

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО

РЕФЕРАТ

тема: Предоперационный осмотр и премедикация больного

Выполнила: ординатор I года, Тимофеева К.А

Проверил: ДМН, профессор, Ростовцев С.И.

г.Красноярск, 2018

Предоперационное обследование- это

Оценка функционального состояния пациента, анестезиологического риска, выбора метода анестезии и планирования ведения больного в послеоперационном периоде.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ КОМПЛЕКСА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

1. Операционно-анестезиологический риск
2. Трудные дыхательные пути
3. Регургитация и аспирация
4. Острое повреждение ЖКТ, ВБГ
5. Риск развития ТЭО
6. Инфекционных осложнений
7. Риск развития осложнений со стороны ССС
8. Риск развития осложнений со стороны системы дыхания (респираторный индекс риска)
9. ПОТР

Выявление пациентов требующих дообследования:

1. Были сложности при проведении предыдущих анестезий и есть признаки, прогнозирующие трудности при планируемой анестезии
2. Данные анамнеза, осмотра и базового уровня обследования диктуют необходимость дополнительного обследования с целью выявления сопутствующих, ранее не диагностированных заболеваний
3. Сопутствующие заболевания трудно поддаются быстрой коррекции или резистентны к проводимой терапии
4. Необходимо выполнение хирургического вмешательства в минимальном объеме с целью предотвращения серьезных осложнений в послеоперационный период

Плановую операцию этим больным необходимо отменить, согласовав с пациентом и лечащими врачами план обследования и лечения до стабилизации функционального состояния

Доверительные отношения с пациентом!

Задачи анестезиолога при предоперационных осмотрах:

1. Быстрая диагностика основного заболевания и его осложнений
2. Объективная оценка функционального состояния больного
3. Выбор оптимального плана обследования и предоперационной подготовки, включая проф-ку и лечение осложнений
4. Выбор методики анестезии и премедикации

Для решения задач необходимо:

1. Сбор общемедицинского, аллергологического и фармакологического, инфузионно-трансфузионного анамнеза
2. Выявление перенесенных и сопутствующих заболеваний. **Степень их расстройств. Оценка результатов проводимого лечения. Привлечение соответствующих специалистов**
3. Уточнение наличие осложнений от приема лекарственных средств и перечня принимаемых в настоящее время
4. Информация об осложнениях предшествующих анестезий, операций, социально-семейный анамнез, беременность.

Исследования для проведения общей и региональной анестезии:

1. РАК,
2. ан. мочи,
3. биохимия: общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, электролиты, глюкоза.
4. время свертывания и длительность кровотечения.
5. группа крови и резус фактор.
6. ЭКГ.
7. флюорография.

Исследования для проведения внутривенной и проводниковой анестезии:

1. РАК,
2. ан.мочи,
3. глюкоза в крови натощак,
4. ЭКГ старше 40 лет,
5. при сопутствующей патологии консультация терапевта,

б. дополнительные исследования по показаниям.

Осмотр и объективное исследование:

1. Анатомические особенности пациента
2. Изучение показателей гемодинамики и функции внешнего дыхания
3. Состояние подкожных вен пациента
4. Риск трудной интубации (Маллапати)
5. Риск оперативного вмешательства
6. Решение вопроса о консультации необходимых специалистов в рамках предоперационной подготовки

При сердечно-сосудистых заболеваниях – кон-ция терапевта-кардиолога, эхокардиография (ФВ, давление в легочной артерии и др), велоэргометрия

При заболеваниях легких – кон-ция пульмонолога, фтизиатра, спирография

При заболеваниях печени – кон-ция гастроэнтеролога, гепатолога, УЗИ печени, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, белковые фракции, МНО

При заболеваниях почек – нефролог, уролог, УЗИ почек, пробы Земницкого Нечипоренко, Реберга

При эндокринных нарушениях – эндокринолог решает индивидуально объем обследования в зависимости от конкретной патологии

American Association of Anaesthetists – ASA (1941)

I. Здоровый пациент (подготовленный пациент с паховой грыжей)

II. Пациент с системным заболеванием умеренной тяжести (эссенциальная гипертензия, легкое течение сахарного диабета без поражения органов мишеней)

III. Пациент с тяжелым но компенсированным заболеванием (стенокардия, умеренная или тяжелая ХОБЛ)

IV. Пациент с тяжелым не компенсированным заболеванием, которое представляет постоянную угрозу его жизни (сердечная недостаточность, прогресс ХОБЛ)

V. Умирающий пациент, смерть которого ожидается в течении 24 часов независимо от проведения хирургического вмешательства

Е. Экстренные случаи

НЕ ОТРАЖАЕТ ХАРАКТЕР ПЛАНИРУЕМОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ИСХОДНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ВАЖНЫЙ
ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ВЫЖИВАЕМОСТИ В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Классификация операционно-анестезиологического риска Гологорский
В.А. 1982**

Физическое состояние	Тяжесть оперативного вмешательства
1. Больные без органических заболеваний 2. Больные с легкими или умеренными системными расстройствами 3. Больные с тяжелыми системными расстройствами 4. Больные с крайне тяжелыми системными расстройствами, опасными для жизни 5. Больные с крайне тяжелыми системными расстройствами, которые могут привести к смерти в течении суток	А. Малые операции Б. Операции средней тяжести В. Обширные хирургические вмешательства Г. Операции на сердце и крупных сосудах Д. Экстренные оперативные вмешательства

Премедикация-

Это предварительная индивидуальная медикаментозная подготовка с целью профилактики психоэмоционального стресса, страха ожидания операции и нежелательных побочных реакций во время вводного наркоза.

