

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и
стоматологического факультетов

УИРС: Причины и характер постоперационных осложнений при
острых хирургических заболеваниях

Выполнила: студентка 4 курса 3 группы
педиатрического факультета
Воронкова Наталья Андреевна

*Проверил:
Кухтенко Ю.В.
и эти 4 Серг*

Волгоград 2018г.

Содержание.

1. Введение.....	3
2. Общая реакция организма на операционную травму.....	4
3. Постоперационные осложнения.....	7
4. Список литературы.....	15

Введение.

Послеоперационный период – промежуток времени от окончания операции до того момента, когда у больного восстанавливается трудоспособность или состояние его становится стабильным, т.е. четко определяется исход оперативного вмешательства.

Физиологические фазы послеоперационного периода.

Катаболическая – 5-7 дней.

Усиливается катаболизм – отмечается повышенный распад белка – до 30 и более грамм в сутки;

Активируется симпато-адреналовая система;

Нарушаются процессы микроциркуляции и окислительно-восстановительные процессы в тканях – как следствие, развивается тканевая гипоксия, тканевой ацидоз.

Течение катаболической фазы резко усугубляется от присоединения осложнений.

Обратного развития – длительность 3-5 суток

Снижается активность симпато-адреналовой системы;

Усиливаются процессы синтеза белка, гликогена, жиров;

Анаболическая фаза – длительность зависит от степени травматичности вмешательства, наличия осложнений, сопутствующей патологии и др. факторов. В среднем до 2-4 недель. Преобладают репаративные процессы.

Общая реакция организма на операционную травму.

Изменения в системе кроветворения

Повышение количества лейкоцитов – лейкоцитоз, в основном за счет сегментоядерных лейкоцитов;

Снижение количества эритроцитов – эритроцитопения;

Снижение количества тромбоцитов – тромбоцитопения (особенно на 2-3 сутки п/о периода);

Повышение свертываемости крови;

Повышение СОЭ;

Нарушения обмена веществ.

Нарушения водного обмена (ацидоз, повышение вязкости крови, сухость кожных покровов).

Признаки дегидратации - жажда, сухость во рту, сухой язык, снижение тургора кожных покровов, уменьшение количества мочи при высоком ее удельном весе).

Дегидратации способствуют следующие факторы – усиленный распад белков, повышенное потоотделение, учащенное дыхание, рвота. Организм теряет хлориды – как следствие, возникает отрицательный азотистый баланс. Снижение содержания хлоридов на 10-30% существенно не отражается на состоянии организма. Более значительное уменьшение содержания хлоридов может привести к нарушениям калий-натриевого соотношения.

Обмен натрия и калия регулируется гормонами коры надпочечников. При обеднении организма хлористым натрием функция коры надпочечников усиливается, однако спустя короткий промежуток времени она ослабевает, что сопровождается выходом солей калия из тканей и, соответственно, повышением их концентрации в крови. Гиперкалиемия оказывает токсическое действие на ЦНС и периферическую нервную систему. Нарушение функции ЦНС приводит к изменению функции поджелудочной железы, надпочечников, гипофиза, участвующих в регуляции углеводного обмена. Это, в свою очередь проявляется развитием нарушений углеводного обмена – гипергликемией, глюкозурией.

Гипергликемия развивается вследствие трех основных причин

- 1) повышенного образования сахара за счет уменьшения выработки инсулина поджелудочной железой;

- 2) в результате уменьшения усвоения сахара тканями;

- 3) вследствие усиленного распада гликогена в печени.

Нарушения кислотно-щелочного состояния – развитие ацидоза. Клинически ацидоз проявляется следующими симптомами – головокружение, головная боль, тошнота, рвота, парез кишечника,

нарушение сна.

Нарушения белкового обмена – гипопроотеинемия, азотемия (повышенное выделение азота почками). Одновременно с понижением количества белка происходит сдвиг соотношений во фракциях белка в сторону увеличения глобулинов, в первую очередь фибриногена.

Нарушения витаминного обмена – авитаминоз. Развивается в основном вследствие ограничения приема пищи (витамины в основном поступают с пищей). Авитаминоз способствует нарушениям функций вегетативной нервной системы, участвующей в регуляции трофических процессов в тканях, т.е. нарушается внутритканевой обмен.

Основные задачи ведения больного в послеоперационном периоде:

Профилактика осложнений;

Коррекция внутренней среды организма;

Стимуляция репаративных процессов;

Клинические фазы послеоперационного периода:

Ранняя – первые 3-5 суток после операции;

Поздняя фаза – 2-3 недели после операции /часто до момента выписки из стационара/;

Отдаленная фаза /реабилитации/ – до восстановления трудоспособности (или иного определенного исхода), в среднем от 2 недель до 2-3 месяцев.

