

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.

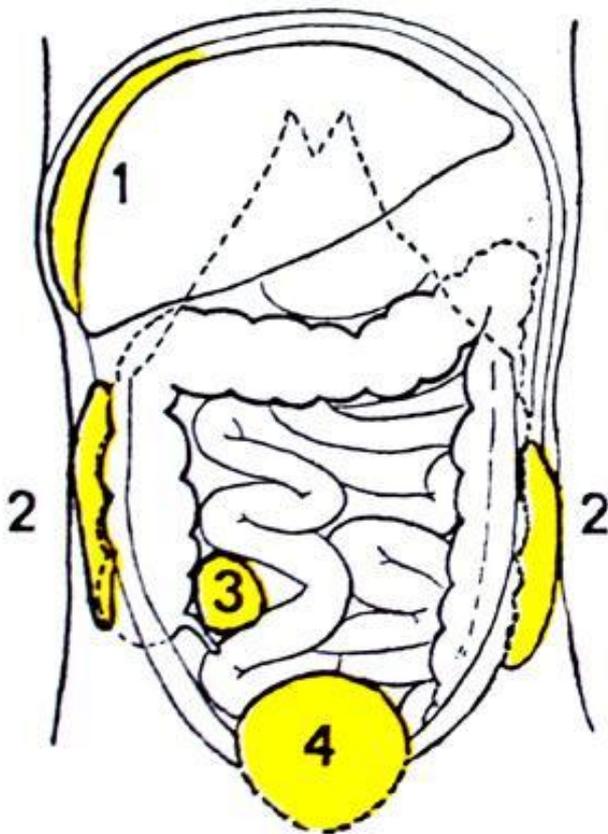
ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

- 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



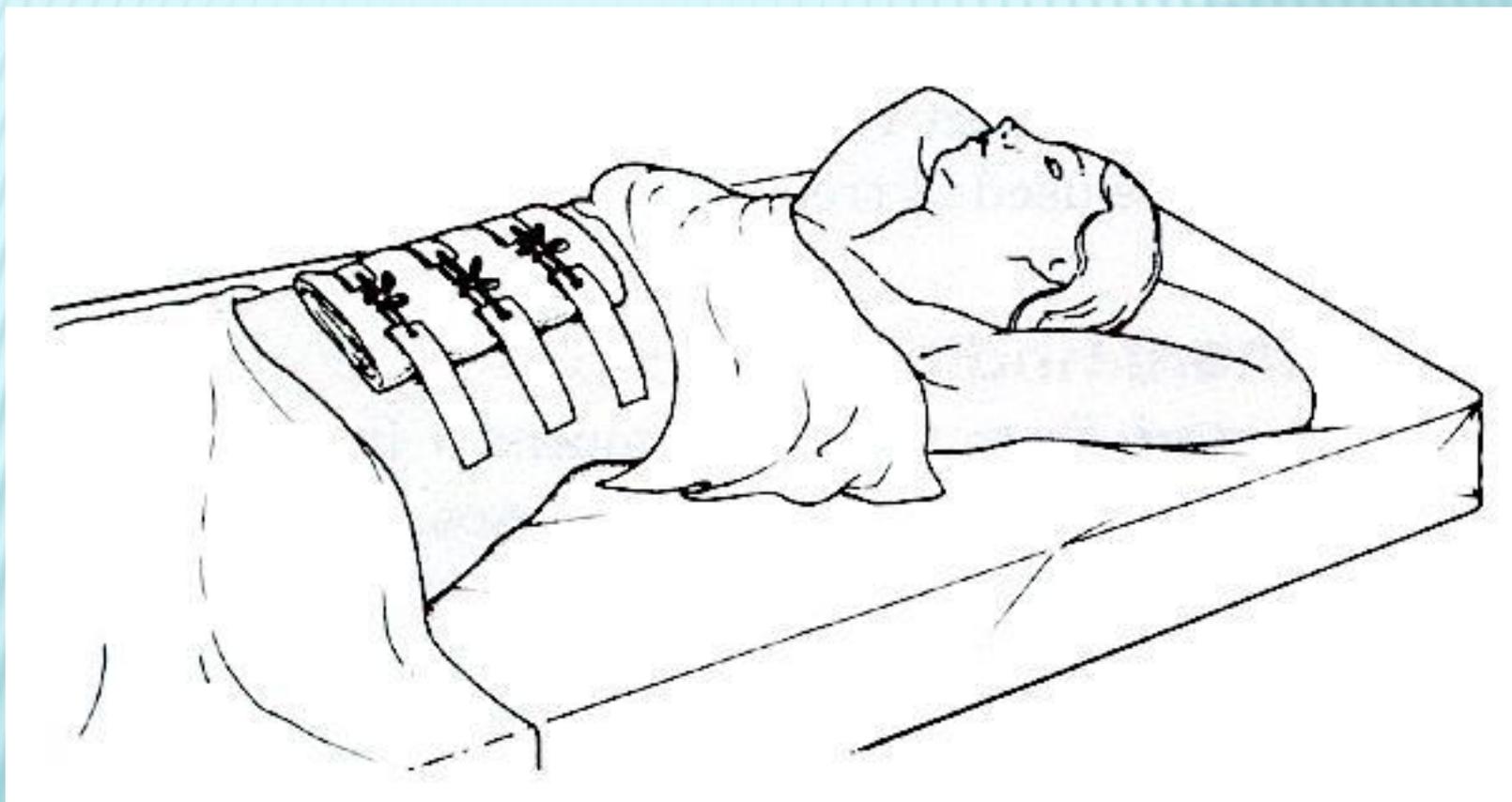
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

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

