

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОН НОГО ПЕРИОДА

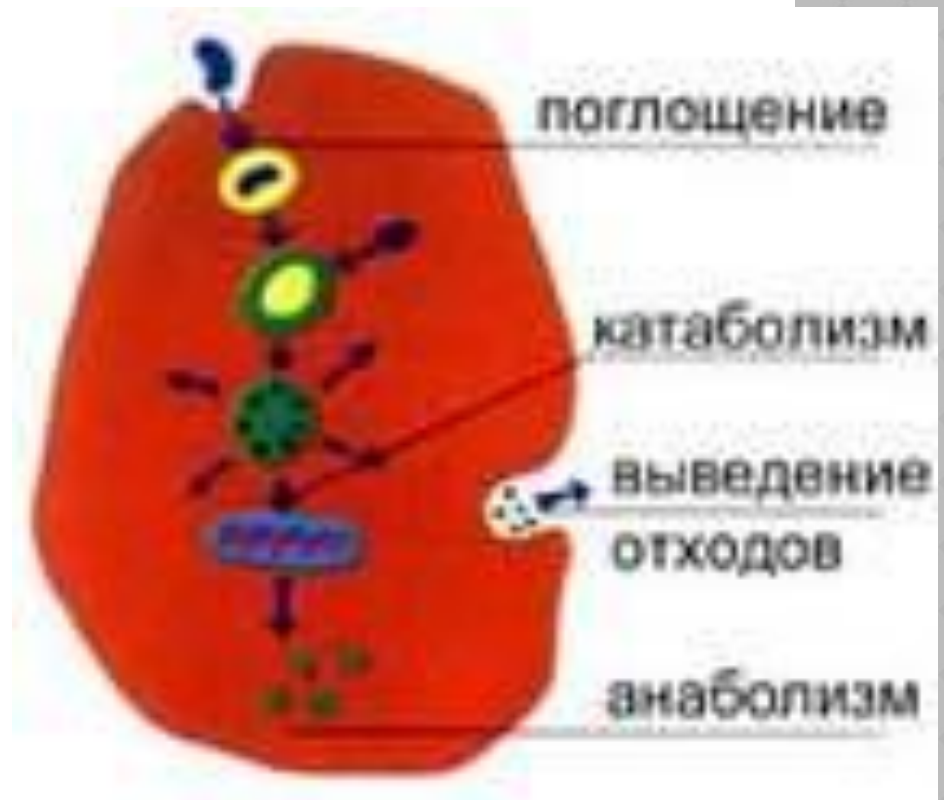
КЛАССИФИКАЦИЯ ПОП

- ранний ПОП (первые 6 суток после операции) и
- поздний (от 6-х суток после операции до выписки из стационара).
- Ранний период включает в себя непосредственный (длится в течение 24 ч с момента окончания операции).

ТЕЧЕНИЕ ПОП МОЖЕТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕННЫМ И НЕОСЛОЖНЕННЫМ



- В течении ПОП выделяют четыре основные фазы:
- катаболическую, 3-5 суток
- фазу обратного развития, 1-3 суток
- анаболическую, 2-3 недели, что зависит от выраженности предшествующих изменений
- фазу увеличения массы тела. спустя 4 недели после операции



- В раннем ПОП изменяется система гемостаза (свертывающая, противосвертывающая и фибринолитическая системы). Свертывающая система (стимулирует синтез тромбина и обуславливает образование из фибриногена фибрина)
- В течение 3-5 суток после операции завершается нормализация обмена воды, но продолжается задержка выделения калия, который расходуется на синтез белков и восстановление внутриклеточной концентрации ионов.
- относительная гипоксия тканей на периферии, возникающая в результате операционной травмы и перераспределения крови, приводит к повышению содержания в крови молочной и пировиноградной кислот, которые способствуют развитию метаболического ацидоза.
- По мере восстановления основных функций организма в раннем ПОП (на 4-5-е сутки) постепенно нормализуются показатели КОС.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