Виды послеоперационного периода:

нормальный;

осложненный;

Характер и степень выраженности изменений в организме главным образом зависит от вида и объема оперативного вмешательства. Соответственно, план мероприятий в п/о периоде должен быть определен заранее.

Общий объем лечебных мероприятий при неосложненном послеоперационном периоде

Транспортировка больного из операционной в палату.

Положение больного в постели должно соответствовать виду произведенной операции.

Общий уход за больным.

Наблюдение за больным дежурным мед. персоналом (характер дыхания, характер пульса, состояние ЦНС и др., клинический, лабораторный, инструментальный мониторинг за состоянием всех систем организма - стандартный объем исследований).

Психологическая поддержка.

Борьба с болью – боль приводит к нарушению обмена веществ, развитию ацидоза, нарушениям функции органов выделения (введение наркотических и ненаркотических анальгетиков, перидуральная анестезия; седативные средства, положение в постели; ношение бандажа; иммобилизация).

Наблюдение за повязкой наложенной на рану может в ранние сроки диагностировать осложнения (кровотечение, нагноение, эвентрация и др.).

Уход за раной.

Активное ведение п/о периода (составная часть профилактики таких осложнений как пневмонии, тромбоэмболии) - комплекс мероприятий, включающий в себя раннее движение больного в постели, лечебную физкультуру и др. Активное ведение улучшает кровообращение тканей, способствует более быстрой нормализации функции легких, кишечника, мочеиспускания.

Коррекция функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы; выделительной системы, детоксикационная терапия; коррекция водно-электролитного баланса.

Питание больного – (парентеральное, энтеральное, пероральное); чем раньше больной начинает получать перорально питательные вещества, тем раньше отпадает необходимость в парентеральной поддержке.

Профилактика тромбоэмболических осложнений (исследование свертывающей системы крови, лечение провоцирующей патологии, ранняя активизация, бинтование конечностей, возвышенной положение конечности, антикоагулянтная терапия – гепарин, фраксипарин, дезагреганты, адекватная трансфузионная терапия).

Постоперационные осложнения.

Причины осложнений:

- Тактические ошибки.
- Технические ошибки.
- Переоценка возможностей организма перенести операцию.
- Наличие сопутствующей патологии.
- Несоблюдение больным больничного режима.

Осложнения, проявившиеся непосредственно во время операции.

- Кровотечение (малая потеря крови, большая потеря крови).
- Повреждение органов и тканей.
- Тромбоэмболические осложнения.
- Осложнения анестезии.

Осложнения в органах и системах, на которых проводилось оперативное вмешательство.

Вторичные кровотечения (причины: соскальзывание лигатуры с кровеносного сосуда; развитие гнойного процесса -эрозивное).

Развитие гнойных процессов в зоне оперативного вмешательства.

Расхождение швов.

Нарушение функций органов после вмешательств на них (нарушение проходимости ЖКТ, желчевыводящих путей).

В значительном числе случаев указанные осложнения требуют повторных оперативных вмешательств, часто в неблагоприятных условиях.

Осложнения, проявившиеся в послеоперационном периоде.

(Осложнения в органах, на которые оперативное вмешательство непосредственного влияния не оказывало).

Ранний послеоперационный период - время, когда на организм больного прежде всего оказывают влияние операционная травма, последствия наркоза и вынужденное положение больного. По существу, течение раннего послеоперационного периода типично и особо не зависит от типа операции и характера основного заболевания.

В целом ранний послеоперационный период соответствует катаболической фазе послеоперационного периода, а поздний - анаболической.

Осложнения, способные возникнуть в раннем послеоперационном периоде, разделяют по органам и системам, в которых они возникают. Часто осложнения обусловлены наличием у больного сопутствующей патологии. На схеме (рис.1) представлены наиболее частые из осложнений раннего послеоперационного периода.

Развитию осложнений способствуют три основных фактора:

- наличие послеоперационной раны;
- вынужденное положение;
- влияние операционной травмы и наркоза.

Основные осложнения раннего послеоперационного периода

Наиболее частыми и опасными осложнениями в раннем послеоперационном периоде бывают осложнения со стороны раны, сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной и мочевыделительной систем, а также развитие пролежней.



