

Министерство Здравоохранения Украины
Тернопольский национальный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского Министерства Здравоохранения Украины

на правах рукописи

Диана Ильязарова

магистерская работа

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ОКАЗАНИИ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ АМБУЛАТОРНО

магистр сестринского дела

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Тернопольского национального
медицинского университета
имени И. Я. Горбачевского
МЗ Украины
Геряк Светлана Николаевна

Тернополь – 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	7
ГЛАВА 2 ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	20
ГЛАВА 3 РОЛЬ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....	21
ГЛАВА 4 ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ОДНОГО ДНЯ.....	26
ГЛАВА 5 ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....	36
ГЛАВА 6 ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ, ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ И АППЕНДИЦИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....	41
ГЛАВА 7 ОЦЕНКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....	56
ВЫВОДЫ.....	60
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	61

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Благодаря значительному усовершенствованию технологии в хирургии и большим достижениям в области местной и общей анестезии и аналгезии, многие менее инвазивные хирургические процедуры теперь выполняются амбулаторно [2, 31]. Хирургические манипуляции, которые в настоящее время обычно выполняются в амбулаторных условиях, включают тонзиллэктомию, пластику грыжи, удаление желчного пузыря, аппендектомию, некоторые косметические операции и операции по удалению катаракты и др. [3, 13]. Учитывая миллионы процедур, выполняемых каждый год, осложнения после амбулаторных процедур относительно редко встречаются [29]. История болезни пациента, мнение хирурга и анестезиолога особенно важны для определения того, лучше ли проводить процедуру в амбулаторных или стационарных условиях [28, 34].

Наиболее подходящие процедуры для амбулаторной хирургии те, которые связаны с незначительным послеоперационным уходом, и с ними легко справиться дома [27]. Кроме того, это процедуры с очень низким уровнем послеоперационных осложнений. Пациентам в данном случае не нужна помощь врача или медсестры [6, 13].

Амбулаторные операции проводятся в различных условиях. Амбулаторно-хирургические центры расположены либо на территории больницы [21, 35], либо в виде отдельно стоящего вспомогательного учреждения. Это может быть как отдельная больница или клиника, так и часть местной больницы, а именно хирургическое отделение для амбулаторных больных. Некоторые процедуры могут быть выполнены прямо в офисе врача [25], или в поликлинике.

Амбулаторная хирургия имеет множество особенностей и преимуществ по сравнению с традиционной стационарной хирургией. К ним относятся следующие: удобство, более низкая стоимость, снижение

стресса, расписание более предсказуемо [30]. В условиях больницы неотложные операции и процедуры, которые занимают больше времени, чем ожидалось, могут отложить запланированные операции. В амбулаторных условиях обычно можно придерживаться установленного графика, поскольку процедуры менее сложные и более рутинные [29].

Как правило, большинство пациентов отправляются домой через 1–4 часа после амбулаторной операции. Это очень важно, так как является большим преимуществом для многих людей. Именно поэтому амбулаторная хирургия начала так стремительно развиваться и совершенствоваться [29].

Цель исследования: изучить и провести системный анализ роли сестринского ухода за пациентами в амбулаторной хирургии в пред- и послеоперационном периоде, изучить возможности совершенствования организации и повышения качества работы медицинского персонала амбулаторной хирургии, а также определить влияние сложности операции на возможные осложнения в послеоперационном периоде.

Задания исследования.

1. Изучить особенности проведения амбулаторной хирургии.
2. Изучить особенности пред- и послеоперационного периода при лечении хирургических больных амбулаторно.
3. Провести анализ сестринского процесса при уходе за больными в амбулаторной хирургии.
4. Изучить аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным в пред- и послеоперационном периоде при холецистэктомии.
5. Изучить аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным в пред- и послеоперационном периоде при герниопластике.
6. Изучить аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным в пред- и послеоперационном периоде при аппендэктомии.

7. Провести опрос врачей амбулаторной хирургии о влиянии сложности операции на возможность возникновения осложнений, которые могут привести к госпитализации и стационарному лечению.

8. Определить общие принципы реабилитации и ухода за амбулаторными больными.

Объект исследования. Пациенты амбулаторной хирургии с лапароскопической холецистэктомией, герниопластикой и аппендэктомией.

Предмет исследования. Роль сестринского процесса в амбулаторной хирургии и влияние сложности хирургической операции на качество восстановления пациентов после хирургических операций, проведенных в амбулаторных условиях.

Методы исследования: общеклинические методы (общетерапевтические и общехирургические методы, специальные хирургические методы), сбор анамнеза болезни, жизни, наблюдение за хирургическим больным, объективное обследование, оценка общего состояния пациента, сбор информации об основных жалобах, сравнение данных, лабораторные и инструментальные методы исследования; аналитический метод; статистические методы.

Научно-практическое значение исследования. Амбулаторная хирургия является очень перспективной с точки зрения комфорта и экономии времени и финансовых средств для пациента и государства в целом. Поэтому с развитием новых малоинвазивных хирургических технологий хирургия одного дня подымается на новый уровень. Поэтому становится очень важным изучение роли медицинского персонала в оказании помощи больным в пред- и послеоперационном периоде в отделении амбулаторной хирургии. Так как лапароскопические холецистэктомия, герниопластика и аппендэктомия в амбулаторной хирургии самые встречаемые операции, очень важным научно-практическим достижением данной научной работы является изучение механизмов, которыми руководствуются врачи при отборе пациентов для

оказания им хирургической помощи в стационаре, и тех пациентов, у которых пред- и послеоперационный период может проходить амбулаторно.

ГЛАВА 1

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Амбулаторная хирургия, также известная как хирургия одного дня, характеризуется тем, что проводится хирургическая операция, которая не требует пребывания больного в больнице на ночь. Термин «амбулаторный» означает то, что хирургические пациенты могут входить и выходить из учреждения в один и тот же день [27]. Преимущества амбулаторной хирургии перед стационарной хирургией включают большее удобство и меньшие финансовые и временные затраты [2, 29]. Амбулаторное хирургическое вмешательство может происходить в стационаре, в отдельном отделении в больнице. В период с конца 20 века до начала 21 века амбулаторная хирургия стала популярной во многих странах [2].

Исследования показали, что амбулаторная хирургия так же безопасна, как и стационарная. Например, частота осложнений и частота послеоперационной госпитализации или повторной госпитализации сопоставимы, а частота боли и инфекций после амбулаторной операции даже ниже, чем при стационарной [37].

Наука о хирургической помощи за последние 50 лет продвинулась дальше, чем за все предыдущие годы вместе взятые. Сложные процедуры, такие как пересадка естественных и искусственных органов, ксенотрансплантация (органы, пересаженные от животных), нейрохирургия (операция на головном мозге), аортокоронарное шунтирование, лапароскопическая операция и «лазерная» хирургия были редкостью, если не полностью неизвестны 50 лет назад, но сегодня эти процедуры становятся все более распространенными. Как и во многих других аспектах нашей жизни, технический прогресс и компьютеры распространили медицинскую практику на ранее неизвестную территорию [22, 33].

Более того, операции в целом стали гораздо менее инвазивными, поэтому во многих случаях требуется минимальное пребывание в больнице [26]. В результате общая стоимость многих из этих процедур резко снизилась как с точки зрения финансовых затрат для пациентов (и их страховых компаний), так и с точки зрения затрат на восстановление для пациентов, потери заработной платы и физического и эмоционального напряжения. Достижения в области хирургии и медицинских технологий позволили гораздо большему количеству людей жить более здоровой и долгой жизнью, чем когда-либо ранее в истории. Например, многие болезни, такие как рак, которые раньше почти всегда заканчивались смертельным исходом, теперь часто полностью излечиваются у пациентов благодаря технологическим достижениям в хирургии [17].

Возможно, наиболее распространенным технологическим достижением современной медицины является лапароскопическая хирургия. Впервые представленная в начале 1970-х годов, лапароскопическая хирургия - это техника, при которой хирург делает четыре крошечных разреза в виде точечного отверстия в теле пациента, а затем вставляет миниатюрную камеру, свет и необходимые хирургические инструменты для выполнения процедуры [25]. Современные цифровые технологии позволяют увеличивать область лапароскопической хирургии до 20 раз по сравнению с ее фактическим размером, что позволяет хирургам видеть анатомические структуры в мельчайших деталях. Кроме того, новая технология трехмерной визуализации позволяет хирургу наблюдать за внутренними органами стереоскопически [5, 36], а не только в двух измерениях, как это требуется при просмотре на обычном мониторе. Интраоперационное ультразвуковое исследование позволяет «в реальном времени» сканирование места операции во время операции, что дает дополнительную ценную информацию. Поскольку лапароскопическая операция является минимально инвазивной, пациенты выздоравливают гораздо быстрее [14].

Популярность и применение лазерной хирургии также растет. Хирурги используют лазер для выполнения различных процедур, в том числе во время лапароскопических процедур. Например, в настоящее время лазеры используются для удаления раковой ткани из гортани, изменения формы роговицы глаза, чтобы позволить пациенту лучше видеть, и даже для «обновления поверхности» кожи лица пациента, сжигая старые слои кожи, чтобы новая кожа может расти [3]. Растущая популярность лазеров как хирургических устройств в основном связана с их способностью точно разрушать нежелательные или аномальные ткани без кровотечения.

Другой хорошо известный пример развития хирургических методов - борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Из-за привычек образа жизни или генетической предрасположенности у многих людей жирные кислоты вместе с другими веществами формируют массы, которые иногда накапливаются в стенках артерий сердца человека. Чем больше налетов на стенках сосудов, тем меньше крови может проходить через коронарные артерии к сердечной мышце. В конечном итоге налет может полностью заблокировать артерию, не позволяя крови течь по ней. Результат - остановка сердца, что может быть фатальным [32]. Хирурги разработали методику, известную как ангиопластика, для борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Используя технику, аналогичную лапароскопии, хирург вставляет тонкую трубку в пациента, продвигая ее вверх по артерии до места закупорки. На конце трубки находится небольшое устройство в форме баллона, которое надувается, прижимая бляшку к стенкам артерии, так что кровоток через артерию может увеличиваться [31].

Также сейчас очень популярной во всём мире является амбулаторная хирургия. Операции могут длиться от нескольких минут до нескольких часов, и в большинстве случаев они не требуют неотложной медицинской помощи. Типичная амбулаторная операция может включать как простое

удаление родинки, незначительного образования на коже или слизистых оболочках, так и пластику грыжи или замену колена [40].

Отличительной особенностью амбулаторной хирургии является то, что хирургическое лечение не требует госпитализации в стационар на длительный срок. Операция может быть проведена непосредственно в день обращения в условиях процедурного кабинета или дневного стационара [15].

Амбулаторная хирургия имеет много преимуществ по сравнению с традиционной стационарной. К ним относятся следующие:

- **Удобство.** Удобство восстановления в домашних условиях обычно облегчает восстановление, которое происходит быстрее, чем при пребывании в больнице [10].
- **Более низкая стоимость.** Поскольку нет финансовых расходов в виде платы за больничную палату и связанных с ней больничных расходов, затраты на амбулаторную операцию намного ниже. Некоторые страховые компании покрывают определенные хирургические процедуры только в амбулаторных условиях [24]. Исключение составляют случаи, когда лечащий врач подтверждает, что пациенту необходим более интенсивный послеоперационный уход из-за основного заболевания [39].
- **Снижение стресса.** В большинстве случаев амбулаторная операция менее стрессовая, чем стационарная. Особенно это актуально для детей, которые боятся оказаться вдали от дома [9]. Большинство людей предпочитают лечиться дома, а не в больнице.
- **Расписание более предсказуемо.** В условиях больницы неотложные операции и процедуры, которые занимают больше времени, чем ожидалось, могут отсрочить запланированные операции. В амбулаторных условиях обычно можно

придерживаться установленного графика, поскольку процедуры менее сложные и более рутинные [23].

