Обезболивание в абдоминальной хирургии

(плановое и неотложное вмешательство)

- 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:
 - caxap
 - билирубин
 - трансаминазы
 - амилаза
 - общий белок, фракции
 - мочевина,
- электрокардиография
- рентгенологическое обследование
- ТЭГ, КГ, креатинин и др. по показаниям

предоперационнаяя оценка водно-злектролитного балланса

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

предоперационнаяя оценка водно-злектролитного балланса

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

предоперационнаяя оценка водно-злектролитного балланса

- 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 хмрурга
- 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, подвздошнопахового, бедренно-полового
- Показания
 - хирургические вмешательства в нижнем отделе живота Th L
 - урологические, гинекологические, грыжесечение хирургические вмешательства в верхнем отделе живота Th Th

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 коротокий 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, раннее оперированным
- При подозрении на перитонит, деструкцию отростка, инфильтрат
- Больным с ожирением
- Пациентам с сопутствующей патологией

Ущемленная грыжа

- Болные 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

- Осмотр анестезиологом
- Подготовка к общему обезболиванию или регионарной анестезии
 Присутствие на операции под местной анестезией
 - При необходимости переход на общее обезболивание

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!

IIIОстрая кишечная непроходимость. Фазы волемических расстройств

- 1. Компенсация полная и волемические показатели находятся на физиологическом уровне, нарушения гемодинамики отсутствуют.
- 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.

ШОстрая кишечная непроходимость. Фазы

- 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

- 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

- 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.

- 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

• 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!»