

# ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

## КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

 **EKSMO**  
EDUCATION



**Хит  
сезона**

# ЭКЗВМЕН

В КАРМАНЕ

Павел Мишинькин

# **Общая хирургия: конспект лекций**

«Научная книга»

**Мишинькин П. Н.**

Общая хирургия: конспект лекций / П. Н. Мишинькин —  
«Научная книга»,

В предлагаемом конспекте лекций вы сможете почерпнуть информацию по разделу общей хирургии из курса высшего медицинского образования. В нем подробно излагаются данные об инфекции в хирургии, путях предотвращения ее возникновения, экстренных хирургических состояниях и первой медицинской помощи при них. Предназначено для студентов медицинских вузов и колледжей. Публикуется с разрешения правообладателя – Литературного агентства «Научная книга»

© Мишинькин П. Н.

© Научная книга

## Содержание

ЛЕКЦИЯ № 1. Предупреждение инфекционных осложнений в хирургии. Асептика, общие вопросы. Стерилизация. Обработка рук хирурга	5
1. Асептика	5
2. Стерилизация	6
3. Обработка рук хирурга по способу Спасокукоцкого—Кочергина	7
ЛЕКЦИЯ № 2. Предупреждение инфекционных осложнений в хирургии. Антисептика и ее виды. Механическая, химическая, физическая, биологическая антисептика	8
1. Механическая антисептика	8
2. Физическая антисептика	10
3. Химическая антисептика	11
4. Биологическая антисептика	12
ЛЕКЦИЯ № 3. Особенности хирургического лечения	13
1. Этапы хирургического лечения. Предоперационный этап	13
2. Подготовка к оперативному вмешательству	14
3. Послеоперационный период	16
4. Осложнения в послеоперационном периоде. Методы профилактики и коррекции	17
Конец ознакомительного фрагмента.	18

# **П. Н. Мишинькин, А. Ю. Неганова**

## **Конспект лекций по общей хирургии**

### **ЛЕКЦИЯ № 1. Предупреждение инфекционных осложнений в хирургии. Асептика, общие вопросы. Стерилизация. Обработка рук хирурга**

#### **1. Асептика**

Асептика представляет собой комплекс мер, направленных на предупреждение загрязнения операционной раны микроорганизмами. Принципы асептики осуществляются с помощью различных методов: химических, физических, биологических. Принципы асептики должны соблюдаться тщательно и неукоснительно, начиная с первого контакта больного с врачом в приемном отделении, с врачом скорой помощи. Врачи первого контакта, сталкиваясь с ранениями и травмами, должны оказать первую медицинскую помощь и как можно быстрее доставить больного в стационар. Для предупреждения попадания в рану инфекции на нее сразу же накладывается стерильная марлевая повязка. В хирургическом стационаре принципы асептики обеспечиваются правильной организацией работы персонала, правильной планировкой отделений, тщательной теоретической подготовкой по данному вопросу. Основной задачей асептики в хирургическом стационаре является недопущение попадания в рану микробных агентов. Все контактирующие с раной инструменты, ткани, материалы, руки хирурга должны быть стерильными. Помимо предупреждения подобного пути попадания инфекции в рану, необходимо предупредить воздушно-капельный путь передачи инфекции.

Одним из основных моментов является организация работы стационара. В каждом хирургическом стационаре выделяют различные отделения в соответствии со специализацией. К таким отделениям относят торакальное, урологическое, отделение кардиохирургии и т. п. Обязательно имеется отделение гнойной хирургии. Это отделение должно быть изолированным от других отделений, медицинский персонал, сами больные не должны контактировать с больными из других отделений. Если же такого отделения в стационаре не предусмотрено, в отделении должны быть отдельные операционные, манипуляционные, перевязочные для больных гнойно-воспалительными заболеваниями. Врачи, медицинские сестры, материалы и инструменты, а также палаты для таких больных должны быть обособлены от остальных пациентов. Помимо этого, известно, что содержание микроорганизмов в воздухе операционной в течение дня значительно увеличивается, поэтому крайне важно при работе в операционной переодеваться в стерильную одежду, использовать стерильные марлевые маски, шапочки, полностью ограничивая любую возможность попадания микроорганизмов в рану. Особенно важно соблюдать эти правила студентам, наблюдающим за ходом операции непосредственно возле операционного поля.