Пациенты, которые проходят амбулаторную процедуру, должны иметь кого-нибудь, кто отвезет их домой и останется с ними после процедуры. Большинству пациентов запрещается водить машину в течение как минимум 24 часов после операции [27]. Пациенты часто испытывают сонливость и незначительные последствия. К ним относятся мышечные боли, боли в горле, а иногда и головокружение и головные боли. Иногда также может присутствовать тошнота. В течение 1-2 дней после операции также может наблюдаться усталость и дискомфорт [29]. Этот дискомфорт зависит от типа выполняемой хирургической процедуры.

Оказавшись дома, пациент должен переносить любую боль от процедуры с предписанным обезболивающим средством. Пациент должен уметь следовать письменным и устным инструкциям для правильного обезболивания. Медсестра или поставщик медицинских услуг обычно следуют этим инструкциям, чтобы убедиться, что пациент выздоравливает нормально [37, 41]. Пациенту также будут предоставлены номера телефонов, по которым можно позвонить, если возникнут проблемы или потребуется экстренная помощь.

Амбулаторные операции позволяют пациентам выздоравливать в собственном доме с комфортом и заботой своих близких. Это позволяет медицинским работникам в больницах сосредоточить свое внимание на пациентах в более критических состояниях [22]. Взаимовыгодный характер амбулаторных операций как для пациентов, так и для больниц сделал амбулаторные процедуры все более популярными. Ожидается, что количество амбулаторных хирургических процедур будет увеличиваться, поскольку медицинские технологии продолжают делать хирургические процедуры менее инвазивными, более эффективными и требующими меньшего послеоперационного ухода.

Наиболее распространенные операции амбулаторной хирургии:

9. Лапароскопическая холецистэктомия.

Заболевания желчного пузыря, например, камни в желчном пузыре, иногда требуют хирургического удаления желчного пузыря. Лапароскопическая холецистэктомия - это малоинвазивная методика, используемая для удаления желчного пузыря из брюшной полости через четыре небольших разреза. Если пациент находится в группе высокого риска, например, ему требуется экстренная операция или у него есть дополнительные осложнения со здоровьем, его часто оставляют в больнице после процедуры. Однако для большинства пациентов процедуру можно проводить в амбулаторных условиях.

Побочные эффекты лапароскопической холецистэктомии минимальны, и через 10-14 дней после операции можно вернуться к обычному режиму [1, 20].

10. Амбулаторные операции по удалению грыжи.

Лапароскопическая пластика грыжи включает в себя устранение разрывов в брюшной стенке с помощью небольших разрезов, лапароскопа, а также пластырь из сетки.

Пациенту сначала вводят анестетик, и он остается без сознания во время процедуры. Во время операции пациенты не чувствуют боли. Затем хирург создает пространство между стенкой брюшной полости и окружающими органами, используя углекислый газ. Затем на коже живота делают три небольших разреза, чтобы хирург мог перемещать лапароскоп и другие инструменты через трубки, которые также были вставлены в разрезы [11, 40].

Пластика грыжи проводится с помощью небольшого кусочка хирургической сетки. Сетка фиксируется хирургическими швами или скобами и помогает предотвратить повторное появление грыжи в той же области. Немедленное время восстановления после этого типа операции обычно достаточно продолжительное, чтобы закончилась анестезия.

Пациентам не рекомендуется самостоятельно ехать домой из-за воздействия лекарств и анестезии [12].

11. Лапароскопическая аппендэктомия обладает всеми преимуществами эндохирургической операции: малая травматичность, снижение сроков реабилитации и нахождения в стационаре, сокращение частоты и тяжести осложнений, косметический эффект. Диагностическая лапароскопия, предшествующая аппендэктомии, позволяет полноценно осмотреть брюшную полость, и, при отсутствии изменений в аппендиксе, выявить и ликвидировать другое заболевание (разрыв или перекрут кисты яичника, внематочную беременность, апоплексию яичника и др.) [8, 14].

Метод не предполагает наружных разрезов, поэтому не остается неэстетичного шрама, как после классической хирургического вмешательства, короткий восстановительный период, изкая травматизация мягких тканей, мышцы и сосуды не перерезаются, поэтому снижается вероятность кровотечения и других осложнений. Быстро восстанавливается нормальная работа кишечника и очень низкая инвазивность так как накладывается всего три небольших шва размером до 1,5 см, шрамы от которых легко скрываются нижним бельем и незаметны под загаром. Эти положительные эффекты позволяют внести аппендэктомию на уровень амбулаторной хирургии [16, 38].

Чтобы хирургическая процедура рассматривалась как операция в дневном стационаре, она должна соответствовать следующим критериям:

- Ожидается минимальная кровопотеря
- Короткое время проведения процедуры - менее 1 час
- Нет ожидаемых интраоперационных или послеоперационных осложнений
- Нет необходимости в специализированном послеоперационном уходе

Успех амбулаторной хирургии во многом зависит от тщательного отбора пациентов [34]. Большинство больниц следуют местным

руководствам, чтобы помочь в этом - они обычно включают абсолютные и относительные противопоказания, основанные на сопутствующих заболеваниях.

Выбор пациента на день операции должны быть основан на социальных и медицинских факторы:

- Социальные факторы - пациент должен понимать запланированную процедуру, дать соответствующее согласие и понимать следующий послеоперационный уход [31].
- У пациента также должно быть достаточно условий, чтобы ответственный взрослый сопровождал его домой и оказывал поддержку в течение первых 24 часов послеоперационного ухода [29].
- Медицинские факторы - здоровье пациента должно быть подходящим для однодневной процедуры, помня, что некоторые стабильные хронические заболевания (например, сахарный диабет или астма) часто можно лучше лечить в качестве дневной процедуры [15, 24], чтобы свести к минимуму любые нарушения их повседневной жизни.

Когда человек проходит амбулаторную операцию по поводу травмы, состояния или другого медицинского заболевания, используется анестезия, которая представляет собой лекарство, которое блокирует нервы в центре боли во время процедуры. Четыре типа анестезии используются в амбулаторной хирургии [28].

- Общая анестезия.
- Местный наркоз.
- Регионарная анестезия.
- Наблюдаемая анестезия (в / в) седация.

Во всех амбулаторных центрах действуют строгие критерии выписки. Перед освобождением лицо должно соответствовать следующим критериям:

- Стабильные показатели жизненно важных функций (частота сердечных сокращений, артериальное давление, частота дыхания, температура и уровень боли).
- Переносить еду и питье (Переносимость еды и напитков важна, потому что может потребоваться прием пероральных препаратов для облегчения боли или предотвращения инфекции).
- Уметь опорожнять мочевой пузырь.
- Ходить без посторонней помощи.

Во время выписки должен присутствовать ответственный взрослый, чтобы помочь человеку вернуться домой и обеспечить необходимый уход. Кроме того, этот взрослый должен постоянно находиться рядом с пациентом в течение первых 24 часов, чтобы оказывать помощь, когда это необходимо, и контактировать с медицинским персоналом или позвать на помощь медицинский персонал в случае возникновения проблемы [33].

Перед тем, как отправиться домой, человек должен иметь письменные инструкции по следующим вопросам:

- К кому обращаться в больнице при возникновении проблемы или осложнения.
- Какие лекарства принимать от боли.
- Уровень активности и когда возможно возвращение к работе.
- Когда начинать есть, режим питания.
- Куда обращаться, если необходимо обследование или госпитализация.

Однако многие из амбулаторных операций сопряжены с непредвиденными рисками. Поэтому очень важно предварительно обследовать пациентов и правильно провести пред- и послеоперационный период [10, 29].

ГЛАВА 2

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования были амбулаторные пациенты хирургического профиля с различными заболеваниями, которым предстояло пройти амбулаторный постоперационный период или стационарный. При этом изучали особенности организации медсестринской помощи больным в пред- и послеоперационном периоде и влияния операции на количество осложнений.

Учитывая необходимость исследования общих закономерностей развития болезней у амбулаторных хирургических пациентов, мы использовали общеклинические методы исследования, проводили сбор анамнеза болезни, учитывали данные развития и жизни больных: история жизни, история заболевания, наблюдение, объективное обследование, оценка общего состояния пациента, сбор информации об основных жалобах, сравнение, лабораторные и инструментальные методы исследования; аналитический; статистический.

Наше исследование состояло из 3-х частей наблюдений и анализа полученных данных.

В первой части исследования мы проводили анализ постоперационного периода при лапароскопической холецистэктомии, в ней приняло участие 56 пациентов.

Во второй части исследования мы проводили анализ постоперационного периода при лапароскопической герниопластике, в ней приняло участие 47 пациентов.

В третьей части исследования мы проводили анализ постоперационного периода в больных, которые прошли лапароскопическую аппендэктомию, в ней приняло участие 72 пациента.

В последующем было проведено анализ данных, обобщение и формирование выводов.

ГЛАВА 3

РОЛЬ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Центры амбулаторной хирургии, также называемые центрами хирургии одного дня, предоставляют хирургические процедуры в тот же день, при которых пациент поступает в отделение, оперируется и выписывается в течение нескольких часов. Зарегистрированные медсестры, работающие в центрах амбулаторной хирургии, могут выполнять функции медсестер операционной или медсестер анестезиологии, которые принимают пациентов и помогают им оправиться от наркоза. Описание обязанностей для каждой медсестринской должности отличается.

Медсестра должна иметь хорошие коммуникативные навыки, чтобы получать информацию от пациента, обучать пациента и его семью и обсуждать различные вопросы с другими профессиональными сотрудниками. Эмоциональная стабильность помогает медсестре сохранять личное равновесие при стрессе, чрезвычайных ситуациях или человеческих страданиях. Медсестры в амбулаторной хирургии часто проводят долгие часы на ногах, поднимают и перемещают пациентов, поэтому им нужна физическая выносливость. Медсестры должны уметь быстро мыслить в экстренных случаях, здраво рассуждать и организовывать свою работу так, чтобы обеспечить всем пациентам необходимую помощь.

Операционная медсестра в амбулаторной хирургии работает вместе с хирургом и первым ассистентом хирурга. Она остается за операционным столом на протяжении всей операции. Прежде чем войти в операционную, она надевает стерильное защитное снаряжение, такое как халат, маску, перчатки и шапочку. В ее обязанности входит обеспечение того, чтобы зона вокруг операционного поля, известная как стерильное поле, не была заражена. Она передает инструменты и расходные материалы хирургу и возвращает их в стерильный лоток после использования. Она также следит

за полотенцами, перевязочными материалами и другими расходными материалами, использованными во время операции, и может помочь удерживать инструмент в устойчивом положении, если первый ассистент занят.

Циркуляционная медсестра перемещается по операционной. От нее не требуется носить ту же защитную одежду, что и от медсестры, но она также должна обеспечивать стерильность, если она подходит к операционному столу. Ее роль - оказывать дополнительную поддержку во время операции. Медсестра может перемещать оборудование в пределах досягаемости бригады и убирать его после использования, получать лекарства для анестезиолога или дополнительные принадлежности и стерильные инструменты, которые она открывает для медсестры, чтобы они не загрязняли хирургическую аппаратуру или операционное поле. Она также помогает с подсчетом хирургических игл, других операционных хирургических инструментов и повязок, а также следит за тем, чтобы во время операции не было сбоев поддержания режима асептики.

