

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

Рецензия КМН кафедры Анестезиологии и реаниматологии ИПО Сорсунова Сергея Владимировича на реферат ординатора 1 года обучения специальности Анестезиология и реаниматология Грицан Екатерины Алексеевны по теме: **Риск анестезии.**

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Анестезиология и реаниматология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	ИДА
2. Наличие орфографических ошибок	ИДА
3. Соответствие текста реферата его теме	ИДА
4. Владение терминологией	ИДА
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	ИДА
6. Логичность доказательной базы	ИДА
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	ИДА
8. Круг использования известных научных источников	ИДА
9. Умение сделать общий вывод	ИДА

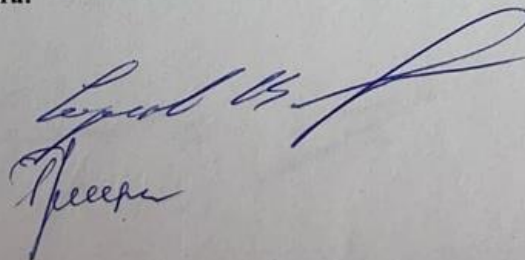
Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента: -

Дата: 05.11.19

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России
Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО

Зав.кафедры: проф., д.м.н., Грицан А.И.

Реферат на тему:
«Риск анестезии»

Выполнила: ординатор 1 года
специальности «Анестезиология-реаниматология»
Грицан Екатерина Алексеевна
Проверил: асс., к.м.н., Сорсунов
Сергей Владимирович

Красноярск, 2019

Содержание

1. Введение
2. Определение риска общей анестезии и операции
3. Операционный риск в зависимости от физического состояния больного и тяжести оперативного вмешательства. Физическое состояние больного
4. Классификация операционно-анестезиологического риска
5. Список литературы

Введение

Существует много классификаций степеней риска общей анестезии и операции, причем имеется тенденция к дальнейшему неоправданному увеличению числа факторов, особенно применительно к больным с различными видами патологии.

Риск анестезии и операции обуславливается множеством факторов: физическим состоянием больного, зависящим от возраста, характера основного (хирургического) и сопутствующих заболеваний, видом хирургического вмешательства (степень травматичности, обширности и длительности), опытом и квалификацией хирурга и анестезиолога, наличием условий, необходимых для проведения операции и анестезии.

В иностранной литературе принята классификация степеней риска общей анестезии, утвержденная Американской ассоциацией анестезиологов (ASA) и основанная на градациях физического состояния больных.

Для плановой анестезиологии:

- 1 - практически здоровые пациенты;
- 2 - легкие заболевания без нарушения функций;
- 3 - тяжелые заболевания с нарушением функций;
- 4 - тяжелые заболевания, которые в сочетании с операцией или без нее угрожают жизни больному,
- 5 - можно ожидать смерть больного в течение 24 ч после операции или без нее (moribund).

С учетом экстренных операций эта классификация расширяется, включая еще две градации:

- 6 - больные 1-2-й категорий физической статусом, оперируемые в экстренном порядке,
- 7 - больные 3- 5-й категории, оперируемые в экстренном порядке.

Определение риска общей анестезии и операции

Физическое состояние больного является важнейшим фактором риска, влияющим на конечный результат хирургического лечения больного. По данным специальных компьютерных исследований, в ближайшие 7 сут после операции летальность прогрессивно возрастает от 1-й к 5-й категории физического пугуса, достигая более чем 80-кратного увеличения.

Полноценная предоперационная коррекция нарушенных функций должна способствовать переходу больного в другую, более благоприятную категорию и, следовательно, уменьшению риска анестезии и операции.

Существенный недостаток приведенной классификации, принятой в большинстве стран, состоит в том, что она учитывает только риск общей анестезии, тогда как она проводится не сама по себе, а для выполнения определенного оперативного вмешательства и вместе с ним. Правильнее говорить об определении риска анестезии и операции в целом. Учитывая обширный диапазон существующих хирургических вмешательств - от малых внеполостных до обширных одно - и двухполостных, в том числе на жизненно важных органах, необходимы градации и по степени тяжести операции. Оба важнейших фактора - состояние больного и тяжесть операции - учтены в классификации, разработанной В.А. Гологорским (1982).

Операционный риск в зависимости от физического состояния больного и тяжести оперативного вмешательства. Физическое состояние больного

1. Больные без органических заболеваний или с локализованным заболеванием без системных расстройств.
2. Больные с легкими или умеренными системными расстройствами, которые связаны или не связаны с хирургическим заболеванием и умеренно нарушают нормальную жизнедеятельность и общее физиологическое равновесие.
3. Больные с тяжелыми системными расстройствами, которые связаны или не связаны с хирургическим заболеванием и в значительной степени нарушают нормальную жизнедеятельность.
4. Больные с крайне тяжелыми системными расстройствами, которые связаны или не связаны с хирургическим заболеванием и резко нарушают нормальную жизнедеятельность, становясь опасными для жизни.
5. Больные, предоперационное состояние которых настолько тяжело, что можно ожидать их смерти в течение 24 ч даже без дополнительного воздействия операции.

