

**Абдоминалды операция кезіндегі
анестезия**

Дайындаған: Жалгасбаев Е

Қабылдаған: Намазбекова С

Құрсақ қуысына операция кезіндегі анестезия

Заманауи анестезия оның жалпы және арнаулы компоненттері арқылы қамтамасыз етіледі. Анестезияның жалпы компоненттеріне психикалық қабылдауды тежеу, гипорефлексия, наркоз, анальгезия, неро вегетативтік блокада, миорелаксация, газ алмасу процестері мен қан айналысын қамтамасыз ету, зат алмасу процестерін реттеу жатады.

Асқазан ішек жолдарына операциялардың анестезия жағынан негізгі айтарлықтай ерекшеліктер бар. Олар көбінесе науқастағы патология және оның асқыну, науқас жасына байланысты болып келеді. Асқазан ішек жолдарындағы жыланкөздерге жасалатын операциялар көп жағдайда жоспарлы болуына байланысты, алдын ала мұқият анестезиологтардың дайындығы қажет.

Құрсақ қуысының жедел хирургиялық аурулары кезінде хирург пен анестезиолог күрделі таңдау алдында тұрады: а) анестезияның сәйкес түрін таңдау; б) операцияға дейінгі медикаментозды дайындықты жүргізу; в) анестезияның өзін адекватты түрде жүргізу; г) науқаста асқынуларды алдын алу;

Егер науқаста қосалқы аурулары болса, немесе жағдайы өте ауыр болған кездерде операция алды дайындық уақыты шектеуші болуына байланысты, дәрігер жылдам алғашқы тактиканы жүргізуге және операция алды дайындыққа аз уақыт қалады.

Анестезияның түрін таңдау аса маңызды шаруалардың бірі. Себебі анестезия операцияға ыңғайлы әрі жағдай жасап қана қоймай, науқас ағзасы үшін зиянды әсері аз болуы тиіс.

Жалпы асқазан тесілуі кезінде, барлық жағдайларда перитонит (жергілікті немесе жайылған) дамиды. Перитонит даму жылдамдығы құрсақ қуысына инфекция түсіге, асқазан тұз қышқылының зақымдаушы әсеріне және ағзаның реактивтілігіне байланысты болып келеді. Жайылған перитонит түрлерінде, ішперденің қызметі төмендеген жағдайда, құрсақ қуысындағы эксудация көлемі 3-6 л дейін жетуі мүмкін. Оған қоса дегидратация фонында белоктарды, электролиттерді және қанның формалы элементтерін жоғалту жүреді.

Операция алды дайындық көбінесе алиментарлы жүдеу (истощение), асқорыту жолдарының ауыр патологиясы бар, қосалқы ауруы бар науқастарға қажет. Парентеральды тамақтану операцияға дейін және операциядан кейінгі кезеңде тағайындалады. Мұндай тактика, асқазан ішек жолдарының жыланкөздерінде ғана емес қатерлі ісік, асқазан ішіндегі заттардың ұзақ жоғалтуы (көп ретті құсу, диарея, сұйықтықтар секвестрациясы бар) науқастарға жүргізіледі.

Ағзада дамыған *волемиялық ауытқуларды коррекция* жасау үшін ірі тамырға катетеризация жүргізу керек. Әдетте мүмкіндігінде орталық тамырға ине салады, ол бұғана асты немесе мойындық венаға катетер орнатады. Орталық венозды қысымды (ЦВД) анықтап, кристаллоидтар және коллоидты ертінділермен **инфузионды терапия** бастайды. *Көп реттік құсу* болса, поляризациялаушы ертінді береді. *Көп мөлшерді белок жоғалтуы* болса, альбумин, протеин қосылады. *Қан қоюланған жағдайда* реополюклюкин тамыр ішіне енгізу керек.

Операция алды инфузионды –трансфузионды коррекциялаушы терапия су-тұз және электролиттер алмасуы бар науқастарға жүргізілуі керек. Сонымен қатар КШС ауытқуы бар науқастарға міндетті түрде коррекциялық ем жүргізулі керек

Қосалқы бауыр функциясының бұзылуы, сарғаюлар операция алдында интенсивті терапияны қажет етіп, дамып келе жатқан бауыр жеткіліксіздігін емдеуді талап етеді.