Работа медсестры центра или отделения амбулаторной хирургии начинается вне операционной. Она принимает пациента в хирургический центр, проводит оценку при поступлении, собирает историю болезни пациента и начинает обучение пациента. Она может сделать внутривенное введение медикаментозных средств, ввести предоперационные лекарства и проводить пациента в операционную. После операции медсестра (иногда эта должность называется медсестра перианестезии) наблюдает за пациентом в процессе выздоровления. Она должна быть внимательна к проблемам с дыханием, кровотечению или другим осложнениям после операции, или анестезии. После того, как пациент выздоровеет, она дает ему или члену семьи инструкции по выписке и сопровождает его к машине. Медсестра, занимающаяся перианестезией, также документирует все свои действия и реакцию пациента при выписке домой.

Медсестры центра или отделения амбулаторной хирургии, также называемые периоперационными медсестрами, - это дипломированные медсестры, которые помогают при проведении хирургических процедур, обустривая комнату перед операцией, работая с врачом во время операции и подготавливая пациента к переходу в палату восстановления. Медсестры работают в различных клинических учреждениях, включая хирургические отделения больниц, кабинеты частных врачей, клиники и амбулаторные центры или центры «дневной хирургии».

Обязанности медсестры отделения амбулаторной хирургии начинаются задолго до начала операции. Она следит за тем, чтобы операционная была чистой и готовой к операции или процедуре, а затем подготавливает инструменты и оборудование, необходимые для операции. Она считает все губки, иглы и другие инструменты и сохраняет стерильную среду, что требует мытья рук специальным мылом и надевания стерильной одежды, включая халат, перчатки и маску для лица. По прибытии хирурга медсестра помогает ему надеть халат и перчатки перед операцией.

Во время операции одна из основных обязанностей медсестры — это выбор и передача инструментов хирургу. Роль санитарной медсестры здесь заключается в поддержке и помощи хирургу и обеспечении безопасности пациента. Медсестра должна знать, какие инструменты используются для конкретных процедур и когда они необходимы, чтобы она могла быстро передать их хирургу. Медсестра также должна следить за сигналами руки, чтобы знать, когда хирург готов к следующему инструменту или когда он закончил использовать инструмент и готов передать его обратно медсестре, которая чистит инструменты после использования и кладет каждый инструмент обратно на свое место на столе. Она также наблюдает за операцией, чтобы убедиться, что все остается стерильным.

После операции медсестра снова считает все инструменты, губки и другие инструменты и сообщает хирургу о подсчете. Медсестра убирает

инструменты и оборудование из операционной, помогает наложить повязку на место операции и транспортирует пациента в зону восстановления. Она также заполняет всю необходимую документацию относительно операции или перевода пациента домой на выздоровление.

Медсестры не могут оказывать качественный уход за пациентами без хорошего понимания их навыков. Это включает в себя удовлетворение эмоциональных и духовных потребностей пациентов и их семей, а также оказание хирургической помощи. Хотя хирургические медсестры не тратят столько времени на построение отношений, сколько другие медсестры, от них ожидается, что они будут выступать в роли защитников пациента на протяжении всего его хирургического путешествия. Таким образом, очень важно, чтобы медсестра могла наладить отношения с пациентом и заслужить его доверие.

Роль хирургических медсестер очень важна для качественного проведения хирургических процедур, они могут работать долгие часы, даже для одной операции, и могут быть вызваны в любое время для оказания помощи в неотложных операциях. Они должны хорошо разбираться в технике проведения процедур в операционной и в оборудовании, включая инструменты, необходимые для конкретных операций, уметь сохранять спокойствие и ясность головы даже под давлением. Они также должны обладать отличными коммуникативными навыками, потому что одна из их основных обязанностей - работать в команде с другими медсестрами и с хирургом и помогать ему во всем, что требуется во время операции.

Амбулаторный уход - это сестринский уход за пациентами, которые получают лечение в амбулаторных условиях, т.е. им не требуется госпитализация на ночь. Амбулаторное лечение включает в себя клиническую, организационную и профессиональную деятельность, которую проводят дипломированные медсестры с отдельными лицами, группами и группами населения, которые обращаются за помощью в

улучшении здоровья или обращаются за помощью для решения проблем, связанных со здоровьем. Амбулаторный уход - это комплексная практика, основанная на обширной базе знаний в области сестринского дела и здравоохранения, которая применяет клинический опыт, основанный на сестринском процессе.

Медсестры амбулаторного лечения используют информацию, основанную на фактах, в различных амбулаторных учреждениях здравоохранения для достижения и обеспечения безопасности пациентов и качества помощи при одновременном улучшении результатов лечения пациентов. Контакт с пациентами, находящимися в амбулаторных центрах, часто бывает относительно кратковременным и в контексте большого количества пациентов. Медсестрам в таких условиях требуются хорошие навыки оценки и умение направлять пациентов и помогать им в принятии осознанного выбора в отношении здоровья. Качественная амбулаторная помощь связана с меньшим количеством посещений отделений неотложной помощи, больниц и повторных госпитализаций.

ГЛАВА 4

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ОДНОГО ДНЯ

Амбулаторная операция позволяет человеку вернуться домой в тот же день, когда выполнено хирургическое вмешательство.

Амбулаторную хирургию также называют хирургией одного дня.

Амбулаторная хирургия исключает госпитализацию в стационар, сокращает количество прописываемых лекарств и более эффективно использует время врача и медсестринского персонала. В настоящее время больше процедур выполняется в кабинете хирурга, что называется также кабинетной хирургией, а не в операционной.

Амбулаторная хирургия лучше всего подходит для здоровых людей, подвергающихся незначительным или промежуточным процедурам (ограниченные урологические, офтальмологические или ушные, носовые и горловые процедуры, а также не слишком объемные процедуры на конечностях. В последнее время даже люди с более сложными медицинскими проблемами подвергаются амбулаторному хирургическому вмешательству, и типы и сложность хирургических процедур значительно расширились.

Хирург оценивает состояние пациента перед операцией. Если хирург обнаруживает проблемы со здоровьем, требующие внимания, семейный врач или терапевт также осматривают пациента перед операцией.

Хотя большинство людей не встречаются со своим анестезиологом до дня операции, этот врач играет активную и важную роль в оценке и подготовке людей со сложными заболеваниями к операции. Либо до, либо в день операции анестезиолог изучает доступную медицинскую информацию, завершает обследование и обсуждает план анестезии с человеком, который подвергается операции, и его или ее семьей. Анестезиолог может ответить на любые вопросы или проблемы в этот период.

Людам с медицинскими проблемами, такими как предшествующие сердечные приступы или инсульты, высокое кровяное давление, диабет, астма или хроническое обструктивное заболевание легких, следует посетить своего врача или анестезиолога до дня операции. Во время этого визита врач также может потребовать следующую информацию:

- Копии медицинских записей, особенно ЭКГ, результатов исследований сердца и легких, а также недавних лабораторных тестов.
- Список медицинских проблем и прошлых хирургических процедур, включая любые проблемы, которые возникли во время предыдущих операций
- Полный список лекарств (как рецептурных, так и безрецептурных), включая витамины, травы или другие добавки, и их дозировки.
- Четко определенный список лекарств, вызывающих аллергические реакции или другие проблемы.

Оценка перед операцией направлена на то, чтобы ответить на вопросы, помочь успокоить страхи и беспокойство по поводу анестезии и операции, а также убедиться, что человек понимает свои существующие медицинские проблемы. Эта оценка также подтверждает, что до операции человек находится в состоянии, которое позволяет провести операцию амбулаторно.

Иногда рекомендуется изменение или добавление лекарств или требуется дополнительное тестирование перед операцией. В редких случаях анестезиолог может отложить или отменить операцию для дальнейшей оценки состояния здоровья пациента.

Перед процедурой нельзя есть и пить. В противном случае под анестезией может возникнуть рвота, что приведет к аспирационной пневмонии (когда содержимое желудка попадет в легкие) или проблемам с дыханием. Хирург или анестезиолог должен дать конкретную информацию о том, когда следует прекратить есть и пить.

Могут быть даны конкретные инструкции о продолжении приема определенных лекарств, таких как сердечные, или о прекращении приема определенных лекарств, таких как аспирин или антикоагулянты, за несколько дней до процедуры. Эти рекомендации следует тщательно соблюдать. Ошибка может отсрочить или отменить операцию.

При подготовке к операции необходимо объяснить пациенту, что во время амбулаторного лечения и, особенно, во время хирургического вмешательства необходимо следовать правилам:

- Пациент не должен носить украшения, потому что они могут потеряться или вызвать раздражение кожи, если они станут слишком тугими.
- Пациент не должен наносить макияж, потому что он может размазываться или мешать прилипанию ленты.
- Пациент не должен носить контактные линзы, потому что они могут потеряться, высохнуть или поцарапать глаза.

В большинстве амбулаторных центров медработники просят, чтобы человек, подвергающийся операции, прибыл за 1-2 часа до операции, чтобы дать время для следующего: регистрация, установка капельницы и введение антибиотиков или других лекарств. Эти действия обычно происходят в предоперационной зоне ожидания, где могут присутствовать анестезиолог и, возможно, медсестры-анестезистки (медсестры, обученные для оказания анестезиологической помощи).

Затем пациента сопровождают из предоперационной зоны в операционную. Операционный стол (или кровать) имеет хорошую мягкую подкладку, но он не так удобен, как домашняя кровать.

В это время размещаются анестезиологические мониторы, в том числе кардиомониторы на груди, манжета для измерения кровяного давления на руке для контроля кровяного давления и мягкий резиновый зажим на пальце для контроля уровня кислорода. Дополнительный кислород

подается через лицевую маску или носовой зонд, пока человек находится в операционной.

Анестезиолог назначает и медсестра-анестезистка начинает вводить пациенту седативные препараты и, возможно, вводит дополнительную капельницу. В зависимости от процедуры пациенту может быть назначена общая анестезия, местная анестезия, региональная анестезия, спинальная или эпидуральная анестезия.

Общая анестезия, вводимая через капельницу или вдыхаемый в виде газа, позволяет пациенту полностью потерять сознание во время операции.

Под местной анестезией врачи вводят местные анестетики (обезболивающие) непосредственно вокруг операционной области.

При регионарной анестезии врачи размещают местные анестетики (обезболивающие) и другие лекарства непосредственно вокруг нервов, которые обеспечивают чувствительность определенной области тела. Регионарная анестезия похожа на обезболивающую инъекцию, которую стоматолог использует для обезболивания зуба при сверлении и пломбировании. Блок анестезии может быть помещен в плечо, руку, ногу или спину. Регионарная анестезия требует некоторого сотрудничества со стороны человека и может не подходить для маленьких детей.

Большинство людей, получающих региональную или местную анестезию, также получают дополнительные лекарства для снятия седативных средств во время процедуры. Некоторые процедуры можно проводить только с применением седативных средств.

Спинальная или эпидуральная анестезия - это инъекция местного анестетика в позвоночник или вокруг него для обезболивания кожи. Перед тем, как анестезиолог введет анестетик, человека просят сесть и наклониться вперед над подушкой или лечь на бок, свернувшись клубочком. Также очищается спина человека. При спинальной анестезии, которая действует быстрее, анестетик вводится в жидкость, окружающую спинной мозг. Эпидуральная анестезия включает размещение небольшого

катетера за пределами канала спинного мозга. Анестетики, используемые для спинальной или эпидуральной анестезии, сначала вызывают ощущение тепла, а затем полностью теряют чувствительность в нижней части тела.

