

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Общей хирургии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЕМ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Общая хирургия
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

Тема 14 **Послеоперационный период**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Общая хирургия»

Разработаны
профессором кафедры
профессором кафедры
доцентом кафедры
доцентом кафедры
ассистентом кафедры

Лаврешиным П.М.
Муравьевым А.В.
Байчоров Х.М.
Корабленой С.С.
Келин ЯД.

Обсуждена на заседании кафедры «общей хирургии»
Зав. кафедрой

Лаврешин П.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело 2023 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

Методические указания по дисциплине «Общая хирургия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. Цель Освоить принципы организации послеоперационного ведения больных, методы контроля за жизненно важными функциями организма после операции.

2. Учебные вопросы

1. Реакция организма на операционную агрессию.
2. Клиническое наблюдение за больным.
3. Лабораторный и функциональный диагностический контроль за состоянием основных систем организма.
4. Профилактика, диагностика и лечение раневых осложнений.

3. Теоретическая часть

АННОТАЦИЯ

Послеоперационный период — промежуток времени от окончания операции до выздоровления или полной стабилизации состояния больного. Подразделяется на ближайший — от момента окончания операции до выписки, и отдаленный, который протекает вне стационара (от выписки до полной ликвидации общих и местных расстройств, вызванных заболеванием и операцией).

Весь П. п. в стационаре делят на ранний (1—6 сут. после операции) и поздний (с 6-го дня до выписки из стационара). В течении П. п. выделяют четыре фазы: катаболическую, обратного развития, анаболическую и фазу увеличения массы тела. Для первой фазы характерны усиленное выделение азотистых шлаков с мочой, диспротеинемия, гипергликемия, лейкоцитоз, умеренная гиповолемия, потеря массы тела. Она охватывает ранний и частично поздний послеоперационный период. В фазе обратного развития и анаболической фазе под влиянием гиперсекреции анаболических гормонов (инсулина, соматотропного и др.) преобладает синтез: происходит восстановление электролитного, белкового, углеводного, жирового обмена. Затем начинается фаза увеличения массы тела, которая, как правило, приходится на тот период, когда больной находится на амбулаторном лечении.

Основными моментами послеоперационной интенсивной терапии являются: адекватное обезболивание, поддержание или коррекция газообмена, обеспечение адекватного кровообращения, коррекция нарушений метаболизма, а также профилактика и лечение послеоперационных осложнений. Послеоперационное обезболивание достигается введением наркотических и ненаркотических анальгетиков, с помощью различных вариантов проводниковой анестезии. Больной не должен ощущать боль, но программа лечения должна быть составлена так, чтобы обезболивание не угнетало сознание и дыхание.

При поступлении больного после операции в отделение реанимации и интенсивной терапии необходимо определить проходимость дыхательных путей, частоту, глубину и ритм дыхания, цвет кожных покровов. Нарушения проходимости дыхательных путей у ослабленных больных вследствие западения языка, скопления в дыхательных путях крови, мокроты, желудочного содержимого, требуют проведения лечебных

мероприятий, характер которых зависит от причины нарушения проходимости. К таким мероприятиям относятся максимальное разгибание головы и выведение нижней челюсти, введение воздуховода, аспирация жидкого содержимого из воздухоносных путей, бронхоскопическая санация трахеобронхиального дерева. При появлении признаков выраженной дыхательной недостаточности больного следует интубировать и переводить на искусственную вентиляцию легких.

К острым нарушениям дыхания в ближайшем П. п. могут привести расстройства центральных механизмов регуляции дыхания, возникающие, как правило, вследствие депрессии дыхательного центра под влиянием анестетических и наркотических препаратов, используемых во время операции. В основе интенсивной терапии острых нарушений дыхания центрального генеза лежит проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), методы и варианты которой зависят от характера и выраженности дыхательных расстройств.

Нарушения периферических механизмов регуляции дыхания, чаще связанные с остаточной миорелаксацией или рекураризацией, могут привести к редкому нарушению газообмена и остановке сердца. Кроме того, эти расстройства возможны у больных с миастенией, миопатиями и др. Интенсивная терапия нарушений дыхания периферического типа состоит в поддержании газообмена путем масочной вентиляции или повторной интубации трахеи и перевода на ИВЛ до полного восстановления мышечного тонуса и адекватного самостоятельного дыхания.

Тяжелые расстройства дыхания могут быть обусловлены ателектазами легких, пневмонией эмболией легочных артерий. При появлении клинических признаков ателектаза и рентгенологическом подтверждении диагноза необходимо устранить прежде всего причину ателектаза. При компрессионном ателектазе это достигается дренированием плевральной полости с созданием разрежения. При обструкционном ателектазе выполняют лечебные бронхоскопии с санацией трахеобронхиального дерева. При необходимости больного переводят на ИВЛ. Комплекс лечебных мероприятий включает применение аэрозольных форм бронхолитических препаратов, перкуссионный и вибрационный массаж грудной клетки, постуральный дренаж.

Послеоперационная пневмония развивается на 2—5-й день после хирургического вмешательства в связи с гиповентиляцией, задержкой инфицированного секрета. Различают ателектатическую, аспирационную гипостатическую, инфарктную и инкуррентную послеоперационные пневмонии. При пневмонии в интенсивную терапию включают комплекс дыхательных упражнений, кислородотерапию, средства, улучшающие дренажную функцию бронхов, антигистаминные, бронхолитические и аэрозольные препараты, средства, стимулирующие кашель, сердечные гликозиды, антибиотики и др.

Одной из серьезных проблем интенсивной терапии больных с дыхательной недостаточностью является вопрос о необходимости ИВЛ. Ориентирами при его решении служат частота дыхания более 35 в 1 мин, проба Штанге менее 15 с, рО₂ ниже 60 мм рт. ст. несмотря на ингаляцию 50% кислородной смеси, насыщение гемоглобина кислородом менее 70%, рСО₂ ниже 30 мм рт. ст. . жизненная емкость легких — менее 40—50%. Определяющим критерием для использования ИВЛ в терапии дыхательной недостаточности является нарастание дыхательной недостаточности и недостаточная эффективность проводимой терапии.

В раннем П. п. острые нарушения гемодинамики могут быть вызваны волемической, сосудистой или сердечной недостаточностью. Причины послеоперационной гиповолемии многообразны, но главными из них служат невосполненная во время операции кровопотеря или продолжающееся внутреннее или наружное кровотечение. Наиболее точную оценку состояния гемодинамики дает сопоставление центрального венозного давления (ЦВД) с пульсом и АД, профилактикой послеоперационной гиповолемии является полноценное возмещение кровопотери и объема циркулирующей крови (ОЦК), адекватное обезболивание во время операции,

тщательный гемостаз при выполнении хирургического вмешательства, обеспечение адекватного газообмена и коррекция нарушений метаболизма как во время операции, так и в раннем П. п. Ведущее место в интенсивной терапии гиповолемии занимает инфузионная терапия, направленная на восполнение объема циркулирующей жидкости.