## 2. Стерилизация

Это метод, направленный на устранение живых микроорганизмов и их спор с поверхности материалов, инструментов и иных предметов, вступающих в контакт с раневой поверхностью до, после и во время операционного вмешательства.

Стерилизации должны быть подвергнуты перевязочный материал, белье, шовный материал, резиновые перчатки (некоторые несложные амбулаторные манипуляции, например забор крови на анализ, могут проводиться в одноразовых стерильных перчатках), инструментарий. Различают следующие методы стерилизации.

1. Кипячение (длительность его зависит от вида загрязнения).

2. Обработка текучим паром или паром, подаваемым под давлением в специальном аппарате – автоклаве (для стерилизации загрязненного перевязочного материала, белья, халатов, бахил). Контроль над температурой в нем осуществляется различными методами. Одним из таких методов является помещение в бикс пробирок, содержащих вещества, температура плавления которых соответствует или несколько ниже необходимой температуры в стерилизационном аппарате. Плавление этих веществ свидетельствует о достижении необходимой для стерилизации температуры.

3. Бактерицидное действие ультрафиолетового излучения (для обеззараживания воздуха операционных, перевязочных и манипуляционных).

Бактерицидные лампы включаются в конце рабочего дня после уборки помещения на 3 ч, а если в течение дня отмечается большой поток больных, целесообразно проводить обработку лампами и в течение дня.

### **3. Обработка рук хирурга по способу Спасокукоцкого—Кочергина**

Обработка рук является одним из важнейших методов асептики, позволяющим полностью предотвратить доступ микроорганизмов к операционному полю.

Перед обработкой рук по этому способу необходимо вымыть руки с мылом и щеткой. Руки хирурга тщательно намыливают с помощью щетки в определенном направлении. Начинают обрабатывать руки с проксимальных фаланг пальцев, вначале их ладонную, а затем тыльную поверхность. Тщательно обрабатывают каждый палец и межпальцевые промежутки, соблюдая указанную последовательность. Затем моют запястье: вначале с ладонной, затем с тыльной стороны. В такой же последовательности обрабатывают предплечье. Первой моют левую руку, затем по такому же принципу правую. Это позволяет очистить кожу рук от загрязнений, полученных в течение дня при профессиональной и бытовой деятельности. В дальнейшем обработка кожи рук производится по специальной методике. Первый этап включает в себя обработку рук в 0,5%-ном растворе нашатырного спирта. Последовательность обработки рук хирурга должна тщательно соблюдаться. Раствор нашатырного спирта помещают в два таза, в каждом из которых последовательно по описанной методике обрабатывают руки в течение 3 мин: вначале в одном тазу, а затем в течение такого же времени – в другом. После этого руки промокают стерильной салфеткой, а затем вытирают насухо.

Второй этап – обработка рук в такой же последовательности 96%-ным спиртовым раствором в течение 4—5 мин. После этого хирург надевает стерильные перчатки, после чего он может касаться только операционного поля.

Особое внимание уделяется обработке рук хирурга, работающего в отделении гнойной хирургии. Контроль за стерильностью должен быть особенно тщательным, для чего необходимо производить обработку рук не только до операционного вмешательства, но и после осмотра гнойной раны, манипуляций в ней, перевязок. Для этого руки обрабатывают по указанной методике марлевыми тампонами, смоченными этиловым 70%-ным спиртом, в течение 3 мин.

## **ЛЕКЦИЯ № 2. Предупреждение инфекционных осложнений в хирургии. Антисептика и ее виды. Механическая, химическая, физическая, биологическая антисептика**

### **1. Механическая антисептика**

**Антисептика** представляет собой совокупность химических, физических, биологических и иных мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в организме больного или в ране.

