**Тема: Оперативная хирургическая техника.**

Хирургическая операция, виды операций, этапы хирургических операций. Правила работы в операционной

**Хирургической операцией** называется механическое воздей­ствие на ткани иорганы больного, производимые врачом с це­лью лечения, диагностики иливосстановления функции орга­низма.

По характеру и целям операции хирургические вмешатель­ства делятся на *радикальные, паллиативные и диагностичес­кие.*

**Радикальными операциями**называются хирургические вме­шательства, при которых стремятся полностью устранить пато­логический очаг, например, резекция желудка при опухоли, ампутация конечности.

**Паллиативными** **операциями**называются хирургические вмешательства, которые направлены на облегчение состояния больного (при невозможности удаления пораженного органа) и на устранение угрожающих жизни симптомов.

**Диагно­стические операции**обычно применяются перед основной опе­рацией с целью завершения диагностики (биопсия, пункция и др.).

Операции могут быть:

**Одномоментными-** осуществляются в один этап, в течение которого выполняют все необходимые мероприятия для устра­нения причины болезни.

**Двухмоментные операции**производят в тех случаях, когда состоя­ние здоровья пациента или опасность осложнений не позволяют закончить хирургическое вмешательство в один этап.

**Многомоментные операции**широко практикуются в плас­тической и восстановительной хирургии.

Если хирургическое вмешательство производится несколько раз по поводу одного и того же заболевания, то такие операции называют ***повторными.***

По срочности выполнения различают экстренные, срочные и плановые операции.

**Экстренные операции**требуют немедленного выполнения (остановка кровотечения, перфорация желудка и кишечника). Подготовка к таким операциям длится не более 1,5 часа.

**Срочными**называются такие операции, которые отклады­ваются на несколько дней для уточнения диагноза и подготовки пациента к операции.

**Плановые операции**выполняются после достаточно полно­го обследования и соответствующей подготовки пациента к опе­рации.

**В хирургической операции различают два основных момен­та: оперативный доступ и оперативный прием.**

**Оперативным доступом** называют часть операции, обеспечивающую хирургу обнажение органа. В зависимости от ряда условий — клиничес­ких, морфологических, онкологических хирург к одному и тому же органу может подойти из различных доступов.

**Оперативный прием**— основная часть хирургического вмеша­тельства на пораженном органе, избранный способ устранения патологического очага, особенности техники данной операции.

Операция состоит из нескольких последовательных элемен­тов: подготовки пациента к операции, обезболивание и выпол­нение самого хирургического вмешательства.

**Хирургическое вмешательство**включает:

1) разрез тканей **с**целью обнаружения пораженного органа;

2) производство опе­рации на самом органе;

3) соединение тканей, нарушенных при операции.

**Правила работы в операционной:**

За 2 часа до начала операций приступает к стерилизации инструментов и производит расстановку всего необходимого для операции (стерилизационных коробок со стерильным перевя­зочным материалом и операционным бельем, банок с шовным материалом, флаконов с антисептическими и другими раствора­ми., емкостей с дезинфицирующим раствором для обработки инструментов после операции, емкости с раствором для прове­дения предстерилизационной обработки, чашку на подставке для сбора отработанного материала и инструментов), проверяет ис­правность аппаратов в операционной, придает нужное положе­ние операционному столу при проведении данной операции. Проверяет наличие пробирок или банок с консервантом для погружения иссекаемых кусочков ткани на гистологическое исследование, стерильных пробирок для бактериологического исследования содержимого, взятого во время операции. После окончания стерилизации инструментов сестра начинает готовить­ся сама к операции. Она надевает стерильную маску и косынку, приступает к мытью рук. После обработки рук, принятом в дан­ном хирургическом отделении способом, сестра приступает к надеванию стерильного халата и стерильных перчаток. В сте­рильной одежде сестра начинает накрывание стерильного стола для данной операции. Затем операционная сестра одевает хи­рурга и ассистента в стерильные халаты и перчатки.

**Наркоз. Виды. Показания и противопоказания. Осложнения и их профилактика.**

Наркоз – это искусственно вызываемый глубокий сон с выключением сознания, анальгезией, угнетением рефлексов и миорелаксацией. Становится понятным, что современные анестезиологическое обеспечение оперативного вмешательства, или наркоз, – это сложнейшая многокомпонентная процедура, которая включает в себя:

1) наркотический сон (вызывается препаратами для наркоза). Включает в себя:

а) выключение сознания – полную ретроградную амнезию (в памяти фиксируются события, которые происходили с больным во время наркоза);

б) уменьшение чувствительности (парестезию, гипестезию, анестезию);

в) собственно анальгезию;

2) нейровегетативную блокаду. Необходима для стабилизации реакций вегетативной нервной системы на оперативное вмешательство, поскольку вегетатика не во многом поддается контролю со стороны ЦНС и не регулируется наркотизирующими препаратами. Поэтому данный компонент наркоза осуществляется путем использования периферических эффекторов вегетативной нервной системы – холинолитиков, адреноблокаторов, ганглиоблокаторов;

3) миорелаксацию. Использование ее применимо только при эндотрахеальном наркозе с управляемым дыханием, но необходимо при операциях на желудочно-кишечном тракте и больших травматичных вмешательствах;

4) поддержание адекватного состояния жизненно важных функций: газообмена , кровообращения, нормального системного и органного кровотока.

