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

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра госпитальной хирургии имени профессора А. М. Дыхно с курсом ПО**

**РЕФЕРАТ**

Тема: Подготовка больного к операции

**Выполнила: ординатор 1-го года обучения**

**Арутюнян Д. С.**

**Проверила: ДМН, профессор Первова О. В.**

**Красноярск, 2022**

**Содержание**

1. Подготовка больного к операции

1.1. Предоперационный период

1.2. Общий осмотр

1.3. Сбор анамнеза

1.4. Лабораторные исследования

1.5. Клиническое наблюдение

1.6. Психологическая подготовка больного

1.7. Подготовка жизненно важных органов больного к операции

1.8. Подготовка к анестезии, премедикация

2. Вывод

Список используемой литературы**I. Подготовка больного к операции**

**1.1. Предоперационный период**

Предоперационный период – это время от момента поступления больного, в хирургический стационар до начала проведения оперативного лечения. На этапе непосредственной предоперационной подготовки проводятся лечебные мероприятия в целях выявления основного заболевания и благоприятной фазы для оперативного вмешательства, лечение имеющихся других заболеваний и подготовка жизненно важных систем и органов.  
Комплекс лечебных мероприятий, проводимых перед операцией для перевода основного заболевания в наиболее благоприятную фазу, лечение сопутствующих заболеваний и подготовка жизненно важных органов и систем для профилактики послеоперационных осложнений называется подготовкой больных к операции.  
Основная задача предоперационной подготовки – снижение операционного риска и создание оптимальных предпосылок для благоприятного исхода.  
Предоперационная подготовка проводится всем больным. В минимальном объеме проводится лишь больным, оперируемым по экстренным и неотложным показаниям.  
Накануне плановой хирургической операции проводится общая предоперационная подготовка. Ее цель:  
1. Исключить противопоказания к операции путем исследования жизненно важных органов и систем больного.  
2. Подготовка больного психологически.  
3. Максимально подготовить системы организма больного, на которые вмешательство окажет наибольшую нагрузку во время операции и в послеоперационном периоде.  
4. Подготовить операционное поле.  
  
**1.2. Общий осмотр**  
Каждого больного, поступающего в хирургический стационар для оперативного лечения, обязательно надо раздеть и осмотреть кожу всех частей тела. При наличии мокнущей экземы, гнойничковых высыпаний, фурункулов ил свежих следов указанных заболеваний операцию временно откладывают и больного направляют для поликлинического долечивания. Операцию такому больного выполняют через месяц после полного излечения, ибо инфекция может проявить себя в месте оперативного вмешательства у ослабленного операционной травмой больного.  
  
**1.3. Сбор анамнеза**Сбор анамнеза дает возможность выяснить и уточнить перенесенные заболевания, выявить, страдает ли больной гемофилией, сифилисом и др. У женщин необходимо уточнить срок последней менструации, так как она оказывает большое влияние на жизнедеятельность организма.  
  
**1.4. Лабораторные исследования**Плановые больные поступают в хирургический стационар после лабораторного обследования в поликлинике по месту жительства. Им проводятся общий анализ крови и мочи, анализ мочи на сахар, биохимический состав крови и необходимые рентгенологические исследования органов груди и брюшной полости.  
  
**1.5. Клиническое наблюдение**  
  
Важными являются знакомства больного с лечащим врачом и налаживание взаимоотношений между ними. Для окончательного исключения противопоказаний к операции, выбора способа обезболивания и проведения мероприятий, предупреждающих последующие осложнения, необходимо, чтобы больной полностью открылся врачу. Если не требуется специальная подготовка больного для операции, то предоперационный период больного в стационаре составляет обычно 1-2 дня.  
  