**Механическая антисептика.** Этот метод основан на удалении из раны микроорганизмов механическим способом. Основная манипуляция, направленная на достижение этой цели, —это первичная хирургическая обработка раны. Она должна проводиться всем больным и в самые кратчайшие сроки. Это позволяет значительно очистить рану от микроорганизмов и предотвратить гнойные осложнения раны. Первичная хирургическая обработка заключается в следующем. Вначале кожные покровы вокруг раны очищают антисептиком, производят местное обезболивание, затем удаляют из раны все остатки нежизнеспособных тканей, обломки костей, инородные тела, осколки ранящих снарядов, поверхностно застрявшие пули, щепки, удаляют со дна и краев раны тканевой детрит. Рану осушают стерильным ватным тампоном и промывают раствором антисептика. Края раны экономно иссекают, удаляя все нежизнеспособные ткани. Осматривая дно раны, устанавливают, имеется ли повреждение сосудов, нервных стволов, мышц. При наличии повреждения оценивают его степень и, если сосуд не подлежит восстановлению, производят перевязку сосуда в ране. Если же повреждение не столь значительно, выполняют сосудистый шов, восстанавливая его целостность. Аналогично производят восстановление нервных стволов, накладывают первичный шов нерва и сшивают края мышц. Если же первичная обработка раны произведена своевременно (не позже 24 ч после ранения) и вероятность осложнений незначительна, шов накладывают сразу после нее. Это первичный шов. Первично отсроченный шов накладывается на рану, если после получения ранения до проведения хирургической обработки прошло более 24 ч. В этом случае швы накладывают после хирургической обработки раны, но затягивают только через 5 дней, когда вероятность гнойных осложнений минимальна, но до появления грануляций. Если в ране уже имеются признаки, позволяющие заподозрить вероятность развития инфекции (поздно произведенная хирургическая обработка раны, дряблые края или серовато-розовый цвет дна раны), рану оставляют открытой и накладывают шов только после появления первых грануляций. Это вторично отсроченный шов.

**Физические методы антисептики** основаны на применении физических методов для уменьшения микробной контаминации раны. К подобным способам относят установку дренажей. Известно, что главнейшим условием для излечения от гнойной инфекции является удаление из очага гнойного экссудата. Это значительно уменьшает длительность периода выздоровления. Максимальная часть содержимого удаляется во время оперативного вмешательства, но, поскольку процесс воспаления не может остановиться одномоментно, в течение определенного времени в ране скапливается небольшое количество отделяемого. Выздоровление произойдет тем быстрее, чем правильнее установлены дренажи в ране. Основным правилом гнойной хирургии является создание двух разрезов – апертур и контрапертур. Первый разрез создается в месте наличия флюктуации, а другой (их может быть несколько) создается в нижнем



отделе раны – для наилучшего оттока со дна раны. Дренажи представляют собой резиновые полоски различного размера (в соответствии с размером раны), устанавливающиеся в разрезы. В некоторых случаях (например, при эмпиеме плевры) дренаж в виде прозрачной полиэтиленовой трубки присоединяется к специальному прозрачному стеклянному сосуду с мерными делениями, что позволяет судить о количестве и характере отделяемого, о выраженности воспалительного процесса, качестве и эффективности лечения.

Широко известен метод механической антисептики, названный **тампоном Микулича**. Суть этого метода состоит в создании более благоприятных условий для удаления из раны дренирующих тампонов. Это улучшает отток содержимого и способствует более аккуратному удалению тампонов из раны. Для создания тампона Микулича необходимо к стерильной многослойной марлевой салфетке пришить нить. Образовавшуюся нишу заполняют стерильными ватными тампонами, которые необходимо своевременно удалять во избежание ухудшения эффективности оттока содержимого. Салфетку необходимо своевременно заменять.

## **2. Физическая антисептика**

Физическим методом считается воздействие на рану ультрафиолетового спектра излучения, оказывающего бактерицидное воздействие на область раны.

В некоторых случаях на рану накладываются асептические марлевые повязки, обеспечивающие отток содержимого раны. Эффективность метода значительно повышается, если марлевая повязка пропитана гипертоническим раствором хлорида натрия. По градиенту концентрации отделяемое из раны (совместно с детритом) поступает в повязку, тем самым значительно улучшается дренаж раны.

### **3. Химическая антисептика**

Химические методы антисептики представлены разнообразными химическими веществами, губительно действующими на рост и размножение бактерий. К таким веществам относятся, например, сульфаниламидные препараты.

Широко распространено в гнойной хирургии применение перекиси водорода в качестве антисептика. Механизм его действия смешанный.