Сосудистая недостаточность развивается вследствие токсического, неврогенного, токсико-септического или аллергического шока. В современных условиях в П. п. участились случаи анафилактического и септического шока. Терапия при анафилактическом шоке состоит в интубации и ИВЛ, применении адреналина, глюкокортикоидов, препаратов кальция, антигистаминных средств. Сердечная недостаточность является следствием кардиальных (инфаркт миокарда, стенокардия, операции на сердце) и экстракардиальных (тампонада сердца, токсикосептическое поражение миокарда) причин. Терапия ее направлена на устранение патогенетических факторов и включает применение кардиотонических средств, коронаролитиков, антикоагулянтов, электроимпульсной кардиостимуляции, вспомогательного искусственного кровообращения. При остановке сердца прибегают к сердечно-легочной реанимации.

Максимальные сдвиги водно-электролитного баланса наблюдаются на 3—4-е сутки П. п. Наиболее часто возникает гипертоническая дегидратация, развитию которой после операции способствуют рвота, понос, раневая экссудация. Интенсивная терапия гипертонической дегидратации состоит во внутривенном вливании 5% раствора глюкозы или введения, если нет противопоказаний, через рот или желудочный зонд воды, чая, морса. Необходимое количество воды рассчитывают по следующей формуле: дефицит воды (л) = $x \cdot 0,2 \cdot \text{масса тела (в кг)}$. Существуют и другие формулы. При значительной потере натрия у больного развивается гипотоническая дегидратация, которая восполняется путем введения воды, 3—5% раствора хлорида натрия с расчетом необходимого количества препарата по формулам. Помимо этих форм дегидратации могут наблюдаться изотоническая, а также гипертоническая гипергидратация.

Течение П. п. в определенной степени зависит от характера хирургического вмешательства, имевшихся интраоперационных осложнений, наличия сопутствующих заболеваний, возраста пациента. При благоприятном течении П. п. температура тела в первые 2—3 дня может быть повышена до 38°, а разница между вечерней и утренней температурой не превышает 0,5—0,6°. Боли постепенно стихают к 3-му дню. Частота пульса в первые 2—3 дня остается в пределах 80—90 ударов в 1 мин, ЦВД и АД находятся на уровне дооперационных величин, на ЭКГ на следующий день после операции отмечается лишь некоторое учащение синусового ритма. После операций под эндотрахеальным наркозом на следующий день больной откашливает небольшое количество слизистой мокроты, дыхание остается везикулярным, могут выслушиваться единичные сухие хрипы, исчезающие после откашливания мокроты. Окраска кожи и видимых слизистых оболочек не претерпевает каких-либо изменений по сравнению с их окраской до операции. Язык остается влажным, может быть обложен белесоватым налетом. Диурез соответствует 40—50 мл/ч, патологических изменений в моче нет. После операций на органах брюшной полости живот остается симметричным, кишечные шумы на 1—3-й день вялые. Умеренный парез кишечника разрешается на 3—4-й день П. п. после стимуляции, очистительной клизмы. Первая ревизия послеоперационной раны осуществляется на следующий день после операции. При этом края раны не гиперемированы, не отечны, швы не врезаются в кожу, сохраняется умеренная болезненность раны при пальпации. Гемоглобин и гематокрит (если не было кровотечения во время операции) остаются на исходных показателях. На 1—3-й сутки могут отмечаться умеренный лейкоцитоз с небольшим сдвигом формулы влево, относительная лимфопения, увеличение СОЭ. В первые 1—3 дня наблюдается небольшая гипергликемия, но сахар в моче не определяется. Возможно небольшое уменьшение уровня альбумин-глобулинового коэффициента.

У лиц пожилого и старческого возраста в раннем П. п. характерно отсутствие повышения температуры тела; более выраженные тахикардия и колебания АД, умеренная одышка (до 20 в 1 мин) и большое количество мокроты в первые послеоперационные дни, вялая перистальтика тракта. Операционная рана заживает медленнее, часто возникает нагноение, эвентрация и другие осложнения. Возможна задержка мочи.

В связи с тенденцией к сокращению времени пребывания больного в стационаре амбулаторному хирургу приходится наблюдать и лечить некоторые группы больных уже с 3—6-го дня после операции. Для общего хирурга в амбулаторных условиях наиболее важны основные осложнения П. п., которые могут возникать после операций на органах брюшной полости и грудной клетки. Существует множество факторов риска развития послеоперационных осложнений: возраст, сопутствующие заболевания, длительная госпитализация, продолжительность операции и т.д. Во время амбулаторного обследования пациента и в предоперационном периоде в стационаре эти факторы должны быть учтены и проведена соответствующая корригирующая терапия.

При всем многообразии послеоперационных осложнений можно выделить следующие признаки, которые должны насторожить врача в оценке течения П. п. Повышение температуры тела с 3—4-го или с 6—7-го дня, а также высокая температура (до 39° и выше) с первого дня после операции свидетельствуют о неблагоприятном течении П. п. гектическая лихорадка с 7—12-го дня говорит о тяжелом гнойном осложнении. Признаком неблагоприятия являются боли в области операции, которые не утихают к 3-му дню, а начинают нарастать. Сильные боли с первого дня П. п. также должны насторожить врача. Причины усиления или возобновления болей в зоне операции многообразны: от поверхностного нагноения до внутрибрюшной катастрофы.

Выраженная тахикардия с первых часов П. п. или внезапное ее появление на 3—8-й день свидетельствует о развившемся осложнении. Внезапное падение АД и одновременно повышение или снижение ЦВД — признаки тяжелого послеоперационного осложнения. На ЭКГ при многих осложнениях фиксируются характерные изменения: признаки перегрузки левого или правого желудочка, различные аритмии. Причины нарушения гемодинамики многообразны: заболевания сердца, кровотечения, шок и др.

Появление одышки — всегда тревожный симптом, особенно на 3—6-й день П. п. Причинами одышки в П. п. могут быть пневмония, септический шок, пневмоторакс, эмпиема плевры, перитонит, отек легких и др. Врача должна насторожить внезапная немотивированная одышка, характерная для тромбоэмболии легочных артерий.

Цианоз, бледность, мраморная окраска кожи, багровые, голубые пятна — признаки послеоперационных осложнений. Появление желтушности кожи и склер часто свидетельствует о тяжелых гнойных осложнениях и развивающейся печеночной недостаточности. Олигоанурия и анурия свидетельствуют о тяжелой послеоперационной ситуации — почечной недостаточности.

Снижение гемоглобина и гематокрита — следствие невосполненной операционной кровопотери или послеоперационного кровотечения. Медленное снижение гемоглобина и количества эритроцитов свидетельствуют об угнетении эритропоэза токсического генеза. Гиперлейкоцитоз, лимфопения или возникновение вновь лейкоцитоза после нормализации формулы крови характерно для осложнений воспалительного характера. Ряд биохимических показателей крови могут свидетельствовать об операционных осложнениях. Так, повышение уровня амилазы крови и мочи наблюдается при послеоперационном панкреатите (но возможно и при паротите, а также высокой кишечной непроходимости); трансаминаз — при обострении гепатита, инфаркте миокарда, печени; билирубина в крови — при гепатите, механической желтухе, пилефлебите; мочевины и креатинина в крови — при развитии острой почечной недостаточности.

