

Тема: Сестринский процесс в периоперативном периоде.**/продолжение/****Устройство и организация работы операционного блока****Курс 3. группы 2 и 3****22.05.2020г.****Преподаватель Чилилова П.П.****Понятие эндоскопической хирургии**

Эндоскопическая хирургия – область хирургии, позволяющая выполнять радикальные операции или диагностические процедуры через точечные проколы тканей, либо через естественные физиологические отверстия, без широкого рассечения покровов либо через точечные проколы тканей (лапароскопические, торакокопические, риноскопические, артроскопические операции), либо через естественные физиологические отверстия (при фиброэзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии, цистоскопии и др.).

Используются специальные оптические приборы с применением волоконной оптики. Приборы отличаются высокой гибкостью, благодаря чему их свободно вводят в организм. При эндоскопическом исследовании возможно осмотреть просвет полого органа, недоступный обычному обследованию.. В отличие от рентгенологического метода при этом видят не силуэт органа, а непосредственно его внутреннюю поверхность ., также при этом имеется возможность взять кусочки опухоли, слизистой или мазки с ее поверхности, цветное фотографирование.

По сравнению с открытыми операциями эндохирургия имеет следующие преимущества:

малая травматич-ность, что проявляется в виде снижения послеоперационных болей, быстрого (1–2 суток) восстановления физиологических функций;

короткий госпитальный период; снижение срока утраты трудоспособности в 2–5 раз; хороший косметический эффект (следы от 5—10 мм проколов не сравнимы с рубцами, оставшимися после традиционных операций);

экономическая эффективность, лечение оказывается более рентабельным за счет экономии медикаментов, уменьшения длительности госпитального периода и сроков реабилитации пациента).

Показания к эндохирургическому вмешательству в большинстве случаев те же, что и на операции, выполняемой открытым методом.

Противопоказания к эндохирургическим вмешательствам несколько шире. Это определяется повышенным внутрибрюшным давлением, связанным с созданием пневмоперитонеума, уменьшением венозного возврата и экскурсии легких. Физиологические изменения при пневмоперитонеуме становятся клинически значимыми при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой и легочной систем, это происходит также в случае продолжительности операции более 2 часов.

Относительные противопоказания обструктивные заболевания легких; сердечно-сосудистая недостаточность 2–3 степени; перенесенный инфаркт миокарда; перенесенные операции на сердце и крупных сосудах; врожденные и приобретенные пороки сердца. В данных ситуациях возможна операция традиционным лапаротомным доступом

. В традиционном чревосечении нуждается разлитый перитонит, требующий тщательной санации всех отделов брюшной полости.

В случае сомнения в диагнозе операцию полезно начать с диагностической лапароскопии. Риск кровотечения при тяжелых коагулопатиях может быть причиной осложнений и последующей конверсии. Введение троакара затруднительно для больных, страдающих ожирением 3–4 степени, имеющие мощный слой жировой клетчатки. Портальная гипертензия, особенно протекающая с варикозным расширением вен передней брюшной стенки, способствует значительному увеличению риска кровотечения.

Подготовка к лапароскопической операции начинают с подготовкой к открытому вмешательству. В случае возникновения технических сложностей или осложнений больной должен быть психологически подготовлен к переходу на немедленную лапаротомию. Декомпрессия характеризуется установлением зонда в желудок и катетера в мочевого пузыря. Операцию проводят под наркозом ввиду плохой переносимости бодрствующими больными растяжения брюшной стенки при инсуффляции газа.

Патологические процессы, развивающиеся в органах и тканях организма человека, нередко приводят к значительному разрушению последних и для спасения жизни больного хирурги часто вынуждены удалять пораженную ткань органа или весь орган. Удаление органа или его части зачастую приводит к значительным нарушениям функции системы органов, к которой данный орган относится, или к нарушению функции самого органа.

Поэтому возникла необходимость решения задачи восстановления функции органов и систем, замещения утраченных тканей и органов. Так появился большой раздел хирургии, который получил название **восстановительная хирургия**.

В зависимости от того, каким способом происходит восстановление свойств органа или его ткани, в восстановительной хирургии используются: реконструктивные операции (способы), собственно восстановительные операции – операции реплантации и трансплантации и пластические операции (способы).

Реконструктивные операции имеют своей целью главным образом восстановить физиологическую сущность какой-либо системы органов, которая была нарушена в процессе хирургического вмешательства на одном из органов этой системы. Примером реконструктивных операций могут быть оперативные вмешательства на желчевыводящих путях для восстановления пассажа желчи из печени в желудочно-кишечный тракт – билиодигестивные анастомозы.

