

Министерство здравоохранения Российской
Федерации Московский государственный медико-
стоматологический университет имени А. И. Евдокимова
Кафедра госпитальной хирургии

**1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ
ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ К
ЭКСТРЕННЫМ ОПЕРАЦИЯМ
2. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ
ПЕРИОД, ВЕДЕНИЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА
У БОЛЬНЫХ ОПЕРИРОВАННЫХ НА
ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.
ОСЛОЖНЕНИЯ В РАННЕМ И
ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ПЕРИОДЕ.
(Доклад)**

**Исполнитель:
студентка VI курса
лечебного факультета
вечернего отделения
616 группы
Сипапина Ж. Ю.**

**Заведующий кафедрой:
член-корр. РАН,
заслуженный деятель науки РФ, д. м.н.,
профессор Ярема И.В.
Преподаватель:
к. м. н., ассистент
Исмаилов Г.М.**

Сентябрь, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

I.	Основные принципы подготовки больных к экстренным операциям	3
II.	Послеоперационный период, ведение послеоперационного периода у больных оперированных на органах брюшной полости). Осложнения в раннем и позднем послеоперационном периоде	7
	Содержание.....	17

I. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ К ЭКСТРЕННЫМ ОПЕРАЦИЯМ

Экстренными называются операции, которые выполняют практически сразу после постановки диагноза, так как их задержка на несколько часов или даже минут непосредственно угрожает жизни больного или резко ухудшает прогноз. Обычно считается необходимым выполнить экстренную операцию в течение двух часов от момента поступления больного в стационар. Это правило не касается ситуаций, когда на счету каждая минута (кровотечение, асфиксия и пр.) и произвести вмешательство нужно как можно быстрее.

Экстренные операции выполняются дежурной хирургической бригадой в любое время суток. К этому хирургическая служба стационара должна быть всегда готова.

Особенность экстренных операций состоит в том, что существующая угроза жизни пациента не позволяет порой произвести полное обследование и полноценную подготовку. Цель экстренной операции прежде всего в спасении жизни больного в настоящее время, при этом она не обязательно должна привести к полному выздоровлению пациента.

Основными показаниями к экстренным операциям, прежде всего, являются кровотечение любой этиологии, асфиксия. Здесь минутное промедление может привести к гибели больного. Наиболее часто, пожалуй, показанием к экстренной операции является наличие острого воспалительного процесса в брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, прободная язва желудка, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость). При таких заболеваниях непосредственной угрозы для жизни больного в течение нескольких минут нет, однако чем позже выполняется операция, тем достоверно хуже результаты лечения. Это связано как с прогрессированием эндотоксикоза, так и с возможностью развития в любой момент тяжелейших осложнений, прежде всего перитонита, что резко ухудшает прогноз. В указанных случаях допустима кратковременная предоперационная подготовка для устранения неблагоприятных факторов (коррекция гемодинамики, водно-электролитного баланса и др.).

Показанием к экстренной операции являются все виды острой хирургической инфекции (абсцесс, флегмона, гангрена и др.), что также связано с прогрессированием интоксикации при наличии несанированного гнойного очага, с риском развития сепсиса и других осложнений.

При поступлении больного с острым аппендицитом необходимо осуществить:

- сбор краткого анамнеза (в ином случае это сведения о характере травмы или заболевания) путем опроса пациента или его знакомых,
- общий осмотр пациента,
- аускультацию и перкуссию, а также ручное обследование (пальпацию) пациента;

инструментально выполнить:

- общий анализ крови, среди прочего определяется группа крови и резус-фактор,
- общий анализ мочи,
- консультацию терапевта (у детей - педиатра),
- у женщин – консультацию гинеколога,

- осмотр анестезиолога.

При выявлении у больного при первичном осмотре врача патологии со стороны органов дыхания, или кровообращения, выполняются:

- рентгенография грудной клетки,
- электрокардиография.

Если позволяет время, делаются коагулограмма - анализ крови на свертываемость, исследования на общий белок крови, определяется глюкоза крови.

После их проведения назначается повторно консультация терапевта и анестезиолога.

В большинстве случаев для проведения более детального обследования хирургического больного перед экстренной операцией не хватает времени.

При поступлении экстренного хирургического больного в приёмном отделении ему проводится санитарная обработка:

- проверка на педикулёз,
- мытьё больного,
- обтирание кожи,
- переодевание.

Если на месте будущей предполагаемой операции имеется достаточно выраженный волосяной покров, его обязательно сбривают.

При наличии открытой раны операционное поле подготавливается тщательнее: на рану накладывается стерильная ткань, волосы вокруг подлежат удалению без применения специальных средств, затем кожный покров вокруг раны обрабатывается сначала с помощью медицинского бензина, а впоследствии – медицинским спиртом. Сбривание волосяного покрова и последующая обработка проводятся строго от краев раны к центру, ни в коем случае не соприкасаясь с ней.