- оценка сознания пациента и проведение мероприятий, направленных на его восстановление;
- адекватное обезболивание;
- оценка функции внешнего дыхания (лечение острой дыхательной недостаточности);
- коррекция системы кровообращения и борьба с гиповолемией;

- контроль и своевременная диагностика возможных послеоперационных осложнений, требующих выполнения повторных хирургических вмешательств;
- контроль и коррекция нарушений водно-электролитного обмена, КОС и метаболизма: восстановление пассажа по желудочно-кишечному тракту, ранняя нутритивная поддержка (энтеральное и/или парентеральное питание);
- проведение этиотропной и патогенетической терапии (антибак- териальная терапия, назначение глюкокортикоидов, предупреждение тромбозэмболических осложнений и т. д.)

ОЦЕНКА СОЗНАНИЯ

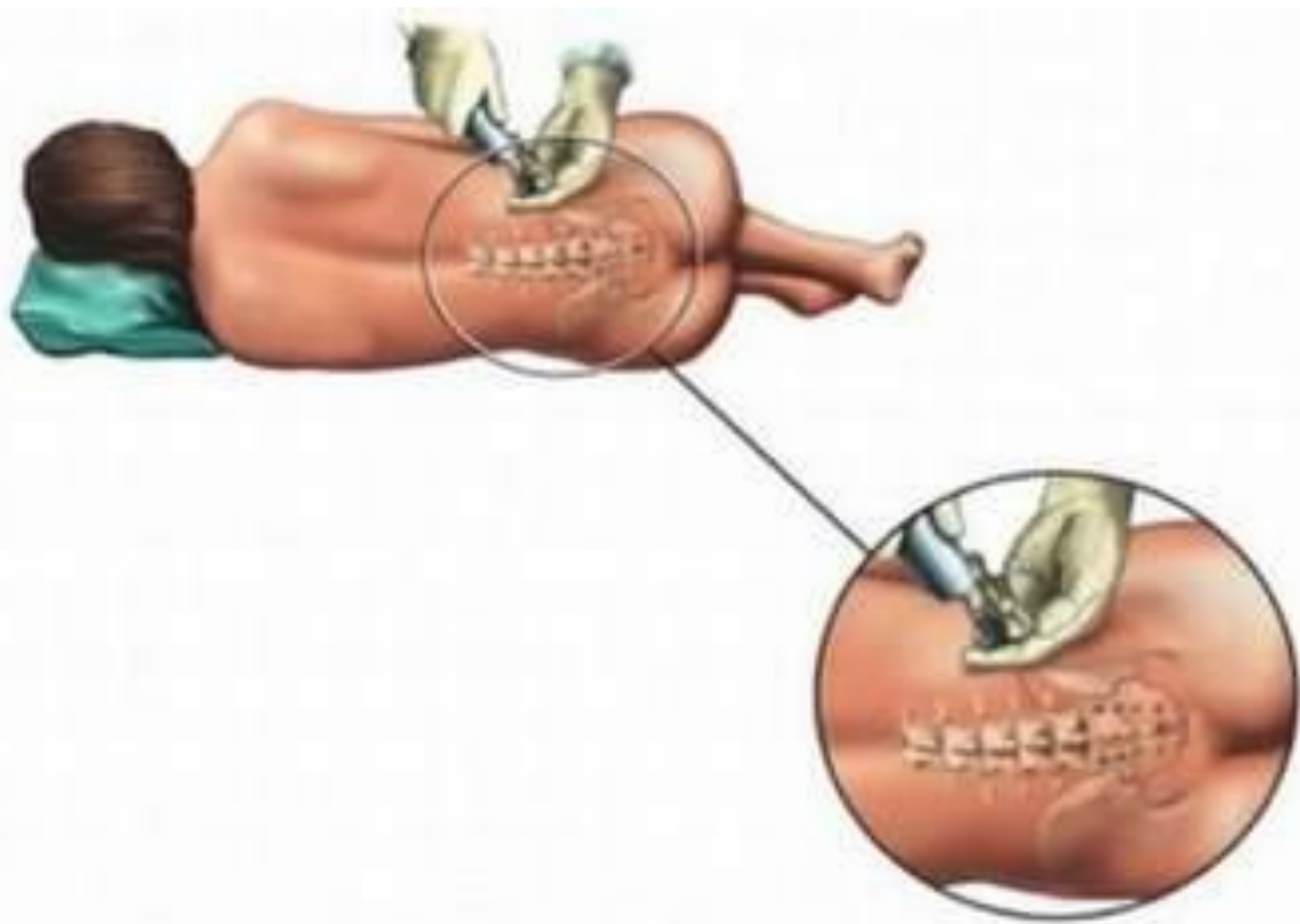


ОЦЕНКА СОЗНАНИЯ

- **Причиной позднего пробуждения могут служить:**
- передозировка анестетиков и/или замедленная элиминация;
- замедленный печеночный метаболизм (пожилой возраст, недостаточное питание, комбинированное применение нескольких препаратов, которые метаболизируются печенью);
- комбинация анестетиков различных фармакологических групп (опиаты + нейролептики; кетамин + нейролептик);
- эндокринная патология (надпочечниковая недостаточность, гипотиреоз, сахарный диабет – гипо или гипергликемия, кетоацидоз, некетоацидотическая кома);
- неврологические нарушения (кровоизлияния, ишемия, эмболи-ческие нарушения: тромбоэмболия, жировая и воздушная эмболия) и нарушения психики (возбуждение, соматогенный психоз и делирий).

АДЕКВАТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

- нестероидные противовоспалительные средства (капсикам, ксефокам, теноксикам, мелоксикам, кеторалак, диклофенак);
