

# ЛЕКЦИЯ

---

ЭТАПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ

И

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ

ПЕРИОДЫ

**Операция** - это запланированный многокомпонентный стресс, нередко чрезвычайно сильный и продолжительный (тяжелый стресс).

**Хирург** должен подготовить больного к операции и вместе с **анестезиологом** по возможности защитить его организм от воздействия стрессорных факторов операционной травмы.

**Смерть** больного на операционном столе или в первые часы после операции, за исключением профузного кровотечения, инфаркта миокарда, тромбоза эмболии, — это показатель неполноценной подготовки или просчета врача в определении адаптивно-регуляторных возможностей организма больного, объема и травматичности предстоящего оперативного вмешательства.



**СЛЕДУЕТ ОЧЕНЬ ТЩАТЕЛЬНО ВЗВЕСИТЬ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ПРОТИВОПОСТАВИТЬ РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ РИСКУ ПРЕДСТОЯЩЕЙ ОПЕРАЦИИ**

---

Для этой цели используются:

1. современные познания;
2. опыт клинициста;
3. тщательное наблюдение;
4. статистически суммированные в динамике по каждому заболеванию ретроспективные и перспективные исследования.

# ПРОГНОЗ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1. операционную летальность,
2. возможные осложнения,
3. ожидаемое качество жизни после операции.

Сохранение жизни всегда  
стоит выше ее качества.

# ЭТАПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

---

1. предоперационный период,
2. непосредственно оперативное вмешательство
3. послеоперационный период



# **ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

начинается с момента поступления  
больного на стационарное  
лечение и заканчивается к  
моменту начала непосредственно  
операции.

# ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД



блок  
диагностических  
мероприятий



блок  
подготовительных  
мероприятий



# ЗАДАЧИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

- необходимо уточнить диагноз основного заболевания,
- наиболее полно собрать сведения о сопутствующих заболеваниях,
- выяснить функциональные возможности органов и систем пациента,
- определиться с тактикой ведения больного,
- при необходимости операции четко сформулировать показания к ней,
- определиться с необходимым объемом предстоящего оперативного вмешательства.

# АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

---

- предварительное обследование;
- полное физикальное обследование больного;
- необходимый минимум специальных методов обследования: **биохимическое исследование крови и мочи, определение группы крови и Rh-фактора, времени свертывания крови и коагулограмму, осмотр стоматолога, ЛОР-врача, консультацию терапевта, уролога – для мужчин, гинеколога – для женщин, всем больным старше 40 лет – ЭКГ.**

## ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ БЛОК ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ:

1. консервативные методы лечения основного заболевания,
2. коррекцию нарушенных функций организма, направленных на подготовку к операции,
3. непосредственную подготовку к операции.



# ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

---

## ДЕЛИТЬСЯ:

- предварительный период,
- непосредственный период

# ЗАДАЧИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА:

- спасти от смерти,
- избавить от страданий,
- восстановить трудоспособность,
- сократить сроки пребывания в стационаре.

# КОМПОНЕНТЫ:

---

- психологическая подготовка,
- посистемное обследование,
- коррекция нарушений,
- санация хр.очагов инфекции
- усиление естественной сопротивляемости (проведение «допинга»)-гормональные препараты.



# НЕПОСРЕДСТВЕННЫЙ ПЕРИОД:

- психологическая подготовка,
- стабилизация основных показателей,
- посистемная подготовка,
- подготовка операционного поля,
- опорожнение и катетеризация мочевого пузыря,
- премедикация,
- составление предоперационного эпикриза

Под «операционным риском»  
понимают степень  
предполагаемой опасности,  
которой подвергается больной во  
время собственно операции,  
наркоза и в ближайшем  
послеоперационном периоде.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

---

- 1) **незначительный;**
- 2) **умеренный;**
- 3) **относительно умеренный;**
- 4) **высокий;**
- 5) **чрезвычайный** (вмешательство только по жизненным показаниям).



# КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

---

К 1 степени можно отнести небольшие по объему операции (например, аппендэктомия, грыжесечение, первичная хирургическая обработка) без органической сопутствующей патологии внутренних органов. Возраст больных до 60 лет.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

---

2 степень - умеренный объем операции (например, холецистэктомия, ушивание прободной язвы желудка) при наличии сопутствующей органической компенсированной патологии. Возраст больных 50-60 лет.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

---

3 степень обуславливается  
значительным объемом операции  
(гастрэктомия, реконструкция  
желчных путей и др.),  
производимой у лиц среднего и  
пожилого возраста, без  
сопутствующей патологии  
внутренних органов.



# КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

---

4 степень определяется тяжелым дооперационным периодом (состоянием больного), обусловленным умеренным осложнением основного заболевания (например, острый аппендицит с местным или диффузным перитонитом; прободная язва желудка с диффузным перитонитом). При этом имеются также выраженные сопутствующие органические изменения. Преобладают больные пожилого и старческого возраста.

# КЛАССИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

---

5 степень предполагает чрезвычайный риск оперативного вмешательства, когда оно производится по жизненным показаниям, в связи с тяжелым осложнением основного хирургического заболевания (разлитой перитонит, кровоточащая язва желудка и др.). Возраст больных может быть любым, но особенно велик риск в пожилом и старческом возрасте.

# ДЛЯ ОЦЕНКИ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ СЛЕДУЮЩИЕ

---

## ФАКТОРЫ:

- 1) объем и длительность оперативного вмешательства (операции 1-й, 2-й, 3-й, 4-й категорий);
- 2) вид оперативного вмешательства;
- 3) характер основного заболевания;
- 4) наличие сопутствующих заболеваний и их тяжесть;
- 5) пол (для мужчин при всех прочих равных условиях риск выше);
- 6) возраст;
- 7) квалификация анестезиолога и хирургической бригады, оснащение операционной.



# ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

1. обоснование диагноза;
2. показания к предполагаемому оперативному вмешательству;
3. объем оперативного вмешательства;
4. предполагаемое обезболивание;
5. ***обязательно документально зафиксированное согласие больного на операцию.***

# ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

промежуток времени от окончания операции до выздоровления или полной стабилизации состояния больного.

# ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

ранний — 3-5 суток,

ближайший — 2-3 недели,

отдаленный — обычно от 3 недель до 2-3 месяцев или до восстановления трудоспособности.



# ЗАДАЧИ

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

- профилактика и лечение послеоперационных осложнений,
- ускорение процессов регенерации тканей,
- ускорение выздоровления больного.

# ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ОПЕРАЦИОННОЙ АГРЕССИИ ВОЗНИКАЮТ:

---

- расстройства внешнего дыхания
- расстройства ф-ции ЖКТ
- ВСО
- метаболические расстройства
- расстройства терморегуляции
- нарушение функции почек

---

Пусковым звеном является

боль –

нарушение сна, психики (до психоза)



# РАССТРОЙСТВА КРОВООБРАЩЕНИЯ:

**боль** → перераспределение крови →  
централизация кровообращения →  
стазы → уменьшение ОЦК → уменьшение  
венозного возврата, повышение  
шунтирования в системе легочных  
артерий → повышение гипоксии.

# НАРУШЕНИЯ ЖКТ:

боль → ограничение участия передней брюшной стенки в дыхании → накопление газов в кишечнике → метеоризм → повышение внутрибрюшного давления → абдоминальный компартмен синдром → нарушение кровообращения в ЖКТ и во многих органах (мочевыделительной системе)

# 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 и пр.



1. Больной.
2. Заболевание.
3. Оператор.
4. Метод.
5. Среда.
6. Случайность.

# ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ:

- развитием нарушений, вызываемых основным заболеванием;
- нарушениями функций жизненно важных систем, обусловленными сопутствующими болезнями;
- следствиями дефектов исполнения операции или использования порочных методик.

# ТЕХНИЧЕСКИЕ ОШИБКИ:

---

- неадекватный доступ,
- ненадежный гемостаз,
- травматичность проведения,
- случайные (незамеченные) повреждения других органов,
- неумение отграничения поля при вскрытии полого органа,
- оставление инородных тел,
- неадекватные вмешательства,
- “фокусы” в исполнении операций,
- дефекты швов,
- неадекватное дренирование,
- дефекты послеоперационного ведения.



# ОСЛОЖНЕНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ:

---

- 1) Осложнения со стороны раны:
  - **кровотечение,**
  - **развитие инфекции,**
  - **расхождение швов.**
- 2) Осложнения со стороны дыхательной системы;
- 3) Осложнения со стороны ССС;
- 4) Осложнения послеоперационного периода со стороны органов брюшной полости;
- 5) Осложнения послеоперационного периода со стороны мочевыделительной системы и печени;
- 6) Тромбоэмболические осложнения.

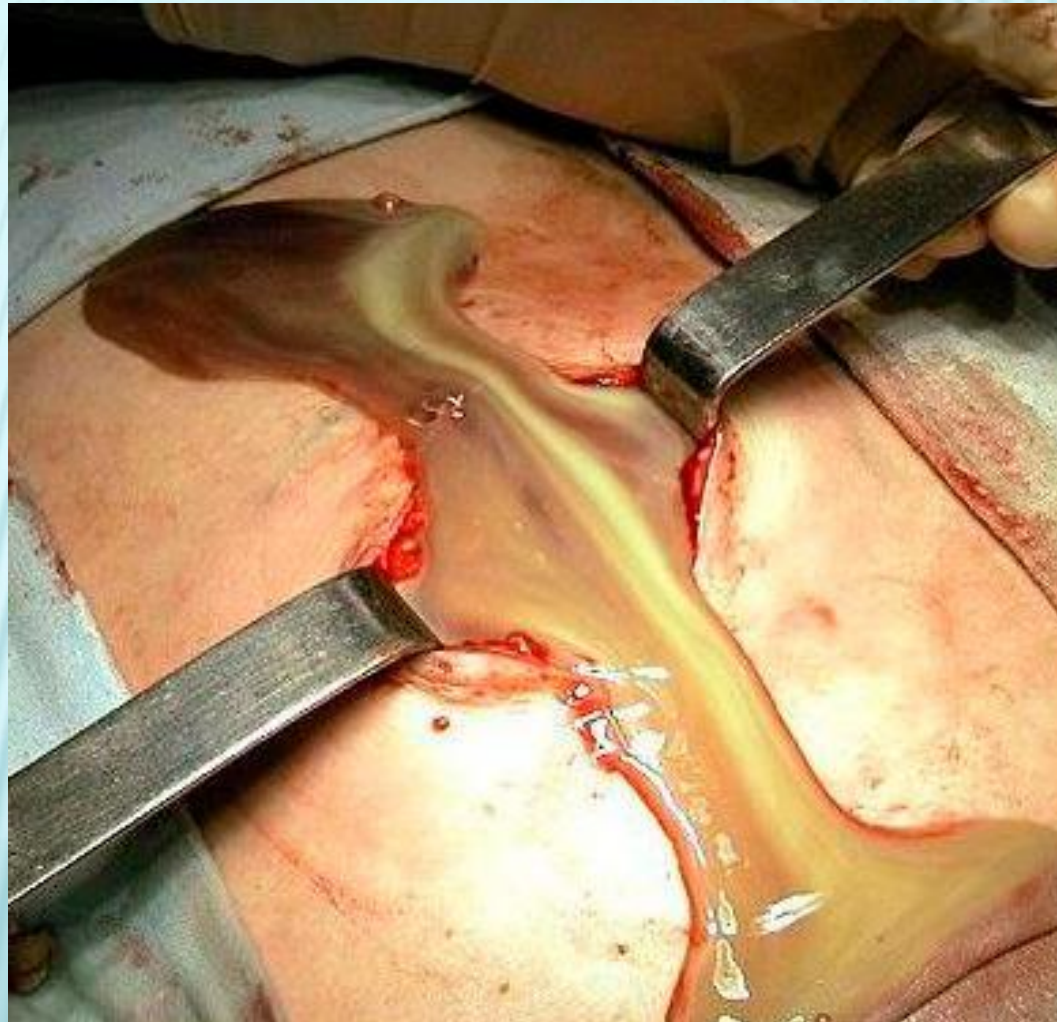
# *ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ РАН*