При подготовке к хирургическому воздействию пораженный участок дважды смазывается раствором йода – сначала после бритья и обработки спиртом, затем перед самой операцией.

Если при проведении интенсивной терапии необходима интубация трахеи, т. е. в гортань вводится трубка с целью предотвращения удушья, с пациента может быть сбрита часть бороды.

В зависимости от типа оперативного вмешательства врач может потребовать снять с пациента украшения – кольца, браслеты, пирсинг, зубные протезы.

При использовании в дальнейшем ЭХВЧ аппарата (электрокоагулятора) наличие металлических изделий в области операционного поля может вызвать ожог. Наличие макияжа препятствует объективной и верной оценке газообмена (цианоза) больного, т. к. скрывает цвет кожного покрова. При необходимости проведения пульсовой оксиметрии с ногтей больного может быть удален лак.

Больной на операционный стол должен быть взят с пустым желудком. Нельзя проводить наркоз, если больной ел, или пил менее 4 часов назад, т.к. возможно развитие регургитации и аспирации рвотных масс – смертельно опасное осложнение

Если экстренная операция требуется покормленному больному, следует промыть ему желудок до чистых промывных вод с последующим выведением их из желудка.

За 20–50 минут до операции, если больной самостоятельно может помочиться, ему следует опорожнить мочевой пузырь. При неподвижности больного, или неспособности самостоятельно помочиться, ему проводится катетеризация мочевого пузыря с удалением мочи.

За 15–45 минут до операции пациенту проводят **премедикацию**.

Для снижения саливации и уменьшения бронхиальной секреции подкожно вводят 0,1% раствор атропина сульфата от 0,5 до 1,0 мл.

Для обеспечения базисного наркоза больному вводят наркотик (чаще всего 2% раствор промедола) в дозе 1 мл.

Также принято во время премедикации вводить подкожно 1,0 мл 1% раствора димедрола.

Сразу после проведения премедикации, с целью предупреждения травм, больному не разрешается самостоятельная ходьба. В операционную пациент доставляется лёжа на каталке в сопровождении не менее чем двух человек медперсонала.

Непосредственно в операционной, либо во время предварительной подготовки к операции проводятся пункция, или катетеризация периферической вены, или катетеризация центральной вены. Это так называемое «освоение вены» необходимо для проведения внутривенной инфузионной терапии и общего обезболивания.

Обеспечение сосудистого доступа

Особое место в проведении предоперационной подготовки, общего обезболивания и самой хирургической операции занимают инфузионная терапия и способность быстро вводить в кровеносное русло больного различные сильнодействующие средства в точных дозировках.

В подавляющем большинстве случаев для внутрисосудистого введения медикаментов используется венозный путь.

Внутривенное введение медицинских препаратов обеспечивается путём **пункции, или катетеризации периферической вены**, а также путём **катетеризации центральной вены**.

Пункция периферической вены проводится обычной инъекционной иглой, либо иглой типа «бабочка». Недостатком такого венозного доступа является его кратковременность; длительное нахождение иглы в вене неизбежно приведёт к её травматизации, или к тромбированию просвета иглы. Чаще всего для венепункции используют v. Cubiti media в области локтевого сгиба.

Катетеризация периферической вены проводится либо путём венесекции, либо путём применения иглы с интравенозной канюлей TROVENOCATH plus.

Венесекцией называется операция, при которой периферическая вена обнажается через разрез кожи, затем вена вскрывается и в её просвет вводится внутривенный пластиковый катетер. Венесекции чаще всего выполняются либо в области внутренней поверхности голеностопного сустава, либо области локтевого сгиба.

Недостатками венесекции являются непродолжительность нахождения катетера в вене и прекращение функционирования вены после такой операции. К тому же после венесекции на коже остается достаточно заметный рубец. Поэтому венесекция в настоящее время проводится нечасто. В основном для «освоения вены» используют иглу с интравенозной канюлей.

Катетеризация периферической вены интравенозной канюлей с инъекционным портом TROVENOCATH plus.

В собранном виде канюля **TROVENOCATH plus** находится на инъекционной игле. При попадании иглы с канюлей в вену иглу из канюли удаляют, и в просвете вены остаётся пластиковая канюля диаметром примерно 1–1,5 мм. Через 2 порта данной канюли можно проводить как одновременное капельное введение растворов, так и введение шприцом внутривенно различных медикаментов. Катетер (канюля) **TROVENOCATH plus** может использоваться до 2 суток.

Катетеризация центральной вены

Для обеспечения внутривенного введения различных медикаментов, проведения инфузионной терапии и наркоза чаще всего проводят катетеризацию подключичной, или яремной вены. Реже используют катетеризацию бедренной вены.