- опиоидные анальгетики внутривенно и внутримышечно (тримеперидин, морфина гидрохлорид, суфентанил);
- продленную эпидуральную анальгезию (в т. ч. контролируемая пациентом анальгезия): растворы местных анестетиков и опиатов эпидурально (ропивокаин, бупивокаин, лидокаин + морфин или фентанил (суфентанил) эпидурально). Важно соблюдение дозировки, иначе повышается вероятность осложнений.



КОНТРОЛЬ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ:

- обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, оценку частоты, глубины, ритма дыхания;
- определение цвета кожных покровов; предупреждение западения языка, санацию трахеи и ротоглотки, при необходимости бронхосанацию;
- ИВЛ, которая является лучшим методом лечения остаточной кураризации (релаксации) (!);
- повторную интубацию трахеи и перевод на ИВЛ согласно общим показаниям; профилактику послеоперационного ателектаза и пневмоний.



- Основные задачи интенсивной терапии нарушений сердечно-сосудистой системы следующие:
- обеспечение нормоволемии (коррекция кровопотери и коагулопатий по показаниям, инфузионная терапия, восполнение ОЦК под контролем ЦВД);
- предупреждение послеоперационной стенокардии и инфаркта миокарда;
- профилактика тромбоэмболических осложнений; контроль диуреза (1,0-1,5 мл/кг · ч) (!)

ОСЛОЖНЕННЫЙ ПОП

- Развитию осложнений способствуют три основных фактора:
- наличие послеоперационной раны,
- вынужденное положение,
- влияние операционной травмы и наркоза.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ РАНЫ

- В раннем послеоперационном периоде со стороны раны могут возникнуть следующие осложнения: кровотечение,
- развитие инфекции,
- расхождение швов.
-

КРОВОТЕЧЕНИЕ

- 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.

РАЗВИТИЕ ИНФЕКЦИИ

- 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.).