Так, попадание перекиси водорода в рану и выделение кислорода в виде обильной пены, состоящей из мелких пузырьков, с одной стороны, оказывают неблагоприятное воздействие на микроорганизмы и вызывают их гибель, с другой стороны, способствуют механическому удалению гнойного содержимого и тканевого детрита из гнойной раны.

## **4. Биологическая антисептика**

Биологические методы антисептики – в настоящее время самая обширная эффективная группа антисептических методов. Это и антибиотики – химические препараты, воздействующие бактерицидно и бактериостатически, причем в настоящее время акцент направлен на разработку антибиотиков, обладающих максимальной эффективностью и минимальными побочными эффектами. На ранних этапах заболевания до верификации микробов возбудителей могут быть применены антибиотики широкого спектра действия. Кроме этого, в эту группу средств входят бактериофаги, сыворотки и анатоксины.

Способы воздействия антисептических препаратов достаточно разнообразны. Так, широко распространены мази с использованием антисептических препаратов, сульфаниламидов, антибиотиков.

## ЛЕКЦИЯ № 3. Особенности хирургического лечения

### 1. Этапы хирургического лечения. Предоперационный этап

Лечение хирургических заболеваний четко подразделяется на такие три этапа, как: предоперационный период, непосредственно оперативное вмешательство и послеоперационный период.

**Предоперационный период** начинается с момента поступления больного на стационарное лечение (в плановой хирургии часть мероприятий может проводиться на амбулаторном этапе) и заканчивается к моменту начала непосредственно операции. Сам предоперационный период складывается из двух блоков, которые нередко (особенно в экстренной хирургии) невозможно разделить по времени. Это блок диагностических и блок подготовительных мероприятий. Во время диагностического этапа предоперационного периода должны быть достигнуты следующие цели: 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.

Подготовительный блок включает в себя следующие мероприятия: консервативные методы лечения основного заболевания, коррекцию нарушенных функций организма, направленных на подготовку к операции, непосредственную подготовку к операции (премедикацию, бритье и т. д.).

Чтобы наиболее полно выполнить все требования обследования больного на диагностическом этапе, необходимо придерживаться определенного алгоритма. Провести и пройти:

1) предварительное обследование (подвергаются тщательному анализу жалобы, история жизни и болезни, которую у хронических больных прослеживают с момента начала заболевания, а у экстренных больных – с начала настоящего приступа);

2) полное физикальное обследование больного (пальпацию, перкуссию, аускультацию по всем требованиям);

3) 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.

При плановом лечении возможны также дополнительные исследования (с целью уточнения наличия сопутствующих заболеваний).

**Длительность предоперационного периода** может варьироваться в очень широких пределах – от нескольких минут до нескольких месяцев (в зависимости от срочности оперативного вмешательства). В последние годы наметилась тенденция к сокращению предоперационного вмешательства. В связи с высокой стоимостью дня пребывания больного в стационаре большинство мероприятий диагностического блока при плановых операциях проводят на амбулаторном этапе. Развивается даже целое направление амбулаторной хирургии, но об этом ниже. Итогом предоперационного периода является написание предоперационного эпикриза, в котором должны быть отражены следующие основные моменты: обоснование диагноза показаний к предполагаемому оперативному вмешательству и его объем, предполагаемое обезбоживание и обязательно документально зафиксированное согласие больного на операцию.

## 2. Подготовка к оперативному вмешательству

Здесь будут отражены только основные моменты предоперационной подготовки, которая обязательна при всех плановых оперативных вмешательствах.

К совокупности этих мероприятий добавляются некоторые специальные методы (такие как метаболическая коррекция при операциях по поводу тиреотоксического зоба, подготовка толстого кишечника при колопроктологических операциях).

**Подготовка нервной системы.** Пациент априори рассматривается как находящийся в состоянии невроза. Каким бы сильным и волевым ни был человек, он все время возвращается в мыслях к предстоящей операции. Он утомлен предшествующими страданиями, нередко наблюдается возбуждение, но чаще депрессия, подавленность, повышенная раздражительность, плохой аппетит и сон. Для нивелирования отрицательных моментов этого состояния можно применить медикаментозную подготовку (применение легких анксиолитиков и транквилизаторов), необходимо четко соблюдать все правила и требования деонтологии, а также подобающим образом организовать работу планового хирургического отделения (еще не прооперированные больные должны быть помещены отдельно от уже перенесших оперативное вмешательство).