Основные осложнения послеоперационного периода. Нагноение операционной раны чаще всего бывает вызвано аэробной флорой, но нередко возбудителем является

анаэробная неклостридиальная микрофлора. Осложнение проявляется обычно на 5—8-й день П. п., может произойти и после выписки из стационара, но возможно и бурное развитие нагноения уже на 2—3-й день. При нагноении операционной раны температура тела, как правило, вновь повышается и носит обычно фебрильный характер. Отмечается умеренный лейкоцитоз, при анаэробной неклостридиальной флоре — выраженная лимфопения, токсическая зернистость нейтрофилов. Диурез, как правило, не нарушен.

Местными признаками нагноения раны являются припухлость в области швов, гиперемия кожи, резкая болезненность при пальпации. Однако если нагноение локализуется под апоневрозом и не распространилось на подкожную клетчатку, этих признаков, за исключением болезненности при пальпации, может и не быть. У больных пожилого и старческого возраста общие и местные признаки нагноения часто стерты, а распространенность процесса вместе с тем может быть большой.

Лечение заключается в разведении краев раны, санации и дренировании ее, перевязках с антисептиками. При появлении грануляций назначают мазовые повязки, накладывают вторичные швы. После тщательного иссечения гнойно-некротических тканей возможно ушивание над дренажем и дальнейшее проточно-капельное промывание раны различными антисептиками с постоянной активной аспирацией. При обширных ранах хирургическую некрэктомию (полную или частичную) дополняют лазерной, рентгеновской или ультразвуковой обработкой раневой поверхности с последующим использованием асептических повязок и наложением вторичных швов.

Если нагноение послеоперационной раны обнаруживается при посещении больным хирурга в поликлинике, то при поверхностном нагноении в подкожной клетчатке возможно лечение в амбулаторных условиях. При подозрении на нагноение в глуболежащих тканях необходима госпитализация в гнойное отделение, т.к. в этих случаях требуется более сложное хирургическое вмешательство.

В настоящее время все большее значение в П. п. приобретает опасность клостридиальной и неклостридиальной инфекции (см. Анаэробная инфекция), при которой могут обнаруживаться признаки шока, высокая температура тела, гиперлейкоцитоз, гемолиз, нарастающая желтуха, подкожная крепитация. При малейшем подозрении на анаэробную инфекцию показана срочная госпитализация. В стационаре немедленно широко раскрывают рану, иссекают нежизнеспособные ткани, начинают интенсивную антибиотикотерапию (пенициллин — до 40 000 000 ЕД и более в сутки внутривенно, метронидазол — 1 г в сутки, клиндамицин внутримышечно по 300—600 мг каждые 6—8 ч), осуществляют серотерапию, проводят гипербарическую оксигенацию.

Вследствие неадекватного гемостаза по ходу операции или других причин могут возникать гематомы, располагающиеся под кожей, под апоневрозом или межмышечно. Возможны также глубокие гематомы в забрюшинной клетчатке, в тазовой и других областях. При этом больного беспокоят боли в области операции, при осмотре которой отмечается припухлость, а через 2—3 дня — кровоизлияние в коже вокруг раны. Небольшие гематомы могут клинически не проявляться. При появлении гематомы рану раскрывают, эвакуируют ее содержимое, осуществляют гемостаз, обработку полости раны растворами антисептиков и ушивание раны с применением каких-либо мер профилактики возможного в последующем нагноения.

В ближайшем П. п. нередко могут развиваться послеоперационные психозы, которые чаще всего представляют собой острые симптоматические психозы и значительно реже могут быть отнесены к психогениям. Причинами их являются особенности патологического процесса и характер оперативного вмешательства, интоксикация, аллергия, нарушения обменных процессов, в частности ионного равновесия, особенности состояния ц.н.с. Чаще всего наблюдаются экзогенные типы реакций (см. Симптоматические психозы) в форме делирия (см. Делириозный синдром), неразвернутого онейроида (см. Онейроидный синдром), оглушения, аменции (см. Аментивный синдром). Две последние формы помрачения сознания свидетельствуют об

общем тяжелом состоянии больного. Психозы, сопровождающиеся помрачением сознания, обычно возникают не позже 7—10-го дня после операции. Их продолжительность — от нескольких часов до 1 недели. Реже психозы возникают в форме тревожно-тоскливого состояния (см. Депрессивные синдромы) или неразвернутого острого параноида (см. Бредовые синдромы). При операциях, сопровождающихся осложнениями, наблюдаются различные по структуре депрессивные состояния. Очень часто в их содержании отражаются реальные факты, в связи с чем их можно считать психогенными. Эти состояния следует дифференцировать с соматогенной спровоцированной шизофренией или маниакально-депрессивным психозом, а также с алкогольными психозами.

Терапия психозов заключается в лечении основного заболевания в сочетании с применением нейролептиков (см. Нейролептические средства), антидепрессантов и транквилизаторов. Прогноз почти всегда благоприятный, но ухудшается в тех случаях, когда состояния помрачения сознания сменяются промежуточными синдромами.

Тромбофлебит чаще всего возникает в системе поверхностных вен, которые использовались во время или после операции для инфузионной терапии. Как правило, тромбофлебит поверхностных вен верхних конечностей не представляет опасности и купируется после местного лечения, включающего иммобилизацию конечности, применение компрессов, гепариновой мази и др. Поверхностный тромбофлебит нижних конечностей может быть причиной глубоких флебитов с угрозой тромбоэмболии легочных артерий. Поэтому в предоперационном периоде необходимо учитывать данные коагулограммы и такие факторы, как тромбофлебит в анамнезе, осложненный послеродовой период, нарушения жирового обмена, заболевания сосудов, варикозное расширение вен нижних конечностей. В этих случаях бинтуют конечности, проводят мероприятия, направленные на борьбу с анемией, гипопротейнемией и гиповолемией, нормализацию артериального и венозного кровообращения. С целью профилактики тромбообразования в П. п. наряду с адекватным восстановлением гомеостаза у больных с факторами риска целесообразно назначать антикоагулянты прямого и непрямого действия.

Одно из возможных осложнений П. п. — эмболия легочных артерий. Чаще встречается тромбоэмболия легочной артерии, реже жировая и воздушная эмболия. Объем интенсивной терапии при тромбоэмболии легочных артерий зависит от характера осложнения. При молниеносной форме необходимы реанимационные мероприятия (интубация трахеи, ИВЛ, закрытый массаж сердца). При соответствующих условиях возможно проведение экстренной тромбоэмболэктомии с обязательным массажем обоих легких или катетеризационной эмболэктомии с последующей антикоагулянтной терапией на фоне ИВЛ. При парциальной эмболии ветвей легочных артерий с постепенно развивающейся клинической картиной показаны оксигенотерапия, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия.

