

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/14959>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ 5

1.1 Обезболивание 5

1.2 Анестезия в экстренной хирургии 11

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ 16

2.1 Материал и методы исследования 16

2.2 Анализ особенностей анестезиологического обеспечения экстренных операций на примере ДРКБ МЗ РТ 18

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 23

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 25

ВВЕДЕНИЕ

Тысячелетиями человечество пыталось придумать способ избавления от боли. Но лишь в 1847 году такое средство было изобретено. Оно получило название «анестезия», что в переводе с древнегреческих «an» и «aisthesis» звучит как «утрата чувствительности».

И действительно, анестезия призвана ограждать человека от излишних болевых ощущений. Особенно это необходимо при операциях.

Актуальность темы исследования. Одной из проблем современной анестезиологии является обеспечение оперативного лечения в экстренных условиях, когда врач анестезиолог занимается не только анестезией, но и интенсивной терапией, совместно с хирургом готовя больного к операции и продолжая ее во время операции. Исходными патологическими факторами, определяющими тяжесть состояния пациента при хирургических заболеваниях, являются:

- Эндогенная интоксикация, вследствие воспалительного или деструктивного процесса, которая проявляется синдромом системной воспалительной реакции (ССВР);
- Боль, генерируемая очагом повреждения и гуморальными факторами боли, и потенцирующая ССВР;
- Нарушениями водно-солевого и белкового баланса, которые возникают за счет нарушения потребления жидкости или патологических потерь;
- Вторичными нарушениями функции сердечно-сосудистой системы, а иногда и дыхания.

Цель исследования – изучить и проанализировать особенности анестезиологического обеспечения экстренных операций.

Задачи исследования:

- 1) изучить понятие и виды анестезии;
- 2) рассмотреть анестезию в экстренной хирургии;
- 3) проанализировать особенности анестезиологического обеспечения экстренных операций на примере ЛПУ.

Предмет исследования – анестезия.

Объект исследования – экстренные операции.

Работа по структуре состоит из введения, двух глав основного текста, заключения и списка литературы.

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ

1.1 Обезболивание

Боль это своеобразное психофизиологическое состояние человека, возникшее в результате воздействия

сверхсильных или разрушительных раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме. С болью всегда приходится встречаться при лечении хирургических больных. Вот почему так важно избавить пациента от боли. Формирование чувства боли происходит в головном мозгу. Обезболивание - это обратимое устранение болевой чувствительности. Его синоним - анестезия - потеря чувствительности.

Анестезиология - это наука, изучающая методы защиты организма от операционной травмы, связанной с болью.

Современная анестезиологическая служба решает следующие задачи:

- обеспечение хирурга оптимальными условиями работы во время операции, от чего зависит качество оперативного лечения,
- проведение эффективного и безопасного обезболивания пациента при оперативном вмешательстве,
- поддержание жизнедеятельности организма пациента перед операцией, во время и после нее,
- защита организма больного от агрессивного воздействия - хирургического, биологического, физического, инфекционного, химического и др.

Анестезия используется во время лечебных процедур и операций на любых частях тела с целью защиты пациента от операционной травмы.

Анестезиологическая помощь в целом включает широкий спектр задач:

- предварительная оценка состояния пациента с целью выявления анестезиологического риска,
- если необходимо, проведение интенсивной терапии больному с целью подготовки его к операции,
- премедикация или медикаментозная подготовка к анестезии,
- выбор способа анестезии и препаратов,
- применение анестезии при экстренных и плановых хирургических операциях, перевязках и диагностических исследованиях,
- контроль состояния пациента при анестезии, назначение медикаментозной коррекции с целью предупреждения опасных для жизни метаболических и функциональных расстройств,
- пробуждение пациента после общего наркоза,
- устранение болевого синдрома при некоторых заболеваниях (онкология и другие инкурабельные заболевания) и других состояниях.

Анестезия выполняет сразу несколько функций.

Она блокирует болевые ощущения.

Она помогает расслабить мышцы пациента во время операции.

При некоторых видах анестезии пациент входит в состояние сна и саму операцию не помнит.

За состоянием человека, находящимся под анестезией, отвечает специально обученный врач - анестезиолог - и медсестра. Они постоянно контролируют сердцебиение, давление и дыхание человека.

В настоящее время существует несколько видов и подвидов анестезии, применяемой в медицине - местная, региональная и общая.