**Подготовка кардиореспираторной системы.** При нормальной деятельности сердечно-сосудистой системы специальной подготовки не требуется, а вот правильно дышать – необходимый для пациента навык, особенно если предполагается оперативное вмешательство на грудной клетке. Это в дальнейшем убережет пациента от возможных воспалительных осложнений. Если же имеются какие-либо заболевания дыхательных путей, этому необходимо уделить большое внимание. В острой стадии хронической болезни или при острых заболеваниях (бронхите, трахеите, пневмонии) плановая операция противопоказана. При необходимости назначаются отхаркивающие препараты, микстуры, антибиотикотерапия. Этому придается большое значение, поскольку госпитальная пневмония способна порой свести на нет труды всей бригады хирургов. Если у пациента имеются небольшие функциональные изменения в деятельности сердечно-сосудистой системы, необходима их коррекция (прием спазмолитиков, бета-адреноблокаторов, препаратов, улучшающих метаболизм сердечной мышцы.). При тяжелой органической патологии сердечно-сосудистой системы необходимо лечение терапевта до максимально возможной компенсации нарушенных функций организма. Затем проводится комплексное исследование, по его результатам делается заключение о возможности операции в данном случае.

Значительный процент в настоящее время отводится тромбоэмболическим осложнениям. Поэтому всем больным необходимо исследовать свертывающую систему крови, а лицам, имеющим риск возникновения тромбоэмболии, проводить ее профилактику (применять гепарин и его препараты, а также аспирин).

**Группы повышенного риска** – больные с варикозным расширением вен, ожирением, онкологические больные, имеющие нарушение свертывающей системы крови, вынужденные длительное время проводить в постели. Нередко лица, которые готовятся к плановой операции, имеют анемию (гемоглобин снижен до 60—70 г/л.). Необходима коррекция этих нарушений, поскольку может наблюдаться замедление регенерации.

**Подготовка пищеварительной системы.** Санация полости рта для ликвидации очагов дремлющей инфекции, которая может привести к стоматиту и паротиту. Санация толстой кишки перед операцией над ней, которая включает в себя механическую очистку и химиотерапевтическое подавление микрофлоры. Непосредственно до операции налагается запрет «ничего внутрь», что подразумевает лишение больного пищи и воды с самого утра в день операции. За 12 ч до операции, если не выполняется специальная подготовка кишечника, необхо-

дима клизма. Слабительные препараты стараются не назначать. Для повышения устойчивости организма к оперативному стрессу необходимо позаботиться о метаболической защите печени и повысить в ней запасы гликогена. Для этого используются вливания концентрированных растворов глюкозы с витаминами (аскорбиновой кислотой, группы В). Применяются также метионин, адеметионин и эссенциале.

**Подготовка мочевыделительной системы.** Перед операцией проводится обязательное исследование функции почек, поскольку после операции им придется столкнуться с повышенными требованиями (массивной инфузионной терапией, включающей в себя введение солевых и коллоидных растворов, растворов глюкозы, препаратов и компонентов крови, лекарственных средств).

**Подготовка к экстренной операции.** Экстренные операции необходимы при травмах (повреждениях мягких тканей, переломах костей) и острой хирургической патологии (аппендиците, холецистите, осложненных язвах, ущемленных грыжах, кишечной непроходимости, перитоните).

Подготовка к экстренной операции коренным образом отличается от подготовки к плановому вмешательству. Здесь хирург крайне ограничен во времени. При этих операциях длительность подготовки определяется тем тактическим алгоритмом, который выбрал оперирующий хирург. Характер подготовки тоже может отличаться при различных заболеваниях, но все-таки общие моменты есть. Клизм при экстренных операциях обычно не делают, чтобы не терять времени. Содержимое желудка выводят с помощью зонда. Премедикация проводится так быстро, как только можно. Подготовку операционного поля проводят по пути в операционную.

**Подготовка к операции пожилых людей.** Проводится по тем же принципам, что и подготовка других категорий пациентов. Необходимо только учитывать тяжесть сопутствующей патологии и проводить коррекцию имеющихся нарушений с помощью терапевта и анестезиолога. Объем предстоящего оперативного вмешательства выбирается в соответствии с общесоматическим состоянием пациента и способностью его перенести предполагаемое обезболивание.