Клиническая картина послеоперационного перитонита многообразна: боли в животе, тахикардия, парез желудочно-кишечного тракта, не купирующийся консервативными мероприятиями, изменения формулы крови. Исход лечения в полной мере зависит от своевременной диагностики. Выполняют релапаротомию, устраняют источник перитонита, saniруют брюшную полость, адекватно дренируют, осуществляют назоинтестинальную интубацию кишечника.

Эвентрация, как правило, является следствием других осложнений — пареза желудочно-кишечного тракта, перитонита и др.

Послеоперационная пневмония может возникнуть после тяжелых операций на органах брюшной полости, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. С целью ее профилактики назначают ингаляции, отхаркивающие средства, банки, дыхательную гимнастику и т.д. Послеоперационная эмпиема плевры может развиваться не только после

операций на легких и средостении, но и после операций на органах брюшной полости. В диагностике ведущее место имеет рентгенография грудной клетки.

Амбулаторное ведение больных после нейрохирургических операций. Больные после нейрохирургических операций обычно нуждаются в длительном амбулаторном наблюдении и лечении с целью психологической, социальной и трудовой реабилитации. После операции по поводу черепно-мозговой травмы возможна полная или частичная компенсация нарушенных церебральных функций. Однако у некоторых больных с травматическим арахноидитом и арахноэнцефалитом, гидроцефалией, эпилепсией, различными психоорганическими и вегетативными синдромами наблюдается развитие рубцово-спаечных и атрофических процессов, нарушений гемо- и ликвородинамики, воспалительных реакций, иммунной несостоятельности.

После удаления внутричерепных гематом, гиром, очагов размягчения мозга и т.д. проводят противосудорожную терапию под контролем электроэнцефалографии. С целью предупреждения эпилептических припадков, развивающихся после тяжелой черепно-мозговой травмы примерно у 1/3 больных, назначают препараты, содержащие фенобарбитал (паглюферал = 1, 2, 3, глюферал и др.) в течение 1—2 лет. При эпилептических приступах, появившихся вследствие черепно-мозговой травмы, терапию подбирают индивидуально с учетом характера и частоты эпилептических пароксизмов, их динамики, возраста и общего состояния больного. Используют различные сочетания барбитуратов, транквилизаторов, ноотропных, противосудорожных и седативных средств.

Для компенсации нарушенных мозговых функций и ускорения выздоровления применяют вазоактивные (кавинтон, сермион, стугерон, теоникол и др.) и ноотропные (пирацетам, энцефалол, аминалон и др.) препараты чередующимися двухмесячными курсами (с интервалами 1—2 месяца) на протяжении 2—3 лет. Эту базисную терапию целесообразно дополнять средствами, влияющими на тканевой обмен: аминокислотами (церебролизин, глутаминовая кислота и др.), биогенными стимуляторами (алоэ, стекловидное тело и др.), ферментами (лидаза, лекозим и др.).

По показаниям в амбулаторных условиях осуществляют лечение различных общемозговых синдромов — гипертензии внутричерепной, внутричерепной гипотензии (см. Внутричерепное давление), цефальгического, вестибулярного (см. Вестибулярный симптомокомплекс), астенического (см. Астенический синдром), гипоталамического (см. Гипоталамический синдром) и др., а также очаговых — пирамидного (см. Параличи), мозжечкового, подкоркового и др. При нарушениях психики обязательно наблюдение психиатра.

После оперативного лечения аденомы гипофиза (см. Аденома гипофиза) за больным наряду с нейрохирургом, невропатологом и офтальмологом должен наблюдать эндокринолог, поскольку после хирургического вмешательства часто развивается гипопитуитаризм (гипокортицизм, гипотиреоз, гипогонадизм, несахарный диабет и др.), требующий заместительной гормональной терапии.

После трансназосфеноидального или транскраниального удаления пролактотропной аденомы гипофиза и повышения концентрации пролактина у мужчин снижается половая функция, развивается гипогонадизм, у женщин — аменорея, бесплодие и лакторея. Спустя 3—5 месяцев после лечения парлоделом у больных может восстановиться полноценный менструальный цикл и наступить беременность (во время которой парлодел не применяют).

При развитии в П. п. пангипопитуитаризма заместительную терапию проводят в течение многих лет непрерывно, т.к. прекращение ее может привести к резкому ухудшению состояния больных и даже к смертельному исходу. При гипокортицизме назначают глюкокортикоиды, АКТГ, при гипотиреозе используют тиреоидные гормоны. При несахарном диабете обязательно применение адиурекрина. Заместительная терапия

при гипогонадизме используется не всегда; в данном случае необходима консультация нейрохирурга.

После выписки из стационара больных, оперированных по поводу доброкачественных вне мозговых опухолей (менингиом, невриномах), назначают терапию, способствующую ускорению нормализации функций головного мозга (вазоактивные, метаболические, витаминные препараты, ЛФК). С целью предупреждения возможных эпилептических приступов длительно променяют малые дозы противосудорожных средств (обычно барбитураты). Для разрешения нередко остающегося после операции синдрома внутричерепной гипертензии (особенно при выраженных застойных сосудах зрительных нервов) используют дегидратирующие препараты (фуросемид, диакарб и др.), рекомендуя их прием 2—3 раза в неделю на протяжении нескольких месяцев. С привлечением логопедов, психиатров и других специалистов осуществляют направленное лечение для устранения дефицита и коррекции тех или иных мозговых функций (речи, движения, зрения, слуха и т.д.).

При внутримозговых опухолях, учитывая степень их злокачественности и объем хирургического вмешательства, в амбулаторное лечение по индивидуальным показаниям включают курсы лучевой терапии, гормональные, иммунные и другие препараты в различных сочетаниях.

При амбулаторном ведении больных, перенесших транскраниальные и эндоназальные операции по поводу артериальных, артериовенозных аневризм и других сосудистых мальформаций головного мозга, особое внимание уделяют предупреждению и лечению ишемических поражений мозга. Назначают препараты, нормализующие тонус мозговых сосудов (эуфиллин, но-шпа, папаверин и др.), микроциркуляцию (трентал, компламин, сермион, кавинтон), метаболизм мозга (пирацетам, энцефабол и др.). Аналогичная терапия показана и при наложении экстра-интракраниальных анастомозов. При выраженной эпилептической готовности, по клиническим данным и результатам электроэнцефалографии, проводят предупредительную противосудорожную терапию.

Больным, перенесшим стереотаксические операции по поводу паркинсонизма, нередко дополнительно показана длительная нейромедиаторная терапия (леводопа, наком, мадопар и др.), а также холинолитические препараты (циклодол и его аналоги, тропацин и др.).