5) поддержание процессов метаболизма на должном уровне. Необходимо учитывать, сколько тепла теряет пациент во время операции, и проводить адекватное согревание или, наоборот, охлаждение пациента.

Классификация наркоза по пути введения наркотизирующего вещества в организм.

1. Ингаляционный (наркотическое вещество в парообразном виде подается в дыхательную систему пациента и диффундирует через альвеолы в кровь):

1) масочный;

2) эдотрахеальный.

2. Внутривенный.

3. Комбинированный (как правило, вводный наркоз внутривенно вводимым препаратом с последующим подключением ингаляционного наркоза).

В зависимости от этапа операции:

1.Вводный наркоз кратковременный, наступает без фазы возбуждения. Используется для быстрого введения в наркоз.

2.Поддерживающий наркоз используется на протяжении всей операции.

3.Базисный наркоз это как бы фон, на котором проводят основной наркоз. Действие базис-наркоза начинается незадолго до операции и длится некоторое время после ее окончания.

4.Дополнительный наркоз на фоне поддерживающего наркоза вводят другие препараты, позволяющие снизить дозу основного анестетика.

Показания для проведения оперативного вмешательства под наркозом определяются тяжестью планируемого вмешательства и состояния больного. Чем тяжелее состояние пациента и обширнее вмешательство, тем больше показаний для проведения наркоза. Небольшие вмешательства при относительно удовлетворительном состоянии больного проводят под местным обезболиванием.

Количество осложнений наркоза чрезвычайно велико.

1. Ларингиты, трахеобронхиты.

2. Обструкция дыхательных путей – западение языка, попадание в дыхательные пути зубов, протезов.

3. Ателектазы легкого.

4. Пневмонии.

5. Нарушения в деятельности сердечно-сосудистой системы: коллапс, тахикардия, прочие нарушения ритма сердца вплоть до фибрилляции и остановки кровообращения.

6. Травматические осложнения при интубации (ранения гортани, глотки, трахеи).

7. Нарушения моторной деятельности желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, регургитация, аспирация, парез кишечника.

8. Задержка мочи.

9. Гипотермия.

10. Отек мозга.

Осложнения во время наркоза могут возникать из-за неправильной техники проведения анестезии или влияния анестезирующих средств на жизненно важные органы. Одно из таких осложнений – рвота. В начале введения наркоза рвота может оказаться связанной с характером доминирующего заболевания (стеноз привратника, кишечная непроходимость) или с непосредственным влиянием наркотического средства на рвотный центр.

Опасной может стать регургитация – пассивное забрасывание желудочного содержимого в трахею и бронхи. Это происходит обычно на фоне глубокого наркоза с помощью маски при расслаблении сфинктеров и переполнении желудка или после введения миорелаксантов (перед интубацией).

Попадание в легкое при рвоте или регургитации желудочного содержимого, имеющего кислую реакцию, приводит к тяжелым пневмониям, часто со смертельным исходом.

Во избежание появления рвоты и регургитации нужно перед наркозом удалить из желудка с помощью зонда его содержимое

Послеоперационный период. Основные проблемы пациента в послеоперационном периоде. Оценка функционального состояния органов и систем организма пациента.

Послеоперационным принято считать период от момента окончания операции до выписки их хирургического отделения. он может длиться от несколь­ких дней до нескольких месяцев.

**Проблемы:**

В послеоперационном периоде выделяют реанимационный, когда возникает необходимость в интенсивной терапии, ранний и поздний периоды. В раннем по­слеоперационном периоде, продолжительность которого до двух суток могут возникнуть осложнения связанные с наркозом или операцией. Как правило, эти осложнения опасны для жизни больного и требуют проведения энергичных лечебных меро­приятий. В позднем послеоперационном периоде осложнения обусловлены чаще хирургическим вмешательством: нагноение раны, недостаточность швов.

**Уход:**

Индивидуальный пост в течении 2ух часов: Медицинская сестра должна регистрировать основные функциональные пока­затели: пульс, дыхание, артериальное давление, температуру, количество выпитой и выделенной (с мочой, из плевральной или брюшной полости) жидкости. Следует учитывать жалобы боль­ного. Необходимо обращать внимание на общее состояние и вид больного.

**сердечно­сосудистой системы**судят по показателям пульса, артериаль­ного давления, окраске кожных покровов.

**органы пищеварения**

-осмотр языка - Сухость языка свидетельствует о потере организмом жидкости и нарушении водного обмена. Густой бурый налет при сухом язы­ке и трещинах на нем может наблюдаться при патологии в брюшной полости- перитоните различной этиологии, парезе же­лудочно-кишечного тракта. При сухости во рту рекомендуется полоскание или протирание ротовой полости подкисленной во­дой

-Тошнота и рвота (Первая помощь при рвоте)

- Икота (атропин, димедрол, амина­зин)

**-**Метео­ризм (вздутие живота)- причиной является после­операционный парез кишечника. Первая помощь: периодически поднимать больного, вставлять газоотвод­ную трубку в прямую кишку, ставить очистительные или гипер­тонические клизмы, в тяжелых случаях пареза показана сифонная клизма.