---

- гематома
- серома
- инфильтрат
- нагноение ран
- эвентерация

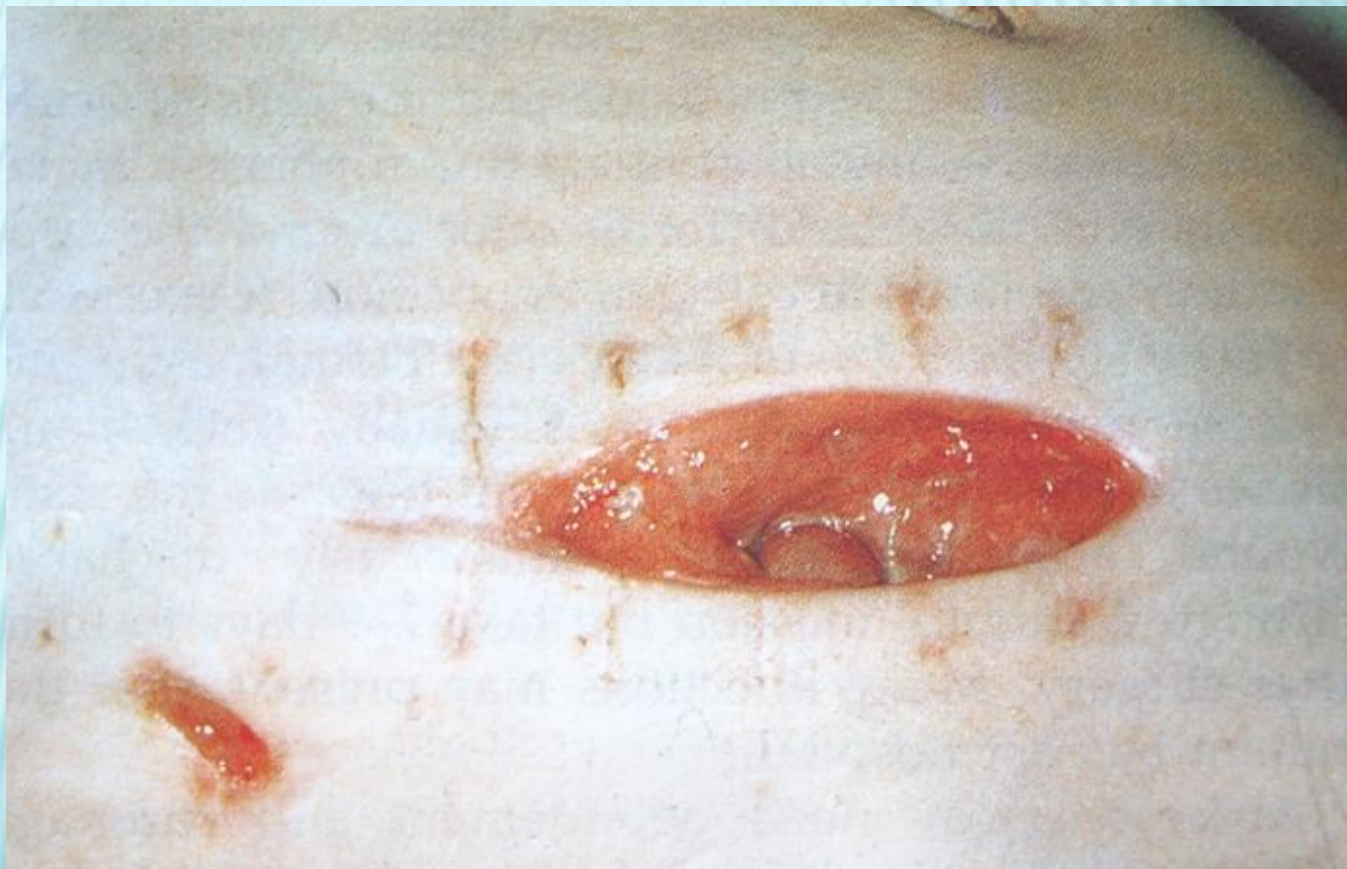
# *НАГНОЕНИЕ РАНЫ*

---





# ГРАНУЛИРУЮЩАЯ РАНА



# ***ЭВЕНТЕРАЦИЯ***

---





## ***ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА СО СТОРОНЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ***

---

- нарушения бронхиальной проводимости;
- ателектаз;
- гипостатическая пневмония;
- плеврит.