После операций на спинном мозге проводят длительное, часто многолетнее лечение с учетом характера, уровня и тяжести поражения, радикальности хирургического вмешательства и ведущих клинических синдромов. Назначают лекарственные средства, направленные на улучшение кровообращения, метаболизма и трофики спинного мозга. При грубой деструкции вещества спинного мозга и стойком его отеке применяют ингибиторы протеолиза (контрикал, гордокс и др.) и дегидратирующие средства (салуретики). Уделяют внимание профилактике и лечению трофических нарушений, прежде всего пролежней. Учитывая высокую частоту развития хронического сепсиса при грубых повреждениях спинного мозга, в амбулаторных условиях могут появиться показания к курсовой антибактериальной и антисептической терапии.

Многим больным, перенесшим операцию на спинном мозге, необходима коррекция нарушений функции тазовых органов. Часто длительно используют катетеризацию мочевого пузыря или постоянный катетер, а также приливно-отливные системы. Необходимо строго соблюдать меры профилактики вспышек уроинфекции (тщательный туалет половых органов, промывание мочевых путей раствором фурацилина и др.). При развитии уретрита, цистита, пиелита, пиелонефрита назначают антибиотики, сульфаниламиды и антисептики (производные нитрофурана и нафтиридина).

При спастических пара- и тетрапарезах и плегиях применяют антиспастические препараты (баклофен, мидокалм и др.), при вялых парезах и параличах — антихолинэстеразные препараты, а также ЛФК и массаж. После операций по поводу повреждений спинного мозга широко используют общую, сегментарную и местную

физио- и бальнеотерапию. С успехом применяют транскутанную электростимуляцию (в т.ч. с использованием имплантированных электродов), способствующую ускорению репаративных процессов и восстановлению проводимости спинного мозга.

После операций на спинномозговых и черепных нервах и сплетениях (невролиз, сшивание, пластика и др.) в амбулаторных условиях проводят многомесячное или многолетнее восстановительное лечение, желательное под контролем тепловидения. В разных сочетаниях используют лекарственные средства, улучшающие проводимость (прозерин, галантамин, оксазил, дибазол и др.) и трофику поврежденных периферических нервов (витамины группы В, Е, алоэ, ФиБС, стекловидное тело, анаболические средства и др.). При выраженных рубцовых процессах применяют лидазу, гидрокортизон и др. Широко используют различные варианты электростимуляции, физио- и бальнеолечения, ЛФК, массаж, а также раннюю трудовую реабилитацию.

Амбулаторное ведение больных после операции на органе зрения должно обеспечивать преемственность лечения в соответствии с рекомендациями хирурга. Первый раз больной посещает офтальмолога в первую неделю после выписки из стационара. Лечебная тактика в отношении больных, перенесших операцию на придатках глаза, — после снятия швов с кожи век и конъюнктивы заключается в наблюдении за операционной раной. После полостных операций на глазном яблоке врач наблюдает больного активно, т.е. назначает сроки повторных осмотров и контролирует правильность выполнения лечебных процедур.

После антиглаукоматозных операций с фистулозирующим эффектом и выраженной фильтрационной подушкой в раннем П. п. в амбулаторных условиях может развиваться синдром мелкой передней камеры с гипотонией вследствие цилихориоидальной отслойки, диагностируемой при офтальмологическом освещении или с помощью ультразвуковой эхографии, если имеются значительные изменения в оптических средах глаза или очень узкий не поддающийся расширению зрачок. При этом цилихориоидальная отслойка сопровождается вялотекущим иридоциклитом, что может привести к образованию задних синехий, блокады внутренней операционной фистулы корнем радужки или отростками цилиарного тела с вторичным повышением внутриглазного давления. Синдром мелкой передней камеры может привести к прогрессированию катаракты или ее набуханию. В связи с этим лечебная тактика в амбулаторных условиях должна быть направлена на уменьшение подконъюнктивальной фильтрации путем наложения на оперированный глаз давящей повязки с подкладыванием плотного ватного валика на верхнее веко и лечение иридоциклита. Синдром мелкой передней камеры может развиваться после интракапсулярной экстракции катаракты, сопровождающейся повышением внутриглазного давления в результате затруднения перехода влаги из задней камеры в переднюю. Тактика амбулаторного глазного врача должна быть направлена, с одной стороны, на уменьшение продукции внутриглазной жидкости (диакарб, 50% раствор глицерина), с другой стороны, — на ликвидацию иридовитреального блока путем назначения мидриатиков или лазерной периферической иридэктомии. Отсутствие положительного эффекта при лечении синдрома мелкой передней камеры с гипотонией и гипертонией является показанием для госпитализации.

Тактика ведения больных с афакией после экстракапсулярной экстракции катаракты и больных с внутрикапсулярной артифакцией идентична (в отличие от зрачковой артифакции). При показаниях (иридоциклит) возможно достижение максимального мидриаза без риска дислокации и вывиха искусственного хрусталика из капсульных карманов. После экстракции катаракты супраимидные швы целесообразно не снимать в течение 3 месяцев. За это время формируется гладкий операционный рубец, исчезает отек тканей, уменьшается или полностью исчезает астигматизм. Непрерывный шов при этом не снимают, он рассасывается в течение нескольких лет. Узловые швы, если их концы не заправлены, снимают через 3 мес. Показанием для снятия швов является наличие астигматизма 2,5—3,0 дптр и более. После снятия швов больному на 2—3 дня назначают

закапывание в глаз 20% раствора сульфацила-натрия 3 раза в день или другие лекарственные средства в зависимости от переносимости. Непрерывный шов после сквозной кератопластики не снимают от 3 месяцев до 1 года. После сквозной кератопластики назначенное хирургом длительное лечение контролируется амбулаторным глазным врачом.

Среди осложнений в отдаленном П. п. может развиваться болезнь трансплантата или обострение инфекционного процесса, чаще всего герпес-вирусной инфекции, который сопровождается отеком трансплантата, иридоциклитом, неоваскуляризацией.

Осмотры больных после операций по поводу отслойки сетчатки амбулаторно проводят через 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год и при появлении жалоб на фотопсии, ухудшение зрения. При рецидиве отслойки сетчатки больного направляют в стационар. Такая же тактика ведения больных соблюдается и после витреоектомии по поводу гемофтальма. Больные, перенесшие операции по поводу отслойки сетчатки и витреоектомии, должны быть предупреждены о соблюдении особого режима, исключая низкие наклоны головы, поднятие тяжестей; им следует избегать простудных заболеваний, сопровождающихся кашлем, острой задержкой дыхания, например при чиханье.

После операций на глазном яблоке все больные должны соблюдать диету, исключающую прием острой, жареной, соленой пищи и спиртных напитков.