Когда человек проходит амбулаторную операцию по поводу травмы, или другого медицинского заболевания, используется анестезия, при которой вводится лекарство, которое блокирует нервы в центре боли во время процедуры. Четыре типа анестезии используются в амбулаторной хирургии.

1. Общая анестезия.

Общая анестезия воздействует на все тело, в результате чего пациент теряет сознание и не может двигаться. Хирурги используют общую анестезию при операциях на внутренних органах и при других инвазивных или трудоемких процедурах, таких как хирургия спины.

Общие анестетики обычно очень безопасны. Однако они могут повысить риск для некоторых пациентов, например, пожилых людей или людей с хроническими заболеваниями, такими как диабет.

У некоторых людей, особенно у детей и пожилых людей, побочные эффекты от анестезии могут сохраняться в течение нескольких дней.

Опасно слишком высокое (гипертония) или низкое кровяное давление (гипотония). Эти состояния расцениваются как риски для любой операции или другой медицинской процедуры, существуют и некоторые другие риски, такие как изменение дыхания, гомеостаза, кровотечение, изменение сердечного выброса, изменения в работе печени, почек, головного мозга.

Специализированные врачи, называемые анестезиологами, внимательно наблюдают за пациентами, находящимися без сознания, и могут регулировать количество получаемой анестезии, чтобы минимизировать эти риски.

2. Местная анестезия.

Врачи используют местные анестетики, чтобы блокировать боль в той части тела, которую они оперируют. Часто местные анестетики используются при:

- Операции на глазах (удаление катаракты)
- Удаление небольших кожных образований, таких как:
 - Бородавки
 - Небольшие кожные наросты и метки
 - Удаление некоторых видов рака
 - Биопсия кожи
- Исправление сломанных костей
- Зашивание раны от пореза или небольшой травмы различными предметами
- Хирургическая стоматология

При местной анестезии пациент находится в сознании и чувствует себя комфортно во время операции. Обычно пациенты могут отправиться домой вскоре после операции.

3. Регионарная анестезия.

Регионарная анестезия также блокирует боль в оперируемых частях тела, как местная анестезия, только с регионарной анестезией определенной части тела. Она предназначена для операций на больших частях тела. Обычно он вводится через инъекцию или через тонкую трубку, называемую катетером, часто в позвоночник.

Регионарная анестезия используется при операциях на брюшной полости, ортопедии, для уменьшения боли во время родов и для кесарева сечения (родоразрешение с помощью кесарева сечения).

Обычно пациент может пойти домой через некоторое время после того, как закончится действие анестезии.

4. Наблюдаемая анестезия (в / в) седация.

Контролируемая анестезия или (в / в) - это вид анестезии, при котором пациент чувствует расслабление или сонливость.

Мониторинг анестезии обычно используется при минимально инвазивных процедурах или хирургических вмешательствах, а также при колоноскопии, эндоскопии и трепанации черепа, а также при незначительных процедурах при сердечных заболеваниях.

При контролируемой анестезии шприц вводится в вену на запястье или руке. Затем медицинский работник вводит седативное средство через капельницу, которая расслабляет пациента и заставляет чувствовать себя вялым или сонным.

Есть несколько уровней седативного эффекта, и люди по-разному на них реагируют.

Некоторые люди бодрствуют и могут говорить, но не чувствуют боли.

Другие люди впадают в глубокий сон и ничего не помнят о процедуре или операции.

Иногда седация внутривенно сочетается с местной анестезией.

Во время проведения контролируемой анестезии могут возникать побочные эффекты и осложнения.

Поскольку анестезия и хирургическое вмешательство влияют на все системы организма, анестезиолог проводит предоперационный опрос. Иногда это делается лично; в других случаях анестезиолог опрашивает пациента по телефону и задает вопросы, как правило, перед операцией. Врач изучает историю болезни, текущие медицинские заболевания или состояния, которые есть у пациента, и проверяет, нет ли открытых ран, которые могут привести к серьезной инфекции.

Пациент также должен поговорить со своим анестезиологом перед операцией, чтобы врач имел возможность просмотреть всю историю болезни, а также результаты любых ранее проведенных медицинских тестов. К этому времени анестезиолог будет иметь четкое представление о выборе вида анестезии и об анестетике, который будет наиболее подходящим.

Частота неожиданных госпитализаций при амбулаторной хирургии колеблется от 6% до 25%. В основном это связано с появлением послеоперационных симптомов (рвота и боль в животе), переходом на открытое хирургическое вмешательство и отсутствием безопасности пациента при ранней выписке. Определены предоперационные и интраоперационные факторы, влияющие на возможность амбулаторного хирургического вмешательства.

Предоперационные прогностические факторы:

1. Возраст пациента.

Одной из наиболее важных причин отказа от амбулаторной хирургии является возраст старше 65 лет, который является прогностическим фактором неудачи при амбулаторной хирургии. Это влечет за собой большую вероятность увеличения времени операции в связи с обнаружением осложненной патологии желчевыводящих путей, появлением осложнений исходной патологии и более высокой частотой отказа пациентов от выписки из больницы из-за сомнений, несмотря на предоставленную информацию.

2. Обнаружение острого холецистита.

Утолщение стенки желчного пузыря, наблюдаемое на УЗИ гепатобилиарной системы, втрое увеличивает вероятность госпитализации после операции.

Предыдущий анамнез холедохолитиаза и необходимость предоперационной эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии не являются негативным влияющим фактором. Тем не менее, история холецистита или острого панкреатита до холецистэктомии связана с осложнениями. Это утверждение может быть связано с трудностями рассечения из-за плотных спаек или отечного желчного пузыря, что увеличивает вероятность интра- и послеоперационных осложнений и препятствует ранней выписке.

3. Ожирение

Хотя ожирение (ИМТ более 30) считалось критерием исключения, в настоящее время оно не является абсолютным противопоказанием, хотя определенные проблемы были связаны с характеристиками этих пациентов.

4. Длительная операция (более 60 мин.)

Если пациент находится под анестезией более 1 часа, то риски осложнения увеличиваются, и это связано с токсической активностью анестезии и ее последствиями. Даже хорошо подобранная премедикация не устраняет токсичность анестезии. Особенно это актуально для пожилых пациентов и детей. Следовательно, это многофакторная функция, которая будет включать такие факторы, как хирургические трудности рассечения, наличие интраоперационных осложнений или обнаружение спаек при хирургическом доступе к брюшной полости.

Предоперационный период может быть различной длительности, что зависит от степени срочности операции, состояния больного, объема и травматичности предстоящего оперативного вмешательства.

- Цель современной предоперационной подготовки:
- обеспечить переносимость операции;
- снизить вероятность развития интра- и послеоперационных осложнений;
- создать функциональные резервы органов и систем, повысить иммунобиологический статус организма больного.

Обязательно перед операцией определяются время свертывания крови, количество тромбоцитов, а у пожилых людей — протромбиновый индекс, поскольку кровотечение, возникающее во время операции и связанное с гипокоагуляцией крови, а тем более гемофилией, весьма опасно. Кроме того, нужно знать состояние свертывающей системы крови для решения вопроса о срочном применении антикоагулянтов.

Исследуются кровь и моча на сахар, чтобы исключить у больного диабет, который предрасполагает к инфицированию и кровоизлияниям.

Поэтому при сахарном диабете необходимо добиться максимально низких показателей сахара в крови и моче.

Медсестра должна четко и в срок брать у больного назначенные врачом анализы с соблюдением всех правил забора анализов, ведь неправильно взятый анализ может привести к искажению результатов исследования и потребует дополнительного времени для уточнения данных. А это отрицательно влияет на психику больного, который находится в ожидании операции, и к тому же стоимость одного койко-дня в стационаре очень высока.

ГЛАВА 5

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

В амбулаторных условиях пациент покидает клинику после непродолжительного наблюдения. В начальный послеоперационный период необходимо соблюдение тех же стандартов, что и для стационарных больных. Однако применяемые анестезия и хирургические методы должны соответствовать и способствовать быстрому выздоровлению. Задача состоит в том, чтобы безопасно справляться с высокой текучестью пациентов. Основные послеоперационные проблемы - это боль, тошнота, иногда даже рвота и психомоторные нарушения. Безопасность пациентов при выписке имеет решающее значение для успеха дневной хирургии. Хорошо подготовленные медсестры могут определить, когда пациент готов отправиться домой, при условии, что лечащие врачи установят строгие правила. Все пациенты, которым вводят общую анестезию, седативные препараты или опиоиды, должны находиться вместе с ответственным взрослым до следующего дня. Следует предоставить адекватную информацию о том, чего ожидать в следующие дни и как реагировать на осложнения. В однодневном операционном отделении должна быть своя собственная система контроля, позволяющая обнаруживать любые проблемы после лечения.

После завершения операции команда медперсонала под контролем анестезиолога переносит пациента в палату для восстановления, пациент продолжает полностью просыпаться после седации. Восстановление может занять от 1 часа до нескольких часов.

В идеале человек просыпается с минимальной болью или дискомфортом или без них. Если пациент испытывает сильную боль, то должен немедленно сообщить об этом медсестре. Медсестра следит за

пациентом и проводит симптоматическое лечение пациента, если возникают другие проблемы, такие как тошнота, рвота, озноб, а также низкое или высокое кровяное давление. Анестезиолог также может оказать помощь в палате восстановления.

Во всех амбулаторных центрах действуют строгие критерии выписки. Перед выпиской пациент должен соответствовать следующим критериям:

- Иметь стабильные жизненно важные функции (частота сердечных сокращений, артериальное давление, частота дыхания, температура и уровень боли).
- Переносить еду и питье (переносимость еды и напитков важна, потому что может потребоваться прием пероральных препаратов для облегчения боли или предотвращения инфекции).
- Уметь опорожнять мочевой пузырь.
- Ходить без посторонней помощи.

Во время выписки должен присутствовать ответственный взрослый, чтобы помочь человеку вернуться домой. Кроме того, этот взрослый должен постоянно находиться рядом с пациентом в течение первых 24 часов, чтобы оказывать помощь, когда это необходимо, и звать на помощь в случае возникновения проблемы.

Перед тем, как отправиться домой, пациент должен иметь письменные инструкции по следующим вопросам:

- К кому обращаться в больнице при возникновении проблемы или осложнения.
- Какие лекарства принимать от боли.
- Какой оптимальный уровень активности, и когда возможно возвращение к работе.
- Когда начинать есть.
- Куда обращаться, если необходимо обследование или госпитализация.

Очень важно, чтобы пациенты следовали инструкциям своего врача после выписки из больницы. Пациенты должны принимать лекарства в соответствии с предписаниями, следить за возможными осложнениями и записываться на прием.

Пациент должен начать возобновлять нормальную деятельность, как только сможет. В большинстве случаев лучше постепенно вернуться к своему обычному распорядку дня.

В некоторых случаях пациент не сможет ухаживать за собой некоторое время после операции. Возможно, ему понадобится опекун, который поможет ухаживать за ранами, приготовить еду, помогать содержать тело пациента в чистоте и поддерживать его во время передвижения. Если у пациента нет члена семьи или друга, который мог бы помочь, необходимо помочь пациенту в поиске людей или агентства, которая предоставляет профессиональные услуги по уходу на дому.

Пациент должен обратиться к медсестре или врачу, если повысится температура, увеличится боль или возникнет кровотечение в месте операции.