**1.6. Психологическая подготовка больного**  
  
Травмирование психики хирургических больных начинается с поликлиники, когда врач рекомендует оперативное лечение, и продолжается в стационаре при непосредственном назначении операции, подготовке к ней и пр. Поэтому очень важно чуткое, внимательное отношение к больному со стороны лечащего врача и обслуживающего персонала. Авторитет врача способствует установлению близкого контакта с больным.  
Важно проследить, чтобы во время беседы с больным и в документах, доступных осмотру больного (направления, анализы и др.), не встречались такие пугающие его слова, как рак, саркома, злокачественная опухоль и др.  
Недопустимо, как уже отмечалось, в присутствии больного делать замечания персоналу о неправильном выполнение назначений.  
Решая вопрос об операции, врач должен убедительно объяснить больному целесообразность ее выполнения. При умелом разговоре врач укрепляет свой авторитет и больной доверяет ему свое здоровье.  
Выбор метода обезболивания зависит от компетенции врача. В доходчивой форме врач убеждает больного в необходимости того вида обезболивания, который следует применить.  
В день операции хирург должен уделить максимум внимания больному, ободрить его, спросить о самочувствии, осмотреть, как подготовлено операционное поле, выслушать сердце и легкие, осмотреть зев, успокоить.  
Если больного доставляют в операционную раньше времени в операционной должны устанавливаться порядок и тишина.  
Хирург в полной готовности ждет больного, а не наоборот. При операции под местной анестезией разговор должен вестись между хирургом и больным. Своим спокойствием и ободряющими словами хирург благотворно влияет на психику больного. Резкие замечание в адрес больного недопустимы.  
В сложной ситуации, когда местная анестезия недостаточна, необходимо своевременно перейти на общий наркоз, чтобы не причинить страданий оперируемому и он не был свидетелем испытываемых хирургом затруднений.  
После окончания операции хирург должен осмотреть больного, ощупать пульс и ободрить его. В этом больной будет видеть заботу о нем.  
В палате все должно быть готово к приему больного. Главное при этом – устранение боли с применением обезболивающих, осуществление мероприятий, направленных на улучшение дыхание и сердечно- сосудистой деятельности, что предотвращает ряд осложнений. Хирург должен неоднократно зайти к прооперированному им больному.  
В заключение следует подчеркнуть, что хирург должен уметь разбираться в личности больного, завоевать себе авторитет и доверие. Весь персонал хирургического отделения обязан щадить психику больного. Само хирургическое отделение своим внешним видов и режимом работы должно благоприятно действовать на пациента.  
Больные люди всегда угнетены, испытывают страх перед операцией и физической болью. Хирург обязан рассеять эти сомнения. Однако врач не должен утверждать, что операция не причинит никаких беспокойств. Всякая операция сопряжена с риском и осложнениями.  
Врач в беседе с больным должен объяснять ему сущность болезни. Если же больной со злокачественной опухолью продолжает сомневаться и упорно отказывается от оперативного лечения, то допустимо сказать, что его заболевание через некоторое время может перейти в рак. Наконец, при категорическом отказе целесообразно сказать больному, что у него начальная стадия опухоли и промедление с операцией приведет к запущенности заболевания и неблагоприятному исходу. Больной должен понять, что в данной ситуации операция является единственным видом лечения. В ряде случаев хирург должен объяснить больному истинную сущность операции, ее последствия и прогноз.  
Основную роль в нормализации психики больного играют доверие больного врачу отделения и всему лечащему персоналу, авторитет и компетентность хирурга.  
  
**1.7. Подготовка жизненно важных органов больного к операции**  
Подготовка органов дыхания  
На органы дыхания падает до 10 % послеоперационных осложнений. Поэтом на дыхательную систему больного хирург должен обращать особое внимание.  
При наличии бронхита, эмфиземы легких угроза осложнений в несколько раз возрастает. Острый бронхит является противопоказанием к выполнению плановой операции. Больные хроническим бронхитом подлежат предоперационной санации: им назначают отхаркивающие препараты и физиотерапевтические процедуры.  
Подготовка сердечно-сосудистой системы  
При нормальных сердечных тонах и отсутствии изменений на электрокардиограмме специальной подготовки не требуется.  
Подготовка ротовой полости  
Во всех случаях перед операцией больным требуется санация ротовой полости с привлечением стоматолога.  
Подготовка желудочно-кишечного тракта  
Перед плановой операцией на органы брюшной полости больному ставят очистительную клизму вечером накануне операции. При подготовке больных к операции на толстом кишечнике его необходимо очистить. В этих случаях за 2 дня до операции дают 1-2 раза слабительное, за день до операции больной принимает жидкую пищу и ему назначают 2 клизмы, кроме того, утром в день операции делают еще одну клизму.  
Подготовка печени  
Перед операцией исследуются такие функции печени, как белков-синтетическая, билирубиновыделительная, мочевинообразовательная, фермантативная и др.  
Определение функции почек  
Во время подготовки больных к операции и в послеоперационном периоде состояние почек обычно оценивается по анализам мочи, функциональным пробам, изотопной ренографии и др.  
Повышение общей сопротивляемости организма больного перед операцией.  
Повышенная сопротивляемость организма способствует лучшей регенерации тканей и другим репаративным процессам. Капельное введение глюкозы перед операцией необходимо дополнять введением никотиновой и аскорбиновой кислот, витаминов В1, В6. Самым тяжелым больным целесообразно назначать анаболические гормоны, гамма-глобулин, переливание плазмы, альбумина, крови.  
Частная предоперационная подготовка.

