

Обезболивание в
абдоминальной хирургии
(плановое и неотложное вмешательство)

Предоперационный период

- Осмотр анестезиологом
- Сбор анамнеза
- Инструментально-лабораторная диагностика-
- Оценка состояния больного
- Выбор метода анестезии
- **В идеале это должен делать тот анестезиолог, который проводит анестезию!**

Предоперационный период

анамнез

- анамнез жизни
- анамнез заболевания
- общемедицинский
- анестезиологический
- хирургический
- аллергологический и лекарственный
- гемотрансфузионный
- социальный и семейный

Инструментально-лабораторная диагностика

- общий анализ крови, мочи
- биохимические анализы крови:
 - сахар
 - билирубин
 - трансаминазы
 - амилаза
 - общий белок, фракции
 - мочевины,
- электрокардиография
- рентгенологическое обследование
- ТЭГ, КГ, креатинин и др. по показаниям

Предоперационный период

предоперационная оценка водно-электролитного
баланса

- Анамнез (данные о потере жидкости)
 - желудочно-кишечное кровотечение
 - рвота или дренирование желудка
 - диарея
 - секвестрация жидкости
 - лихорадка

Предоперационный период

предоперационная оценка водно-электролитного
баланса

- Признаки гиповолемии:
выявленные при физикальном обследовании
 - постуральные изменения (ЧСС, АД)
 - тахикардия
 - артериальная гипотензия
 - сухость кожи и слизистых
 - снижение тургора и температуры кожи

Предоперационный период

предоперационная оценка водно-электролитного
баланса

- Признаки гиповолемии:
лабораторная диагностика
 - гематокрит
 - осмолярность сыворотки крови
 - концентрация электролитов крови
 - азот мочевины крови \ креатинин
 - диурез

Выбор метода анестезии

- выбор метода анестезии определяется комплексом факторов:
 - состояние больного
 - характер оперативного вмешательства
 - квалификация хирурга
 - опыт и квалификация анестезиолога
 - возможности клиники

Методы анестезии

Общая анестезия

преимущества

обеспечение проходимости дыхательных путей и адекватной вентиляции

быстрое введение в анестезию и управление ее глубиной продолжительностью

недостатки

риск аспирации

неблагоприятные гемодинамические эффекты

Методы анестезии

- Регионарная анестезия
 - преимущества
 - сохранение сознания и общения
 - рефлексы дыхательных путей интактны
 - глубокая мышечная релаксация
 - увеличение перфузии кишечника
 - послеоперационное обезболивание

Методы регионарной анестезии

- Эпидуральная
- Спинальная
- Блокада нервных стволов и сплетений
 - блокада чревного сплетения
 - блокада подвздошно-подчревного, подвздошно-пахового, бедренно-полового
- Показания
 - хирургические вмешательства в нижнем отделе живота Th₁₀ - L₂
 - урологические, гинекологические, грыжесечение
 - хирургические вмешательства в верхнем отделе живота Th₁ - Th₆

Комбинированная анестезия

- Предусматривает сочетанное применение эпидуральной и общей анестезии. Обычно используют при обширных операциях на органах верхнего этажа брюшной полости.
- **Преимущества:** уменьшение потребности в
- анестетиках, аналгетиках
- улучшение функции легких после операции
- снижение частоты легочных осложнений
- Возможность послеоперационного обезболивания
- **Недостатки:** симпатическая блокада усиливает гиповолемию
- Время подготовки к операции увеличивается

I Особенности экстренного пациента

1. Анестезиолог впервые встречается с пациентом за несколько минут до начала анестезии. Необходимость выполнения экстренной операции ограничивают возможность проведения дополнительных обследований с целью уточнения диагноза.

2. Заболевание или состояние, требующее экстренной операции и анестезии, развивается, как правило, внезапно, и организм больного не всегда бывает в состоянии к нему адаптироваться. В результате этого заболевание вовлекает в общий патологический процесс комплекс органов и систем – становится общим.

I Особенности экстренного пациента

3. Наличие сопутствующих заболеваний значительно ухудшает состояние больного и усложняет задачу анестезиолога

4. Нарушения метаболизма, кос изменяют эффект ряда фармакологических средств, в том числе анестетиков.

Использовать с повышенной осторожностью!

5. Две важные проблемы, специфичные для экстренной анестезиологии:

проблема шока

проблема полного желудка

Острый аппендицит

- Больные с острым аппендицитом составляют 40-50% госпитализированных в хирургический стационар. О. аппендицит – абсолютное показание к экстренному оперативному вмешательству, независимо от возраста пациента его состояния и сопутствующей патологии.