Амбулаторное ведение больных после операции на органах брюшной полости. После операций на органах брюшной полости П. п. может осложниться образованием свищей желудочно-кишечного тракта. Уход за больными с искусственно образованными или естественно возникшими свищами является составной частью их лечения. Для свищей желудка и пищевода характерно выделение пищевых масс, слюны и желудочного сока, для свищей тонкой кишки — жидкого или кашицеобразного кишечного химуса, зависит от уровня расположения свища (высокий или низкий тонкокишечный свищ). Отделяемое толстокишечных свищей — кал. Из свищей прямой кишки выделяется слизисто-гнойный экссудат, из свищей желчного пузыря или желчных протоков — желчь, из свищей поджелудочной железы — светлый прозрачный панкреатический секрет. Количество отделяемого из свищей варьирует в зависимости от характера пищи, времени суток и других причин, достигая 1,5 л и более. При длительно существующих наружных свищах их отделяемое мацерирует кожу.

Наблюдение за больными со свищами желудочно-кишечного тракта включает оценку их общего состояния (активность, адекватность поведения и др.). Необходимо контролировать цвет кожи, появление на ней и слизистых оболочках кровоизлияний (при печеночной недостаточности), определять размеры живота (при кишечной непроходимости), печени, селезенки, защитную реакцию мышц передней брюшной стенки (при перитоните). При каждой перевязке кожу вокруг свища очищают мягкой марлевой салфеткой, омывают теплой водой с мылом, тщательно ополаскивают и осторожно промакают насухо мягким полотенцем. Затем ее обрабатывают стерильным вазелином, пастой Лассара или синтомициновой эмульсией.

Для изоляции кожи в зоне свища применяют эластичные клеющиеся пленки на целлюлозной основе, мягкие подкладки, пластыри и фильтры из активированного угля. Эти приспособления предотвращают раздражение кожи и неконтролируемое выхождение газов из свища. Важным условием ухода является сбор выделений из свища во избежание контакта отделяемого с кожей, нательным и постельным бельем. С этой целью используют ряд приспособлений для дренирования свища с отведением отделяемого из него (желчи, сока поджелудочной железы, мочи — в бутылку, кала — в калоприемник). Из искусственных наружных желчных свищей ежедневно выделяется более 0,5 л желчи, которую процеживают через несколько слоев марли, разбавляют любой жидкостью и дают больному во время приема пищи. В противном случае возможны тяжелые

нарушения гомеостаза. Дренажи, введенные в желчные протоки, необходимо ежедневно промывать (физиологическим раствором или фурацилином), чтобы они не инкрустировались желчными солями. Через 3—6 месяцев эти дренажи подлежат замене с рентгенологическим контролем их расположения в протоках.

При уходе за искусственными кишечными свищами (илео- и колостомами), сформированными с лечебной целью, используют самоклеющиеся или крепящиеся к специальному поясу калоприемники. Подбор калоприемников производится индивидуально с учетом ряда факторов (расположения илео- или колостомы, ее диаметра, состояния окружающих тканей).

Важное значение имеет энтеральное (зондовое) питание через свищи с целью удовлетворения потребности организма больного в пластических и энергетических веществах. Его рассматривают как один из видов дополнительного искусственного питания (наряду с парентеральным), которое применяется в сочетании с другими видами лечебного питания.

В связи с исключением некоторых отделов пищеварительного тракта из процессов пищеварения необходимо составить сбалансированный рацион питания, в котором предполагается потребление в среднем для взрослого человека 80—100 г белка, 80—100 г жира, 400—500 г углеводов и соответствующего количества витаминов, макро- и микроэлементов. Применяются специально разработанные энтеральные смеси (энпиты), мясные и овощные диетические консервы.

Энтеральное питание осуществляют через назогастральный зонд, или зонд, вводимый через гастростому или еюностому. Для этих целей используют мягкие пластмассовые, резиновые или силиконовые трубки с наружным диаметром до 3—5 мм. Зонды имеют на конце оливу, что облегчает их проведение и установку в начальном отделе тощей кишки. Энтеральное питание может осуществляться и через трубку, временно вводимую в просвет органа (желудка, тонкой кишки) и извлекаемую после питания. Зондовое питание может осуществляться фракционным методом или капельно. Интенсивность поступления пищевых смесей следует определять с учетом состояния больного и частоты стула. При проведении энтерального питания через свищ во избежание регургитации пищевой массы зонд проводят в просвет кишки не менее чем на 40—50 см с использованием obturатора.

Амбулаторное ведение больных после ортопедо-травматологических операций должно осуществляться с учетом послеоперационного ведения больных в стационаре и зависит от характера заболевания или повреждения опорно-двигательного аппарата, по поводу которого было предпринято оперативное вмешательство, от метода и особенностей произведенной операции у конкретного больного. Успех амбулаторного ведения больных полностью зависит от преемственности лечебного процесса, начатого в условиях стационара.

После ортопедо-травматологических операций больные могут быть выписаны из стационара без наружной иммобилизации, в гипсовых повязках различного типа (см. Гипсовая техника), на конечности может быть наложен дистракционно-компрессионный аппарат, больные могут пользоваться после операции различными ортопедическими изделиями (шинно-гильзовыми аппаратами, стельками-супинаторами и т.п.). Во многих случаях после операций по поводу заболеваний и травм нижних конечностей или таза больные пользуются костылями.

В амбулаторных условиях лечащий врач должен продолжить наблюдение за состоянием послеоперационного рубца, чтобы не пропустить поверхностного или глубокого нагноения. Оно может быть обусловлено образованием поздних гематом из-за нестабильной фиксации фрагментов металлическими конструкциями (см. Остеосинтез), расшатывания частей эндопротеза при недостаточно прочном закреплении его в кости (см. Эндопротезирование). Причинами позднего нагноения в области послеоперационного рубца могут быть также отторжение аллотрансплантата вследствие иммунологической

несовместимости (см. Костная пластика), эндогенная инфекция с поражением области операции гематогенным или лимфогенным путем, лигатурные свищи. Позднее нагноение может сопровождаться артериальным или венозным кровотечением, обусловленным гнойным расплавлением (аррозией) кровеносного сосуда, а также пролежнем стенки сосуда при давлении выступающей из кости части металлической конструкции при погружном остеосинтезе или спицей компрессионно-дистракционного аппарата. При поздних нагноениях и кровотечении больные нуждаются в экстренной госпитализации.

В амбулаторных условиях продолжается восстановительное лечение, начатое в стационаре, которое состоит в лечебной физкультуре для свободных от иммобилизации суставов (см. Лечебная физическая культура), подгипсовой и идеомоторной гимнастике. Последняя состоит в сокращении и расслаблении мышц конечности, иммобилизованной гипсовой повязкой, а также воображаемых движениях в фиксированных путем наружной иммобилизации суставах (сгибание, разгибание) с целью профилактики мышечной атрофии, улучшения кровообращения и процессов регенерации костной ткани в области операции. Продолжается физиотерапевтическое лечение, направленное на стимуляцию мышц, улучшение микроциркуляции в зоне операции, профилактику нейроциркуляторных синдромов, стимуляцию образования костной мозоли, предупреждение тугоподвижности в суставах. В комплекс восстановительного лечения в амбулаторных условиях включается также трудотерапия, направленная на восстановление движений в конечностях, необходимых для обслуживания себя в быту (ходьба по лестнице, пользование городским транспортом), а также общей и профессиональной трудоспособности. Бальнеотерапия в П. п. обычно не используется, за исключением гидрокинезотерапии, которая особенно эффективна при восстановлении движений после операций на суставах.