Прооперированных больных доставляют домой в сопровождении медицинского работника на санитарном транспорте. В последующем они находятся на амбулаторном лечении и посещают врача только для осмотра и перевязок. Чрезвычайно важной задачей является обеспечение дальнейшего медицинского наблюдения за прооперированными больными. Основой благоприятного течения послеоперационного периода являются условия, создаваемые для больных дома. Поэтому заранее изучаются бытовые и санитарно-гигиенические условия жизни таких пациентов, проводится обучение родственников больного необходимым элементам послеоперационного ухода. Наблюдение за прооперированными пациентами может осуществлять медсестра, и по необходимости - хирург поликлиники или центра амбулаторного лечения, который работает по цикловой системе (амбулаторно-поликлинический прием - стационар на

дому). В раннем послеоперационном периоде (2-4 дня с момента проведения операции) медсестра и по необходимости врач осуществляют перевязки и снятие швов пациентам на дому. При возникновении у больного проблем необходимо решить вопрос о консультации хирурга, который проводил операцию, заведующего центром или хирургическим отделением, врачей-консультантов другого профиля для уточнения лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

Эффективность работы центров хирургии одного дня возможно рассматривать через призму 3-х понятий: интенсификации использования ресурсов, повышение доступности хирургической медицинской помощи, повышение качества специализированной хирургической помощи.

К основным преимуществам организации центров амбулаторной хирургии относятся:

- Сокращение срока ожидания проведения плановых операций;
- Обеспечение непрерывности и целостности медицинского обслуживания пациентов, поскольку подготовка к операции, ее выполнение и дальнейшее наблюдение в послеоперационном периоде проводится одним врачом;
- Организация наблюдения в послеоперационном периоде в обычной домашней обстановке, где активный образ жизни оказывает содействие более быстрому выздоровлению;
- Уменьшение числа послеоперационных осложнений. Частота их в несколько раз ниже, чем в условиях круглосуточного стационара, что достигается, прежде всего, снижением риска внутрибольничных осложнений;
- Уменьшение уровня госпитализации хирургических больных в круглосуточные стационары.

Замещение места предоставления медицинской помощи влечет за собою изменение квалификации обслуживающего персонала. Возрастает роль как оперирующих хирургов, так и медсестринского персонала.

Изменение технологии ведения больных, применение новых лекарственных средств, современной аппаратуры позволяет провести амбулаторно целый ряд операций из числа тех, которые ранее осуществлялись только в стационарах. При правильной организации такой работы амбулаторная хирургия является социально и экономически выгодной для всей системы здравоохранения.

ГЛАВА 6

ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ, ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ И АППЕНДИЦИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

В нашем исследовании мы акцентировали внимание на тот факт, что современный уровень развития медицины позволяет многие оперативные вмешательства выполнять буквально за один день. «Хирургия одного дня» - перспективное направление медицины, именно поэтому в нашем исследовании изучены особенности проведения холецистэктомии, хирургического лечения грыжи и аппендицита в условиях амбулаторной хирургии, где широко представлены современные стационарзамещающие технологии.

Сокращение срока пребывания в больнице позволяет значительно сократить количество койко-дней. Пострадавший может быть выписан в ближайшие шесть часов. Желательно знать возможность такого подхода в нашей среде, в дополнение к сравнению наших результатов с другими опубликованными исследованиями.

Особенности проведения холецистэктомии в условиях амбулаторной хирургии на основании исследования 56 пациентов.

В условиях амбулаторной хирургии холецистэктомия проводилась лапароскопически, что по сравнению с лапаротомической холецистэктомией имеет большие преимущества, так как менее травматична для пациента, но, к сожалению, не всегда возможна к применению.

Основными показаниями к удалению желчного пузыря являются осложненные формы желчнокаменной болезни, а также некоторые другие заболевания желчного пузыря:

- Острый холецистит
- Холедохолитиаз

- Симптомная желчнокаменная болезнь
- Бессимптомная желчнокаменная болезнь
- Холестероз желчного пузыря
- Полипы желчного пузыря
- Функциональное расстройство желчного пузыря

Все же мы рассмотрели главные противопоказания к лапароскопической холецистэктомии, когда необходимо применять лапаротомию.

Если открытая холецистэктомия может быть выполнена по жизненным показаниям у подавляющего большинства больных, то лапароскопическая холецистэктомия имеет как абсолютные, так и относительные показания.

Абсолютными противопоказаниями к лапароскопической холецистэктомии являются терминальные состояния пациента, декомпенсация функций жизненно важных органов и систем, некорригированные нарушения свертываемости крови.

Относительные противопоказания обычно обусловлены опытом хирурга, оснащенностью клиники и индивидуальными особенностями пациентов. Это острый холецистит с давностью заболевания более 72 часов, распространенный перитонит, беременность в 1 и 3 триместре, синдром Мириззи, склероатрофический желчный пузырь, предыдущие операции на верхнем этаже брюшной полости, инфекционные заболевания, грыжи передней брюшной стенки больших размеров.

Вопрос о противопоказаниях к выполнению лапароскопической холецистэктомии решают совместно хирург и анестезиолог.

Лапароскопическая холецистэктомия является «золотым стандартом» в лечении хронического холецистита и опцией выбора при лечении острого холецистита. Ее выполняют с помощью специального инструментария через 3-4 прокола в брюшной стенке диаметром 5-10 мм. В эти проколы вводят специальные трубки (троакары), в брюшную полость с помощью

инсуффлятора (насоса) вводят углекислый газ – накладывают пневмоперитонеум. Введенный газ создает пространство для работы инструментов. Через троакары с помощью видеокамеры и специальных зажимов и электродов выделяют анатомические элементы желчного пузыря – пузырную артерию и пузырный проток, накладывают на них специальные металлические скобки (клипсы) и пересекают. Современные видеосистемы предоставляют отличное качество изображения и визуализации структур, намного превосходящие таковые при открытых операциях. Желчный пузырь отделяют от печени и удаляют через один из проколов брюшной стенки.

Преимуществами лапароскопической холецистэктомии является минимальная травма брюшной стенки, практически отсутствующий болевой синдром, быстрый период восстановления после операции, который позволяет выписать в тот же день, быстрое восстановление сил и возвращение к повседневной деятельности и работе.

При лапароскопической холецистэктомии происходит значительно меньшая травма передней брюшной стенки, чем при открытой холецистэктомии; возможность выполнения вмешательства у пациентов, перенесших ранее операции на брюшной полости; прямой визуальный контроль и применение традиционных приемов хирургической диссекции тканей, что позволяют относительно безопасно манипулировать в условиях выраженного инфильтрата.

Малоинвазивная открытая холецистэктомия показана в тех случаях, когда в связи с сопутствующими заболеваниями наложение пневмоперитонеума и, следовательно, лапароскопическая операция, противопоказаны.

При любом варианте холецистэктомии из минидоступа сроки пребывания больных в стационаре как правило длиннее, чем при лапароскопии, и составляют 3-5 дней. Срок послеоперационной реабилитации тоже более длительный.

Лапароскопическую холецистэктомию выполняют под общим обезболиванием: пациент засыпает до начала вмешательства и просыпается после его окончания.

Длительность лапароскопической холецистэктомии может быть от 20 минут до 1,5-2 часов, в зависимости от сложности вмешательства, особенностей анатомии и патологического процесса, опыта хирурга. В среднем операция длится около 40 минут.

После обычной неосложненной лапароскопической холецистэктомии пациент из операционной поступает в отделение интенсивной терапии, где он проводит ближайшие 2 часа послеоперационного периода для контроля за адекватным выходом из состояния наркоза.

При наличии сопутствующей патологии или особенностей заболевания и оперативного вмешательства длительность пребывания в отделении интенсивной терапии может быть увеличена. Затем пациента переводят в палату, где он получает назначенное послеоперационное лечение. В течение первых 4 часов после операции пациенту нельзя пить и вставать с кровати. Через 4-6 часов после операции пациент может вставать. Вставать с кровати следует постепенно, вначале посидеть какое-то время, и, при отсутствии слабости и головокружения можно встать и походить возле кровати. В первый раз вставать рекомендуется в присутствии медицинского персонала (после длительного пребывания в горизонтальном положении и после действия медицинских препаратов возможно ортостатический коллапс – обморок).

Если нет осложнений то пациента в сопровождении медицинского персонала выписывают домой. До утра следующего дня после операции можно пить обычную воду без газа, порциями по 1-2 глотка каждые 10-20 минут общим объемом до 500 мл.

На следующий день после операции пациент может свободно передвигаться по дому, начинать принимать жидкую пищу: кефир,

овсяную кашу, диетический суп и переходить к обычному режиму употребления жидкости.

В первые 7 суток после оперативного вмешательства категорически запрещено употребление любых алкогольных напитков, кофе, крепкого чая, напитков с сахаром, шоколада, сладостей, жирной и жареной пищи.

Питание пациента в первые дни после лапароскопической холецистэктомии может включать кисломолочные продукты: обезжиренные творог, кефир, йогурт; каши на воде (овсяную, гречневую); бананы, печеные яблоки; картофельное пюре, овощные супы; отварное мясо: нежирная говядина или куриная грудка.

После лапароскопической холецистэктомии мы провели анализ восстановления пациентов и сравнили результаты. В нашем исследовании приняло участие 56 пациентов, которым провели лапароскопическую холецистэктомию.

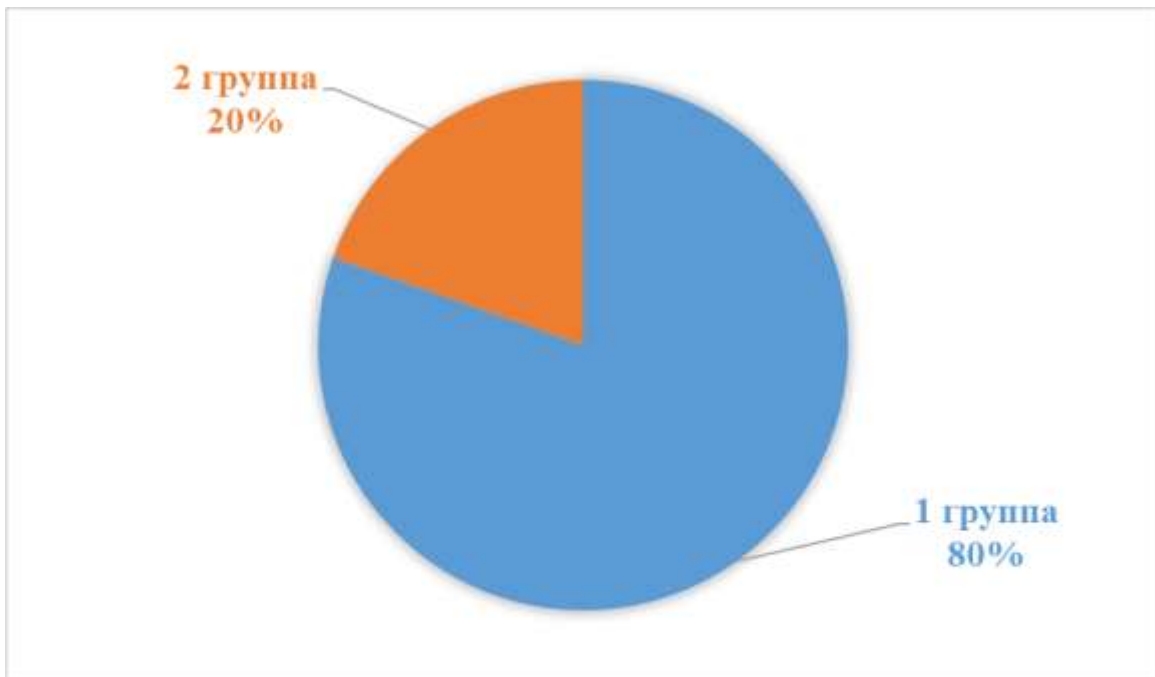


Рисунок 5.1. Соотношение количества пациентов, которым было проведено холецистэктомию и они могут проводить послеоперационный период амбулаторно (1-я группа), и тех, у кого возникли осложнения, и их пришлось перевести на стационарное лечение (2-я группа).

