



М.С. Кривеня

ХИРУРГИЯ



ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ КОЛЛЕДЖЕЙ

М.С. КРИВЕНЯ

ХИРУРГИЯ

Допущено
Министерством образования Республики Беларусь
в качестве учебного пособия
для учащихся учреждений образования,
реализующих образовательные программы
среднего специального образования
по специальности «Лечебное дело»

2-е издание, стереотипное



Минск
«Вышэйшая школа»

УДК 617-089(075.32)
ББК 54.5я723
К82

Рецензенты: цикловая комиссия № 7 УО «Могилевский государственный медицинский колледж» (А.М. Майстров); заведующий кафедрой общей хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет» доктор медицинских наук, профессор С.А. Алексеев

Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства

Кривеня, М. С.

К82 Хирургия : учеб. пособие / М. С. Кривеня. 2-е изд., стереотип. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – 413 с.: ил. ISBN 978-985-06-2399-7.

Излагается материал с акцентом на оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Учебное пособие состоит из двух частей. В первой части освещаются вопросы общей хирургии, современные подходы к профилактике хирургической инфекции. Вторая часть посвящена вопросам частной хирургии.

Первое издание вышло в 2012 г.

Для учащихся учреждений среднего специального образования медицинского профиля по специальности «Лечебное дело». Также будет полезно практикующим врачам нехирургических специальностей, начинающим хирургам и хирургам амбулаторно-поликлинического звена.

УДК 617-089(075.32)
ББК 54.5я723

ISBN 978-985-06-2399-7

© Кривеня М.С., 2012
© Оформление. УП «Издательство
«Вышэйшая школа»», 2012

ВВЕДЕНИЕ В ХИРУРГИЮ

Хирургия – раздел медицины, изучающий заболевания, основным методом лечения которых является операция.

Хирургические болезни (хирургическая патология) – заболевания, при которых происходят необратимые изменения в тканях и органах, устранить которые с помощью медикаментов не всегда возможно и излечения пациента можно добиться только с помощью операции.

Оперативному лечению предшествует большая диагностическая работа, основанная на сборе анамнеза, тщательном осмотре, применении различных лабораторных и инструментальных методов исследования, консультациях со специалистами других профилей, проведении медикаментозного лечения. Возможность хирургической деятельности обеспечивается инженерно-технической службой, службой быта и питания.

В настоящее время хирургия достигла значительных успехов. Нет того органа, которого не касалась бы рука хирурга. Еще Гиппократ (IV в. до н. э.) пытался лечить больных хирургическим путем (удаление осколков, зубов, остановка кровотечения прижиганием и др.). Развитие хирургии тормозилось большим количеством осложнений и высокой смертностью после проводимых операций от болевого *шока*, *кровопотери* и *нагноения ран*. Как наука хирургия начинает формироваться в XIV в., но только в XIX в. после открытия способов обезболивания и понимания причин нагноительных процессов ран она бурно развивается.

В 1800 г. английский химик Г. Деви описал явление опьянения и судорожного смеха при вдыхании закиси азота, названной потом веселящим газом. В 1844 г. он применен в качестве обезболивающего средства в зубоврачебной практике. Это положило начало эре обезболивания. В 1846 г. открыты обезболивающие свойства эфира. У. Мортон впервые употребил эфир при удалении опухоли подчелюстной области. Н.И. Пирогов во время Крымской войны применял более 10 000 раз эфирный наркоз и разработал стадии эфирного наркоза. Он также применил иммобилизацию, изучал раневую инфекцию (миазмы), положил начало топографической анатомии. В 1847 г. для обезболивания применен хлороформ.

Венгерский акушер И. Земмельвейс в 1847 г. стал использовать хлорную воду для дезинфекции. Английский хирург

Дж. Листер доказал, что причиной нагноения являются живые микроорганизмы, попадающие в рану, и предложил для обеззараживания кожи пользоваться карболовой кислотой. В 1865 г. он ввел в практику термины «антисептика» и «асептика». Э. Бергман разработал приемы уничтожения микробов на белье, перевязочном материале, инструментарии.

В 1873 г. В. Эсмарх предложил для остановки кровотечения применять жгут. В 1880–1890-е гг. Т. Кохер, И. Микулич, Ж. Пеан применили кровоостанавливающие зажимы. В 1901 г. К. Ландштайнером открыты группы крови (I – III). В 1905 г. синтезирован новокаин. В 1907 г. Я. Янским открыта IV группа крови. В 1940 г. открыт реzus-фактор.

В России хирургия получила развитие со времен Петра Великого, по указу которого в 1706 г. в Москве был открыт госпиталь, а при нем первая в России медико-хирургическая школа. Весомый вклад в развитие хирургии внесли Н.И. Пирогов, А.В. Федоров, Н.Н. Бурденко, А.В. Вишневский, Н.В. Склифасовский, С.И. Спасокукоцкий, работы которых получили мировое признание.

В Минске первое медицинское учебное заведение – фельдшерско-акушерская школа – открыто только в 1908 г. В 1914 г. в Минской губернии хирургические отделения имелись в 8 уездных больницах, в 1925 г. в Белоруссии работали всего 45 хирургов.

В 1922 г. открыт медицинский факультет при БГУ, реорганизованный в МГМИ в 1930 г., а с 1932 г. начал свою историю БелГИУВ – теперешняя Белорусская медицинская академия постдипломного образования.