Рис. 1. Осложнения раннего послеоперационного периода (по органам и системам)

Осложнения со стороны раны

В раннем послеоперационном периоде со стороны раны возможны следующие осложнения:

- кровотечение;
- развитие инфекции;
- расхождение швов.

Кроме того, с наличием раны связан болевой синдром, проявляющийся в первые часы и дни после хирургического вмешательства.

Кровотечение

Кровотечение - наиболее грозное осложнение, порой угрожающее жизни больного и требующее повторной операции. Профилактику кровотечения в основном осуществляют во время операции. В послеоперационном периоде для профилактики кровотечения на рану кладут пузырь со льдом или груз с песком. Для своевременной диагностики следят за пульсом, АД, показателями красной крови. Кровотечение после операции может быть трёх видов:

- наружное (истечение крови происходит в операционную рану, что вызывает промокание повязки);
- кровотечение по дренажу (кровь начинает поступать по дренажу, оставленному в ране или какой-то полости);
- внутреннее кровотечение (кровь изливается во внутренние полости организма, не попадая во внешнюю среду), диагностика внутреннего кровотечения особенно трудна и базируется на специальных симптомах и признаках.

Развитие инфекции

Основы профилактики раневой инфекции закладываются на операционном столе. После операции же следует следить за нормальным функционированием дренажей, так как скопление неэвакуированной жидкости может стать хорошей почвой для

размножения микроорганизмов и быть причиной нагноительного процесса. Кроме того, необходимо осуществлять профилактику вторичной инфекции. Для этого 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.).

Расхождение швов

Расхождение швов особенно опасно после операций на брюшной полости. Такое состояние называют 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) или развитием инфекции в ране. Для профилактики расхождения швов при повторных операциях и высоком риске развития

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы

Первичные – когда имеет место развитие сердечной недостаточности из-за болезни самого сердца;

Вторичные – сердечная недостаточность развивается на фоне тяжелого патологического процесса (гнойная интоксикация, кровопотеря и др.);

В послеоперационном периоде возможно возникновение инфаркта миокарда, аритмии, острой сердечно-сосудистой недостаточности. Развитие этих осложнений обычно связано с сопутствующими заболеваниями, поэтому их профилактика во многом зависит от лечения сопутствующей патологии.

Важен вопрос о профилактике тромбоэмболических осложнений, наиболее частым из них становится тромбоэмболия лёгочной артерии - тяжёлое осложнение, одна из частых причин летальных исходов в раннем послеоперационном периоде.

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 свёртывающей системы вследствие интраоперационного повреждения тканей. Особенно велик риск тромбоэмболии лёгочной артерии у пожилых тучных больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой

системы, наличием варикозной болезни нижних конечностей и тромбофлебитов в анамнезе.

Принципы профилактики тромбоэмболических осложнений:

- ранняя активизация больных;
- воздействие на возможный источник (например, лечение тромбофлебита);
- обеспечение стабильной гемодинамики;
- коррекция водно-электролитного баланса с тенденцией к гемодилуции;
- использование дезагрегантов и других средств, улучшающих реологические свойства крови;
- применение антикоагулянтов (например, гепарин натрий, надропарин кальций, эноксапарин натрий) у больных с повышенным риском тромбоэмболических осложнений.

Осложнения со стороны дыхательной системы

Кроме развития тяжелейшего осложнения - острой недостаточности дыхания, связанной прежде всего с последствиями наркоза, большое внимание следует уделять профилактике послеоперационной пневмонии - одной из наиболее частых причин гибели больных в послеоперационном периоде.

Принципы профилактики:

- ранняя активизация больных;
- антибиотикопрофилактика;
- адекватное положение в постели;
- дыхательная гимнастика, постуральный дренаж;
- разжижение мокроты и применение отхаркивающих средств;

- санация трахеобронхиального дерева у тяжелобольных (через интубационную трубку при продлённой ИВЛ или через специально наложенную микротрахеостому при спонтанном дыхании);
- горчичники, банки;
- массаж, физиотерапия.

Осложнения со стороны органов пищеварения

Развитие после операции несостоятельности швов анастомоза и перитонита обычно связано с техническими особенностями выполнения операции и состоянием желудка или кишечника вследствие основного заболевания, это предмет рассмотрения в частной хирургии.

После операций на органах брюшной полости в той или иной степени возможно развитие паралитической непроходимости (пареза кишечника). Парез кишечника значительно нарушает процессы пищеварения. Повышение внутрибрюшного давления приводит к высокому стоянию диафрагмы, нарушению вентиляции лёгких и деятельности сердца. Кроме того, происходит перераспределение жидкости в организме, всасывание токсичных веществ из просвета кишечника.