Ауыр жағдайларда (асқазан жууына қарамастан көп реттік құсу) вена ішілік инфузионды терапияға К+ мөлшері көп ертінділерді таңдау керек. Сонымен қоса С1- жеткіліксіздігін толтыру керек, себебі бұл кезде гипохлоремия немесе «хлорланған азотемия» және олигоурия дамуы мүмкін.

Бірақ операцияға кіріспес бұрын бұл көрсеткіштер қалпына келді деп ойламау керек, себебі операция уақытында да біршама нормадан ауытқу болуы мүмкін. Сондықтан мүмкндікше операция уақытында және операциядан кейінг интенсивті терапия бөлімінде анализдер алып, бақылап отыру керек.

Науқасты операцияға алмас бұрын **МІНДЕТТІ ТҮРДЕ** оның асқазандағы заттарын жуан зонд арқылы сорып алынуы керек. Жедел операциялар кезінде анестезиолог үшін аса маңызды шаруа, асқазанға зонд әрдайым қоюлы күйде ұстау. Бұл құсу, асқазан ішіндегі заттардың регургитациясын болдырмас үшін қажет. Асқазанға зонд қойылмаған жағдайда, асқазан бөліндісімен аспирация туындап, **Мендельсон синдромы** даму қауіпі **ӨТЕ ЖОҒАРЫ**.

Премедикация

Операция алды кіріспе наркозы үшін таңдау науқас жасына, қосалқы ауруларына және оның жағдайына байланысты болып келеді.

Премедикация үшін әдеттегі препараттарды қолдады. Олар 2% промедол ертіндісі (1 мл), 0,1% күкіртқышқылды атропин (0,5-1 мл), 1% димедрол ертіндісін бұлшықетке немесе вена ішіне (20 мл дейінгі физиологиялық ертіндіге қосу арқылы)

Кіріспе наркоз

Кіріспе наркоз науқастағы дәріге аллергия, қарсы көрсеткіштер, басқа ағзаларындағы қосалқы ауруының бар жоғына қарай мән беріліп, таңдалады.

Көп жағдайда вена ішілік кіріспе наркоздық препараттарды қолдады. Оларға: 1-2% гексенал ертіндісі немесе тиопентал натрий. Кетамин 1% — 2,5 мг/кг есептеуі бойынша, пропофол 2-2,5 мл/кг, және бензодиазепем тобындағы препараттарды қолдануға болады.



Интубация үшін бұлшықеттік фасцикуляцияны жою үшін алдын ала поляризациялаушы емес релаксанттармен прекураризация жүргізіп, кейіннен депольаризациялаушы миорелаксанттарды қолданады.

Операция кезінде жалпы анестезияны НЛА препараттарымен, атральгезия, тотальды венаішілік наркозды ингаляциялық анестетиктармен бірге ИВЛ фонында және оған қоса поляризациялаушы емес миорелаксанттар әсерін қосып жүргізеді.

Заманауи комбинирленген анестезия кезінде құрсақ қуысында ірі травмалы операциялар кезінде қосақлы түрде ішперденің бржейкасына (түбіріне) тағы да рефлексогенді аймақтарына инфильтрациялық анестезия жүргізген дұрыс.

Жергілікті және жалпы анестезиямен жүретін комбинирленген әдістердің ішінен оңтайлысы келесілер:

- » *Жергілікті инфилтративті анестезия, премедикациямен және операция кезінде НЛА препараттарын енгізу.*
- » *Жергілікті инфилтративті анестезия және балансирленген атральгезиямен, премедикациямен, операция кезінде седуксен және пентазоцина (лексиро) енгізумен;*
- » *Жергілікті инфилтративті анестезия премедикациямен (седуксен және тамшылы түрде кетамин (кеталар));*
- » *Жергілікті инфилтративті анестезия және транквилизаторлар немесе нейролептиктер және ингаляциялық азот тотығы, метоксифлуранмен (ингаланом).*

Жалпы құрсақ қуысына жасалатын операция уақытында әрдайым науқасқа бақылау жүргізіп отыру керек. Көздегі рефлексдер, науқас дене температурасы, артериялық қан қысымы, орталық венозды жүйедегі қысым және т.б. Сонымен қатар бұлшықет жүйесінің релаксациясын байқап, қажет болса қосымша миорелаксанттарды енгізіп отыру ұсынылады.