Пациентов разделили на 2 группы, у 1-й группы осложнений после операции не возникло (45 пациентов), и они провели послеоперационный период амбулаторно. 2-я группа пациентов – те, у которых возникли осложнения (11 пациентов) в процессе операции или после проведения операции.

Особенности хирургического лечения грыжи в условиях амбулаторной хирургии на основании исследования 47 пациентов.

Грыжа — заболевание, при котором происходит выхождение (выпячивание) внутренних органов из полости, занимаемой ими в норме, через нормально существующее или патологически сформированное отверстие в анатомических образованиях с сохранением целостности оболочек, их покрывающих, либо наличие условий для этого. Выпячивание органа или его части возможно под кожу, в межмышечное пространство или во внутренние карманы и полости.

Различают мозговые, лёгочные, мышечные, вентральные грыжи. Последние, называемые также «грыжами брюшной стенки» (или грыжами живота), которые наиболее распространены.

Основная причина развития грыж живота — нарушение равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать. Общие факторы образования грыж принято делить на две группы:

1. Предрасполагающие факторы. К ним относят особенности конституции человека, сложившиеся на основе наследственных или приобретённых свойств. Это, прежде всего, наследственная предрасположенность к образованию грыж, а также типовые, половые и возрастные различия в строении тела. Например, изменения в брюшной стенке, связанные с беременностью, тяжёлым физическим трудом, при нарушении питания (ожирение или истощение).

2. Производящие факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям. Например: поднятие груза, частый плач и крик в младенческом возрасте, кашель при хронических заболеваниях лёгких, продолжительные запоры, затруднение мочеиспускания при аденоме предстательной железы.

Наличие неущемлённой грыжи является показанием для планового оперативного вмешательства. Хотя ущемлённая грыжа может странгулироваться без типичных симптомов, вправление должно выполняться при всех ущемлённых грыжах при отсутствии явных признаков странгуляции. Хотя странгуляцию легко пропустить, одно проспективное клиническое исследование показало, что обычно врачи корректно определяют, когда оперировать грыжу, а когда операцию следует отложить. К тому же нежелательные последствия вправления грыжи при бессимптомном ущемлении нехарактерны.

Лечение ущемлённой бедренной грыжи оперативное, но подобные операции являются весьма трудными в техническом отношении вследствие узости оперативного доступа к шейке грыжевого мешка и близкого расположения важных анатомических образований: бедренных артерий и вен с латеральной стороны от грыжевого мешка.

При минимально инвазивной пластике грыжи хирург использует лапароскоп - тонкую трубку с крошечной видеокамерой на конце - и небольшие инструменты для исправления грыжи. Во время всех видов лапароскопических операций хирург руководствуется изображениями, проецируемыми на телеэкран.

Во многих случаях пациенты быстрее восстанавливаются после малоинвазивной герниопластики, чем после открытой герниопластики. Эта техника оставляет только небольшие шрамы и может причинить меньше боли, чем открытая пластика грыжи.

Врач может порекомендовать операцию по устранению болезненной грыжи. Нелеченная грыжа может привести к таким

осложнениям, как ущемление, когда часть кишечника не может работать должным образом. Ущемление грыжи является показанием к срочному оперативному вмешательству.

Хотя многие грыжи лечат с помощью открытой хирургии, в некоторых случаях может быть целесообразным минимально инвазивное лечение грыжи. Врач может порекомендовать малоинвазивную пластику грыжи, потому что:

- Это может вызвать меньше боли, чем открытая пластика грыжи.
- Это может позволить пациенту быстрее вернуться к работе и нормальному образу жизни.
- Это позволяет упростить лечение двойных (двусторонних) паховых грыж, когда у пациента грыжа находится с обеих сторон живота. Хирург может лечить обе грыжи, используя те же три небольших разреза, что и при одной пластике грыжи.
- Это может снизить вероятность повторного возникновения вентральной грыжи и уменьшить возможные осложнения.

Некоторым пациентам может не подойти малоинвазивная пластика грыжи. Врач может порекомендовать открытую пластику грыжи при:

- На месте грыжи ранее была инфекция.
- Пациент страдает ожирением
- У пациента имеется значительный рубец от предыдущей операции на брюшной полости.
- Хирургу не удастся увидеть внутренние органы пациента с помощью лапароскопа (тонкая трубка с видеокамерой на конце).
- У пациента проблемы с кровотечением во время операции.

Большинство операций по поводу паховой грыжи проводится в амбулаторных условиях, а это значит, что пациент вернется домой в тот же день после операции. После операции пациент не будет достаточно

внимательным, чтобы водить машину самостоятельно, поэтому его отвезет домой медицинский персонал, член семьи или друг.

Пациентам, в которых операция прошла с осложнением, или проявились сильные симптомы, возможно, придется остаться в больнице на ночь, если врач решит что так нужно.

Технико проведения операции герниопластики состоит в том, что когда пациент засыпает, хирург использует углекислый газ, чтобы создать пространство между стенкой живота и внутренними органами. Затем он делает три небольших разреза на коже живота. Затем хирург пропускает узкие трубки через эти разрезы в брюшной стенке. Лапароскоп и другие инструменты будут перемещаться через эти трубки во время операции.

Датчик на кончике лапароскопа позволяет хирургу видеть изображения изнутри живот на телевизионном мониторе. Используя крошечные инструменты, хирург с помощью небольшого кусочка хирургической сетки вставляет грыжу на место, затем фиксирует сетку на месте хирургическими скобами или швами. Эта сетка поможет предотвратить будущие грыжи в том же месте.

В завершение операции хирург удаляет инструменты, лапароскоп и трубки из разрезов. Пациенту понадобится некоторое время в палате для восстановления, чтобы действие лекарства прекратилось. В некоторых случаях пациенту может потребоваться остаться в больнице на ночь, особенно при операции пластики вентральной грыжи.

Возвращение пациента к нормальной деятельности будет зависеть от степени тяжести и типа грыжи, которую лечили. В целом восстановление после пластики вентральной грыжи занимает больше времени, чем восстановление после пластики паховой грыжи. Перед тем, как пациента выпишут из отделения, врач даст конкретные инструкции по принятию душа, вождению автомобиля, ходьбе по лестнице, занятиям сексом, поднятию тяжестей и возвращению к работе.

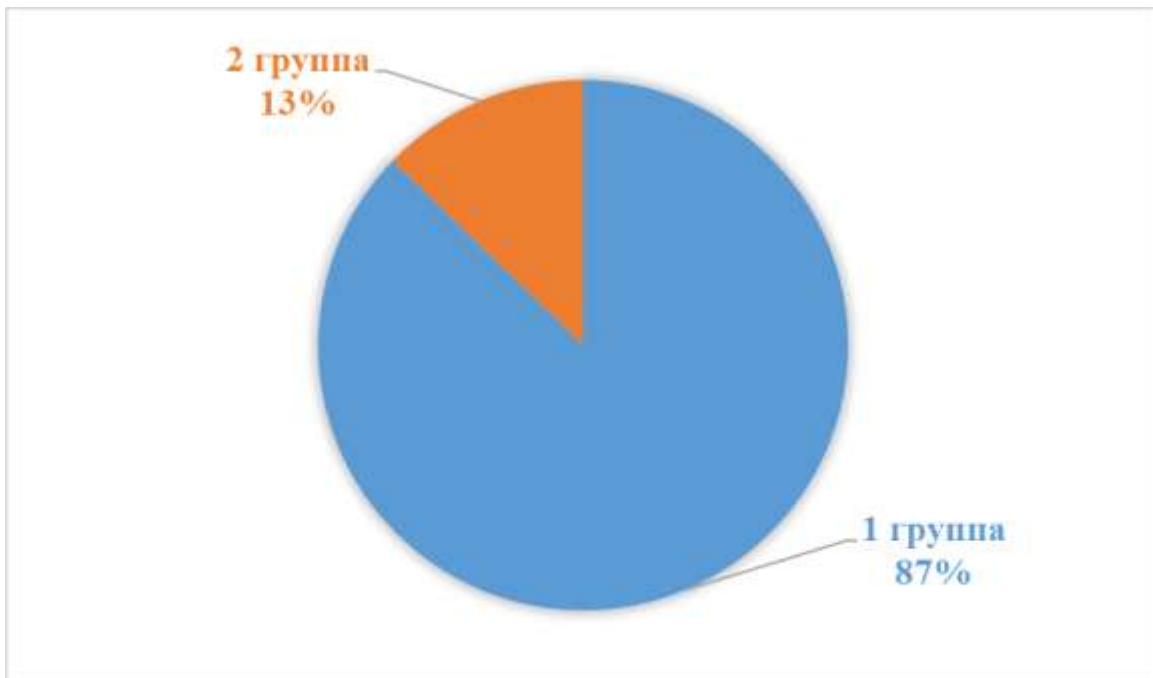


Рисунок 5.2. Соотношение количества пациентов, которым проводили лапароскопическую герниопластику, и они могут проводить послеоперационный период амбулаторно (1-я группа), и тех пациентов, у которых возникли осложнения, и им пришлось остаться в стационаре (2-я группа).

После герниопластики мы провели анализ восстановления пациентов и сравнили результаты. В нашем исследовании приняло участие 47 пациентов, которым провели лапароскопическую герниопластику. Пациентов разделили на 2 группы, у пациентов 1-й группы осложнений после операции не возникало (41 пациент), и они провели послеоперационный период амбулаторно. 2-я группа пациентов – те, у которых возникали осложнения (6 пациентов) в процессе проведения операции, или они относились к группе риска возникновения послеоперационных осложнений.

Особенности хирургического лечения острого аппендицита в условиях амбулаторной хирургии на основании исследования 72 пациентов.

Острый аппендицит – наиболее распространённое в мире хирургическое заболевание. Причина острого аппендицита окончательно не ясна. В настоящее время имеется несколько теорий возникновения острого аппендицита, и ни одна из них не является окончательной. Общеизвестной является тактика срочного оперативного лечения – аппендэктомия.

На данный момент лапароскопическая аппендэктомия – наиболее популярный метод удаления аппендицита с широкими возможностями осмотра брюшной полости.

Лапароскопическая аппендэктомия, благодаря своим достоинствам, является предпочтительным оперативным методом среди большинства случаев при подозрениях на острый аппендицит.

При аппендиците изначально человек ощущает боли в верхней половине живота либо околопупочной зоне, через несколько часов боль перемещается в подвздошную зону справа.

Болезненные ощущения обостряются в соответствии с прогрессированием заболевания, а также при кашле и различных движениях. Усиливается раздражение пристеночной брюшины, боль обосновывается в правой нижней зоне живота. Эта стадия и есть – острый аппендицит. При развитии заболевания происходит снижение аппетита, появление тошноты, рвоты, повышения температуры до 38°C, возможны поносы, частые позывы к мочеиспусканию, учащение пульса.

Симптоматика зависит и от места расположения червеобразного отростка. Если отросток ретроцекальный (находится позади слепой кишки), боль будет притупленной, если аппендикс расположен в тазу, то постоянной ноющей (атипичной).

При подозрении на аппендицит с помощью лабораторных и инструментальных исследований следует исключить другие виды заболеваний с подобной симптоматикой. В срочном порядке производится забор крови и мочи на общий анализ, ультразвуковое исследование

брюшной полости, диагностическая лапароскопия, женщинам – осмотр гинеколога.

