

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Основная цель – 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 стабилизацией состояния больного (выздоровлением или установлением инвалидности).

Послеоперационный период

Этапы	Содержание
1. Ранний (часы, 3-5 сутки)	Биологическая реабилитация после операционной травмы (ЦНС, газообмен, гемодинамика, метаболизм) 1 фаза раневого процесса
2. Поздний (сутки, 2-3 недели)	Бытовая реабилитация 2 фаза раневого процесса
3. Отдалённый (от 3 недель до 2-3 месяцев)	Социальная реабилитация (восстановление трудоспособности, инвалидизация) 3 фаза раневого процесса

- В послеоперационном периоде в организме больного происходят изменения, которые обычно разделяют на **три фазы**:
- **Катаболическая фаза** — длится обычно 5-7 дней. В этот период в организме происходят изменения, цель которых — быстрая доставка необходимых энергетических и пластических материалов. Для катаболической фазы характерен повышенный распад белка, при этом снижается не только содержание белка в мышцах и соединительной ткани, но и ферментных белков.
- **Фаза обратного развития** — длится 3-5 дней. Фаза является переходной от катаболической к анаболической. Снижается активность симпато-адреналовой системы.
- **Анаболическая фаза** — характеризуется активным восстановлением тех изменений, которые наблюдались в катаболической фазе. Завершение анаболической фазы соответствует полному восстановлению организма после операции. Обычно это происходит примерно через 3-4 недели.

Особенности раннего послеоперационного периода.

- *Неосложненный период.*
- 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 следующем:
- Борьба с болью;
- Восстановление функции сердечно-сосудистой системы и микроциркуляции;
- Предупреждение и лечение дыхательной недостаточности;
- Коррекция водно-электролитного баланса;
- Дезинтоксикационная терапия;
- Сбалансированное питание;
- Контроль функции выделительной системы;

Особенности раннего послеоперационного периода.

■ *Осложненный период.*

Развитию осложнений способствуют три основных фактора:

- Наличие послеоперационной раны;
- Вынужденное положение;
- Влияние операционной травмы и наркоза;

Программа послеоперационного ведения больных

1. Выведение из посленаркозного сна, контроль сознания, обезболивание.
2. Контроль жизненноважных функций организма:
 - контроль гемодинамики;
 - контроль дыхания;
 - контроль функции почек.
3. Контроль периферической крови.
4. Контроль желудочно-кишечной моторики.
5. Контроль операционной раны, дренажей, тампонов, свищей.
6. Бытовая реабилитация больного.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАЛАТЕ. ОБЩИЙ УХОД.

После возвращения в палату регулярно,
практически ежечасно или раз в 2 часа

- производится контроль пульса, артериального давления и частоты дыхания.
- Пациентам, которым выполнены сложные операции на желудке или кишечнике, показан почасовой контроль отделяемого по назогастральному зонду, дренажам, диуреза и отделяемого из раны.
- Наблюдение осуществляется медицинской сестрой под контролем лечащего врача или дежурного хирурга (при необходимости и других консультантов). Постоянное врачебное наблюдение снимается, когда состояние пациента стабилизируется.

Послеоперационное обезболивание

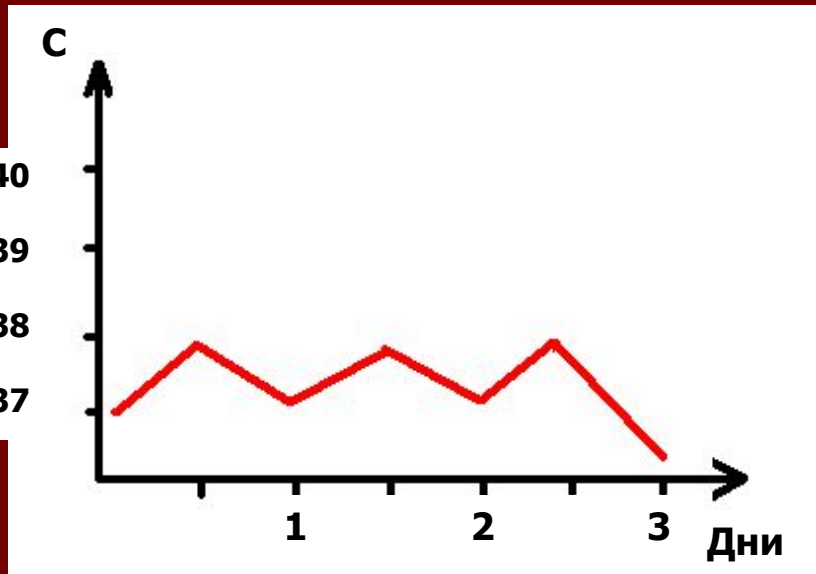
- Не менее 35% пациентов, перенесших плановые и экстренные хирургические вмешательства, страдают от острой боли.
- В 17 % случаев интенсивность боли превышает ожидаемую.

