

# 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

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

- 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.
1. Контроль жизненноважных функций организма:
  - контроль гемодинамики;
  - контроль дыхания;
  - контроль функции почек.
2. Контроль периферической крови.
1. Контроль желудочно-кишечной моторики.
1. Контроль операционной раны, дренажей, тампонов, свищей.
1. 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

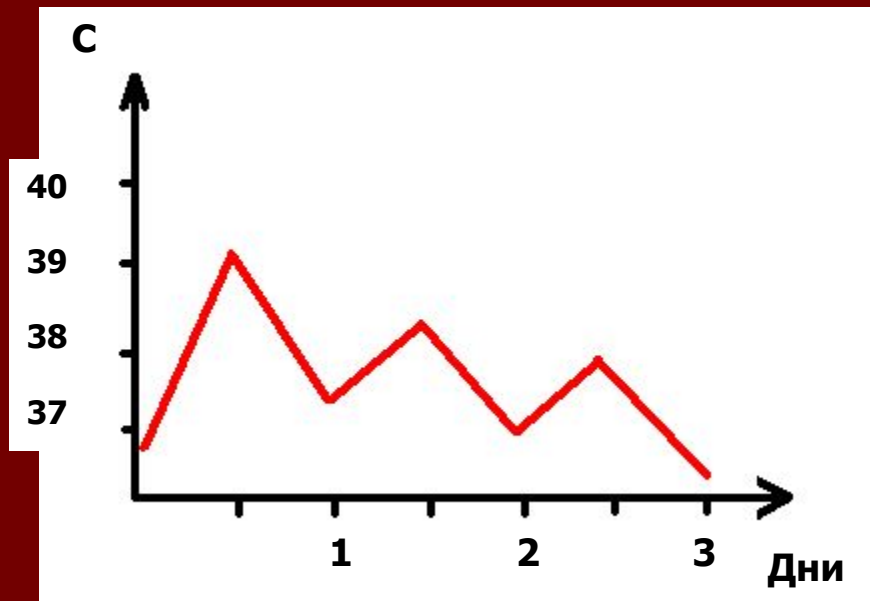
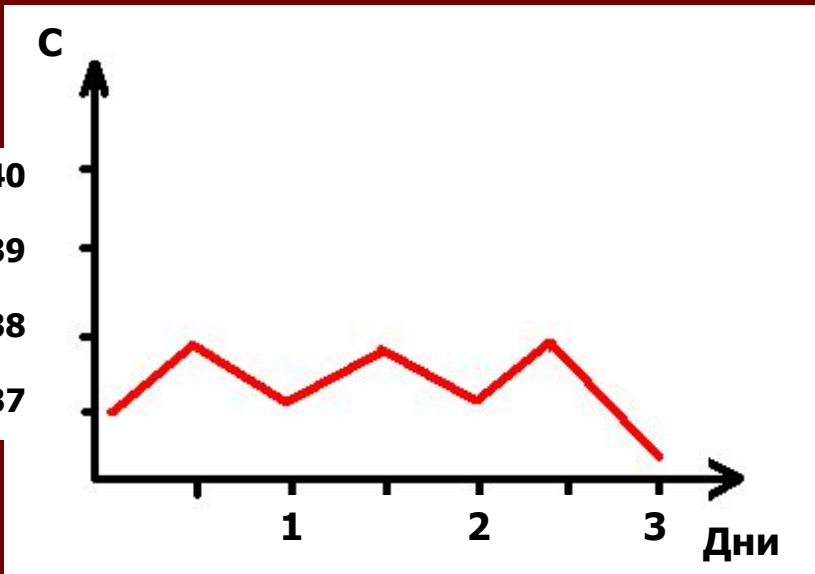
- Повышение качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.
- Ускорение послеоперационной функциональной реабилитации.
- Снижение частоты послеоперационных осложнений.
- Сокращение сроков пребывания пациентов в клинике.