После операций на позвоночнике (без повреждения спинного мозга) больные нередко пользуются полужесткими или жесткими съемными корсетами. Поэтому в амбулаторных условиях необходимо следить за правильностью их применения, целостью корсетов. Во время сна и отдыха больные должны пользоваться жесткой постелью. В амбулаторных условиях продолжают занятия лечебной физкультурой, направленной на укрепление мышц спины, ручной и подводный массаж, физиотерапия. Больные должны строго соблюдать предписанный в стационаре ортопедический режим, заключающийся в разгрузке позвоночника.

После операции на костях конечностей и таза врач в амбулаторных условиях систематически наблюдает за состоянием больных и своевременностью снятия гипсовой повязки, если после операции использовалась наружная иммобилизация, проводит рентгенологическое исследование области операции после снятия гипса, своевременно назначает разработку освобожденных от иммобилизации суставов. Необходимо также наблюдение за состоянием металлических конструкций при погружном остеосинтезе, особенно при интрамедуллярном или чрескостном введении штифта или винта, с целью своевременного выявления возможной миграции, что обнаруживается при рентгенологическом исследовании. При миграции металлических конструкций с угрозой перфорации кожи больные нуждаются в госпитализации.

Если на конечность наложен аппарат для наружного чрескостного остеосинтеза, в задачу амбулаторного врача входит наблюдение за состоянием кожи в области введения спиц, регулярные и своевременные перевязки, наблюдение за стабильным креплением конструкций аппарата. При необходимости производят дополнительное крепление, подтягивание отдельных узлов аппарата, при начинающемся воспалительном процессе в области спиц — обкалывание мягких тканей растворами антибиотиков. При глубоком нагноении мягких тканей больные нуждаются в направлении в стационар для удаления спицы в области нагноения и проведения новой спицы в непораженном участке, при необходимости — в перемонтаже аппарата. При полной консолидации костных

фрагментов после перелома или ортопедической операции аппарат снимают в амбулаторных условиях.

После ортопедо-травматологических операций на суставах в амбулаторных условиях проводят лечебную физкультуру, гидрокинезотерапию, физиотерапевтическое лечение, направленное на восстановление подвижности. При использовании трансартикулярного остеосинтеза для фиксации отломков в случаях внутрисуставных переломов удаляют фиксирующую спицу (или спицы), концы которой обычно расположены над кожей. Эту манипуляцию проводят в сроки, обусловленные характером повреждения сустава. После операций на коленном суставе нередко наблюдаются синовиты (см. Синовиальные сумки), в связи с чем может потребоваться пункция сустава с эвакуацией синовиальной жидкости и введением в сустав по показаниям лекарственных препаратов, в т.ч. кортикостероидов. При формировании послеоперационных контрактур суставов наряду с местным лечением назначают общую терапию, направленную на профилактику рубцовых процессов, параартикулярной оссификации, нормализацию внутрисуставной среды, регенерацию гиалинового хряща (инъекции стекловидного тела, алоэ, ФиБС, лидазы, румалона, прием внутрь нестероидных противовоспалительных препаратов — индометацина, бруфена, вольтарена и др.). После снятия гипсовой иммобилизации нередко наблюдается стойкий отек оперированной конечности как следствие посттравматической или послеоперационной лимфопатической недостаточности. С целью ликвидации отека рекомендуют массаж ручной или с помощью пневмомассажеров различных конструкций, компрессию конечности эластичным бинтом или чулком, физиотерапевтическое лечение, направленное на улучшение венозного оттока и лимфообращения.

Амбулаторное ведение больных после урологических операций определяется функциональными особенностями органов мочеполовой системы, характером заболевания и видом перенесенного оперативного вмешательства. Операция при многих урологических заболеваниях является составной частью комплексного лечения, направленного на профилактику рецидива болезни и реабилитацию. При этом важна преемственность стационарного и амбулаторного лечения.

Для профилактики обострений воспалительного процесса в органах мочеполовой системы (пиелонефрита, цистита, простатита, эпидидимоорхита, уретрита) показан непрерывный последовательный прием антибактериальных и противовоспалительных препаратов в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры. Контроль эффективности лечения осуществляют путем регулярного исследования крови, мочи, секрета предстательной железы, посева эякулята. При устойчивости инфекции к антибактериальным препаратам для повышения реактивности организма применяют поливитамины, неспецифические иммуностимуляторы.

При мочекаменной болезни, обусловленной нарушением солевого обмена или хроническим воспалительным процессом, после удаления конкрементов и восстановления пассажа мочи необходима коррекция обменных нарушений.

После реконструктивных операций на мочевыводящих путях (пластика лоханочно-мочеточникового сегмента, мочеточника, мочевого пузыря и уретры) основной задачей ближайшего и отдаленного послеоперационного периода является создание благоприятных условий для формирования анастомоза. С этой целью кроме антибактериальных и противовоспалительных препаратов применяют средства, способствующие размягчению и рассасыванию рубцовой ткани (лидаза) и физиотерапию. Появление клинических признаков нарушения оттока мочи после реконструктивных операций может указывать на развитие стриктуры в области анастомоза. Для ее своевременного выявления необходимо регулярное контрольное обследование, включающее рентгенорадиологические и ультразвуковые методы. При незначительной степени сужения мочеиспускательного канала можно проводить бужирование уретры и назначать вышеуказанный комплекс лечебных мероприятий. При наличии у больного

хронической почечной недостаточности в отдаленном П. п. необходим контроль за ее течением и результатами лечения путем регулярного исследования биохимических показателей крови, медикаментозной коррекции гиперазотемии и водно-электролитных нарушений.

После паллиативного оперативного вмешательства и обеспечения оттока мочи по дренажам (нефростоме, пиелостоме, уретеростоме, цистостоме, уретральному катетеру) необходимо тщательно следить за их функцией. Регулярная смена дренажей и промывание дренируемого органа антисептическими растворами являются важными факторами профилактики воспалительных осложнений со стороны мочеполовой системы.