Наркоз кезінде науқас сыртқы ортамен байланысын біршама жоғалтады: науқастың санасы жоғалады, ауырсыну сезімі толық жойылады, бұлшық еттер босаңсиыды, рефлексдердің басым көпшілігі жоғалады. Наркоз кезінде сонымен қатар бас миы мен базальдық ганглийлердің (қоздырғыштарға сезімталдық толығымен жойылады) және жұлынның қозғалыс орталықтарының қызметі (бұлшық еттер босаңсиыды) салданады. Арефлексия пайда болып, аяқ-қол қозғалмайды. Сопақша мидың қызметі өзгермейді, сондықтан өздігінен тыныс алу мен жүрек қызметі сақталады.

Барлық анестетиктер өздеріне тән терапевтік әсер ету диапазонында қолданылады. Терапевтік әсер ету диапазоны немесе амплитудасы деп анестетиктің терапевтік мөлшері мен улы мөлшерінің арасындағы айырманы айтады. Терапевтік диапазоны кең препарат неғұрлым қолайлы да қауіпсіз.

Операция кезінде инфузионды терапияны әрдайым жүргізіп отыру керек. Себебі операция науқас үшін стрессік жағдай, ағза қораныштық күштерін қажытатын процедура болғандықтан оны мұқият науқастағы ОВҚ (ЦВД) бақылай отырып, жүргізген дұрыс. Операция уақытында құрсақ бұлшықеттері босаңсуы үшін миорелаксанттарды енгізіп отыру дұрыс

Интраоперационды қан кетуді міндетті түрде толтыру үшін алдын ала науқас ауру тарихында қан тобы және резусы анықталған болып, донорлық қан операция бөлімінде алдын ала тапсырыс беріліп дайындалып қойылу керек. Себебі асқазан ішек жолдары қанмен белсенді қамтамасыз етілгендіктен және айналсында белсенді паренхиматозды ағзалар (бауыр, көкбауыр) бар болуына байланысты қан кету қауіпі өте жоғары.

Құрсақ қуысында сұйықтық (выпот) болса, оны міндетті түрде микробиологиялық зерттеуге жіберу үшін одан операция уақытында біраз бөлігін анализге жіберу керек (микробиологиялық зерттеу, антибиотикке төзімділігін анықтау үшін).

Сонымен қатар егер ішектен немесе асқазан резекциясы жүргізілетін болса да кесілген ағзаны гистологиялық зерттеуге жіберген дұрыс.

Дәрігер үшін тағы бір маңызды жайт болып, операциядан кейінгі **өкпелік және тромбозмболиялық асқынуларды алдын алу**. Ол үшін операциядан кейінгі эффективті ауырсынуды басу (созылыңқы эпидуральды анестезия), операциядан кейінгі кезеңді белсенді жүргізу (емдік және тыныс гимнастикасы, массаж және басқа да белсенді ем)

Науқас операциядан кейін интенсивті терапия бөліміне ауыстырылады. Негізгі көрсеткіштері қалпыға келгенге дейін сонда болады.

Интенсивті терапия бөлімінде келесі жағдайдарға қарсы күрес жүргізеді:

1. Гиповолемияны жою, су -электролитті , белоктық тепе теңдікті түзету.
2. Тыныс алу функциясын қалпына келтіру, ӨЖВ (ИВЛ) аппаратынан науқасты ажырату. Операциядан кейінгі пневмония, дистресс синдром дамуын алдын алу.
3. Дезинтоксикация және детоксикация жүргізу;
4. Асқазан -ішек жолдарының моторлы эвакуаторлы қызметін қалпына келтіру
5. Наркоздан кейінгі жүрек қантамырлар жүйесінің, бауыр, бүйрек, қанның ұйығыштық қасиетін, анемияны корекциялау тәрізді басқа жүйе бұзылыстарын қалпына келтіру.
6. Операциядан кейінгі жара болуына байланысты адекватты анальгезия жүргізу;
7. Антибактериальды және иммунокорекциялық терапия жүргізу;
8. Парентеральды қоректенуді жүргізу.

Байқап отырсақ, асқазан ішек жолдарындағы анестезия өз алдында басқа абдоминальды операцияларда аса ерекшелікпен байқала қоймайды. Бұл жағдайда науқасты аман есен жазылып кетуіне тек хирургтың ғана емес, анестезиолог дәрігердің қызметі аса маңызды. Операция алды дайындау, операция кезінде дұрыс анестезия беру, дұрыс препараттарды тағайындау, операция уақытыда анестезия деңгейін бақылау, операциядан кейінгі интенсивті ем тәрізді аса маңызды сатылардың барлығы дәрігер анестезиолог мойыныныңда.