Восстановительные операции направлены на полное восстановление органа (операции реплантации части органа при его травме) или замену неработающего органа таким же органом (операции трансплантации).

Пластические операции ставят перед собой задачу восстановления формы и функции какого-либо органа или искаженной поверхности человеческого тела. Это восстановление может быть осуществлено за счет тканей самого больного – *аутопластика*, за счет тканей, взятых у другого человека – *гомoplastика* или у животного – *гетеропластика*. Восстановление может быть осуществлено с использованием и неорганического материала – пластмассами, металлом и др. – *аллопластика*. К пластическим операциям относится большая группа косметических операций, имеющих целью восстановление или изменение формы носа, губ, ушных раковин, устранение появляющихся морщин и т.д.

Рабочее место операционной медсестры.

Рабочим местом операционной медсестры является операционное помещение. Оснащение операционной производят в соответствии с существующими табелями и требованиями в соответствии с финансово-экономическими показателями центра, дополняя их новыми образцами инструментов, аппаратов.

Оборудование рабочего места сестры.

1. Малые подвижные столики на высокой ножке, располагаемые рядом с операционным столом и предназначенные для непосредственного обеспечения операции инструментами.
2. Большой инструментальный стол типа перевязочного стола Боброва для резерва стерильных инструментов и перевязочных средств, находящийся в некотором отдалении от операционного стола.
3. Отдельные столики для хранения шовного материала, растворов йода или йодоната, спирта, бензина, растворами фурацилина, сулемы, новокаина, изотонического раствора хлорида натрия.

4. Стерильные биксы на подставках, располагающиеся рядом с большим инструментальным столом. В этих биксах находится необходимое операционное белье и перевязочный материал.

Обязанности операционной сестры во время операции

Кроме подготовки к операции, правильной подачи инструментов, шовного и перевязочного материала и белья, операционная сестра обязана следить за асептикой и при малейшем ее нарушении немедленно принимать меры.

Как только произведен кожный разрез, сестра подает хирургу полотенце или большую салфетку для отграничения раны. После вскрытия брюшной полости она убирает все шарики и марлевые салфетки.

Во время операции сестра следит за тем, чтобы загрязненные инструменты не попадали обратно на инструментальный столик, а сбрасывались в таз.

Очень часто во время операции бывает нарушена целостность перчаток. Мелкие проколы узнают по появлению темной окраски на кончике пальца: это сквозь резину просвечивает попавшая внутрь кровь. Порванную перчатку следует сразу же заменить целой.

В жару, при трудной операции на лице хирурга скопляется пот, капли которого могут попасть на белье или в рану. Заметив вспотевшее лицо, операционная сестра подает санитарке стерильную салфетку для вытирания лица.

Если хирург или ассистент случайно задел предплечьем или локтем какой-либо нестерильный предмет, необходимо тотчас же забинтовать это место стерильным бинтом.

Операционная сестра следит за посетителями операционной (курсанты, студенты и т. д.), чтобы их халаты были аккуратно надеты, волосы спрятаны

под шапочку, чтобы маски прикрывали нос и рот; сестра не разрешает им подходить близко к инструментальному столу.

В процессе операции кожа по краям раны смачивается, дубление ее исчезает, бактерии из пор выходят на поверхность. Белье также в ходе операции может промокать и терять свою асептичность. В таких случаях сестра обязана загрязненные и промокшие салфетки заменить чистыми, а намокшее белье прикрыть сверху чистым и сухим полотенцем или простыней.

При окончании грязного этапа операции сестра организует обмывание перчаток хирурга и его помощников раствором сулемы, вытирание их насухо (лучше менять перчатки), сменяет инструменты и белье.

Вся работа в операционной должна протекать спокойно, без торопливости или, наоборот, неоправданной медлительности. Весь персонал во время операции работает молча, распоряжения отдаются вполголоса или шепотом. Распоряжения хирурга должны быть немногословны и носить характер команд. Понимать нужно их сразу, без дополнительных объяснений. Приказания хирурга должны выполняться немедленно и беспрекословно.

Громкий разговор в операционной - существенная ошибка в поведении медицинского персонала. Движения персонала должны быть самыми необходимыми. Это достигается не только своевременной и правильной подачей инструментов, но и четким представлением о всех этапах производимой операции. Нормальный ход операции и ее продолжительность в значительной степени зависят от знаний, опытности операционной сестры и ее умения.

Литература:

1. С.П. Петров : «Общая хирургия». Санкт- Петербург.2010г.
2. Э.М. Аванесьянц: «Пособие по хирургии». Москва «АНТИ» 2010г.
3. Б.Н. Жуков: «Хирургия» Москва 2012г.