Местную анестезию обычно применяют при небольших и несложных операциях. Обезболивание может проводиться как с помощью введения непосредственно в место надреза аналгетика, так и методом поверхностного замораживания специальными препаратами - так называемая аппликационная анестезия.

После обработки охлаждающими препаратами кожа немеет и перестает чувствовать не только прикосновения, но и саму боль. Примером такой местной анестезии может послужить заморозка при проведении большинства косметологических процедур.

Что немаловажно, при местном обезболивании человек сохраняет сознание, и даже может говорить или отвечать на вопросы, если, конечно, эта операция не челюстная. Крайне редко пациент может уснуть. Однако если пациент окажется очень эмоциональным либо сверхчувствительным, он может получить глубокую психологическую травму. Именно поэтому использование только местной анестезии не всегда возможно. Впечатлительный человек, находясь в сознании, может затруднить проведение операции своими неосторожными движениями. По этой причине не проводят операции под местной анестезией на груди, лице, верхних и нижних конечностях, спине или на органах брюшной полости, когда затрагиваются более глубокие ткани и органы, нежели кожа - слишком велик риск получения психологической травмы.

В сфере пластической хирургии местную анестезию используют при проведении незначительных оперативных или косметических вмешательств. Например, при операциях эстетического характера на веках, блефаропластика век, на ушах, отопластика, липосакции небольших объемов или при коррекции швов.

При анестезии региональной обезболивающий препарат вводят не в зону операции, а на некотором

расстоянии от этого места. Обычно при региональной анестезии анальгетика вводится совсем немного, но, тем не менее, он способен блокировать боль на достаточно большом участке тела.

Внутривенная региональная анестезия заключается, как понятно из названия, во внутривенном введении в кровь обезболивающего препарата.

Обычно внутривенная анестезия комбинируется с эпидуральной или спинномозговой анестезиями.

Последние также являются подвидами региональной анестезии. При их использовании обезболивающий препарат вводится непосредственно в межпозвоночное пространство. Таким образом, происходит блокада нервных окончаний, несущих ощущение боли от поврежденного (прооперированного) участка тела в мозг. Отличие эпидуральной анестезии от спинномозговой состоит в том, что при так называемой эпидуралке анальгетик вводится пациенту через тончайший катетер, и при необходимости в процессе операции дозу обезболивающего можно периодически «добавлять». В случае же со спинномозговым обезболиванием делается только одна инъекция, которая воздействует определенное время, необходимое для выполнения операции.

При использовании региональной анестезии пациент, так же, как и под местным обезболивающим находится в сознании.

Наркоз – это третий вид анестезии.

При общей анестезии – наркозе – человека вводят в состояние сна, при котором боль и вообще какие-либо ощущения блокируются во всем теле, включая и сам мозг. Человек спит, ничего не слышит, не видит, не чувствует.

Наркоз так же, как и местные, и региональные анестезии, делится на категории по способу введения.

1. Внутривенный.

2. Масочный – это когда пациент вдыхает пары анестетика через маску.

Чаще всего используется комбинированный метод – при нем одновременно применяются оба способа.

К общей анестезии прибегают обычно в случае проведения сложных операций. Например таких как полная абдоминопластика, маммопластика, объемная липосакция, ринопластика – иными словами, в тех случаях, когда местное и региональное обезболивание не в силах справиться с болью, либо в случаях, когда неосторожное движение пациента, находящегося в сознании, может нанести серьезный вред его здоровью. Из наркоза люди выходят по разному, все зависит от физиологии человека, а также от дозы и типа общей анестезии и продолжительности наркоза. Кто-то просто и легко просыпается, как после хорошего сна, кто-то тошнит, а кто-то все еще хочет спать и ощущает сухость во рту. В течении первых часов все неприятные ощущения полностью проходят.

Так или иначе, вид анестезии, которая уместна в данном конкретном случае, выбирает сам врач, который планирует делать операцию, а так же анестезиолог, исходя из состояния здоровья пациента, и учитывая все нюансы проводимой операции.

Однако при выборе докторами региональной анестезии, пациент может сам попросить врача сделать ему наркоз, с тем, чтобы оградить себя от излишних переживаний и психологического шока.