# Типы лихорадок

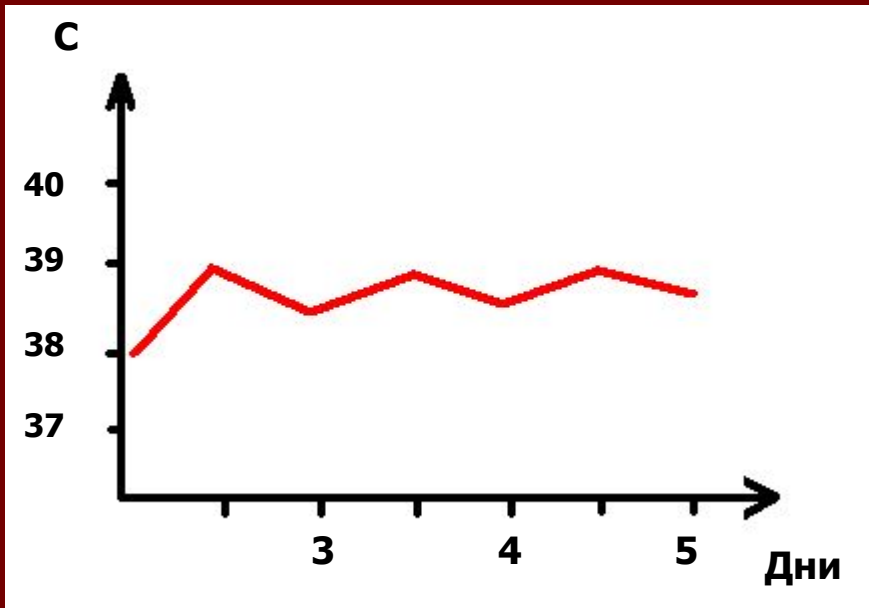
## Нормальный послеоперационный период

Раневая резорбтивная

Субфебрильная



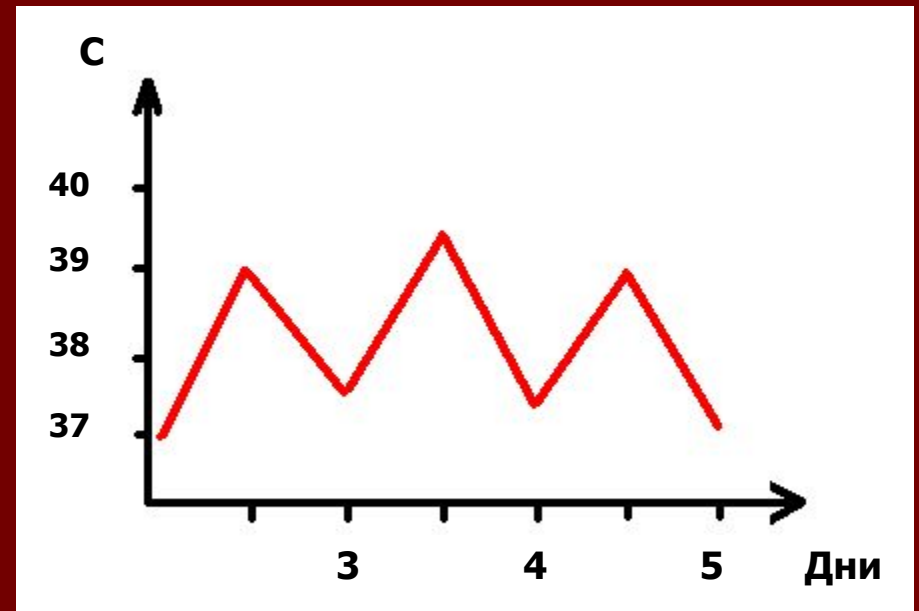
## продолжение



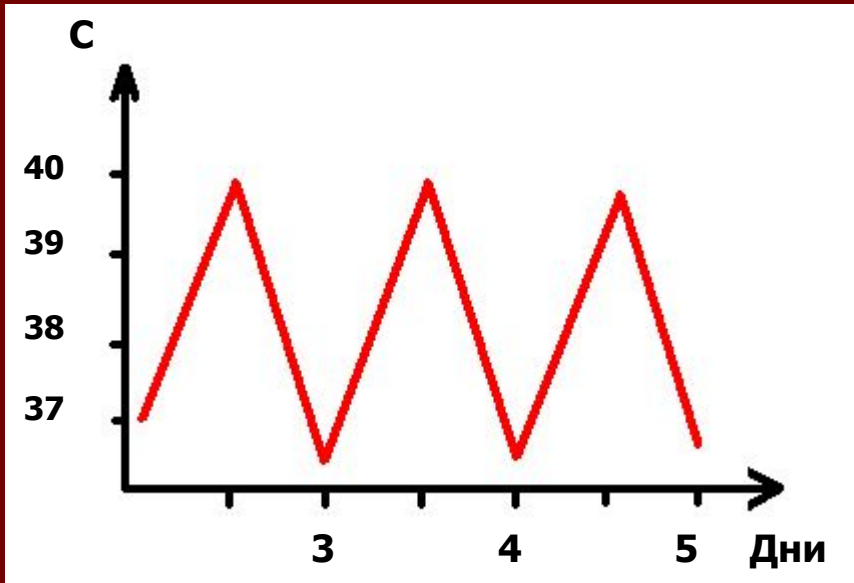
Фебрильная постоянная

## Осложнённый послеоперационный период

Фебрильная ремитирующая



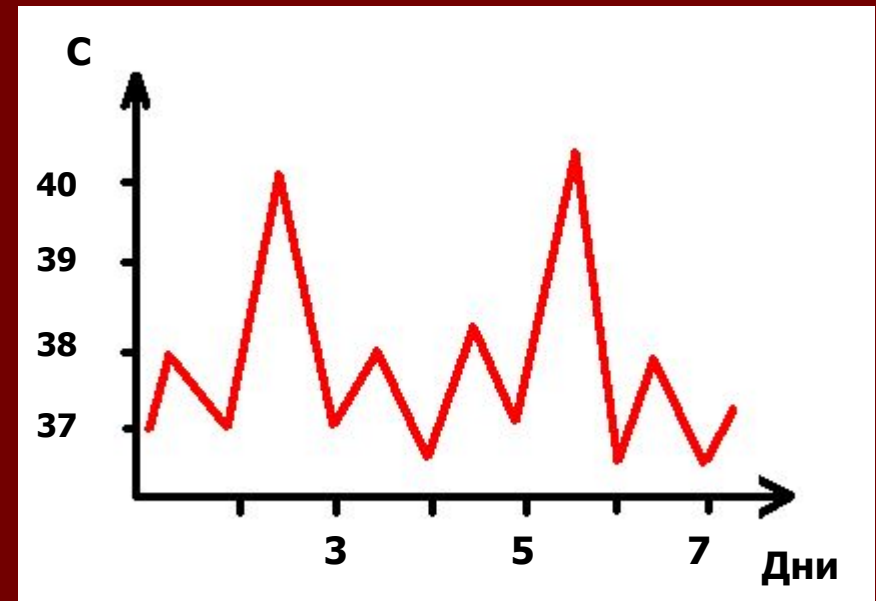
## продолжение



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 