Катетеризация подключичной и яремной вены выполняется по методике Сельдингера:

- под местной, или общей анестезией полую иглой пунктируют подключичную (яремную) вену;
- через просвет иглы в вену проводится леска – проводник;
- игла удаляется. над кожей остаётся леска-проводник, часть которой введена в вену;
- по леске-проводнику в вену вводится катетер для внутривенной инфузионной терапии;
- из катетера удаляется леска-проводник;
- Канюля катетера закрывается специальным резиновым колпачком. Катетер крепится к коже полосками пластыря.

II. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД, ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. ОСЛОЖНЕНИЯ В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

Значение послеоперационного периода достаточно велико. В это время больной нуждается в максимальном внимании и уходе. Именно в это время проявляются в виде осложнений все дефекты предоперационной подготовки и самой операции.

ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ послеоперационного периода - способствовать процессам регенерации и адаптации, происходящим в организме больного, а также предупреждать, своевременно выявлять и бороться с возникающими осложнениями.

Послеоперационный период начинается с окончания хирургического вмешательства и завершается полным выздоровлением больного или обретением им стойкой утраты трудоспособности. Не все операции ведут к полному выздоровлению. Если произведена ампутация конечности, удалена молочная железа, удален желудок и т. д., человек во многом ограничен в своих возможностях, здесь нельзя говорить о его полном восстановлении даже при благоприятном результате самой операции. В таких случаях об окончании послеоперационного периода можно говорить, когда состояние всех систем организма стабилизировалось, хотя и не достигло нормального уровня.

Послеоперационный период делится на 3 части:

- ранний — 3-5 суток,
- поздний — 2-3 недели,
- отдаленный (реабилитации) — обычно от 3 недель до 2-3 месяцев.

Особенности течения позднего и отдаленного этапов послеоперационного периода целиком определяются характером основного заболевания.

Ранний послеоперационный период - это время, когда на организм больного оказывают влияние операционная травма, последствия наркоза и вынужденное положение. По существу течение раннего послеоперационного периода типично вне особой зависимости от типа операции и характера основного заболевания.

Ранний послеоперационный период может быть **неосложненным** и **осложненным**.

При *неосложненном послеоперационном* периоде в организме происходит ряд изменений в функционировании основных органов и систем. Это связано с воздействием таких факторов, как психологический стресс, наркоз и посленаркозное состояние, боли в области операционной раны, наличие некрозов и травмированных тканей в зоне операции, вынужденное положение пациента, переохлаждение, нарушение характера питания и некоторые другие.

При нормальном, неосложненном течении послеоперационного периода реактивные изменения, возникающие в организме, обычно выражены умеренно и длятся в течение 2-3 дней. При этом отмечается лихорадка до 37,0-37,5 °С. Наблюдается торможение ЦНС. Изменяется состав периферической крови (умеренные лейкоцитоз, анемия и тромбоцитопения), повышается вязкость крови.

Основные задачи при неосложненном послеоперационном периоде - коррекция изменений в организме, контроль функционального состояния основных органов и систем, проведение мероприятий, направленных на профилактику возможных осложнений.

Интенсивная терапия при неосложненном послеоперационном периоде заключается в:

- борьбе с болью,
- восстановлении функции сердечно-сосудистой системы и микроциркуляции,
- предупреждении и лечении дыхательной недостаточности,
- коррекции водно-электролитного баланса,
- дезинтоксикационной терапии,
- сбалансированном питании,
- контроле функции выделительной системы.

Для уменьшения болевого синдрома применяют как весьма простые, так и достаточно сложные мероприятия:

- придание правильного положения в постели;

Необходимо максимально расслабить мышцы в области операционной раны. После операций на органах брюшной и грудной полости для этого используют положение Фовлера: приподнят головной конец (положение полусидя), нижние конечности согнуты в тазобедренном и коленном суставах под углом примерно 120°.

- ношение бандажа;

Мера уменьшает боли при движении, кашле.

- применение наркотических анальгетиков;

Необходимо в первые 2-3 суток после обширных полостных операций. Используют промедол, омнопон, морфин.

- применение ненаркотических анальгетиков;

Необходимо в первые 2-3 суток после небольших операций и начиная с 3 суток после травматичных вмешательств. Используют инъекции анальгина, баралгина. Возможно применение и таблетированных препаратов.

- применение седативных средств;

Позволяет повысить порог болевой чувствительности. Используют седуксен, реланиум.

- перидуральная анестезия.

Является важным способом обезболивания в раннем послеоперационном периоде при операциях на органах брюшной полости, так как является мощным средством профилактики и лечения послеоперационного пареза кишечника.