[J.Svensson (Швеция) - IV Конгресс EFIC, Прага, 2003]

Основные задачи послеоперационного обезболивания

- Повышение качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.
- Ускорение послеоперационной функциональной реабилитации.
- Снижение частоты послеоперационных осложнений.
- Сокращение сроков пребывания пациентов в клинике.

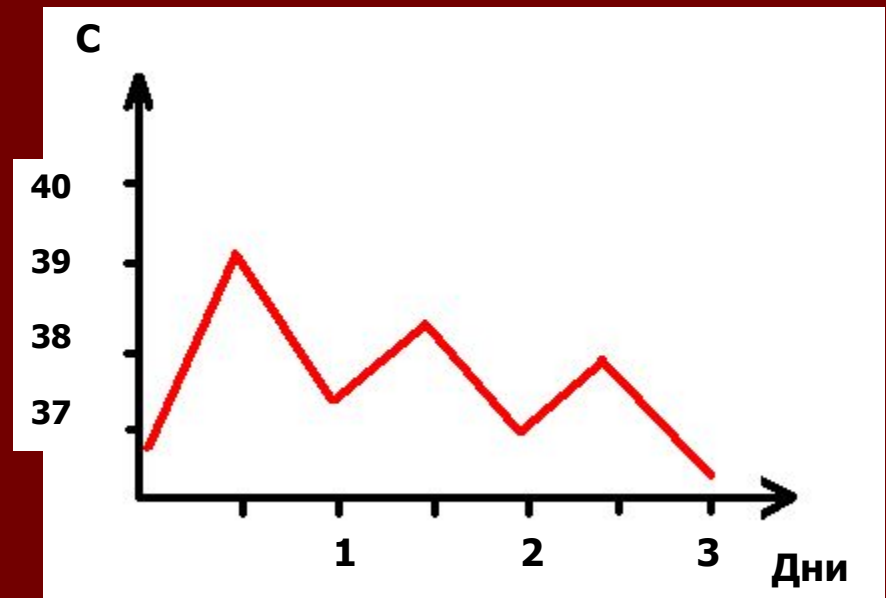
Типы лихорадок



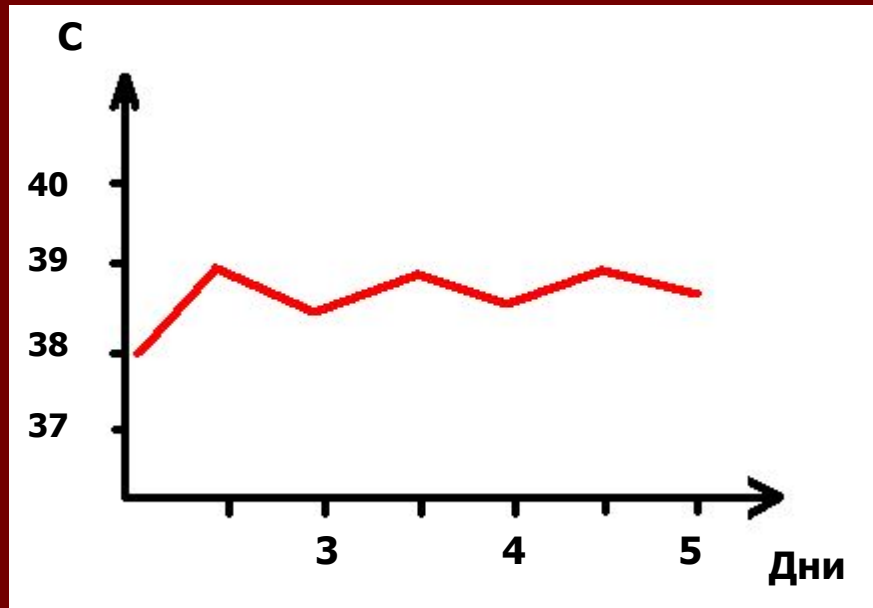
Субфебрильная

Нормальный послеоперационный период

Раневая резорбтивная



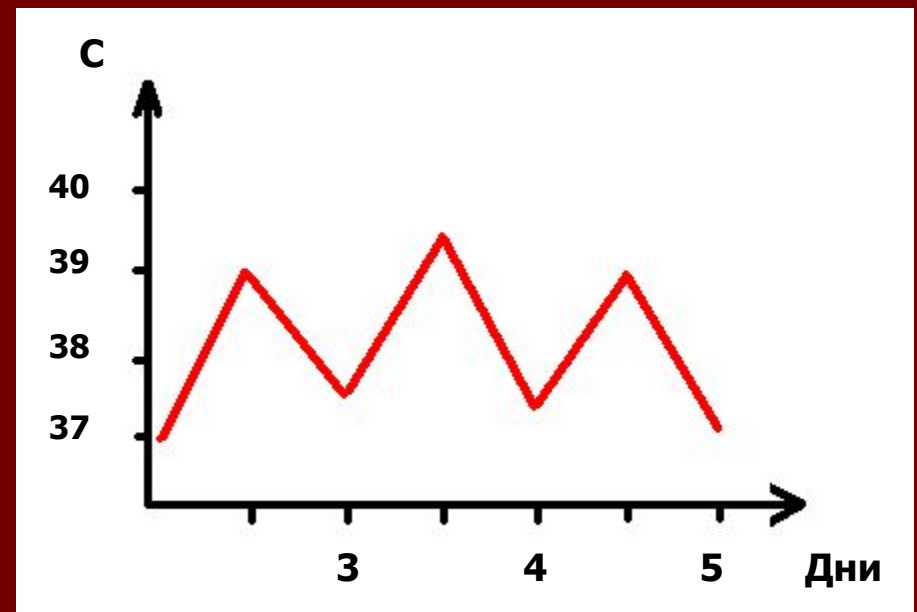
продолжение



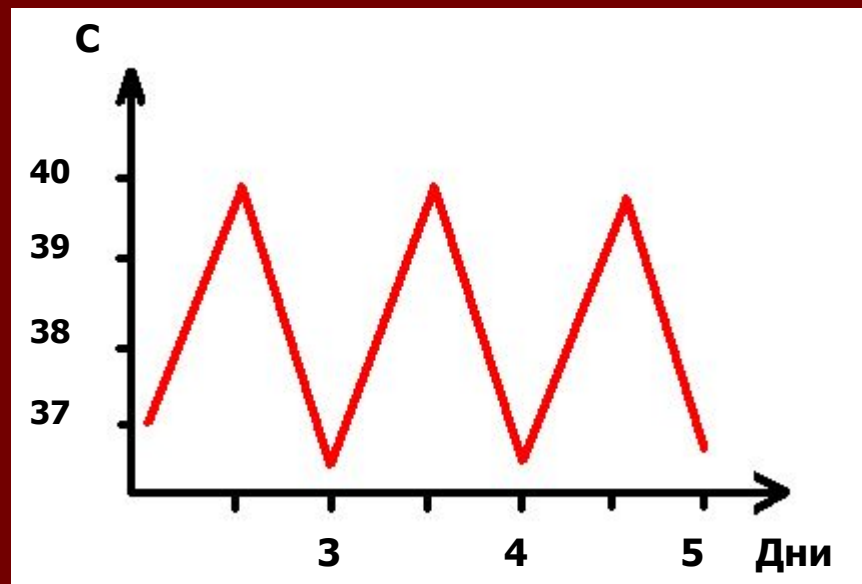
Фебрильная постоянная

**Осложнённый
послеоперационный
период**

Фебрильная ремитирующая



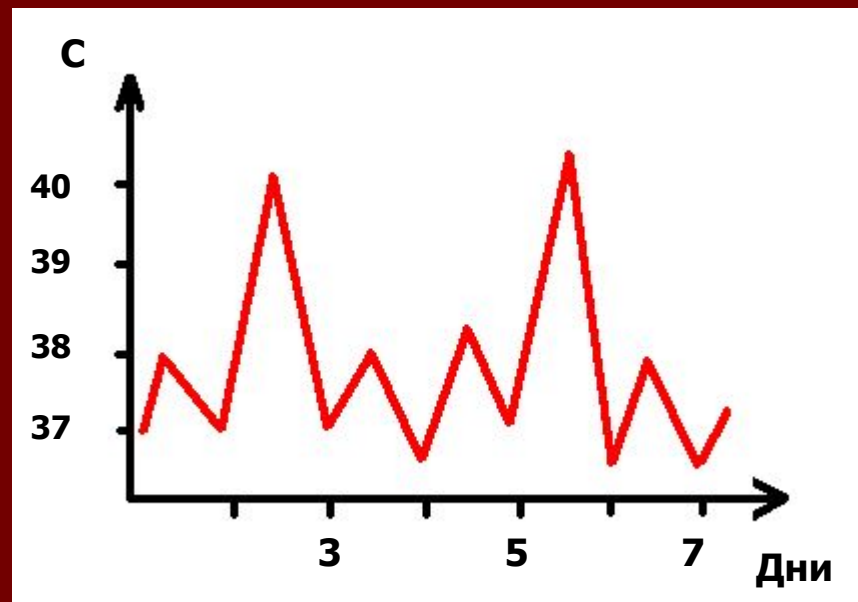
продолжение



Интермитирующая
септицемическая

Осложнённый послеоперационный период

Рецидивирующая
септикопиемическая



Послеоперационные осложнения

I. В органах и системах на которых производилось оперативное вмешательство:

- кровотечение в зоне операции;
- воспаление в зоне вмешательства (анастомозит);