Анестезия при о. аппендиците

- Анестезиолог должен за очень короткий срок
- Оценить больного
- Ознакомиться с анамнезом
- Обследовать больного
- Провести лабораторное исследование
- Оценить операционный риск
- Определить метод анестезии

Методы обезболивания

- Местная анестезия
- Внутривенная анестезия с ларингиальной маской
- Ингаляционная анестезия с интубацией трахеи или ларингиальной маской
- Регионарная анестезия – спинальная, эпидуральная

Методы обезболивания

- Анестезия с искусственной вентиляцией легких показана:
- Пациентам с сомнительным диагнозом
- Больным, ранее оперированным
- При подозрении на перитонит, деструкцию отростка, инфильтрат
- Больным с ожирением
- Пациентам с сопутствующей патологией

Ущемленная грыжа

- Больные с ущемленной грыжей подлежат срочному оперативному лечению, независимо от сроков разновидности, локализации ущемления.
- Особенность заключается в том, что измененный участо ущемленной кишки предпочтительно иссечь вне брюшной полости

Тактика анестезиолога

- Осмотр анестезиологом
- Подготовка к общему обезболиванию или регионарной анестезии

Присутствие на операции под местной анестезией

При необходимости переход на общее обезбоживание

Периоды течения ОКН

1. От 2 до 12 часов. Относительно удовлетворительного общего состояния больного, нормальной температуры тела, нерезко изменённой частоты пульса, отсутствия симптомов раздражения брюшины позволяют хирургу поставить правильный диагноз и приступить к лечению больного, не прибегая к помощи анестезиолога.
2. От 12 до 36 часов. К указанной клинической картинке присоединяются гемодинамические расстройства как следствие нарастающего обезвоживания организма и интоксикации – появляются тахикардия и артериальная гипотония. Меняется характер болей в животе из схваткообразных они становятся постоянными. Сохраняется и даже учащается рвота.

Периоды течения ОКН

3. 36 часов и более от начала заболевания. Имеются признаки полного пареза кишечника – перистальтика не прослушивается. Развивается перитонит – живот равномерно вздут, отчетливо выражены симптомы раздражения брюшины.

Внешний вид больного: черты лица заострены, кожные покровы, видимые слизистые сухие, одышка, выраженные гемодинамические нарушения, гипертермия.

Рвота имеет каловый запах.

При поступлении пациентов во 2 и 3 стадиях участие анестезиолога в обследовании и лечении необходимо!

III Острая кишечная непроходимость. Фазы волемических расстройств

1. Компенсация полная и волемические показатели находятся на физиологическом уровне, нарушения гемодинамики отсутствуют.
2. Вследствие продолжающихся потерь воды, солей и низкомолекулярных фракций белка (альбумины) развивается внеклеточная дегидратация. На первый план выступает дефицит ОЦП, ОЦК, объёма циркулирующего альбумина, натрия и калия. Онкотическое давление существенно не изменяется в результате диспротеинемии, связанной с повышением α - глобулиновой фракции.

III Острая кишечная непроходимость. Фазы

волемических расстройств

3. В результате развившейся гиповолемии происходит рефлекторное возбуждение сосудистых объёмных рецепторов. Повышенная секреция альдостерона приводит к усилению резорбции натрия в почечных канальцах. Повысившееся за счёт натрия осмотическое давление рефлекторно усиливает выработку антидиуретического гормона. Потери воды с мочой уменьшаются, возрастает наводнение сосудистого русла, увеличиваются ОЦП и ОЦК. Видимая нормализация связана с предельным напряжением компенсаторных систем, которое может привести к срыву и полной декомпенсации.

4. Дефицит всех показателей. Состояние больного крайне тяжелое

Тактика анестезиолога

1. Прежде необходимо наладить внутривенное введение жидкостей. Катетеризация центральной вены
2. У больных, находящихся в тяжёлом состоянии (пожилого и старческого возраста) сразу же ввести в мочевой пузырь постоянный катетер (измерение диуреза – почасового или поминутного)
3. Подключение к больному монитора для динамического наблюдения за сердечной деятельностью во время последующих диагностических и лечебных манипуляций, запись ЭКГ
4. Определение КЩС и газов крови, показателей относительной плотности мочи, её реакции – кислая или щелочная, содержания калия, натрия, а также осмолярности мочи. Почасовой учёт диуреза

Тактика анестезиолога

5. Опорожнение желудочно-кишечного тракта от содержимого является одной из важнейших задач в лечении и подготовке к операции больных с острой кишечной непроходимостью, выполняемых как можно раньше.

Тактика этой манипуляции может быть различной в зависимости от течения заболевания.

Вариант 1: бурное начало, выраженный болевой синдром, частая рвота; длительность заболевания небольшая, обезвоживание и интоксикация выражены незначительно.

Вариант 2: бурное начало, выраженный болевой синдром, частая рвота, но длительность заболевания более 12 часов, выражены явления интоксикации и гиповолемии.

Тактика анестезиолога

- Вариант первый:
- - введение толстого зонда
- - инфузионная терапия
- - транспортировка в операционную с зондом
- - удаление зонда
- - недеполяризующий миорелаксант
- - индукция
- - деполяризующий релаксант
- - интубация трахеи (приём Селлика)
- - введение зонда

Тактика анестезиолога

- Вариант второй:
в период предоперационной подготовки и на всех перечисленных выше этапах анестезии: премедикация, индукция, миоплегия, интубация трахеи, основная анестезия – зонд находится в желудке постоянно.

Премедикация должна быть щадящей,
а обезболивание адекватным.

Чем тяжелей больной, тем больше
он требует искусственной вентиляции
легких.

Основной принцип работы как хирурга,
так и анестезиолога:

«НЕ ВРЕДИ !»