В послеоперационном периоде в организме больного происходят изменения, которые обычно разделяют на 3 фазы:

- катаболическая,
- фаза обратного развития,
- анаболическая фаза.

а) Катаболическая фаза

Длится обычно 5-7 дней. Выраженность ее зависит от тяжести предоперационного состояния больного и травматичности выполненного вмешательства. В этот период в организме происходят изменения, цель которых - быстрая доставка необходимых энергетических и пластических материалов. При этом отмечается активация симпатoadренальной системы, увеличивается поступление в кровь катехоламинов, глюкокортикоидов, альдестерона.

Нейрогуморальные процессы приводят к изменению сосудистого тонуса, что в конце концов вызывает нарушения микроциркуляции и окислительно-восстановительных процессов в тканях. Развивается тканевой ацидоз, вследствие гипоксии отмечается преобладание анаэробного гликолиза.

Для катаболической фазы характерен повышенный распад белка, при этом снижается не только содержание белка в мышцах и соединительной ткани, но и ферментных белков. Потеря белка весьма значительна и при серьезных операциях составляет до 30-40 г в сутки.

Течение катаболической фазы значительно усугубляется при присоединении ранних послеоперационных осложнений (кровотечение, воспаление, пневмония и пр.).

б) Фаза обратного развития

Эта фаза является переходной от катаболической к анаболической. Продолжительность ее 3-5 дней. Снижается активность симпато-адреналовой системы. Нормализуется белковый обмен, что проявляется положительным азотистым балансом. При этом продолжается распад белков, но отмечается и усиление их синтеза. Нарастает синтез гликогена и жиров.

Постепенно анаболические процессы начинают преобладать над катаболическими, что означает уже переход к анаболической фазе.

в) Анаболическая фаза

Анаболическая фаза характеризуется активным восстановлением тех изменений, которые наблюдались в катаболической фазе. Активируется парасимпатическая нервная система, повышается активность соматотропного гормона и андрогенов, резко усиливается синтез белков и жиров, восстанавливаются запасы гликогена. Благодаря перечисленным механизмам обеспечиваются репаративные процессы, рост и развитие соединительной ткани. Завершение анаболической фазы соответствует полному восстановлению организма после операции. Обычно это происходит примерно через 3-4 недели.

Послеоперационный период после операций на органах брюшной полости имеет 3 характерные особенности:

- частое развитие бронхолегочных осложнений,
- необходимость парентерального питания,
- парез желудочно-кишечного тракта, развивающийся обычно в той или иной мере практически у всех больных.

Бронхолегочные осложнения обусловлены гиповентиляцией легких за счет ограничения диафрагмального дыхания на фоне послеоперационных болей, метеоризма, локализации операции в верхней половине живота.

Целью *парентерального питания* является обеспечение организма достаточным количеством белков, жиров, электролитов и калорий. Количество жидкости, вводимой обычно внутривенно, зависит от тяжести состояния больного, характера и объема хирургического вмешательства и показателей гомеостаза. Когда больной начинает пить и питаться через рот, объем трансфузий уменьшают, а затем их совсем отменяют.

Симптомами *пареза желудочно-кишечного тракта* являются чувство вздутия и тяжести в животе, срыгивание или рвота застойным желудочным содержимым, вздутие живота, задержка стула, неотхождение газов, резкое ослабление кишечных шумов при аускультации. Они возникают в конце 2-х - начале 3-х суток после операции. С целью профилактики и лечения этого состояния на следующий день после операции проводят постоянное или периодическое (2- 3 раза в день) *зондирование желудка*, а со 2-го дня

ставят *клизмы* - обычные, гипертонические, вазелиновые, а также по Огневу (30 мл глицерина, 30 мл перекиси водорода и 40 мл 10% р-ра хлорида натрия). Клизмы гораздо эффективнее действуют после предварительной лекарственной стимуляции моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. С этой целью назначают ганглиоблокаторы (димеколин), прозерин, питуитрин, убретид. Большое значение имеет введение электролитов, особенно калия, который стимулирует работу кишечника. В ряде случаев хороший эффект дают наружная электростимуляция кишечника, продленная перидуральная анестезия.

В тех случаях, когда нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта диагностируют еще до или во время операции, прибегают к временной гастростомии на фолиевском катетере (постоянный мочевого катетер) или к различным вариантам интубации кишечника. Нормализации моторно-эвакуаторной функции кишечника способствуют также ранний прием жидкости и пищи через рот, раннее вставание и ЛФК, отказ от длительного применения наркотиков, замедляющих пассаж пищевых масс по желудочно-кишечному тракту.

