

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТІРЛІГІ
ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ
Хирургия дисциплина кафедрасы

ПРЕЗЕНТАЦ ИЯ

Операциядан кейінгі кезең

Орындаған: Түймебай А.

Төбелі: ЕІЖК 202

ЖОСПАР:

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
 - 1. Су тепе-теңдігінің бұзылуының клиникалық белгілері
 - 2. Үш фаза
 - 3. Жарақаттың асқынулары
- III. Қорытынды
- IV. Пайдаланылған әдебиеттер

Кіріспе

- Операциядан кейінгі кезең-операция аяқталғаннан бастап, науқастың жазылып шығуына немесе мүгедектікке ауысуына дейінгі уақытты айтады. Операциядан кейін науқасқа дұрыс, дұрыс күтім жасалса, осы атқарылған жұмыстардың маңызы жасалған операциядан кем болмайды. Операцияның ауырлығы дұрыс бағаланбаса, операциядан кейінгі ем жүргізу мен күтім жасауда қателіктер жіберілсе, асқынулардың дамуына, тіпті науқастың өліміне себепші болуы мүмкін.

- Операциядан кейін, науқас белсенді ем қабылдау бөліміне немесе операциядан кейінгі бөлмеге жатқызылады. Науқасты тасымалдау кезінде жылы орап қойған жөн. Операциядан кейінгі бөлімде 1-2 тен артық науқас жатпауы керек. Осы бөлімде науқас 2-3 тәулік жатқаннан кейін, жалпы бөлімге көшеді. Науқас жататын бөлмедегі жаймалар таза болуы қажет. Оны төсекке жатқызғаннан кейін жылы орап қояды. Егер операция наркозбен жасалған болса, науқас ұйқылы ояу күйінде жеткізіледі. Бұл жағдайда, оның басының астына жастық қойылмайды және науқас ұйқысынан толық оянғанша науқас мейірбикенің немесе дәрігердің қарауында болуы қажет. Себебі, осы мезгілде наркоздан кейінгі асқынулар дамуы мүмкін: тілдің тыныс жолдарын жауып қалуы, құсу, тынысы мен жүрегінің тоқтап қалуы және т.б. Сондықтан, күрделі кеуде және құрсақ қуысына жасалған операциядан кейін, алғашқы 3-4 сағат ішінде әрбір 15-20 минут сайын, ал бірінші тәулікте әрбір 35-40 минут сайын жүректің соғуы мен тыныс алу қозғалысын, артериялық қан қысымын өлшеп тұру қажет.

Су тепе-теңдігінің бұзылуының клиникалық белгілері

- Су-тұз алмасуының бұзылуы көп мағана береді. Күрделі операциядан кейін, су алмасуының бұзылуына мүмкіндік туады.
- Хирургиялық тәжірибеде су және электролитті тепе-теңдігінің бұзылуы құрсақ қуысы ағзаларының жедел хирургиялық ауруларында, асқазан ішек жолдарына операция жасағанда, күйікте, жыланкөзі бар ауыр созылмалы ауруларда, көп мөлшерде сұйықтық жоғалтқанда кездеседі.
- Дисгидрацияның қаншалықты ауыр екенін анамезді жинап, білуге болады. Дәрігерге қаралғанға дейінгі кезеңді тоқтаусыз құсық немесе деярея болса, алғашқы белгілері байқалмаса да, су-электролиті тепе-теңдіктің айқын бұзылыстарын күтуге болады.