Амбулаторное ведение больных после гинекологических и акушерских операций определяется характером гинекологической патологии, объемом выполненной операции, особенностями течения П. п. и его осложнений, сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями. Проводят комплекс реабилитационных мероприятий, продолжительность которых зависит от быстроты восстановления функций (менструальной, репродуктивной), полной стабилизации общего состояния и гинекологического статуса. Наряду с общеукрепляющим лечением (витаминотерапия и др.) проводят физиотерапию, при которой учитывают характер гинекологического заболевания. После операции по поводу трубной беременности выполняют лекарственные гидротубации (пенициллина 300 000 — 500 000 ЕД, гидрокортизона гемисукцината 0,025 г, лидазы 64 УЕ в 50 мл 0,25% раствора новокаина) в сочетании с ультразвуковой терапией, вибрационный массаж, электрофорез цинка, в дальнейшем назначают санаторно-курортное лечение. Для профилактики спаечного процесса после операций по поводу воспалительных образований показаны электрофорез цинка, магнитотерапия в режиме низкой частоты (50 Гц). Для профилактики рецидива эндометриоза проводят электрофорез цинка, йода, назначают синусоидальные модулирующие токи, импульсное ультразвуковое облучение. Процедуры назначают через 1—2 дня. После операций на придатках матки по поводу воспалительных образований, внематочной беременности, доброкачественных образований яичника, после органосохраняющих операций на матке и надвлагалищной ампутации матки в связи с миомой больные остаются нетрудоспособными в среднем 30—40 дней, после экстирпации матки — 40—60 дней. Затем проводят экспертизу трудоспособности и дают рекомендации, при необходимости исключаящие контакт с профессиональными вредностями (вибрацией, воздействием химических веществ и др.). На диспансерном учете больные остаются в течение 1—2 лет и более.

Амбулаторное лечение после акушерских операций зависит от характера акушерской патологии, послужившей причиной оперативного родоразрешения. После влагалищных и абдоминальных операций (акушерские щипцы, плодоразрушающие операции, ручное обследование полости матки, кесарево сечение) родильницы получают декретный отпуск продолжительностью 70 дней. Осмотр в женской консультации проводят сразу после выписки из стационара, в дальнейшем периодичность осмотров зависит от особенности течения послеоперационного (послеродового) периода. Перед снятием с диспансерного учета по беременности (т.е. к 70-му дню) проводят влагалищное исследование. Если причиной оперативного родоразрешения явилась экстрагенитальная патология, обязательны осмотр терапевта, по показаниям — других специалистов, клинично-лабораторное обследование. Выполняют комплекс реабилитационных мероприятий, который включает общеукрепляющие процедуры, физиотерапию с учетом характера соматической, акушерской патологии, особенностей течения П. п. При гнойно-воспалительных осложнениях назначают электрофорез цинка диадинамическими токами низкой частоты, ультразвук в импульсном режиме; родильницам, перенесшим токсикоз беременных с сопутствующей патологией почек, показаны микроволновая терапия с воздействием на область почек, гальванизация воротниковой зоны по Щербаку, ультразвук в импульсном режиме. Поскольку даже во время лактации возможна овуляция через 2—3 месяца после родов, обязательно назначение контрацепции.

Задание 1

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Больная М., 75 лет, через 15 минут после операции, проведённой под наркозом по поводу острого аппендицита, посинела. Дыхание редкое, прерывистое. Какое осложнение раннего послеоперационного периода развилось у больной? Что делать?

Задача 2

У больной Н., 59 лет, на седьмой день после экстирпации матки внезапно появилась одышка, синюшность лица и плечевого пояса, боли за грудиной. Больная потеряла сознание. Дыхание частое, прерывистое. Какое осложнение возникло у больной? Ваши действия?

Задача 3

Больной С., 70 лет, оперирован по поводу ущемлённой правосторонней паховой грыжи. С момента операции прошло 20 часов. Больной самостоятельно не может мочиться. Какое осложнение возникло у больного? Какую помощь Вы окажите ему?

Задание 2

ТЕСТЫ

1. Профилактика тромбоэмболических осложнений после операций включает:

- 1) бинтование нижних конечностей эластическим бинтом;
- 2) применение антикоагулянтов;
- 3) применение дезагрегантов;
- 4) раннее вставание;
- 5) все вышеуказанное.

2. Укажите мероприятие, направленное на профилактику легочных осложнений после операции:

- 1) назначение препаратов железа;
- 2) вдыхание закиси азота;
- 3) промывание желудка;
- 4) дыхательная гимнастика;

5) холод на живот.

3. Изменения в общем анализе крови, характерные для перенесенной острой кровопотери:

- 1) повышение СОЭ;
- 2) снижение уровня гемоглобина;
- 3) эозинофилия;
- 4) лейкоцитоз;
- 5) увеличение гематокрита.

4. При эндогенной интоксикации назначают:

- 1) спазмолитики;
- 2) инфузионную терапию;
- 3) обезболивающие препараты;
- 4) антикоагулянты;
- 5) частую смену повязок.

5. Исследование, помогающее в диагностике тромбоэмболии легочной артерии:

- 1) биохимический анализ крови;
- 2) электрокардиография;
- 3) общий анализ мочи;
- 4) фибробронхоскопия;
- 5) реовазография.

6. Профилактика нагноения операционной раны:

- 1) частые швы на рану;
- 2) рассасывающие швы на рану;
- 3) дренирование раны;
- 4) лечебная физкультура;
- 5) герметичная повязка.

7. Возникновению тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде способствуют все факторы, кроме:

- 1) наличия варикозного расширения вен нижних конечностей;
- 2) истощения;
- 3) ожирения;
- 4) наличия онкологического заболевания;
- 5) пожилого возраста.

8. К осложнениям со стороны операционной раны относится все, кроме:

- 1) кровотечения;
- 2) гематомы;
- 3) инфильтрата;
- 4) болей в ране;
- 5) эвентрации.

9. Для фазы травматизации тканей в течение послеоперационной болезни характерно:

- 1) катаболический тип обмена веществ
- 2) перераспределение воды и электролитов между «водными средами»
- 3) выделение общего азота с мочой не превышает 3 г в сутки
- 4) процессы анаболизма преобладают над процессами катаболизма
- 5) преимущественный расход эндогенной энергии

Выберите комбинацию ответов

- а) 1, 2, 3
- б) 1, 2, 5
- в) 2, 3, 4
- г) 2, 3, 5
- д) 3, 4, 5

10. Анаболическая фаза течения послеоперационной болезни характеризуется:

- 1) восстановлением мышечной массы
- 2) лизисом белков и накоплением продуктов их распада
- 3) активизацией гормональной системы
- 4) восстановлением азотистого баланса
- 5) поступление экзогенной энергии превосходит потребление организма

Выберите комбинацию ответов

- а) 1, 2, 3
- б) 1, 4, 5
- в) 2, 3, 4
- г) 2, 4, 5
- д) 3, 4, 5

11. Борьба с анурией после операции начинается:

- а) с катетеризации мочевого пузыря;
- б) рефлекторного воздействия;
- в) паранефральной блокады;
- г) гемодиализа.

12. Положение больного в постели до выхода из наркоза:

- а) Фаулера;
- б) Транделенбурга;
- в) горизонтальное на спине, голова на подушке;
- г) горизонтальное на спине без подушки.

4. Вопросы для собеседования

- 1. С какого момента начинается послеоперационный период?
- 2. До какого момента длится послеоперационный период?
- 3. Что такое эвентрация?
- 4. Наиболее частое осложнение со стороны органов дыхания, профилактика?
- 5. Как лечить задержку мочи после операции?
- 6. Как бороться с парезом кишечника в послеоперационном периоде?
- 7. Как проводить контроль функции сердечно-сосудистой системы в послеоперационном периоде?