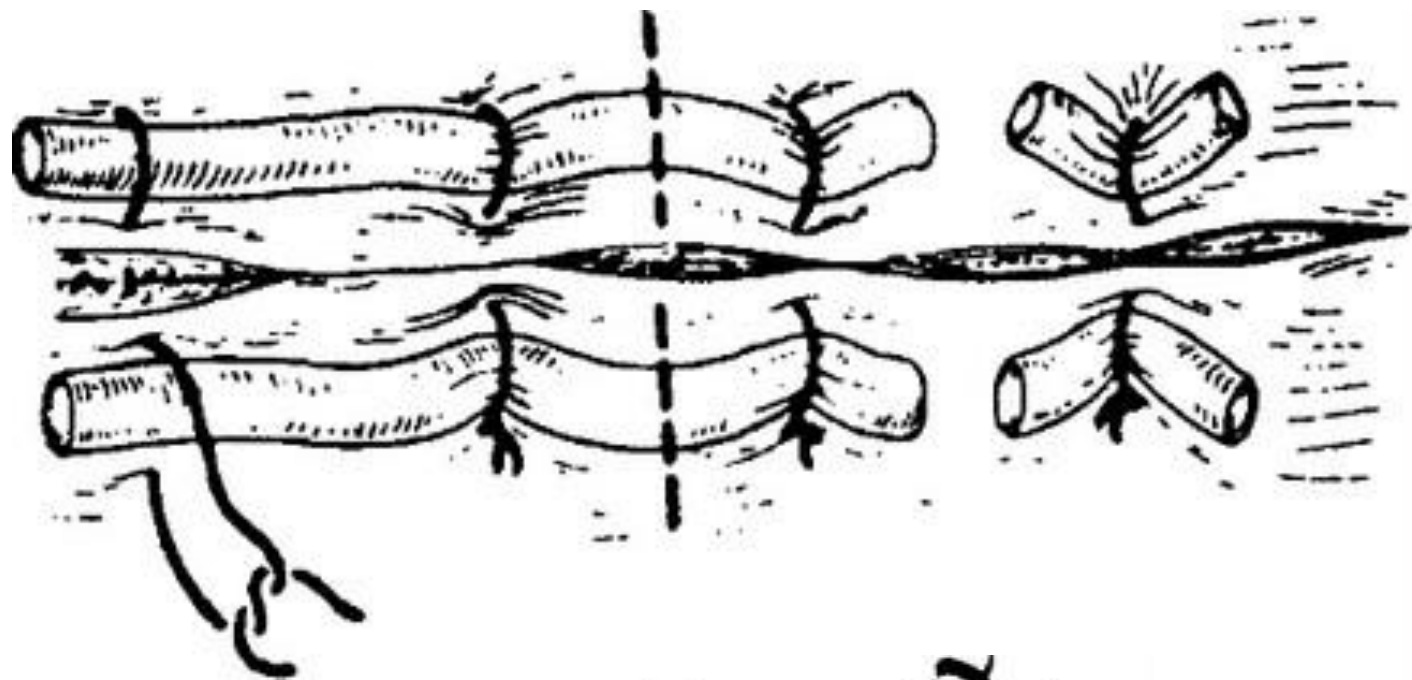


Рис. 9.8
Ушивание лапаротомной раны на
трубках

РАСХОЖДЕНИЕ ШВОВ

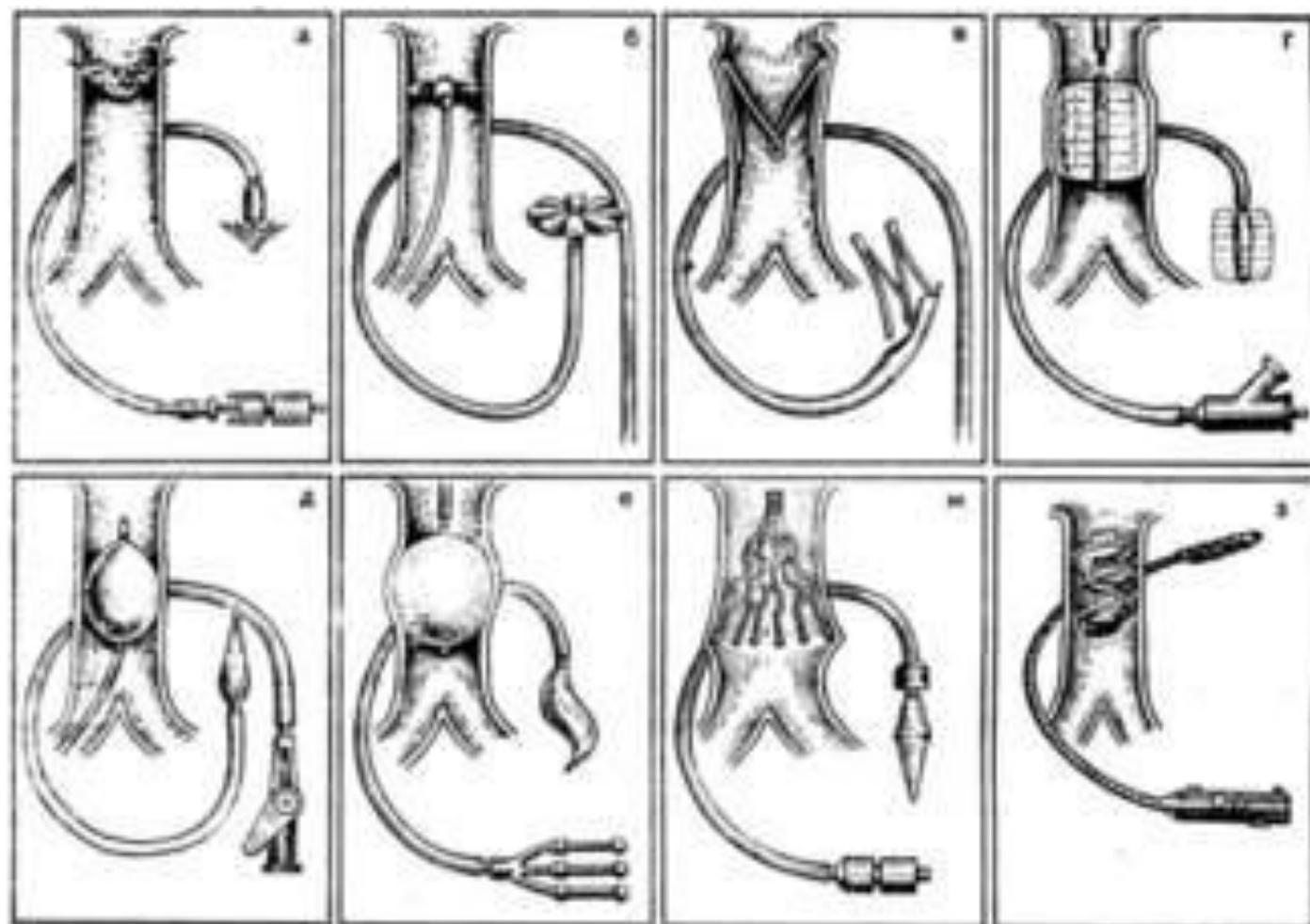
- особенно опасно после операций на брюшной полости. Такое состояние называется эвентрацией. Оно может быть связано с техническими погрешностями при зашивании раны, а также со значительным повышением внутрибрюшного давления (при парезе кишечника, перитоните, пневмонии с выраженным кашлевым синдромом 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 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.

ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ:

- ранняя активизация больных,
- воздействие на возможный источник (например, лечение тромбофлебита),
- 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 тромбоэмболических осложнений.



Устройства для не прямой хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии (схема).

а — зонтичный фильтр Мобин-Алдина; б — катетер Эйхельтера; в — пружина Пей-та; г — баллон Хантера; д — баллонный катетер Фогарти; е — баллонный катетер Мозера; ж — фильтр Гринфилда; з — устройство Мааса.

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 ин- тубационную трубку при продленной ИВЛ или через специально наложенную микротрахеостому при спонтанном дыхании),
- горчичники, банки,
- массаж, физиотерапия.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

- 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.