- запор являются ранние активные движения. (диета)

- **Понос-**при­чины: энтериты, колиты, перитониты, кишечный дисбактериоз. Лечение поноса - это борьба с основным заболеванием.

**Мочевая система:**

**-**анурия

- ишурия (лечение - производят катетеризацию мочевого пузыря (промывание)

**Состояние психики**

- В послеоперационный период необходимо снять нервно-психическое напряжение, что дос­тигается не только назначением медикаментозной терапии, но и хорошим уходом.

- Наблюдение за повязкой. 1раз в сутки меняем или по мере номокания

- Уход за полостью рта.

**Уход за кожей.**

- Постель должна быть тщательно заправлена, на простыне не должно быть складок. Мокрую, загрязненную простынь следует немедленно сменить. Под места наибольшего давления поме­щают резиновые круги. Гиперемированные участки кожи сма­зывают дубящими растворами (перманганат калия).

**-**Лечение пролежней.Удаляют все некротические ткани, ра­ну закрывают мазевыми повязками с антибиотиками; при появлении грануляций применяют повязки с индифферентными ма­зями.

**Осложнения раннего и позднего послеоперационного периода, профилактика осложнений.**

Оказание неотложной помощи при осложнениях

**ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

К этим осложнениям относятся: послеоперационные пневмо­нии, ателектазы, бронхиты, плевриты. Послеоперационные пневмонии развиваются вследствие нарушения дыхания и не­достаточной вентиляции легких. Для профилактики развития ателектазов и пневмонии необходимо систематически, с первых дней после операции проводить дыхательную гимнастику. Больных следует оберегать от переохлаждения, особенно во время перевозки в палату, тщательно укрывать в постели.

**ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Острая сердечно-сосудистая недостаточность может разви­ваться у больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболева­ниями. Под влиянием операции в связи с ухудшением сердечной деятельности может развиваться недостаточность правого или левого желудочка сердца. При недостаточности левого желу­дочка может развиться отек легких. Отек легких характеризует­ся появлением мелкопузырчатых хрипов в легких, клокочущим дыханием резкой одышкой. Острая сердечно-сосудистая недос­таточность проявляется резким ухудшением состояния больного, учаще­нием пульса и падением АД, венозное давление повышается. Сердечные средства тяжелым больным вводят через 3-4 часа. При острой сердечно-сосудистой недостаточности рекомендует­ся внутривенное введение строфантина, коргликона, мезатона. При развитии отека легких производят кровопускание: вводят подкожно 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата, внутривенно 10 мл 10% раствора хлорида кальция. Больным придают полу­сидячее положение, назначают вдыхание кислорода, сердечные средства. Для снижения давления в легочных капиллярах вводят наркотические анальгетики, нейролептики. При выраженном болевом синдроме и возбуждении больного внутривенно мед­ленно вводят 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида и 1-2 мл 0,005% раствора фентанила, и 2 мл 0,25% раствора дроперидола. Внутривенно вводят диуретики - фуросемид, лазикс. При повышенной свертываемости крови следует с помощью антикоагулянтов снижать уровень протромбина до 70-75% в течении 10-14 дней после операции.

**ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

В результате недостаточного ухода за полостью рта и наличии кандидамикоза может развиться стоматит, принимающий иногда сложное течение, и воспаление околоушных слюнных желез (паротит). При стоматите необходимо отменить антибиотики, назначить полоскание слабыми растворами борной кислоты, калия перманганата и др. При паротитах назначают антибиотики, согревающие спиртовые компрессы, при нагноении производят разрезы. Икота возникает после операций на органах брюшной полости в результат переполнения желудка или при развитии перитонита. Реже икота носит рефлекторный характер в результате раздражения диафрагмального или блуждающего нерва. При переполненном желудке нужно срочно произвести промывание. При перитоните икота является неблагоприятным признаком, свидетельствующим о тяжелом течении заболева­ния. Необходимо применять постоянное дренирование желудка тонким зондом.

**ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

Они встречаются после урологических операций. После опе­раций на почках и мочевом пузыре может развиваться анурия -прекращение мочеиспускания или алигурия - уменьшение мо­чеотделения. При анурии назначают поясничную блокаду, вво­дят 1мл 1% раствора пилокарпина гидрохлорида. При задержке мочеиспускания и переполнении мочевого пузыря больные жа­луются на сильную боль под лобком. Определяется увеличен­ный, болезненный мочевой пузырь. В этом случае следует по­вернуть на бок или посадить больного, положить грелку на жи­вот. При отсутствии эффекта производят катетеризацию моче­вого пузыря.