После операций на желудке, двенадцатиперстной и тонкой кишке первые 2 сут. больной находится на парентеральном питании. На 3-и сутки разрешается пить до 500 мл жидкости (воды, чая, фруктовых соков, бульона и киселя). При отсутствии застоя в желудке с 4-х суток назначают диету № 1А, исключая вещества, являющиеся сильными возбудителями секреции, а также механические, химические и термические вещества, раздражающие слизистую оболочку желудка (пища дается только в жидком и кашецеобразном виде). С 7-8-х суток — диета «N» 1 или № 5 (механически и химически щадящая диета): пища дается в жидком и кашецеобразном виде, более плотная пища - в вареном и преимущественно протертом виде. В первые два-три дня после операции 2 раза в день производят аспирацию желудочного содержимого через зонд, в последующие дни зондирование желудка продолжают по показаниям. Сидеть и ходить разрешают со 2-3-х суток. Швы снимают на 7-8-е сутки, а у ослабленных больных - на 12-14-е сутки. Выписку больных из хирургического отделения производят на 8-15-е сутки.

После операций на желчном пузыре - холецистэктомии, холецистостомии - со 2-х суток назначают диету № 5А. После создания билиодигестивных анастомозов система питания такая же, как после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке. При гладком течении П. п. дренажи из брюшной полости удаляют на 3-и сутки, тампоны - на 4-6-е сутки, дренаж из общего желчного протока при проходимости его дистального отдела - на 15-20-е сутки. Сидеть и вставать разрешают после прекращения дренирования брюшной полости. В зависимости от характера оперативного вмешательства больных выписывают на 10-25-е сутки.

После операций на толстой кишке, сопровождающихся созданием толстокишечного анастомоза, со 2-х суток назначают нулевой стол (максимально щадящая диета с включением легкоусвояемых продуктов), прием жидкости, как правило, не ограничивается. С 5-х суток переводят на диету № 1. Со 2-х суток в течение 5 дней больной пьет вазелиновое масло по 30 мл 3 раза в день. Клизмы, как правило, не назначают. Ведение больных с колостомами осуществляется так же, как и после резекции толстой кишки. Если колостомия производится в экстренном порядке, кишку вскрывают как можно позже, когда успеют образоваться сращения между выведенной кишкой и париетальной брюшиной. При выраженных явлениях непроходимости кишечника следует пунктировать выведенную кишку толстой иглой или вскрыть ее просвет электроножом на протяжении 1 - 1,5 см. При отсутствии явлений нарастающей кишечной непроходимости кишку вскрывают на 2-4-е сутки после операции. Выписывают больных после операций на толстой кишке на 12 - 20-е сутки.

Наиболее тяжелым осложнением после операций на органах брюшной полости является несостоятельность швов, накладываемых на стенку желудка или кишечника, и анастомозов между различными отделами желудочно-кишечного тракта. Чаще наблюдается несостоятельность пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного, реже желудочно-кишечного и толстокишечного анастомозов, после резекции желудка - несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки.

Клиническая картина несостоятельности швов различна. Иногда она проявляется на 5-7-е сутки внезапным началом, сопровождающимся резкими болями в животе, напряжением мышц передней брюшной стенки, симптомами раздражения брюшины, коллаптоидным состоянием. Чаще начиная с 3-4-х суток появляются тупые боли в животе, обычно без четкой локализации, температура поднимается до 38—39°, стойкий парез желудочно-кишечного тракта не поддается консервативным мероприятиям, постепенно нарастают симптомы раздражения брюшины. В целях диагностики недостаточности швов проводят рентгенологическое исследование с контрастированием желудочно-кишечного тракта. В сомнительных случаях используется «шарящий» катетер, который вводят в брюшную полость после снятия с операционной раны одного-двух швов, а также лапароскопия. Лечение при несостоятельности швов - оперативное. Наложение дополнительных швов на область дефекта в стенке полого органа или анастомоза, даже с перитонизацией линии швов прядью большого сальника, не всегда эффективно. Часто повторно наложенные швы прорезываются. В связи с этим при несостоятельности швов на тонкой и толстой кишке целесообразно выведение соответствующего участка кишки на брюшную стенку; в остальных случаях приходится ограничиваться дренированием брюшной полости и парентеральным питанием.

Недостаточность швов является наиболее частой причиной послеоперационного перитонита. В связи с широким применением антибиотиков клин, картина послеоперационного перитонита изменилась. По мнению И. А. Петухова (1980), послеоперационные перитониты могут быть вялыми, атипичными, со смазанной клин, картиной, и острыми, напоминающими перфорацию полых органов.

Ранними симптомами перитонита являются частый малый мягкий пульс, не соответствующий температуре и общему состоянию больного, нарастающий парез кишечника, болезненность живота, напряжение мышц брюшной стенки, возбуждение, беспокойство, эйфория или, наоборот, депрессия, бессонница, нарастающая сухость во рту, жажда, икота, тошнота и рвота. Лечение - ранняя релапаротомия, ликвидация очага инфекции, санация брюшной полости и декомпрессия кишечника.

