и при отсутствии рвоты, больному можно дать пить кипяченую воду или подслащенный чай с лимоном. Вначале дают не более 2-3 чайных ложек жидкости через каждые 20-30 мин, затем дозу увеличивают. Если вода не вызывает рвоты, начинают кормление, характер которого зависит от вида оперативного вмешательства.

В ближайшем послеоперационном периоде у детей большое значение имеет борьба с болью. Если ребенок беспокоен и жалуется на боль в области операционной раны или другом месте, сестра немедленно сообщает об этом врачу. Обычно в таких случаях назначают успокаивающие болеутоляющие препараты.

При уходе за маленьким ребенком обязательно надо учитывать, что он, во-первых, самостоятельно не просится на горшок; во-вторых, число мочеиспусканий за сутки у него увеличено в сравнении с взрослыми, стул также более частый. Поэтому совершенно необходим многократный контроль за естественными отправлениями в течение суток, своевременная смена пеленок и туалет промежности. При отсутствии стула ставят очистительную клизму в конце вторых или начале третьих суток после операции, а при вздутии живота применяют газоотводную трубку на 15-20 мин, если течение болезни само по себе не требует принятия более энергичных мер. При задержке мочеиспускания сестра сообщает об этом врачу, так как задержка мочи может свидетельствовать о развитии тяжелых осложнений и иногда требует срочного вмешательства [1].

Частные вопросы послеоперационного ухода за детьми. Определенные параметры сестринского ухода за детьми в послеоперационном периоде, зависят от специфики хирургического отделения, в котором выполнено оперативное вмешательство.

В нашей научной работе определены частности после операций на конечностях. С времен Н.И. Пирогова, при фиксации переломов и других операций на конечностях, накладываются фиксирующие гипсовые повязки в последующем Г.А. Илизаров предложил внеочаговую форму фиксации - аппарат компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

Важной функциональной обязанностью медицинской сестры, тем более с высшим образованием, является контроль за состоянием микроциркуляции дистальных отделов и нейротрофикой – увеличением отека в условиях гипсовой повязки, изменением цвета пальцев с розового на бледный или синюшный. При подозрении на вышеуказанные симптомы, медицинская сестра сразу послабляет края фиксирующей гипсовой повязки, и в случае отсутствия изменения цвета пальцев на нормальный, докладывает врачу. Кроме того, осуществляется наблюдение за сохранностью гипсовой повязки, правильного положения конечности. Медицинской сестрой осуществляется укрепление гипсовой повязки и производится доклад лечащему врачу, о возможном изменении положении фрагментов конечностей.

Стабильностью аппарата черескостного остеосинтеза, состоянием мягких тканей вокруг спиц. Очень важно держать под контролем цвет пальцев. Если появляется синюшность их или ребенок жалуется на боли в конечности, надо немедленно сообщить об этом врачу, который после осмотра и оценки данной ситуации, назначит адекватное лечение.

Одной из обязанностей медицинской сестры является произведение манипуляции – перевязки как операционной раны, так и мест выхода спиц (Аппарат внешней фиксации). Эту процедуру квалифицированно выполняет специальная медицинская сестра, работающая в перевязочном кабинете. Однако, медицинская сестра с высшим образованием должна владеть этим навыком и применять его в любых условиях - перевязочной, палате, на дому у больного, на месте происшествия.

Очень важно все правильно подготовить (соответственно условиям) и последовательно провести проце-

дуру. Данная манипуляция подробно описана в работах Чувакова Г.И., Оконенко Т.И., и мы согласны, что ниже описана классическая схема перевязки.

1. Снять старую повязку надо бережно, щадяще. Важны удобная для больного и перевязки поза, хорошее освещение. Движения медицинской сестры должны быть быстрыми (но неспешными!) и рациональными. Если можно разрезать повязку, это делают острыми ножницами (под повязку вводят закругленную браншу) в стороне от раны. Снимают повязку, приподнимая марлю пинцетом по направлению, параллельному длиннику раны, при этом кожу придерживают (оттягивают) марлевым шариком, чтобы она не тянулась за повязкой. Сильно присохшие повязки на конечности можно отмочить в ванночке из теплого асептического раствора.