гипопроотеинемии, 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 возникнуть 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, P<sub>s</sub>, 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:

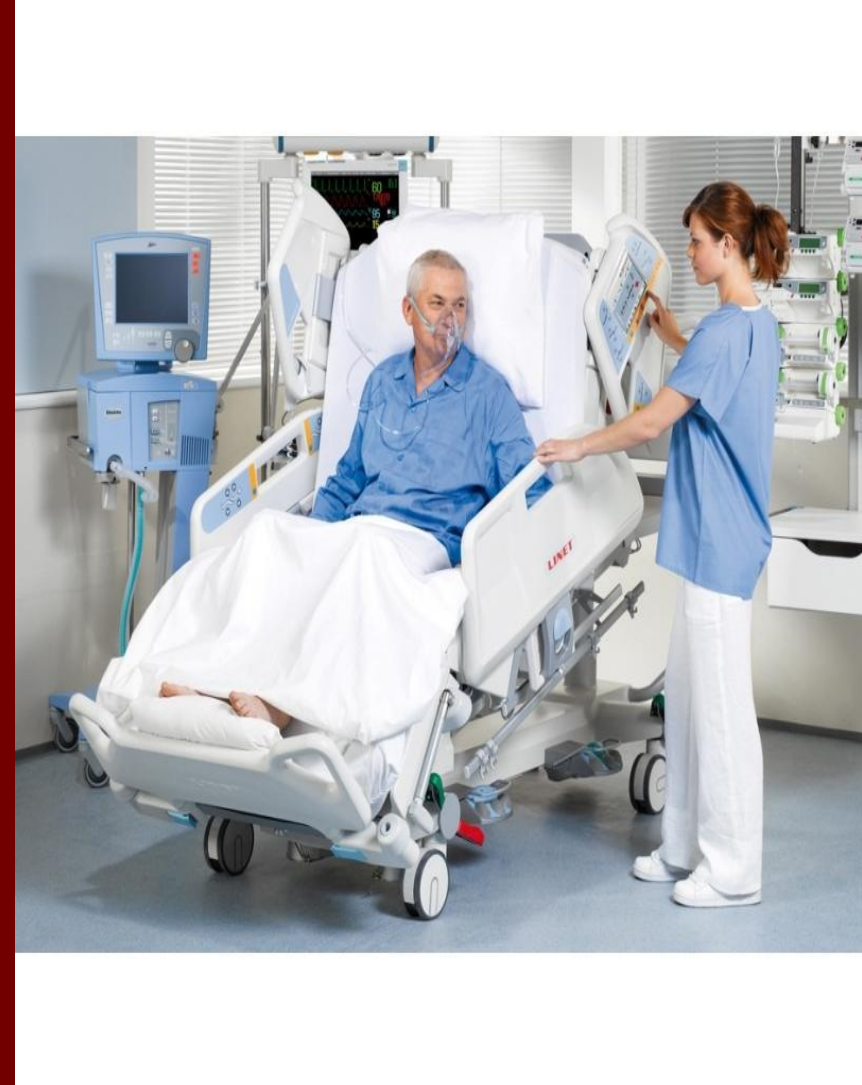
- а) горизонтальное;
- б) положение Фаулера;
- в) не имеет значения;



# 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  $90^\circ$ , чтобы поддержать их тыльное сгибание и предупредить «провисание».