Основы профилактики пареза кишечника закладываются во время операции (бережное отношение к тканям, минимальное инфицирование брюшной полости, тщательный гемостаз, новокаиновая блокада корня брыжейки в конце вмешательства).

Принципы профилактики и борьбы с парезом кишечника 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 (например, гипертонический раствор, неостигмина метилсульфат);
- физиотерапевтические процедуры (диадинамотерапия).

Осложнения со стороны мочевыделительной системы

В послеоперационном периоде возможно развитие острой почечной недостаточности, нарушение функций почек вследствие неадекватной системной гемодинамики, возникновение воспалительных заболеваний (пиелонефрита, цистита, уретрита и др.). После операции необходимо тщательно следить за диурезом, причём не только в течение суток, но и за почасовым диурезом.

Развитию воспалительных и некоторых других осложнений способствует задержка мочеиспускания, часто наблюдаемая после операции. Нарушение мочеиспускания, приводящее иногда и к острой задержке мочи, носит рефлекторный характер и возникает вследствие реакции на боли в ране, рефлекторного напряжения мышц брюшного пресса, действия наркоза.

При нарушении мочеиспускания сначала предпринимают простые меры: больному разрешают встать, его можно отвезти в туалет для восстановления привычной для акта мочеиспускания обстановки, вводят анальгетики и спазмолитические средства, на надлобковую область кладут тёплую грелку. При неэффективности этих мероприятий необходимо провести катетеризацию мочевого пузыря.

Если больной не может мочиться, выпускать мочу катетером нужно не реже одного раза в 12 ч. При катетеризации необходимо тщательно соблюдать правила асептики. В тех случаях, когда состояние больных тяжёлое и необходимо постоянное наблюдение за диурезом, катетер оставляют в мочевом пузыре на всё время раннего послеоперационного периода. При этом дважды в сутки мочевой пузырь промывают антисептиком (нитрофуралом) для профилактики восходящей инфекции.

Пролежни

Пролежни – асептический некроз кожи и подлежащих тканей

вследствие компрессионного нарушения микроциркуляции.

Наиболее часто возникают на крестце, в области лопаток, на затылке, задней поверхности локтевых суставов, пятках. Вначале ткани становятся бледными, в них нарушается чувствительность; затем присоединяется отечность, гиперемия, развитие участков некроза черного или коричневого цвета; появляется гнойное отделяемое, вовлекаются подлежащие ткани вплоть до костей.

Профилактика.

- ранняя активизация;
- разгрузка соответствующих областей тела;
- гладкая поверхность кровати;
- массаж;
- обработка антисептиками;
- физиотерапия;
- противопролежневый массаж;

Лечение.

Стадия ишемии – обработка кожи камфорным спиртом.

Стадия поверхностного некроза – обработка 5% раствором перманганата калия или 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого для образования струпа.

Стадия гнойного воспаления – по принципам лечения гнойной раны.

Список литературы.

1. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирургические болезни" В 2-х тт. Том 2 [Текст] / Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 600 с.: ил., цв. ил.- Библиогр. : С.398-399 .
2. Абакумов М. М. Абдоминальная хирургическая инфекция (классификация, диагностика, антимикробная терапия): Рос. национальные рекомендации. [Текст] / Рос. общество хирургов, Рос. ассоц. специалистов по хирург. инфекциям, Федер. анестезиологов-реаниматологов [и др.]; кол. авт.: М. М. Абакумов, С. Ф. Багненко, В. Б. Белобородов [и др.]; отв. ред.: В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд.- М., 2011.- 98 с.
3. Жебровский В. В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости: практ. рук. [Текст] / Жебровский В.В.- Симферополь: Изд. центр КГМУ, 2000.- 688 с.
4. Костюченко А. Л. Интенсивная терапия послеоперационных осложнений : рук. для врача [Текст] / Костюченко А. Л., Гуревич К. Я., Лыткин М. И.- СПб.: СпецЛит, 2000.- 575 с. : ил.
5. Костюченко А. П. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса [Текст] / Костюченко А. П., Бельский А. Н., Тулупов А. Н.- СПб.: Фолиант, 2000.- 448 с.: ил.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 3 группы
Воронковой Н.А.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии. Качество литературы и надежность информационных источников, логичность, убедительное изложение материала с использованием данных экспериментальных исследований, доказательств материалов, найденных в процессе работы студента позволяют признать аргументированность исследования.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, и заслуживает оценки «отлично».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.