Цели: Создание психического покоя, торможение эффектов блуждающего нерва, уменьшение секреции слизистых дыхательных путей и слюнных желез, усиление гипнотических и анальгетических свойств средств для общей анестезии, профилактика аллергической реакции и регургитации.

Препараты для премедикации:

1. Снотворные, атарактики и нейролептики (по показаниям)
2. Наркотические анальгетики (по показаниям)
3. Антигистаминные (по показаниям)
4. Антациды – блокаторы H₂ гистаминовых рецепторов: ингибиторы протонной помпы, двузамещенный цитрат натрия

✓ pH желудочного сока=1,5 – 2,0. Высокая кислотность меньше 1,5.

Важно: Лекарственные препараты, постоянно принимаемые больным по поводу сопутствующих заболеваний, должны быть включены в премедикацию. Исключение составляют препараты, влияющие на свертывание крови, в отношении которых существуют протоколы отмены и возобновления приема!

Факторы позволяющие отменить препараты влияющих на гемостаз перед операцией:

1. Усиление кровоточивости / отсутствие уверенного гемостаза и как следствие – ухудшение исходов вмешательства
2. Усиление послеоперационной анемии и увеличение потребности в трансфузии препаратов крови
3. Осложнение нейроаксиальных методов анестезии (эпидуральная гематома)
4. Опасность небольшого внутримозгового кровоизлияния (при нейрохирургических операциях) или потеря зрения (в

офтальмохирургии).

Аспирин (ацетилсалициловая кислота) – используется в терапии ИБС.

Постоянный прием после кардиохирургических вмешательств, у пациентов со стентированием коронарных сосудов.

Отмена аспирина целесообразна перед нейрохирургическими операциями, остальным пациентам не отменяют в связи с риском тромботических коронарных нарушений и ОИМ.

Своевременная отмена уменьшает объем кровопотери на 10% (не менее чем за 5 суток).

Реверсия тромбоконтратом.

Каждые сутки после отмены антиромбоцитарный эффект уменьшается на 10%.

Клопидогрель – отмена целесообразна перед всеми оперативными вмешательствами, которые могут сопровождаться значимыми кровопотерями. Увеличивает риск кровопотери на 30%.

При интра- или послеоперационном кровотечении, связанном с аспирином, клопидогрелем и празугрелем рассмотреть необходимость введения тромбоконтрата (два стандартных концентрата на каждые 7 кг массы тела у взрослых)

Отмена: клопидогрель за 5 суток, празугрель за 7 суток

Первая доза клопидогреля или празугреля должна быть назначена не позже через 24 часа после вмешательства, но не в нагрузочной дозе.

Нефракционированные (НФГ) и низкомолекулярные (НМГ) гепарины:

Отмена перед всеми операциями, которые могут сопровождаться значимой кровопотерей и перед нейроаксиальной анестезией. *НФГ за 4-6 ч. НМГ за 12 ч.*

При тяжелом кровотечении, связанном с в/в введением НФГ – в/в введение протамина (1 мг на 100 МЕ гепарина, введенного за последние 2-3 ч.

При тяжелом кровотечении, связанном с п/к введением НМГ используется протамин в/в в дозе 1 мг на 100 анти Fxa единиц введенного НМГ.

При тяжелом кровотечении, связанном с п/к введением НМГ и без ответа на начальную дозу протамина вводится в/в в повторной дозе 0,5 мг на 100 анти – Fxa единиц НМГ

Алгоритм отмены АВК ESA Management of severe perioperative bleeding 2013:

Группа 1: не прерывать терапию АВК при вмешательствах на коже, стоматологических, гастро- и колоноскопии, офтальмологии

Группа 2: у пациентов с низким риском (МА CHADS меньше 2 баллов, больше 3 мес лечения нерезидирующей ТЭЛА) при выполнении процедур, требующих МНО меньше 1,5, прекращать прием АВК за 5 суток до вмешательства. Переходная мост терапия не требуется Измерение МНО за сутки до вмешательства, при МНО больше 1,5 вводится 5 мг витамина К.

Группа 3: Переходная мост терапия рекомендована пациентам с высоким риском (МА CHADS больше 2 баллов, менее 3 мес лечения рецидивирующей ТЭЛА, механический клапан сердца)

День 5: последний прием АВК, день 4: не давать гепарин, день 2 и 3: п/к тер. дозу НМГ два раза в день или НФГ 2-3 раза в день, день 1: госпитализация и измерение МНО, день 0: вмешательство.

В группах 1 и 2 рекомендовано возобновить прием АВК вечером после процедуры. До получения целевого значения МНО (при двукратном измерении) продолжить НМГ п/к

В группе 3 возобновить введение гепарина (НМГ или НФГ) в срок 6-48 ч после процедуры. Можно возобновить прием АВК после достижения хирургического гемостаза.