В послеоперационном периоде после внутрибрюшных операций, особенно на желудке, поджелудочной железе и желчевыводящих путях, может развиваться *острый панкреатит*. Главными причинами его являются травматизация поджелудочной железы во время вмешательства и нарушение оттока из желчевыводящих и панкреатических протоков. Обычно послеоперационный панкреатит проявляется на 3-4-е сутки после оперативного вмешательства. Диагностика панкреатита в П. п. трудна, т. к. часто он развивается на фоне тяжелого послеоперационного течения и имеет стертую клин, картину. В этих случаях важное значение имеет динамическое наблюдение за уровнем амилазы в крови и моче. Лечение панкреатита в послеоперационном периоде обычно консервативное: цитостатические и антиферментные препараты, новокаиновые блокады, проведение форсированного диуреза, местная гипотермия, антибиотики и др. При появлении признаков перитонита или формирования гнояника показана операция, цель которой - удаление секвестрированных участков железы, местное введение ингибиторов ферментов, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

Серьезным осложнением П. п. является механическая *непроходимость кишечника*, причиной которой чаще всего бывает спаечный процесс вследствие травматизации

серозного покрова желудочно-кишечного тракта во время операции и ограничение подвижности кишечника в местах повреждения. Ранняя диагностика представляет значительные трудности, т. к. начальные симптомы механической непроходимости кишечника и послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта очень похожи. Однако упорная задержка газов, вздутие живота, урчание в кишечнике, схваткообразные боли и др. должны насторожить врача. Нарастание клинических и рентгенологических признаков непроходимости кишечника является показанием к *релапаротомии*. Операция сводится к устранению непроходимости и к декомпрессии желудка и кишечника.

Желудочно-кишечное кровотечение, возникающее иногда после операций на желудке, обычно появляется на 1-2-е сутки после операции и сопровождается типичной симптоматикой. Лечение таких больных, как правило, консервативное: промывание желудка ледяной водой или аминокaproновой кислотой, прием перорально тромбина, инъекции викасола, хлорида кальция и т. д. Эффективным может оказаться диатермическая или лазерная коагуляция источника кровотечения при гастроскопии. К релапаротомии прибегают по показаниям, когда исчерпаны все методы консервативного лечения.

Нередко, особенно после операций на желудке, развивается *анастомозит*. Он возникает обычно на 3-4-е сутки после операции и проявляется упорным застоем в желудке или его культе, иногда постоянными тупыми болями в верхней половине живота, субфебрильной температурой. Диагноз анастомозита ставят на основании данных рентгенологического и эндоскопического исследования. При лечении анастомозита ограничивают прием даже жидкости или полностью переводят на парентеральное питание и проводят противовоспалительное лечение. Эффективна рентгенотерапия - дробно по 25-30 рад (0,25-0,3 Гр) на сеанс, всего 5-6 сеансов, общая доза 150-200 рад (1,5-2 Гр). Целесообразна также эндоскопическая интубация анастомоза тонким катетером, что позволяет энтерально вводить жидкие питательные смеси и ограничить или исключить парентеральное питание. Течение анастомозита, как правило, весьма упорное. Даже в случае интенсивного лечения проходимость анастомоза восстанавливается лишь через несколько дней, а иногда и недель.

У онкологических, резко ослабленных и истощенных больных, у больных сахарным диабетом и с нагноением операционной раны может возникнуть эвентрация (об этом ниже), что является показанием к повторному оперативному вмешательству — ушиванию передней брюшной стенки.

Осложнения, которые могут произойти в раннем послеоперационном периоде, разделяют по органам и системам, в которых они происходят. Часто осложнения обусловлены наличием у больного сопутствующей патологии.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ РАНЫ

В раннем послеоперационном периоде со стороны раны могут возникнуть следующие осложнения:

- кровотечение,
- развитие инфекции,
- расхождение швов.

Кроме того, с наличием раны связан болевой синдром, проявляющийся в первые часы и дни после хирургического вмешательства.

а) Кровотечение

Кровотечение - один из основных признаков любой раны. Это - наиболее грозное осложнение, порой угрожающее жизни больного и требующее повторной операции.

Профилактика кровотечения в основном осуществляется во время операции. В послеоперационном периоде для профилактики кровотечения на рану кладут пузырь со льдом или груз с песком. Для своевременной диагностики следят за частотой пульса, артериальным давлением, показателями красной крови. Кровотечение после операции может быть трех видов:

- наружное - истечение крови происходит в операционную рану, что проявляется промоканием повязки,
- кровотечение по дренажу - кровь начинает поступать по дренажу, оставленному в ране или в какой-то полости,
- внутреннее кровотечение - кровь изливается во внутренние полости организма, не попадая во внешнюю среду. Диагностика внутреннего кровотечения особенно трудна и базируется на специальных симптомах и признаках.