В современной анестезиологии используются все современные методики общей анестезии:

комбинированная, тотальная внутривенная анестезия в условиях ИВЛ с применением миорелаксантов, сочетанная анестезия (общая анестезия + регионарная), методы регионарной анестезии: одномоментная и продленная эпидуральная анестезия, спинномозговая, проводниковая, в последние годы широко используются ларингиальные маски, которые без интубации трахеи позволяют проводить ИВЛ, в условиях миорелаксации. Ларингиальная маска может быть использована и при трудной интубации, так как она ставится над входом в гортань. Современный уровень анестезии позволяет использовать новые ингаляционные анестетики (изофлюран, севоран). Использование данного метода способствует раннему пробуждению пациентов, восстановлению мышечного тонуса и более быстрому переводу пациентов в профильное отделение. Применение минимальных газопотоков, при проведении анестезии ингаляционными анестетиками в условиях газового и гемодинамического мониторинга - надежный и безопасный метод защиты пациента при выполнении оперативных вмешательств любой сложности и травматичности. Это позволяет более эффективно и в раннем сроке проводить активизацию пациентов. С этой же целью широко применяются препараты для внутривенной анестезии: диприван (пропофол), мидозолам (дормикум). Пропофол можно применять для индукции посредством медленных болюсных введений или постоянной инфузии через инфузомат. Мидозолам (дормикум) относится к группе имидабензодиазепинов, обладает очень быстрым седативным и выраженным снотворным эффектом, оказывает анксиостолитическое действие, противосудорожное и миорелаксирующее действие. После введения дормикума возникает непродолжительная антероградная амнезия. Доза препарата подбирается строго

индивидуально, используя метод титрования. Применение новых релаксантов: наркурон, эсерон, тракриум, которые полностью разрушаются в организме, способствуют быстрому восстановлению мышечного тонуса и восстановлению самостоятельного дыхания.

Термины "анестезиологическое обеспечение операции" и "анестезиологическое пособие" имеют одинаковое содержание, но первый из них определяет сущность на более высоком профессиональном уровне

1.2 Анестезия в экстренной хирургии

Экстренная анестезия по сравнению с плановой всегда имеет более высокую степень риска. Это связано с тем, что на фоне местного процесса, по поводу которого нужна срочная операция, часто развиваются значительные общие изменения в состоянии больного. Они могут быть непосредственно связаны с хирургическим заболеванием, таким как кишечная непроходимость, панкреонекроз, прободная язва желудка и т. д., или сопутствующей патологией - гипертонической болезнью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой и т. д. Так как экстренные анестезии проводят круглосуточно, время на обследование и подготовку больного к операции, как правило, ограничено, что требует особой собранности и квалификации анестезиологической бригады. Нередко предоперационная подготовка является комплексом реанимационных мероприятий. При поступлении в операционную экстренного больного целесообразно:

- 1) произвести пункцию вены и начать введение 5% раствора глюкозы или изотонического раствора натрия хлорида, даже если предполагается катетеризация центральной вены;
- 2) определить группу крови и резус-фактор под руководством врача (если это не сделано в приемном покое);
- 3) взять кровь для анализов по указанию врача и повторять их в течение операции;
- 4) измерять пульс, артериальное давление, дыхание через 3-5 мин;
- 5) подготовить и при необходимости ввести толстый зонд в желудок, подготовить отсос;
- 6) катетеризовать мочевой пузырь, измерять почасовой диурез;
- 7) подключить аппарат для мониторингового наблюдения;
- 8) измерить температуру и начать согревать больного по указанию врача;
- 9) проверить и подготовить к работе дефибриллятор.

Если больной поступает в бессознательном состоянии (кома), сопровождающемся нарушением всех функций организма, то следует сначала направить все свои усилия на восстановление дыхания и кровообращения, т. е. провести реанимационные мероприятия, а затем уже обследовать его и проводить этиологическое лечение. Острые хирургические заболевания нередко сопровождаются быстро развивающейся диабетической ацидотической гипергликемической комой. Она характеризуется одышкой, тахикардией, запахом ацетона изо рта у больного с сухой кожей, сухим обложенным белым налетом языком, запавшими глазными яблоками, при малом выделении мочи. Сахар крови может быть повышен до 4-10 г/л, а мочи - 44-46 г/л.

Лечение состоит в введении жидкости: 1000 мл изотонического раствора натрия хлорида с добавлением 20-30 мл 10% раствора калия хлорида, 500 мл 5% раствора глюкозы, инсулина 50 ЕД - внутривенно и 50 ЕД под кожу.

Избыточное введение инсулина, длительный голод, предшествующие экстренной операции, нередко сопровождаются и гипогликемической комой, которая проявляется как потеря сознания, у больного с влажной розовой кожей и языком, без запаха изо рта, склонностью к брадикардии. Введение глюкозы (40% раствор - 20-500 мл и 5% - 500 мл капельно внутривенно) купирует это состояние. У больных с сахарным диабетом инсулин вводят под контролем анализов сахара крови и мочи.