Тяжесть оперативного вмешательства

А. Малые операции на поверхности тела и полостных органах:

- а) удаление поверхностно расположенных и локализованных доброкачественных и злокачественных опухолей;
- б) вскрытие небольших гнойников;
- в) ампутация пальцев кистей и стоп;
- г) неосложненные аппендэктомия и грыжесечение;
- д) перевязка и удаление геморроидальных узлов.

Б. Операции средней тяжести на поверхности тела и полостных органах;

- а) удаление поверхностно расположенных злокачественных опухолей, требующих расширенного вмешательства (например, на молочной железе);
- б) вскрытие гнойников, расположенных в полостях (эмпиема плевры, межкишечные и аппендикулярные абсцессы и др.);
- в) ампутация сегментов верхних и нижних конечностей;
- г) операции на периферических сосудах;
- д) осложненные аппендэктомии и грыжесечения, требующие расширенного вмешательства;
- е) пробные лапаротомии и торакотомии.

В. Обширные хирургические вмешательства:

- а) радикальные операции на органах брюшной полости (кроме перечисленных выше);
- б) радикальные операции на органах грудной клетки;
- в) расширенные ампутации конечностей (например, чрезподвздошнокрестцовая ампутация нижней конечности);

Г. Операции на сердце и крупных сосудах.

Д. Экстренные оперативные вмешательства.

Таким образом, градация степеней риска анестезии и операции выражается в цифровом (категория физического состояния больного) и буквенном (тяжесть оперативного вмешательства) индексах (например, 1 В, 2 Б и т.д.). В случае выполнения операции по экстренным показаниям к этим двум основным знакам добавляется Д (2 БД).

Предложены и другие классификации степеней риска анестезии и операции [Малиновский Н.Н. и др., 1973; Александров И.Н. и др., 1981; Рябов Г.А. и др., 1983, и др.]. Известны также попытки математического прогнозирования риска оперативных вмешательств с целью облегчить клиницистам принятие решения о плановой операции. Риск ее не должен превышать опасности самого заболевания [Вишневский А.А., 1975; Хай Г.А., 1978].

Запись анестезиолога в истории болезни должна содержать установленную им оценку риска анестезии и операции до и после предоперационной подготовки и таким образом констатировать степень эффективности последней. Несмотря на известный субъективизм таких оценок (объективные эквиваленты, основанные на данных клинических, функциональных и лабораторных исследований, не разработаны), они имеют большое значение в практической работе.

В 1989 г. Московским научным обществом анестезиологов и реаниматологов принята и рекомендована к практическому применению новая классификация, предусматривающая количественную (в баллах) оценку операционно-анестезиологического риска по трем основным критериям:

- 1) общее состояние больного;
- 2) объем и характер хирургической операции;
- 3) характер анестезии.

Классификация операционно-анестезиологического риска

Оценка общего состояния больных

Удовлетворительное (0,5 балла): соматически здоровые пациенты с локализованными хирургическими заболеваниями без системных расстройств и сопутствующих заболеваний.

Средней тяжести (1 балл): больные с легкими или умеренными системными расстройствами, связанными или не связанными с основным хирургическим заболеванием.

Тяжелое (2 балла): больные с выраженными системными расстройствами, которые обусловлены или не обусловлены хирургическим заболеванием.

Крайне тяжелое (4 балла): больные с крайне тяжелыми системными расстройствами, которые связаны или не связаны с хирургическим заболеванием и представляют опасность для жизни больного без операции и во время операции.

Терминальное (6 баллов): больные в терминальном состоянии с выраженными явлениями декомпенсации функции жизненно важных органов и систем, при котором можно ожидать смерти во время операции или в ближайшие часы без нее.

Оценка объема и характера операции

Малые полостные или небольшие операции на поверхности тела (0,5 балла).

Более сложные и длительные операции на поверхности тела, позвоночнике, нервной системе и операции на внутренних органах (1 балл).

Обширные или продолжительные операции в различных областях хирургии, нейрохирургии, урологии, травматологии, онкологии (1,5 балла).

Сложные или продолжительные операции на сердце, крупных сосудах (без применения ИК), а также расширенные и реконструктивные операции в хирургии различных областей (2 балла).

Сложные операции на сердце и магистральных сосудах с применением ИК и операции по пересадке внутренних органов (2,5 балла).

Оценка характера анестезии

Различные виды местной потенцированной анестезии (0,5 балла).