# ***ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ***

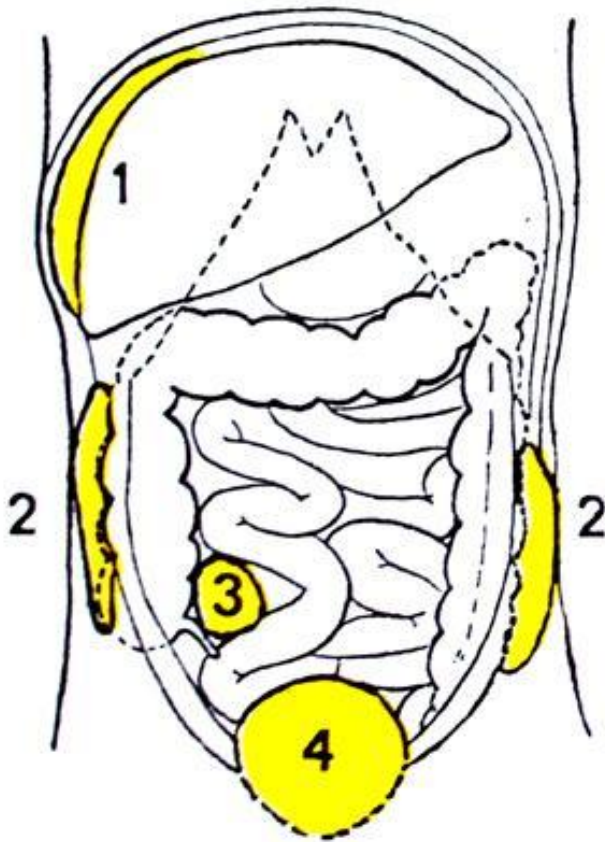
---

- острая сердечно-сосудистая недостаточность
- острая коронарная недостаточность
- нарушение ритма сердца
- тромбоз глубоких вен нижних конечностей
- тромбоэмболия легочной артерии
- тромбоз артерий конечностей
- тромбоз артерий брюшной полости

# ***ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА СО СТОРОНЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ***

- Несостоятельность швов ЖКТ
- Острая спаечная кишечная непроходимость
- Кровотечение в просвет брюшной полости
- Кровотечение в просвет ЖКТ
- Абсцессы брюшной полости
- Послеоперационный парез ЖКТ

# ЛОКАЛИЗАЦИЯ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



Common situations for residual abscesses: (1) subphrenic; (2) paracolic; (3) right iliac fossa; (4) pelvic.



# ***ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА СО СТОРОНЫ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ПЕЧЕНИ***

---

- острая задержка мочи;
- почечная недостаточность;
- воспалительные осложнения;
- печеночная недостаточность.

# ***ОСТРАЯ ЗАДЕРЖКА МОЧИ***

---



# ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

---

1. системная борьба с госпитальной инфекцией;
2. сокращение сроков дооперационного и послеоперационного пребывания;
3. подготовка в плане усиления специфической и неспецифической сопротивляемости, алиментарного статуса;
4. выявление очагов инфекции в организме, в том числе дремлющей в старых послеоперационных рубцах (помогает пробная провокация сухим теплом, УВЧ);
5. профилактическое применение антибиотиков до и во время операций;
6. качественный шовный материал;