- Шөлдеу-су жетіспеушілігінің алғашқы және негізгі белгісі болып табылады. Шөлдеуді ауыз қуысының шырышты қабатының құрғауынан ажырата білу керек. Кейбір науқастарда таза судың жеткіліксіздігі байқалады, мысалы, науқастың жағдайы ауыр болғанда, кома жағдайында өздігінен су іше алмағандықтан, сонымен бірге су ішуін шектеп, венаға сұйықтықты жеткіліксіз мөлшерде енгізгеннен дамиды.
- Қолтық асты және шап астындағы құрғақтық суды жоғалтудың негізгі белгісі болып татылады. Бұл кезде адам денесінде 1,5 литір су жетпейді. Қалыпты жағдайда осы аймақтағы тері бездері үнемі қызмет атқарып, ол жерді ылғалдандырып отырады.
- Тіндер мен терінің тургорының төмендеуі интеграцияльді сұйықтықтың азаюының белгісі болып табылады. Бұл кезде денеге тұзды ерітінді құю қажет.
- Көз алмасының серпімділігі тіндердің тургорының көрсеткіші болып табылады. Көз алмасының серпімділігінің төмендеуі дигидрация, ал жоғарылауы дененің гипергидрациясының белгісі.
- Сулы ісіктер интерстициальді сұйықтықтың көлемінің көбейіп, денеде натри мөлшерінің жоғалғанын көрсетеді. Белокты тепе теңдіктің қалыпты жағдайында, балтыр терісін саусақпен басқанда, көзге ілінетіндей шұңқыр пайда болса, онда натри мөлшерінің 400 ммоль ге көбейгендігін көрсетеді, ол 2,5 тұзды ерітіндіні құрайды.

Катаболитикалық фаза

Катаболитикалық фаза 5-6 күнге созылады, бұл кезде симпато адреналды жүйенің белсенділігі артады, қанға көп мөлшерде катехоламиндер, гликокортикалдар, альдастерон түседі. Осы үдерістің мақсаты денеге қажетті энергетикалық және пластикалық заттарды уақытында жеткізу болып табылады. Нейрогуморальді үдерістер тамырлардың серпімділігін өзгертіп, тіндердегі микроциркуляцияны және тотығу қалпын келтіру үдерісінің бұзылыстарын тудырады, осының салдарынан ацидоз бен гликоз дамиды. Белоктардың ыдырауы жоғарылайды, бір тәулікте олардың жоғалуы 30-40 грамға жетеді. Операциядан кейін асқыну пайда болса, катаболитикалық фазаның белсенділігі арта түседі.

Кері даму фазасы

- Бұл катаболикалық фазадан анаболитикалық фазаға ауысу кезеңі, ол 3-5 күнге созылады. Осы фазада симпато адреналды жүйенің белсенділігі төмендейді, белок алмасу қалпына келеді. Гликоген мен майлардың синтезі жоғарылайды, катаболикалық үдерістерден анаболитикалық үдерістер басым түседі – анаболитикалық фаза басталады.

Аноболитикалық фаза

- Анаболитикалық фазада репаративті үдерістер ұлғайып, дәнекер тін дамиды. Бұл кезде парасимпатикалық нерв жүйесі белсендіріледі, самототропты гормондар мен андрогендердің белсенділігі артады, белок пен майлардың синтезі жоғарылайды. Операциядан кейін, 3-4 аптада дене бұрынғы қалпына келеді, осылай аноболитикалық фаза аяқталады.

Жараның асқынулары

- Операциядан кейінгі ерте кезеңде мынадай асқынулар тууы мүмкін:
- Қансырау;
- Жараның ашылуы;
- Инфекцияның дамуы;

- Қансырау-кез-келген жарада кездесетін негізгі белгі. Бұл өте қауіпті асқыну, кейде науқас өміріне қауіп төндіріп, қайта операция жасауға тура келеді.
- Операциядан кейінгі асқыну үш түрге бөлінеді:
- Сыртқы қансырау-қан операция жарасына ағады, танғыш ылғалданады.
- Дренажды қан кету-қан ішкі ағзалардан немесе жарадан дренаж арқылы сыртқа шығады.
- Ішкі қансырау-қан сыртқа шықпай, дененің ішкі қуыстарына жиналады.

- Тігістердің ажырауы-лапаротомды жарадағы тігістердің ажырап, ішкі ағзалардың сыртқа шығуын эвентрация деп атайды. Ол жараны тігіп жатқанда жіберілген техникалық қателіктердің, құрсақ қуысындағы қысымның жоғарылауының, жарада инфекцияның пайда болуының себебінен болады.
- Қайта жасалған операцияда жара тігістерінің ажырау қауіпі жоғары болғандықтан, іштің алдынгы қабатындағы жараны түймемен немесе түтікпен бекітіп тігеді.

Пайдаланылған әдебиеттер:

- Жалпы хирургия «Алматы» 2006ж.
Қалыбай Д.Д.