- нарушение репарации (несостоятельность, свищ);
- дисфункции в послеоперационном периоде.

II. В органах и системах на которых вмешательство не производилось:

- ЦНС (Операционный шок, боль, нарушение сна, делирий, кома);
- органы дыхания (ателектазы, асфиксия, пневмония);
- ССС (Острая недостаточность, тромбозы, эмболия шок, инфаркт миокарда, аритмия);
- мочевыделения (Уроинфекция, нарушение мочеиспускания ОПН);
- ЖКТ (перитонит, парезы, дисбактериозы);
- гемостаза (тромбофилии – ГВТ, ТЭЛА).

• Со стороны операционной раны:

- кровотечения (гематомы, серомы);
- воспаление (инфильтраты, абсцессы, лигатурные свищи);
- нарушения репарации (эвентрации, послеоперационные грыжи).

Местные осложнения: К осложнениям в области операционной раны относятся .

Расхождение краёв раны



varikoz.biz

varikoz.biz

Эвентрация



Полная эвентрация в послеоперационную рану



Устранение эвентрации с разгрузочными швами



Эвентрация –выхождение органов через операционную рану – может возникнуть по различным причинам:
из-за ухудшения регенерации тканей (при гипопротеинемии, анемии, истощении),
недостаточно прочного ушивания тканей, нагноения раны, резко и длительного повышения внутрибрюшного давления (при метеоризме, рвоте, кашле и др.)

Нагноение раны



Кровотечение

Кровотечение может возникать в результате недостаточного проведённого гомеостаза во время операции.

Остановка кровотечения:

- холод на рану
- тампопада
- гемостатические препараты

Гематома



- **Гематома** формируется в тканях из крови , поступающей из кровотока сосуда.

Она рассасывается под действием тепла :

Компресс

УФО

Удаляется путем пункции или оперативного вмешательства.

Общие осложнения:

Такие осложнения возникают в результате воздействия операционной травмы на организм и проявляются нарушением функции систем органов.

Наиболее частое после операции наблюдается **боль** в области раны.

Для её уменьшения назначают наркотические или ненаркотические анальгетики

Осложнение со стороны НС.

Часто после операции наблюдается бессонница, значительно реже нарушение психики. При развитии психоза следует установить индивидуальный пост .