2. Осмотр и туалет раны и окружающей кожи. Сначала кожу протирают (промокают) сухими шариками, затем влажными (смоченными в антисептическом растворе) тампонами от раны к периферии; таким же путем кожу осушают, обрабатывают спиртом. Иногда кожу смазывают пастой, чтобы защитить от разъедающего действия раневого отделяемого. Рану освобождают от гноя промоканием, затем промывают или обильно орошают. Все эти процедуры выполняются стерильно и по возможности инструментами, обязательно в перчатках.

3. После наложения свежей повязки ее укрепляют различными способами, выбирая наиболее подходящий [7].

Выводы. Таким образом, сформированные правила ухода за детьми в послеоперационном периоде, позволя-

ют улучшить результат оперативного лечения, предупредить послеоперационные осложнения. Однако, работа в детской практике с травматолого-ортопедическим профилем требует специально обученного медицинского персонала, который воспитывается в профильном отделении в течение длительного времени или медицинскую сестру с высшим образованием.

Список литературы:

1. Стороженко О.В., Лигоненко А.В., Шумейко И.А. Основы ухода за хирургическими больными. / Учебно-методическое пособие. - Полтава. 2016. - 48 с.

2. Парамонова Н.С. с соавт. Уход за больным ребенком. / Учебно-методическое пособие для студентов педиатрического факультета. - Гродно. 2010. - 196 с.

3. Жданова Л.А. с соавт. Наблюдение и уход за больным ребенком. / Учебное пособие для студентов медицинских вузов. - Иваново. 2010. - 197 с.

4. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми. / Руководство к практическим занятиям и сестринской практики. - Ярославль. 2015. - 357 с.

5. Матвейчик Т.В., Тищенко Е.Н. Теория сестринского дела. - 2016.

6. Петров В.Н., Лапотников В.А. Сестринское дело в терапии. Учебник для академического бакалавриата. Юрайт. - 2020. - 475 с.

7. Чуваков Г.И., Оконенко Т.И. Сестринское дело в хирургии. Учебник и практикум для академического бакалавриата. Юрайт. - 2016. - 159 с.

ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ-ОРТОПЕДИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯ КЕЗІНДЕ БАЛАҒА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Н.Б. Дуйсенов, Л.Ж. Оракбай, Р.К. Алекешева, А.Е. Курманбеков, М.А. Алдиярова
«Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті» МEBBM, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Травматологиялық-ортопедиялық патологиясы бар 452 баланы жедел емдеу және кейіннен балаға дұрыс ұйымдастырылған күтім, жоғары білімді сауатты мейіргер негізінде қандай да бір дәрежеде «күтім» ұғымын «емдеуге» ауыстыруға мүмкіндік береді. Мейіргер ісі бакалавры жедел емдеу нәтижесін жақсартуға, операциядан кейінгі асқинулардың алдын алуға мүмкіндік беретін эзірленген талаптарды сақтай отырып, ұйымдастырушылық функцияны орындайтын ең жоғары буын болып табылады.

Кілт сөздер: операциядан кейінгі емдеу, мейірбике күтімі.

QUESTIONS OF THE ORGANIZATION OF POSTOPERATIVE NURSING CARE FOR A CHILD WITH TRAUMATIC AND ORTHOPEDIC PATHOLOGY

N.B. Duisenov, L.Zh. Orakbai, R.K. Alekeshova, A.E. Kurmanbekov, M.A. Aldiyarova
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

Based on the surgical treatment of 452 children with traumatic and orthopedic pathology and the subsequent properly organized care of the child by competent nurse with a higher education, allows to some extent to replace the concept of «care» with «treatment». Bachelor of Nursing, is the highest level performing an organizational function, observing the developed requirements which allow improving the result of surgical treatment, preventing postoperative complications.

Key words: postoperative treatment, nursing care.