Проводится для подготовки больных к сложным операциям на определенных органах и системах.  
Подготовка больных к операции при тиреотоксикозе.  
Операция сопряжена с рядом опасностей, как во время хирургического вмешательства, так и в послеоперационный период. В литературе описаны случаи смерти больных до операции от психического шока, в связи с этим хирург должен составить план предоперационной подготовки.  
Больным создается покой. Их желательно помещать в небольшие палаты вместе с выздоравливающими. Рекомендуется меньше лежать, строго соблюдать режим послеобеденного сна. При бессоннице больным дают снотворное (люминал, нембутал и др.), при наличии выраженных нервно-психических нарушений назначают седативные средства (седуксен, триоксазин, бромистые препараты).  
В связи с повышением обмена веществ в организме больным рекомендуется молочно-растительная пища, хорошо приготовленная, вкусная и в достаточном количестве. Мясная пища ограничивается.  
Необходимо в первую очередь оценить клинические и биохимические показатели больного. Определяется основной обмен, изучается внутритиреоидный обмен йода путем использования изотопов и радиометрической установки. Структура щитовидной железы изучается с помощью эхографии, сканирования, томографии, проводится пункционная биопсия и др. Важно помнить, что определение накопление щитовидной железой радиоактивного йода возможно только в тех случаях, если больной не принимал накануне с лечебной целью препараты йода.  
В связи с влиянием тиреотоксикоза на сердце обязательно изучается пульс в спокойном состоянии, и после небольшой физической нагрузки регистрируется электрокардиограмма. В соответствии с полученными данными назначаются сердечные препараты, повышающие обменные процессы в миокарде (коргликон с глюкозой, кокарбоксилаза, рибоксин, витамин С группы В, МАП и др.). В комплексе предоперационной подготовки включаются тиреостатики (раствор йода, меркозалил). При нормализации сердечной и психической деятельности, больным можно назначить операцию.  
Подготовка больных к операциям на желудке  
У больных с далеко зашедшими заболеваниями желудка часто отмечается дефицит объема циркулирующей крови, снижение белков крови и нарушение обменных процессов в организме.  
Для пополнения белков необходимо переливание крови, плазмы, альбумина. Производятся внутривенные вливания 5% раствора глюкозы, солей натрия, калия, препаратов жировых эмульсий (2-3 литра в сутки). Накануне операции больным стенозом привратника ежедневно перед сном промывают желудок 0,25% раствором соляной кислоты. В зависимости от состояния больного подготовка продолжается 6-14 дней. За день до операции больные переводятся на жидкую пищу (бульон, чай) На ночь ставится очистительная клизма, а утром в день операции жидкость удаляется из желудка зондом.  
Подготовка больных к операциям на толстом кишечнике и прямой кишке.  
Кроме общей подготовке ослабленных больных, в которую входит переливание крови, растворов глюкозы, натрия хлорида, витаминов и сердечных средств, необходимо очистить кишечник. В течение двух суток больному до операции разрешается жидкая пища. В первый день подготовки утром дается слабительное, а вечером ставится клизма. На второй день очистительную клизму делают утром и вечером. Утром в день операции клизмы не ставят. За 5-6 дней до операции больному назначают левомицетин или канамицин.  
Больному геморроем за сутки дается слабительное, вечером прямая кишка промывается несколькими очистительными клизмами до чистой воды.  
Подготовка к операции больных с кишечной непроходимостью.  
Больные с кишечной непроходимостью чаще всего оперируются по жизненным показаниям. Она должна продолжаться не более 3 часов с момента поступления больного в хирургическое отделение. За это время необходимо ввести спазмолитики (атропин, папаверин, но-шпу), промыть желудок, провести двухстороннюю околопочечную блокаду 0,25% раствором новокаина (60-80 мл), поставить сифонную клизму. Это позволяет исключить динамическую кишечную непроходимость, которая разрешится указанным мероприятиями.  
В предоперационную подготовку входит переливание крови, полиглюкин, натрия хлорида, калия, витаминов С и В1 сердечных средств.  
Непосредственная подготовка больных к операции и правила ее проведения.  
Накануне операции больной принимает ванну. Перед мытьем врач обращает внимание на кожные покровы, нет ли гнойничков, высыпаний, опрелостей. При обнаружении плановая операция отменяется. Операционное поле бреют в день операции во избежания порезов и царапин, склонных к инфицированию.  
В соответствии с видом обезболивания за 45 минут до операции по назначению врача-анестезиолога производится премедикация. Перед доставкой больного в операционную больной доставляется на каталке. Операция выполняется в строжайшей тишине. Разговор может вестись об операции.

**II. Вывод**

От предоперационной подготовки больного, включающей приведенные выше наблюдения и исследования, зависит благоприятный или не удовлетворительный исход операции, а так же последующий послеоперационный период.  
Максимально проведенная подготовка исключает возможность осложнений, подготавливает жизненно важные органы больного к оперативному вмешательству, создает благоприятный психологический фон, поднимает систему, а все эти факторы способствуют скорейшему выздоровлению больного.

**Литература**

1. Тереньтева Л.М. Островеркова Е.Г. "Анестезиология и реаниматология", Ленинград, Медицина , 1989г.  
2. Руководство по анестезиологии под редакцией Бумятяна А.А. Москва, Медицина, 1994г.  
3. Максименя Г.В. Леонович С.И. Максименя Г.Г. " Основы практической [хирургии](https://med-books.by/hirurgiya/) " Минск Высшая школа 1998г.  
4. Буянов В.М. Нестеренко Ю.А. " Хирургия" Медицина Москва 1990г.  
5. Стецюк В.Г. "Сестринское дело в [хирургии](https://med-books.by/istorii_hirurgiya/) " Москва АНМИ 1999г.