▪

Осложнения со стороны дыхания.

Бронхиты, послеоперационные пневмонии возникают вследствие нарушение вентиляции легких, переохлаждения. Для профилактики пневмонии проводит дыхательную гимнастику, массаж грудной клетки, придают полусидячее положение в постели. При развитие тяжелой дыхательной недостаточности накладывают трахеостому .

Осложнение со стороны ССС.

Наиболее опасна ОССН – левожелудочковая или правожелудочковая. При недостаточности левого желудочка - отёк лёгких. Для профилактики осложнений следует тщательно готовить пациента к операции, измерить АД, Ps, провести оксигенотерапию.

Осложнение со стороны ЖКТ.

В связи недостаточным уходом за полостью рта могут развиваться стоматиты и острые паротиты, поэтому для предупреждения этих осложнений необходимо проводить тщательный туалет ротовой полости (полоскание растворами антисептиков, использование жевательной резинки или дольки лимона для стимуляции слюноотделения)

Осложнения со стороны мочеполовой системы.

Часто возникает задержка мочеиспускания и переполнение мочевого пузыря. Проводят катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером.

Осложнения со стороны кожи.

Пролежни возникают чаще у истощенных и ослабленных больных, при длительном вынужденном положении больного на спине, нарушении трофики вследствие повреждения спинного мозга.

Для профилактики проводят тщательный туалет кожи, соблюдают активное положение в постели или переворачивание пациента, своевременную смену нательного и постельного белья. Подкладывают ватно-марлевые кольца, подкладной круг, противопролежневый матрас.

Послеоперационные осложнения

■ Профилактика:

Снижение тромбоэмболических осложнений:

- ранняя активизация больных;
- воздействие на возможный источник (лечение тромбозов);
- обеспечение стабильной гемодинамики;
- коррекция водно-электролитного баланса;
- использование дезагрегантов и других средств, улучшающих реологические свойства крови;
- применение антикоагулянтов (гепарин, фраксипарин);

Послеоперационные осложнения

Со стороны дыхательной системы:

- ранняя активизация больных;
- антибиотикопрофилактика;
- адекватное положение в постели;
- дыхательная гимнастика;
- разжижение мокроты и применение отхаркивающих средств;
- санация трахеобронхиального дерева у тяжелобольных;
- горчичники, банки;
- физиотерапевтические процедуры, массаж;

Послеоперационные осложнения

Со стороны ЖКТ:

- борьба с парезом;
- ранняя активизация больных;
- рациональный режим питания;
- дренирование желудка;
- введение газоотводной трубки;
- введение средств стимуляции моторики;
- физиопроцедуры;

Послеоперационные осложнения

Со стороны мочевыделительной системы:

острая почечная недостаточность,
нарушение гемодинамики в процессе
операции ведет к снижению работы
почек. Воспалительные процессы
(пиелонефрит, цистит, уретрит);

- тщательный контроль диуреза (суточный и почасовой);

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

Применение назогастрального зонда

С активной аспирацией желудочно-кишечного содержимого способствует удалению токсического содержимого, устранению перерастяжения желудочно-кишечной стенки, что благоприятно отражается на нормализации кишечной функции, уровня стояния диафрагмы и функции сердца, сосудов и легких, улучшая гемодинамические показатели.

Для этого используют:

- Тонкий желудочный зонд – тонкостенную резиновую трубку длиной 110-115см.
- Чистый почкообразный лоток или тазик. Шприц Жане.
- Емкости (банки) для сбора желудочного содержимого.

Последовательность действий:

- Объяснить пациенту необходимость введения зонда.
- Зонд можно вводить в положении сидя или лежа в зависимости от состояния пациента.
- На шею и грудь положить полотенце, снять съемные зубные протезы.
- Чистыми руками ввести зонд в нос, продвинуть его в носоглотку. Пациент должен сделать глотательное движение. Проталкивая зонд, направить его в пищевод и далее в желудок.
- Содержимое желудка извлекаем шприцом Жане.
- В послеоперационном периоде назогастральный зонд может быть опущен в емкость (банку), закрепленную на кровати ниже уровня пациента. Так осуществляется контроль застойного желудочного содержимого.
- После операции зонд удаляют по мере исчезновения застойного желудочного содержимого.