**Подготовка к операции пациентов детского возраста.** Предоперационную подготовку в этом случае стараются свести к минимуму. Все исследования, которые возможно провести вне стационара, проводят амбулаторно. Следует помнить, что у детей более рыхлая слизистая оболочка бронхов, это делает их более предрасположенными к возникновению инфекций дыхательных путей (бронхиту, пневмонии).

### 3. Послеоперационный период

Этот период во многом определяет дальнейшее качество жизни пациента, поскольку от его течения (осложненный он или неосложненный) зависят сроки и полнота выздоровления. Во время этого периода происходит адаптация организма пациента к новым анатомо-физиологическим отношениям, которые были созданы операцией. Не всегда этот период проходит гладко.

По времени выделяют:

- 1) ранний послеоперационный период (с момента окончания операции до 7 суток);
- 2) поздний послеоперационный период (после 10 суток).

**Длительность послеоперационного периода** может варьироваться у разных пациентов даже при однотипных операциях. Все дело в индивидуальных качествах организма пациента и особенности его реакции на стресс. Это объясняет концепция Селье, который рассматривал оперативную травму как сильнейший стресс, который вызывает развитие общего адаптационного синдрома (ОАС).

**Первая стадия ОАС, или стадия тревоги** (при рассмотрении послеоперационного периода она носит название катаболической фазы), длится в среднем (в зависимости от тяжести оперативного вмешательства) от 1 до 3 суток. Стресс вызывает активацию симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем. Это приводит к повышению секреции глюкокортикоидных гормонов, которые вызывают много различных эффектов. Это раздражение центральной нервной системы (гипотермия, гипотония, депрессия, миоплегия), повышение проницаемости клеточных мембран, активация катаболических процессов и (как следствие) развитие дистрофии, отрицательного азотистого баланса.

**Фаза резистентности, или анаболическая фаза**, длится до 15 суток. В эту фазу начинают преобладать процессы анаболизма. Происходит нормализация артериального давления и температуры тела, повышаются и восстанавливаются энергетические и пластические резервы организма. Идет активный синтез белка, активизируются репаративные процессы.

Некоторые авторы выделяют еще и фазу обратного развития, т. е. восстановления нарушенных за время катаболической фазы функций организма. Но эту точку зрения разделяют отнюдь не все. Анаболическая фаза плавно переходит в фазу реконвалесценции, или, как ее еще называют, **фазу восстановления массы тела**.

Для гладкого течения послеоперационного периода крайне важно, чтобы первая фаза не затягивалась, поскольку при этом превалируют процессы катаболизма, нарушается регенерация, что открывает путь осложнениям.

Лабораторная диагностика подобных нарушений:

- 1) в связи с отрицательным балансом калия повышается его содержание в моче, снижается его концентрация в крови;
- 2) в связи с распадом белка происходит повышение азотистых оснований в крови;
- 3) наблюдается снижение диуреза.

В раннем послеоперационном периоде больного беспокоят, как правило, боли в области оперативного вмешательства, общая слабость, нарушение аппетита и нередко тошнота, особенно после вмешательств на органах брюшной полости, жажда, вздутие живота и метеоризм (хотя чаще наблюдается нарушение отхождения газов и стула), температура тела может повышаться до фебрильных цифр (до 38 °C).



## **4. Осложнения в послеоперационном периоде. Методы профилактики и коррекции**

**В раннем послеоперационном периоде** (особенно в первые сутки) больные нуждаются в постоянном динамическом наблюдении с целью своевременного распознавания и лечения возможных осложнений, которые могут быть при любом виде оперативного вмешательства. Естественно, после экстренных вмешательств осложнения развиваются чаще, поскольку операция проводится у до конца не обследованного больного (часто в стадии декомпенсации жизненно важных функций). Из осложнений следует отметить:

1) кровотечение (гораздо чаще подобное осложнение возникает в раннем послеоперационном периоде, но может наблюдаться и позднем периоде). Это обусловлено либо недостаточным гемостазом, либо тем, что с сосудов слетают лигатуры. Выполняют ревизию раны и перевязку кровоточащего сосуда;

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.