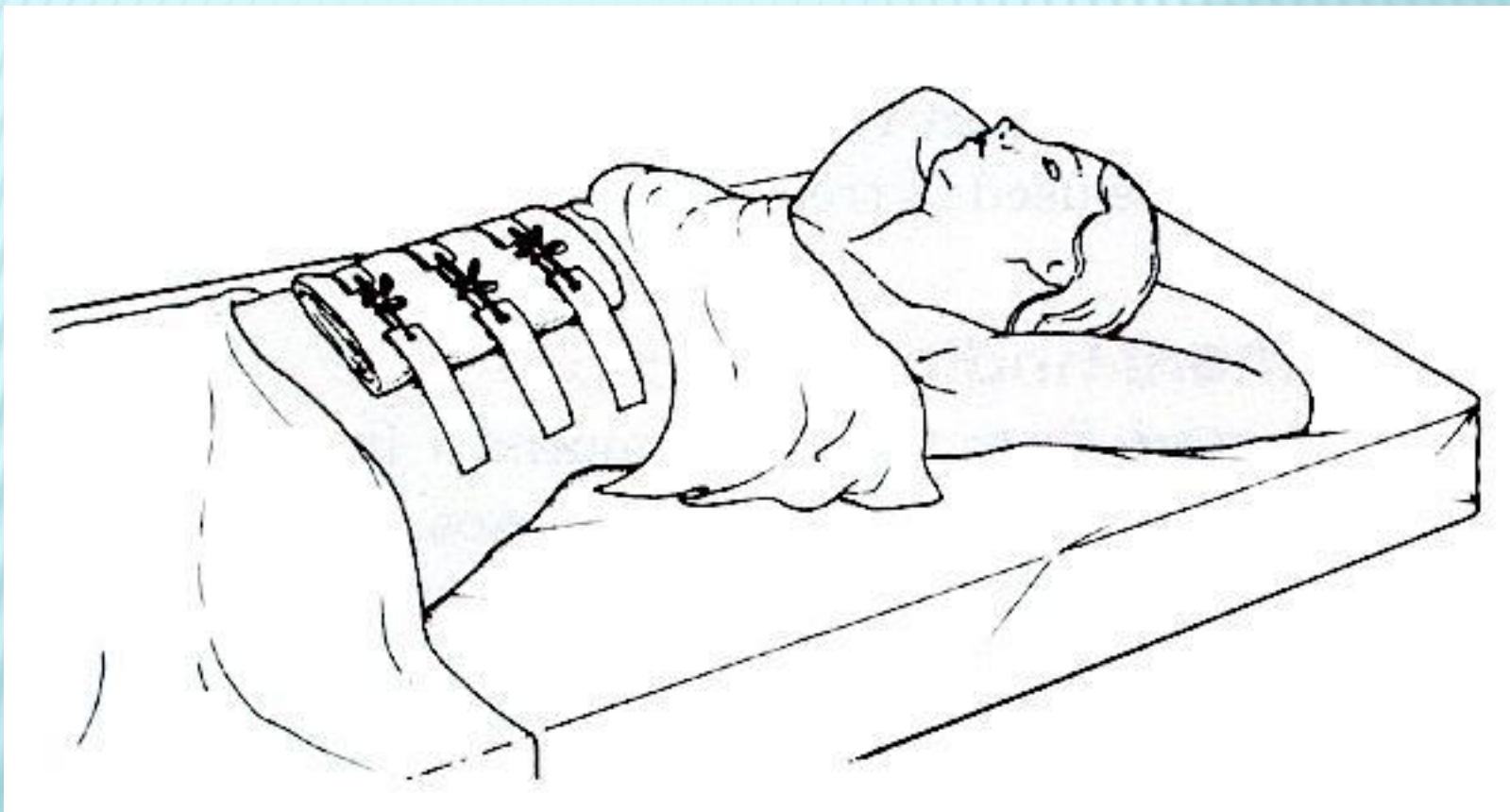


# ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

---

7. профессиональная образованность хирургов;
8. ранняя диагностика и максимально полное обследование - каждый больной с болями в животе должен быть осмотрен хирургом;
9. своевременное выявление и хирургическая санация, адекватное терапевтическое лечение;
10. участие в послеоперационном лечении оперирующего хирурга;
11. своевременное купирование послеоперационных реакций;
12. единообразные схемы операционных действий и послеоперационного ведения в клинике;
13. разумная реализация концепции “активного ведения послеоперационного периода”.

# ПРОФИЛАКТИКА ЭВЕНТЕРАЦИИ



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