Алкогольная кома, нередко сочетающаяся с черепно-мозговой травмой, характеризуется потерей сознания, снижением тонуса мускулатуры, в том числе и дыхательной, развитием апноэ. Лечение состоит в ИВЛ, массивной инфузионной терапии и форсированном диурезе.

Однако чаще всего в экстренных условиях приходится проводить подготовку к операции и анестезию у больных в состоянии шока. Шок может быть при травме и кровопотере, явлениях «острого живота» (кишечной непроходимости, прободении язвы желудка, панкреонекрозе, механической желтухе).

Клиническая картина шока зависит от причин, его вызвавших, но при этом, как правило, выражены болевой синдром, гиповолемия, нарушения гемодинамики, дыхания и метаболизма.

Перед началом наркоза в реанимационном отделении, наркозной комнате или в операционной проводят лечение, необходимое для проведения хирургического вмешательства.

Обезболивание достигается введением наркотических анальгетиков (морфия, промедола, фортрана) с учетом патологического процесса. Наряду с этим применяют местную анестезию, вагосимпатическую, циркулярную, пресакральную блокаду. У больных со стабильными показателями гемодинамики и отсутствии кровопотери используют перидуральную анестезию.

Лечение гиповолемии, возникшей в результате кровопотери или перемещения жидкости (при перитоните, кишечной непроходимости, панкреонекрозе) во внесосудистое пространство, осуществляют путем введения кровезаменителей (полиглюкина, реополиглюкина), белковых препаратов, донорской крови под контролем пульса, артериального и центрального венозного давления. Наряду с этим проводят лечение нарушений сердечной деятельности и дыхания, оксигенацию через маску наркозного или дыхательного аппарата, введение больших доз гормонов, препаратов, купирующих метаболические нарушения (натрия гидрокарбоната, препаратов калия, магния, инсулина, глюкозы).

Осложнения анестезии - рвота, регургитация, аспирация наблюдаются и в плановой хирургии, но в экстренных ситуациях, у не подготовленных к операции больных с «полным желудком» они встречаются значительно чаще. Поэтому в ургентной хирургии существует правило: введение толстого зонда в желудок и промывание его теплым раствором. Однако при катастрофе в брюшной полости, перитоните именно в этот момент может наступить регургитация. Поэтому время введения зонда назначает врач после осмотра больного. Нередко эту манипуляцию проводят после вводного наркоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабак О.Я., Беловол А.Н., Чекман И.С. (ред.) Клиническая фармакология. Учебник. — Киев: Медицина, 2012. — 726 с.
2. Березина И.С. Паллиативная помощь. Учебно-методическое пособие. — Архангельск: ГОУ СПО «Архангельский медицинский колледж», 2009. — 28 с.
3. Долина О.А. (ред.). Анестезиология и реаниматология. 3-е изд. перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 576 с
4. Епифанов В.А. Восстановительная медицина. Учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 304 с.
5. Заликина Л. С. Уход за больными. - СПб.: Медицинское информационное агентство, 2008 - 204 с
6. Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Зяблицкая М.С. «К вопросу лечения беременных с острой хирургической патологией брюшной полости» // Вестник КазНМУ. - 2012. - №2. - С. 231-234.
7. Долина О.А. (ред.). Анестезиология и реаниматология. 3-е изд. перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 576 с.
8. Кавалерский Г.М., Гаркави А.В. Медицина чрезвычайных ситуаций. Хирургия катастроф. Учебник. — М.: Медицинское информационное агентство, 2015. — 376 с.
9. Крыжановский С.А. Фармакология. В 2-х томах. Том 1. Учебник. — М.: Академия, 2007. - 492 с.
10. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под редакцией В.С.Савельева. - М.: 2004.- С. 199-204.
11. Анестезия в экстренной хирургии.- http://www.f-med.ru/anestesiologia/exst_anest.php
12. Анестезия и ее виды. - http://www.dr-grudko.ru/plasticheskie_operacii/anesthesia.php
13. Анестезия при неотложных операциях на органах брюшной полости. - <https://web-medik.ru/anesthesia-at-urgent-operations-on-abdominal-organs.html>
14. Современная анестезиология: виды и назначение анестезии. - <http://www.rumex.ru/information/sovremennaja-anestezijija-vidy-naznachenie-anestezii-145>

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/14959>