После подтверждения острой формы аппендицита производится незамедлительная операция удаления отростка. В случае хронической формы она проводится при неуклонном болевом синдроме. Подготовка к операции и диагностика не должны превышать 2 часов, так как приступ стремительно развивается. Если нет противопоказаний, выбор делается в пользу лапароскопической аппендэктомии, при наличии противопоказаний аппендэктомия выполняется открытым способом.

Перед хирургическим вмешательством обязательно проводится катетеризация мочевого пузыря, очищаются от содержимого желудок и кишечник. Во избежание образования тромбов, вены на ногах фиксируются с помощью эластичных бинтов.

Лапароскопическая аппендэктомия проводится около часа под общим наркозом.

В брюшную полость через проколы заводится специальные видеокамера, зажим для манипуляций и инструмент для бескровного рассечения тканей.

После удаления червеобразного отростка в зависимости от изменений в брюшной полости: брюшная полость высушивается или промывается.

Преимущества лапароскопии при аппендиците:

- лапароскопическую аппендэктомию можно проводить при катаральном, флегмозном, гангренозном и перфоративном аппендиците; щадящий, практически безболезненный метод;
- быстрый восстановительный послеоперационный период;
- маловероятно возникновение грыжи из-за малых повреждений мышечной ткани;
- с помощью лапароскопии можно диагностировать болезнь, оценить состояние аппендикса и окружающих его органов;

- эстетически более привлекательная процедура, которая не оставляет грубых следов и шрамов.

Операция по удалению аппендицита производится с минимальным нарушением целостности брюшной стенки. Для этого делают три прокола-разреза небольшого размера:

- На 1 сантиметр выше пупка;
- На 4 см ниже пупочного кольца;
- В нижнем правом квадранте живота, в зависимости от расположения аппендикса в брюшной полости.

Через верхний разрез в полость вводится лапароскоп, с помощью которого производится ревизия органов, их диагностика. При обследовании появляется возможность осмотра:

- печени,
- желчного пузыря,
- мочевого пузыря,
- матки и яичников,
- тонкой кишки,
- участка толстого кишечника.

Главной задачей манипуляции является уточнение положения червеобразного отростка, который в 60% случаев имеет нетипичное расположение. При обычной операции в таких случаях для получения достоверного результата возникает необходимость расширения разреза.

После осмотра через нижний разрез вводятся атравматические щипцы, которыми захватывается червеобразный отросток в основании и за верхушку. После этого пережимается брыжейка, производится ее коагуляция электротоком с последующим пересечением.

Просвет аппендикса пережимается клипсами или лигатурами, после чего отросток отсекается электрохирургическим инструментом. С помощью троакара его извлекают из брюшной полости, при

необходимости устанавливают дренаж, зашивают разрезы, накладывая по одному шву.

В случае наличия воспалительного процесса и появления инфицированной жидкости в просвете брюшной полости производится ее удаление и обработка антисептическими препаратами.

В ходе операции возможен переход на методику открытого вмешательства – показанием к этому служит наличие разлитого перитонита, при котором требуется тщательная санация брюшной полости.

После операции пациентов доставляют в палату восстановления. Медицинская бригада будет следить за жизненно важными показателями, такими как частота сердечных сокращений и дыхание. Выздоровление пациента будет зависеть от типа сделанной операции и типа анестезии, которую он перенёс. Когда кровяное давление, пульс и дыхание стабилизируются, пациент проснется с небольшим дискомфортом.

Лапароскопическая аппендэктомия может выполняться в амбулаторных условиях. В этом случае пациента должны выписать и отправить домой из палаты выздоровления в тот же день. Но если возникнут какие либо осложнения то пациента оставляют в стационаре под наблюдениям. При необходимости пациент будет получать обезболивающее. Это может быть по рецепту или у медсестры.

Пациенту разрешается вставать с постели через несколько часов после лапароскопической операции или на следующий день после открытой операции (в зависимости от периода восстановления). Через несколько часов после операции пациенту разрешено пить жидкость.

После амбулаторной аппендэктомии пациент должен прийти к своему врачу. Часто это происходит через 2–3 недели после операции.

После лапароскопической аппендэктомии мы провели анализ восстановления пациентов и сравнили результаты. В нашем исследовании приняло участие 72 пациента, которым провели операцию по удалению аппендикса. Пациентов разделили на 2 группы: у 1-й группы осложнений

после операции не возникло (48 пациентов), и они провели послеоперационный период амбулаторно, а 2-я группа пациентов – те, у которых возникли осложнения (24 пациентов) в процессе операции или они составляли группу риска возникновения послеоперационных осложнений.

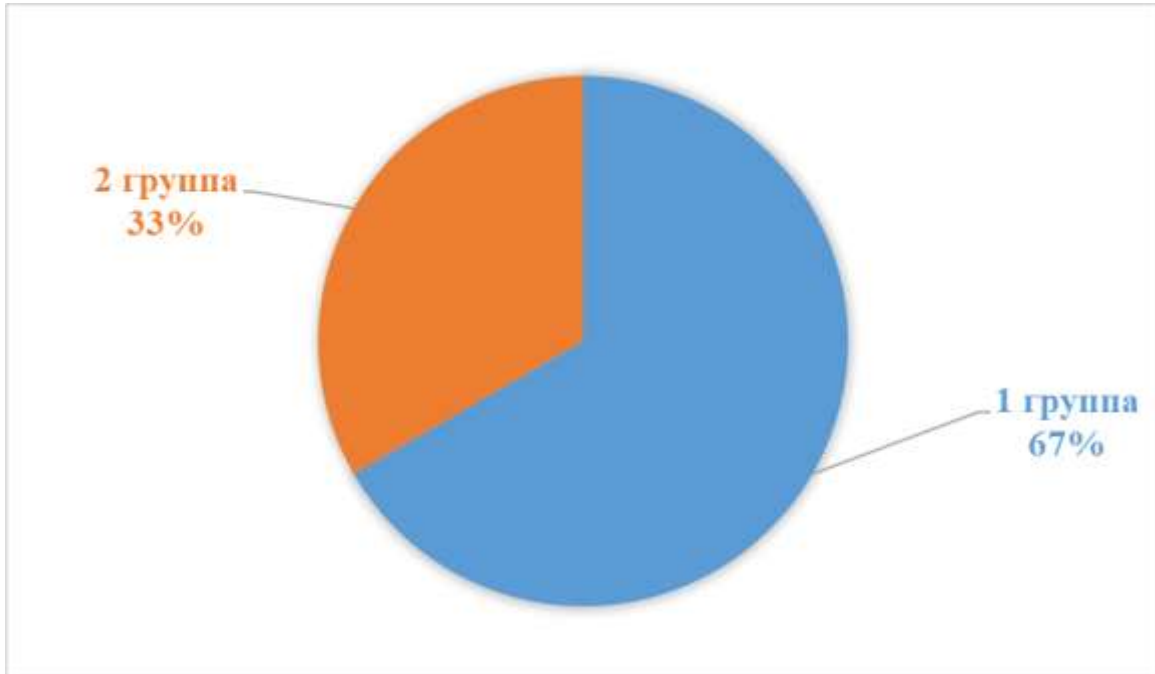


Рисунок 5.3. Соотношение количества пациентов, которым проведена лапароскопическая аппендэктомия, и они могут проводить послеоперационный период амбулаторно (1-я группа), и тех пациентов, у которых возникли осложнения или у них был высокий риск возникновения осложнений, и им пришлось проходить послеоперационный период в стационаре (2-я группа).

ГЛАВА 7

ОЦЕНКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Определение необходимого времени для восстановления больных после лапароскопических операций в амбулаторной хирургии.

Для оценки количества осложнений у хирургических пациентов амбулаторной хирургии в послеоперационном периоде мы провели анкетирование врачей, которое включало:

Первая часть – вопросы, которые помогали определить количество осложнений после операции и риски возникновения осложнений после операции.

Вторая часть – врачи решали вопрос о том, отправлять пациента домой на амбулаторное лечение, или оставить пациента в стационаре до полного восстановления.

В наше исследование входило 3 группы пациентов амбулаторной хирургии.

1. Первая группа – после лапароскопической холецистэктомии. Мы провели анализ восстановления пациентов (56 человек) и сравнили результаты. При анализе данных пациенты были разделены на тех, кого выписывали домой в первый день после операции (45), и тех, кого оставляли в стационаре, так как их состояние было нестабильное (11).

2. Вторая группа – после удаления грыжи. Мы провели анализ восстановления пациентов (47) и сравнили результаты. При анализе данных пациенты были разделены на тех, кого выписывали домой в первый день после операции (41), и тех, кого оставляли в стационаре, так как их состояние было нестабильное (6).

3. Третья группа – после лапароскопической апендэктомии. Мы провели анализ восстановления пациентов (72) и сравнили результаты. При анализе данных пациенты были разделены на тех, кого выписывали домой в первый день после операции (48), и тех, кого оставляли в стационаре, так как их состояние было нестабильное (24).

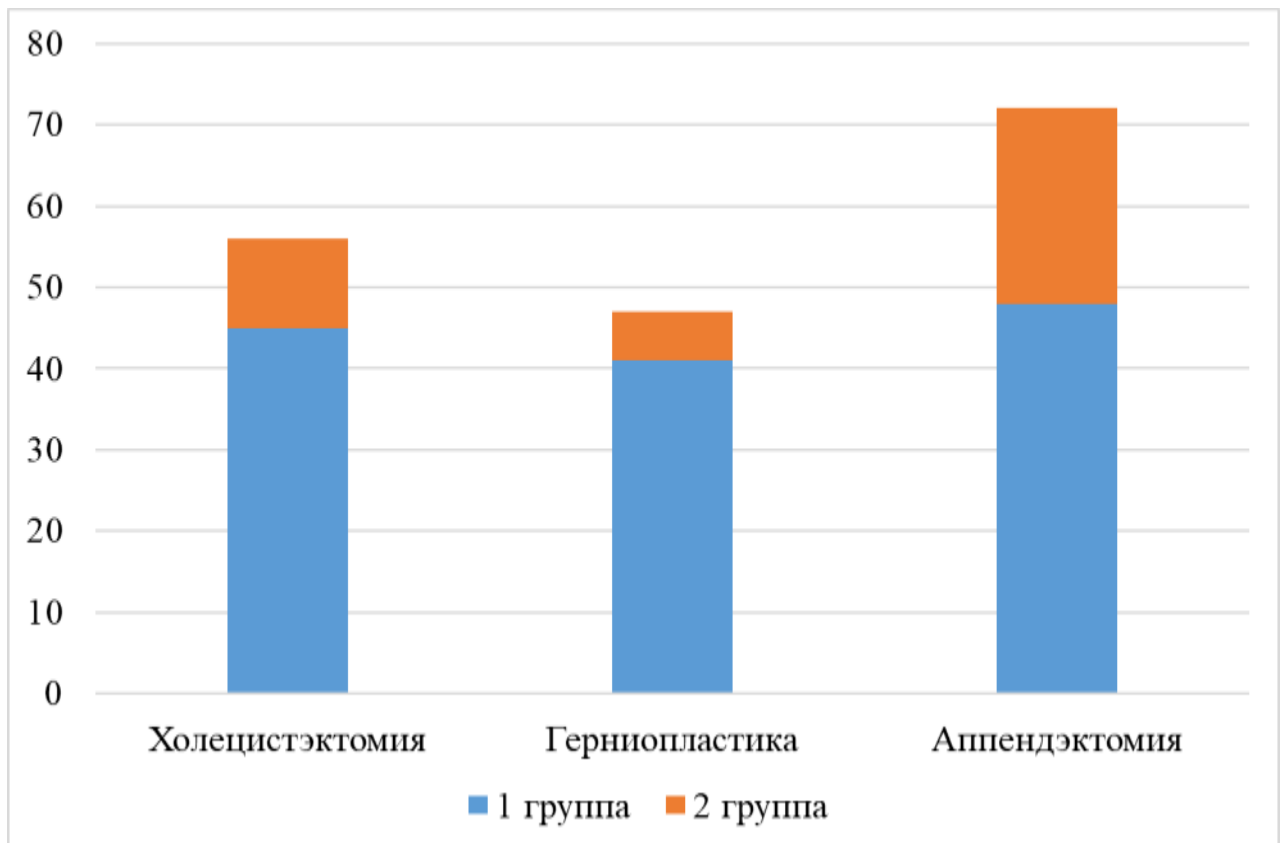


Рисунок 6.1. Соотношение количества пациентов, которые прошли лапароскопическую холецистэктомию, герниопластику, апендэктомию и могут проводить послеоперационный период амбулаторно (1 группа), и тех, у кого возникли осложнения, и им пришлось проходить лечение в стационаре (2 группа).