Регионарная, эпидуральная, спинномозговая, внутривенная или ингаляционная анестезия с сохранением спонтанного дыхания или с кратковременной вспомогательной вентиляцией легких через маску наркозного аппарата (1 балл).

Обычные стандартные варианты комбинированного эндотрахеального наркоза с использованием ингаляционных, неингаляционных или немедикаментозных средств анестезии (1,5 балла).

Комбинированный эндотрахеальный наркоз с применением ингаляционных, неингаляционных анестетиков и их сочетаний с методами регионарной анестезии, а также специальных методов анестезии и корригирующей интенсивной терапии (искусственная гипотермия, инфузионно-трансфузионная терапия, управляемая гипотония, вспомогательное кровообращение, электрокардио-стимуляция и др.) (2 балла).

Комбинированный эндотрахеальный наркоз с использованием ингаляционных и неингаляционных анестетиков в условиях ИК, ГБО и др. при комплексном применении специальных методов анестезии, интенсивной терапии и реанимации (2,5 балла).

Степень риска: I степень (незначительная) 1,5 балла; II степень (умеренная) 2-3 балла; III степень (значительная) 3,5-5 баллов; IV степень (высокая) 5,5-8 баллов; V степень (крайне высокая) 8,5-11 баллов.

При экстренной анестезии доступно повышение риска на 1 балл.

Эта классификация позволяет более полно, чем все существующие, характеризовать степень риска анестезии и операции с учетом сложности анестезиологического пособия и дать конкретную количественную оценку риска в баллах. Это создает необходимые условия для компьютерного анализа анестезиологической документации по критерию риска и унификации квалификационной оценки медицинского персонала отделений анестезиологии и реанимации. Квалификационная категория врачей, среднего и младшего медицинского персонала отделений анестезиологии и реанимации должна быть прямо пропорциональна тяжести контингента больных, степени сложности проводимых анестезиологических пособий и хирургических операций, т.е. средней оценке операционно-анестезиологического риска контингента больных, с которым работает конкретный специалист.

Список литературы

1. Александров Н.Н., Нодельсон С.Е., Фрадкин С.З., Пантюшенко Т.А. Прогностическая комплексная оценка операционного риска // Актуальные вопросы обезболивания в онкологии. Л., 1981. - С.5-6.
2. Гологорский В.А. Оценка функционального состояния различных систем организма больного перед операцией // Справочник по анестезиологии и реаниматологии. М., 1982. С.138 - 138.
3. Дарбинян Т.М. Нейролептанальгезия. М.: Медицина, 1969.
4. Затевахина М.В., Клецкин М.З. Оценка адекватности анестезии на основе метода предсимптомного выявления нейровегетативного напряжения // Всесоюзный съезд анестезиологов и реаниматологов, 3-й. Рига, 1983. С.37 38.
5. Зимин А.М. Изучение эффекта обезболивания регистрацией кожного потенциала // Анест. и реаниматол. 1981. № 3. С.37 39.
6. Игнатов Ю.Д. Теоретические основы и прикладные аспекты фармакологической регуляции боли // Экспериментальная и клиническая фармакология болеутоляющих средств. Л., 1986. С.14-17.
7. Куприн А.Н. Фармакология с основами патофизиологии. М.: Медицина, 1977.
8. Осипова Н.А., Большакова т.д., Селезнева А.И., Винницкая Э.Б. Комплексный метод оценки эффективности премедикации // Сов. мед. - 1976. - № 12. - С.101 - 107.
9. Осипова Н.А., Рыбакова Л.В., Гринберг М.З. Меры профилактики осложнений этапа премедикации // Проблемная комиссия МЗ РСФСР и Пленум Правления Всерос. НМОАР, 7-й. Совместное совещание: Материалы. Барнаул, 1984. - С.102-103.
10. Осипова Н.А., Абрамов Ю.Б., Рыбакова Л.В. и др. Сенсометрия в оценке эффективности премедикации // Анест. и реаниматол. - 1984. - № 1. С.53 57.
11. Осипова Н.А. Оценка эффекта наркотических, анальгетических и психотропных средств в клинической анестезиологии. Л.: Медицина, 1988. - С.107-136; 165-168.
12. Острейков И.Ф., Цыпин Л.Е., Вишневская М.А. и др. Сравнительная оценка некоторых видов премедикации у детей // Интенсивная терапия в пред- и послеоперационном периодах и при острых отравлениях. - Минск, 1981. - С.147-148.
13. Рябов Г.А., Семенов В.Н., Терентьева Л.М. Экстренная анестезиология. М.: Медицина, 1983. С.59, 95-104.
14. Харкевич Д.А. Фармакология. М.: Медицина, 1987.
15. Чуфаров В.П., Сапронов П.С., Иванов А.И., Головин В.П. Премедикация при митральной комиссуротомии у больных в поздних стадиях заболевания // Анест и реаниматол. 1979 № 4. С.25 '28.