б) Развитие инфекции

Основы профилактики раневой инфекции также закладываются на операционном столе. После операции же следует следить за нормальным функционированием дренажей, так как скопление неэвакуированной жидкости может стать хорошей почвой для размножения микроорганизмов и быть причиной нагноительного процесса. Кроме того, необходимо осуществлять профилактику вторичной инфекции. Для этого больных обязательно перевязывают на следующий день после операции, чтобы снять перевязочный материал, всегда промокающий сукровичным раневым отделяемым, обработать антисептиком края раны и наложить защитную асептическую повязку. После этого повязку меняют раз в 3-4 дня или по показаниям чаще (повязка промокла, отклеилась и пр.).

в) Расхождение швов

Расхождение швов особенно опасно после операций на брюшной полости. Такое состояние называется *эвентрацией*. Оно может быть связано с техническими погрешностями при зашивании раны, а также со значительным повышением внутрибрюшного давления (при парезе кишечника, перитоните, пневмонии с выраженным кашлевым синдромом и пр.) или с развитием инфекции в ране. Для профилактики расхождения швов при повторных операциях и при высоком риске развития этого осложнения применяют ушивание раны передней брюшной стенки на пуговицах или трубках.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

В послеоперационном периоде возможно возникновение инфаркта миокарда, аритмии, острой сердечно-сосудистой недостаточности. Развитие этих осложнений обычно связано с сопутствующими заболеваниями, поэтому их профилактика во многом определяется лечением сопутствующей патологии.

Важным является вопрос о профилактике тромбоэмболических осложнений, наиболее частым из которых является тромбоэмболия легочной артерии — тяжелое осложнение, являющееся одной из частых причин летальных исходов в раннем послеоперационном периоде.

Развитие тромбозов после операции обусловлено замедлением кровотока (особенно в венах нижних конечностей и малого таза), повышением вязкости крови, нарушением водно-электролитного баланса, нестабильной гемодинамикой и активацией свертывающей системы вследствие интраоперационного повреждения тканей. Особенно велик риск тромбоэмболии легочной артерии у пожилых тучных больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы, наличием варикозной болезни нижних конечностей и тромбофлебитов в анамнезе.

Принципы профилактики тромбоэмболических осложнений:

- ранняя активизация больных,
- воздействие на возможный источник (например, лечение тромбоза),
- обеспечение стабильной гемодинамики,
- коррекция водно-электролитного баланса с тенденцией к гемодилюции,
- использование дезагрегантов и других средств, улучшающих реологические свойства крови,
- применение антикоагулянтов (гепарин, фраксипарин) у больных с повышенным риском тромбозов и тромбоэмболических осложнений.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кроме развития тяжелейшего осложнения - острой недостаточности дыхания, связанной прежде всего с последствиями наркоза, большое значение следует придавать профилактике послеоперационной пневмонии, являющейся одной из наиболее частых причин гибели больных в послеоперационном периоде.

Принципы профилактики:

- ранняя активизация больных,
- антибиотикопрофилактика,
- адекватное положение в постели,
- дыхательная гимнастика,
- разжижение мокроты и применение отхаркивающих средств,
- санация трахеобронхиального дерева у тяжелобольных (через интубационную трубку при продленной ИВЛ или через специально наложенную микротрахеостому при спонтанном дыхании),
- горчичники, банки,
- массаж, физиотерапия.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Развитие после операции несостоятельности швов анастомоза и перитонита обычно связано с техническими моментами выполнения операции и состоянием желудка или кишечника вследствие основного заболевания и являются предметом рассмотрения частной хирургии.

После операций на органах брюшной полости в той или иной степени возможно развитие паралитической непроходимости (пареза кишечника). Парез кишечника значительно нарушает процессы пищеварения, но не только их. Повышение внутрибрюшного давления приводит к высокому стоянию диафрагмы, нарушению вентиляции легких и деятельности сердца; кроме того, происходит перераспределение жидкости в организме, всасывание токсичных веществ из просвета кишечника.

Основы профилактики пареза кишечника закладываются на операции (бережное отношение к тканям, минимальное инфицирование брюшной полости, тщательный гемостаз, новокаиновая блокада корня брыжейки в конце вмешательства).

Принципы профилактики и борьбы с парезом после операции:

- ранняя активизация больных,
- рациональный режим питания,
- дренирование желудка,
- перидуральная блокада (или паранефральная новокаиновая блокада),
- введение газоотводной трубки,
- гипертоническая клизма,

- введение средств стимуляции моторики (гипертонический раствор, прозерин, питуитрин и пр.),
- физиотерапевтические процедуры (диадинамотерапия).