Применение газоотводной трубки.

При выраженном метеоризме пациенту вводят в прямую кишку резиновую газоотводную трубку. Ее длина 40см, внутренний диаметр 5-10мм, наружный конец слегка расширен, а на закругленной (внутренней) части трубки в центре и на боковой стенке имеются отверстия.

Последовательность действий:

- Пациент лежит на спине или левом боку (как удобно).
- Лежит на клеенке, между ногами судно. В нем немного воды.
- Смазать конец трубки вазелином.
- Помогая левой рукой ввести трубку на 20-30см в прямую кишку наружный конец трубки опустить в судно, т. к. через него вместе с газами могут выделяться и жидкие каловые массы.
- Трубку обычно ставят на час. Если напор газов сильный и перистальтика кишки сильная, трубка выдавливается сама. При необходимости ее вновь можно поставить. Дольше трубку держать нельзя, так как могут образоваться пролежни. После процедуры необходимо сделать туалет тканей – помыть, обтереть насухо.
- Трубка погружается в дезинфицирующий раствор.

Тест – эталонный контроль

Срок окончания послеоперационного периода:

- а) после заживления операционной раны;
- б) после полного выздоровления больного или обретения им стойкой утраты трудоспособности;
- в) после окончания операции и выписки больного из стационара;

Тест – эталонный контроль

Ранний послеоперационный период длится:

- а) 3 суток;
- б) 7 суток;
- в) 12 суток;

Тест – эталонный контроль

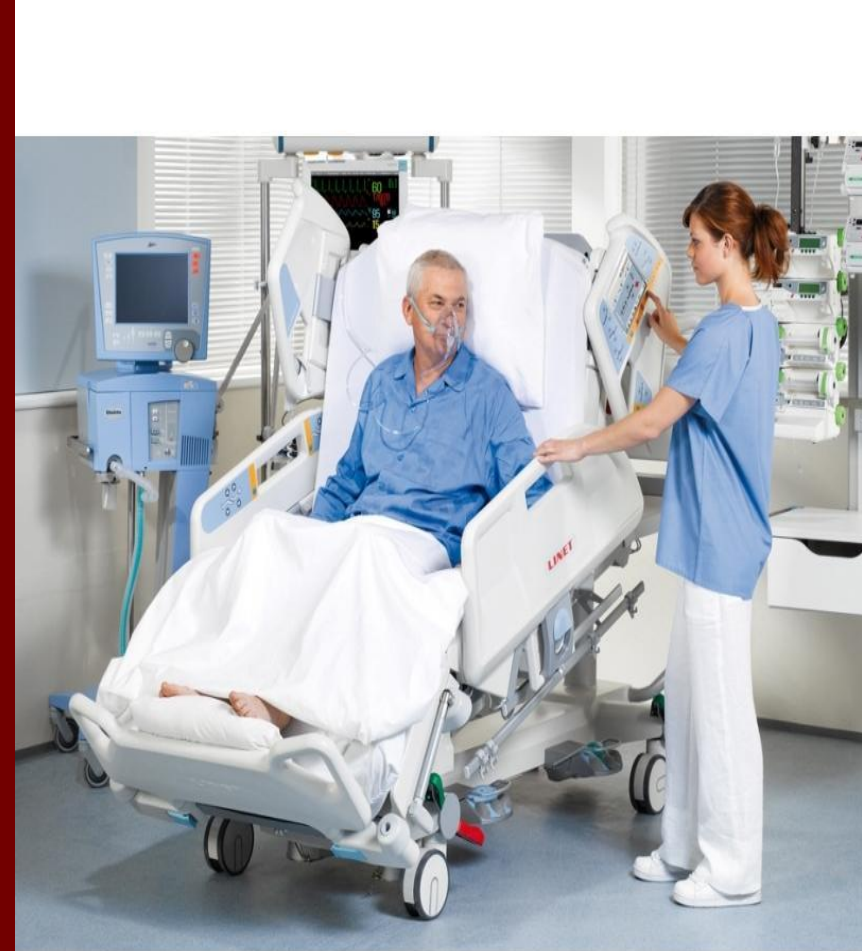
Положение больного после операции на органах брюшной и грудной полости:

- а) горизонтальное;
- б) положение Фаулера;
- в) не имеет значения;

Положение Фаулера

Положение Фаулера можно назвать положением полулежа и полусидя. Пациента укладывают в положение Фаулера в следующей последовательности:

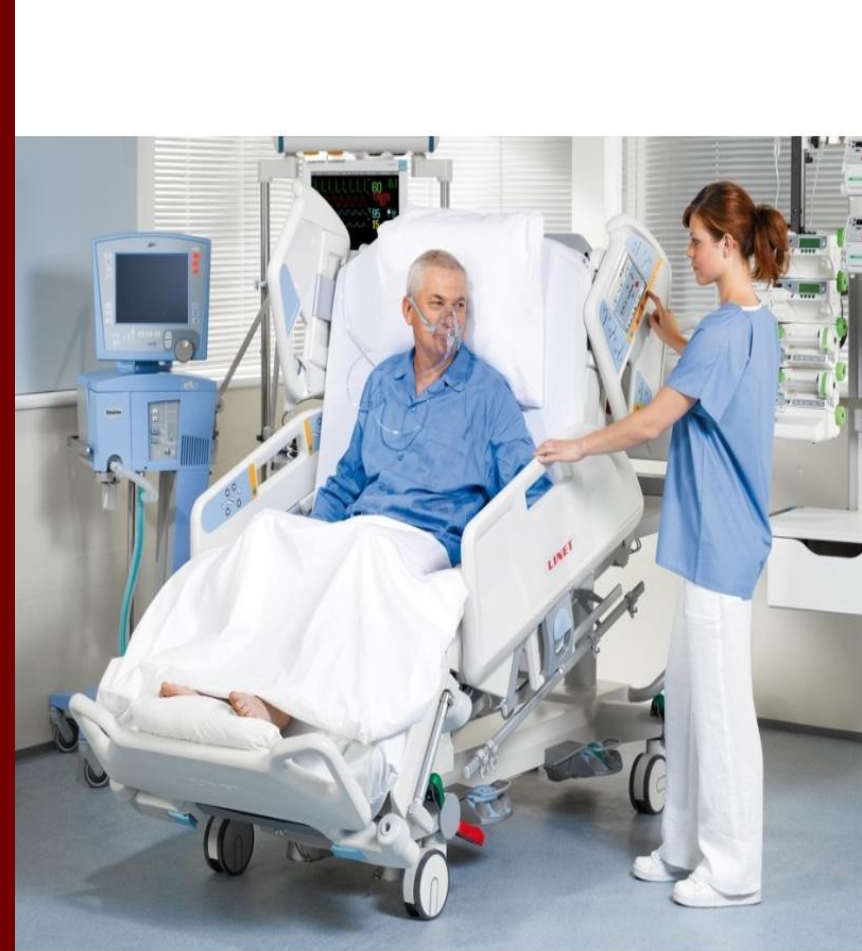
- 1) приводят кровать пациента в горизонтальное положение;
- 2) поднимают изголовье кровати под углом $45 — 60^\circ$ (в таком положении пациент чувствует себя комфортнее, ему легче дышать и общаться с окружающими);



Положение Фаулера

3) кладут голову пациента на матрац или низкую подушку, чтобы предупредить сгибательную контрактуру шейных мышц;

4) если пациент не в состоянии самостоятельно двигать руками, под них подкладывают подушки для предупреждения вывиха плеча вследствие растяжения капсулы плечевого сустава под воздействием направленной вниз силы тяжести руки и предупреждения сгибательной контрактуры мышц верхней конечности;



Положение Фаулера

- 5) под поясницу пациенту кладут подушку с целью уменьшения нагрузки на поясничный отдел позвоночника;
- 6) под бедро пациента подкладывают небольшую подушку или валик (для предупреждения персразгибания в коленном суставе и сдавливания подколенной артерии под действием силы тяжести);
- 7) под нижнюю треть голени пациента подкладывают небольшую подушку с целью предупреждения длительного давления матраца на пятки;
- 8) ставят упор для стоп под углом 90° , чтобы поддержать их тыльное сгибание и предупредить «провисание».