Анализируя наличие связи между хирургическими больными с различными заболеваниями и частоты возникновения у них послеоперационных осложнений, мы видим наибольшее количество

осложнений при выполнении аппендэктомии и наименьшее количество при герниопластике. Это напрямую связано со сложностью предстоящей операции.

Также очень большое значение в пользу амбулаторной хирургии имеет правильный отбор пациентов, у которых наименьший риск развития осложнений в процессе операции. Особое внимание нужно уделять малоинвазивным методам в хирургии, поскольку именно они обеспечивают короткий период восстановления. Врачи-хирурги амбулаторной хирургии также отметили, что они применяют малоинвазивные методы кроме лечения грыж, желчекаменной болезни, аппендицита в лечении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки (в том числе — осложнения язвенной болезни); гинекологии; урологии; проктологии; травматологии; лечении варикозной болезни; лечении ожирения; лечении опухолевых заболеваний.

Учитывая мнение хирургов амбулаторной хирургии, мы провели сравнительный анализ малоинвазивных и полостных операций по срокам пребывания пациента в стационаре, срокам выздоровления, особенностям послеоперационного рубца, степени болевых ощущений после операции, наличию спаек в брюшной полости.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЙ

	ЛАПАРОСКОПИЯ	ОТКРЫТАЯ ОПЕРАЦИЯ
Сроки пребывания в стационаре после операции	1 – 3 дня	7 – 10 дней
Сроки выздоровления	Максимум 1 неделя	3 – 4 недели
Послеоперационный рубец	3-4 маленьких точки	Рубец длиной от 20 до 30 см
Боль после операции	Минимальная	Значительная
Спайки в брюшной полости после операции	Нет	Обычно выраженные

Рисунок 6.2. Сравнительный анализ малоинвазивных и полостных операций.

Необходимо отметить также значимую для пациентов подробность безопасности — операции проходят в условиях идеальной стерильности. На протяжении десятилетий лапароскопия чаще всего применялась для удаления аппендицита, диагностики и хирургического лечения в гинекологии. С развитием технологий и появлением высокоточной видеотехники малоинвазивные методики стали применять для более широкого круга хирургических вмешательств. А возможность получать изображение оперируемой области на видеомониторе произвела революцию в хирургии.

На вопрос «В чем преимущества методов малоинвазивной хирургии?» врачи отмечали следующие факторы:

- Операция без широких разрезов и швов — отличный лечебный и косметический эффект.
- Минимальная травматизация тканей и органов.
- Отсутствие болевого синдрома в послеоперационный период.
- Короткий срок госпитализации.

- Короткий период восстановления.
- Высокая степень безопасности.
- Снижение риска инфекции.

ВЫВОДЫ

1. Изучены принципы и особенности проведения амбулаторной хирургии, изучены факторы, по которым подбирают соответствующих больных для хирургии одного дня.
2. Изучены все положительные и отрицательные аспекты амбулаторной хирургии и влияние развития малоинвазивной хирургии на возможности хирургии одного дня.
3. Определены особенности сестринского процесса при уходе за больными в амбулаторной хирургии и их роль в проведении хирургических манипуляций малоинвазивных вмешательств.
4. Проанализированы особенности проведения предоперационного периода в хирургии одного дня для пациентов с различными заболеваниями.
5. Изучены основные аспекты постоперационного периода в амбулаторной хирургии и критерии отбора в стационар.
6. Проведен опрос врачей, которые принимали участие в распределении больных в стационар или отправляли пациентов домой в тот же день после операции.
7. Определены принципы восстановления больных после аппендэктомии, холецистэктомии и герниопластики.
8. Выделены ключевые факторы операции, при которых предстоящий послеоперационный период будет наиболее благоприятным для пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Agresta F., Campanile F.C., Vettoreto N., et al. Laparoscopic cholecystectomy: consensus conference-based guidelines. *Langenbeck's Arch. Surg.* 2015;400(4):429–453. article no. 1300.
2. Alvarez C, Voitk AJ. The road to ambulatory laparoscopic management of perforated appendicitis. *Am J Surg.* 2000;179:63–6.
3. Aslam TM, Gilmour D, Hopkinson S, et al. The development and assessment of a self-perceived quality of vision questionnaire to test pseudophakic patients. *Ophthalmic Epidemiol.* 2004;11:241–53.
4. Barone MA, Hutchinson PL, Johnson CH, et al. Vasectomy in the United States, 2002. *J Urol.* 2006 Jul;176(1):232-6; discussion 236.
5. Carradice D, Mekako AI, Hatfield J, et al. Randomized clinical trial of concomitant or sequential phlebectomy after endovenous laser therapy for varicose veins. *Br J Surg.* 2009;96(4):369–375. doi: 10.1002/bjs.6556.
6. Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. In: Chinn PL, editor. *Nursing Research Methodology.* Aspen Publications; Boulder, CO: 1986. pp. 237–257.
7. Colvin AC, Egorova N, Harrison AK, et al. National trends in rotator cuff repair. *J Bone Joint Surg Am* 2012;94:227-233.
8. Cross W, Chandru Kowdley G. Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: a safe same-day surgery procedure? *Am Surg.* 2013;79(8):802-5.
9. Demeure MJ, Fain MJ. The elderly surgical patient and postoperative delirium. *J Am Coll Surg* 2006; 203: 752–7.
10. Echigoya Y, Kato H. [Causes of postoperative delirium after abdominal surgery in elderly patients.] *Masui* 2007; 56: 932–6.
11. Felix EL, Michas CA. Laparoscopic hernioplasty. TAPP vs. TEP. *Surg Endosc.* 2015;9(9):984–989.

12. Fitzgibbons RJ. Laparoscopic inguinal herniorrhaphy. SAGES 2012 Postgraduate Course. Washington, DC, April 2012.
13. Fleisher LA, Pasternak LR, Herbert R, et al. Inpatient hospital admission and death after outpatient surgery in elderly patients: importance of patient and system characteristics and location of care. *Arch Surg* 2004; 139: 67–72.
14. Frazee RC, Abernathy SW, Davis M, et al. Outpatient laparoscopic appendectomy should be the standard of care for uncomplicated appendicitis. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;76(1):79-82.
15. Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet*. 2003;362(9397):1749–1757.
16. Gilliam AD, Anand R, Horgan LF, et al. Day case emergency laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc*. 2008;22:483–6.
17. Grelpois G, Sabbagh C, Cosse C, et al. Management of uncomplicated acute appendicitis as day case surgery: feasibility and a critical analysis of exclusion criteria and treatment failure. *J Am Coll Surg*. 2016;223:694–703.
18. Hickman LC, Kotlyar A, Shue S, et al. Hemostatic techniques for myomectomy: an evidence-based approach. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016;23(4):497–504. doi: 10.1016/j.jmig.2016.01.026.
19. Husted H, Lunn T H, Troelsen A, et al. Why still in hospital after fast-track hip and knee arthroplasty? *Acta Orthop* 2011; 82 (6): 679–84.
20. Johansson M, Thune A, Nelvin L, Lundell L: Randomized clinical trial of day care versus overnight-stay laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. 2006, 93: 40-45. 10.1002/bjs.5241.
21. Kozak L.J., Hall M.J., Pokras R., Lawrence L. Ambulatory surgery in the United States, 1994. *Adv. Data*. 1997;(283):1–15. Mar 14.
22. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care

- physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297(8):831–841.
23. Krishna S, Hughes LF, Lin SY. Postoperative hemorrhage with nonsteroidal anti-inflammatory drug use after tonsillectomy: a meta-analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129:1086–9.
 24. Laine C, Williams SV, Wilson JF. In the clinic. Preoperative evaluation. *Ann Intern Med*. 2009;151(1):2–16.
 25. Lefrancois M, Lefevre JH, Chafai N, et al. Management of acute appendicitis in ambulatory surgery: is it possible? How to select patients? *Ann Surg*. 2015;261:1167–72.
 26. Lemos, P., et al. (2003) The economic benefits of ambulatory surgery relative to inpatient surgery for laparoscopic tubal ligation. *Journal of Ambulatory Surgery*, 10, 61–65.
 27. Limb, R.I., et al. (2000) The pain of haemorrhoidectomy: a prospective study. *Journal of Ambulatory Surgery*, 8, 129–134.
 28. Markland, D. & Hardy, L. (1993) Anxiety, relaxation and anaesthesia for day case surgery. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 493–504.
 29. Minatti, W.R. et al. (2002) Postoperative outcomes in ambulatory surgery: are they the same, worse or better? *Journal of Ambulatory Surgery*, 10, 17–19.
 30. Mitchell, M.J. (2000) Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 8 (1), 19–29.
 31. Nagpal K, Vats A, Ahmed K, Vincent C, Moorthy K. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: a feasibility study. *Ann Surg*. 2010;252(2):402–407.
 32. National Clinical Guideline Centre (UK) *Varicose Veins in the Legs: The Diagnosis and Management of Varicose Veins*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2013.
 33. Naylor MD. Advancing high value transitional care: the central role of nursing and its leadership. *Nurs Adm Q*. 2012;36(2):115–126.

34. Odom-Forren, J. & Moser, D.K. (2005) Postdischarge nausea and vomit-ing: a review of current literature. *Journal of Ambulatory Surgery*, 12, 99–105.
35. Pearson, A., Richardson, M. & Cairns, M. (2004) ‘Best practice’ in day surgery units: a review of the ev idence. *Journal of Ambulatory Surgery*, 11, 49–54.
36. Phillips EH, Carroll BJ, Fallas MJ. Laparoscopic preperitoneal inguinal hernia repair without peritoneal incision: technique and early clinical results. *Surg Endosc*. 2013;7(3):159–162.
37. Pourhassan S. [Postoperative delirium.] *Chirurg* 2006; 77: 858–60.
38. Sabbagh C, Brehant O, Dupont H, et al. The feasibility of short-stay laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: a prospective cohort study. *Surg Endosc*. 2012;26:2630–8.
39. Sauaia A, Min SJ, Leber C, et al. Postoperative pain management in elderly patients: correlation between adherence to treatment guidelines and patient satisfaction. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 274–82.
40. Stoppa RE, Warlaumont CR. The preperitoneal approach and prosthetic repair of groin hernia. In Nyhus LM, Condon RE (eds): *Hernia*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 2019:199–225.
41. Transitions of care: the need for a more effective approach to continuing patient care. The Joint Commission; [Accessed May 22, 2015]. *Hot Topics in Health Care*. Updated 2012.