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

В послеоперационном периоде возможно развитие острой почечной недостаточности, нарушение функции почек вследствие неадекватной системной гемодинамики, возникновение воспалительных заболеваний (пиелонефрит, цистит, уретрит и др.). После операции необходимо тщательно следить за диурезом, причем порой не только в течение суток, но и за почасовым диурезом.

Развитию воспалительных и некоторых других осложнений способствует задержка мочеиспускания, часто наблюдаемая после операции. Нарушение мочеиспускания, приводящее иногда и к острой задержке мочи, носит нервно-рефлекторный характер и возникает вследствие реакции на боли в ране, рефлекторного напряжения мышц брюшного пресса, действия наркоза и пр.

При нарушении мочеиспускания вначале предпринимают простые меры: больному разрешают встать, его можно отвезти в туалет для восстановления привычной для акта мочеиспускания обстановки, вводят анальгетики и спазмолитики, на надлобковую область кладут теплую грелку. При неэффективности этих мероприятий необходимо произвести катетеризацию мочевого пузыря.

Если больной не может помочиться, выпускать мочу катетером нужно не реже одного раза в 12 часов. При катетеризации необходимо тщательно соблюдать правила асептики. В тех случаях, когда состояние больных тяжелое и необходимо постоянное наблюдение за диурезом, катетер оставляют в мочевом пузыре на все время раннего послеоперационного периода.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

ПРОЛЕЖНИ — это асептический некроз кожи и глубже расположенных тканей вследствие нарушения микроциркуляции в результате их длительного сдавления.

После операции обычно пролежни образуются у тяжелых пожилых больных, долго находящихся в вынужденном положении (лежа на спине).

Наиболее часто пролежни возникают на крестце, в области лопаток, на затылке, на задней поверхности локтевого сустава, на пятках. Именно в этих областях довольно близко расположена костная ткань и создается выраженное сдавление кожи и подкожной клетчатки.

а) Профилактика

Профилактика пролежней заключается в следующих мероприятиях:

- ранняя активация (по возможности ставить, сажать пациентов или хотя бы поворачивать с боку на бок),
- чистое сухое белье,
- резиновые круги (подкладывают в области наиболее частых локализаций пролежней для изменения характера давления на ткани),
- противопролежневый матрац (матрац с постоянно изменяющимся давлением в отдельных секциях),
- массаж,
- обработка кожи антисептиками.

б) Стадии развития

В своем развитии пролежни проходят 3 стадии:

- Стадия ишемии: ткани становятся бледными, нарушается чувствительность.
- Стадия поверхностного некроза: появляется припухлость, гиперемия, в центре образуются участки некроза черного или коричневого цвета.
- Стадия гнойного расплавления: присоединяется инфекция, прогрессируют воспалительные изменения, появляется гнойное отделяемое, процесс распространяется вглубь, вплоть до поражения мышц и костей.

в) Лечение

При лечении пролежней обязательно соблюдение всех мер, относящихся к профилактике, так как они в той или иной степени направлены на устранение этиологического фактора.

Местная обработка пролежней определяется стадией процесса:

Стадия ишемии - кожу обрабатывают камфорным спиртом, вызывающим расширение сосудов и улучшение кровотока в коже.

Стадия поверхностного некроза - область поражения обрабатывают 5% перманганатом калия или спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Указанные вещества оказывают дубящий эффект, создается струп, препятствующий присоединению инфекции.

Стадия гнойного расплавления - лечение осуществляется по принципу лечения гнойной раны.

Значительно легче пролежни предупредить, чем лечить.

Осложнения могут возникнуть и в других системах. Основной задачей в послеоперационном периоде является их своевременное выявление и лечение.

Поздние осложнения:

1. Спаечная болезнь.
2. Болезни рубцов (келоидные рубцы, изъязвление).
3. Послеоперационные грыжи.

Активное ведение больного после операции, нормализация различных сторон обмена, полноценное восполнение энергетических затрат организма, витаминотерапия являются важнейшими условиями благоприятного течения послеоперационного периода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петров С.В. Общая хирургия, СПб., 1999
2. <https://studfiles.net/preview/3102297/page:32/>
3. <http://prooperacii.ru/stati/podgotovka-pacienta-k-ekstrennoj-operacii.html>
4. http://xn--90aw5c.xn--c1avg/index.php/%D0%9F%D0%9E%D0%A1%D0%9B%D0%95%D0%9E%D0%9F%D0%95%D0%A0%D0%90%D0%A6%D0%98%D0%9E%D0%9D%D0%9D%D0%AB%D0%99_%D0%9F%D0%95%D0%A0%D0%98%D0%9E%D0%94
5. http://revolution.allbest.ru/medicine/00734345_0.html