Значительные достижения в развитии отечественной хирургии принадлежат П.Н. Маслову, Т.Е. Гнилорыбову, Л.В. Авдею, И.Н. Гришину, А.В. Шотту, Н.Н. Александрову, Н.Е. Савченко и многим другим.

После преобразования республики в самостоятельное государство все виды оказываемой хирургической помощи сохранились, но стало необходимо развивать те направления, по которым помощь ранее оказывалась в масштабах СССР, – пересадку органов, микрохирургию глаза, протезирование суставов, сосудистую и малоинвазивную хирургию.

За разработку метода хирургического лечения сахарного диабета коллектив хирургов во главе с профессором С.И. Третьяком удостоен Государственной премии. В Республике гигантскими шагами развивается трансплантология, успешно выполняются пересадки сердца, печени.

Современная хирургия – научно обоснованная область медицинских знаний. В ней выделился ряд направлений и специальностей: легочная и кардиохирургия, нейрохирургия, челюстно-лицевая и офтальмохирургия, онкохирургия, урология, гинекология, травматология, комбустиология, сосудистая хирургия, проктология, косметология и т.д. Созданы и создаются центры специализированной хирургии: трансплантологии, детской хирургии, микрохирургии глаза, онкологии, сердечно-сосудистой, костно-суставного туберкулеза, инструментальной малоинвазивной хирургии и др.

Раздел 1

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

Структура хирургической службы. Организация экстренной хирургической помощи

Структура хирургической службы. Учреждения здравоохранения, в которых оказывается хирургическая помощь, делятся на два вида: амбулаторно-поликлинические и стационарные. К *амбулаторно-поликлиническим* относятся кабинеты и отделения поликлиник, а также станции скорой и неотложной помощи. В *стационарах* выделяются многопрофильные и специализированные хирургические отделения.

Неоценимую помощь хирургической службе оказывают РНПЦ, кафедры медуниверситетов, республиканские, областные и городские консультативные и лечебные центры. Административное руководство в масштабах республики осуществляется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Основными рабочими единицами являются хирургические кабинеты и отделения поликлиник, общехирургические и специализированные отделения стационаров.

Каждое хирургическое отделение в своей структуре помимо палат, служебных и подсобных помещений имеет:

- перевязочную (в некоторых отделениях чистую и гнойную отдельно);
- операционную с предоперационной и наркозной, санпропускник, комнаты для хранения инструментария, приготовления материала и др.;
- процедурную;
- в травматологических отделениях – гипсовальную, оснащенную необходимым оборудованием: стол для наложения гипсовых повязок, приспособления для вправления переломов и прочее, комнату для хранения гипса;
- в стационарах (поликлиниках), в которых нет централизованных стерилизационных, – помещения для стерилизации инструментария (стерилизационные) и материала (автоклавные).

При хирургических кабинетах поликлиник также обязательно должны быть чистая (операционная) и гнойная перевязочные, подсобные помещения для хранения инструментов, аппаратуры и перевязочного материала. Новые поликлиники строятся с современными, хорошо оснащенными операционными блоками.

Операционный блок отделен от других помещений отделения, и посещение его диктуется только производственной необходимостью. По строгости соблюдения требований санэпидрежима в нем выделяют зоны *стерильного режима* (операционная, предоперационная, стерилизационная), *строгого режима* (санпропускники, аппаратные и др.), *общего режима* (технические помещения).

В составе операционного блока есть операционные, предоперационные, санпропускники, комнаты для хранения инструментария, приготовления и хранения перевязочного материала.

В тех стационарах и отделениях, где нет чистых и гнойных отделений (операционных, перевязочных), соблюдается очередность операций и перевязок: вначале выполняются чистые и только после них – гнойные.

Во всех стационарах, где имеются хирургические отделения, есть отделения интенсивной терапии и реанимации (ОИТР), имеющие в своем составе палаты, реанимационный зал и обязательно изолятор. ОИТР – наиболее технически оснащенное и обеспеченное медикаментами отделение, требующее повышенного внимания к пациентам со стороны медперсонала и соответствующей квалификации специалистов.

Организация экстренной хирургической помощи. Экстренная хирургическая патология требует неотложных мероприятий по спасению жизни пациентов, поэтому имеет ряд особенностей. Среди них следующие:

- круглосуточная готовность к приему больных и выполнению необходимых оперативных вмешательств, причем готовность обеспечивается в дневное время заведующими и старшими сестрами кабинетов, отделений;
- максимальная приближенность медицинской помощи к пострадавшим, так как фактор времени играет существенную роль (сроки госпитализации от начала заболевания или травмы сильно влияют на летальность);
- достаточное обеспечение санитарными транспортными средствами (авто, авиация и др.);
- четкое ведение документации, особенно при чередовании этапов оказания помощи, с отражением всех изменений у пациента, диагноза и объема оказания помощи на каждом этапе;
- санитарно-просветительная работа – она сильно влияет на своевременность обращения за помощью, а также на уровень оказания само- и взаимопомощи;

- строгое соблюдение действующих приказов и инструкций по оказанию неотложной хирургической помощи.

Амбулаторная хирургия. ФАП

Амбулаторная хирургия. По количеству обратившихся пациентов объем амбулаторной хирургической помощи значительно превышает стационарный (80–90 %) и является первым этапом в распознавании и лечении разнообразных заболеваний. Именно здесь часто определяется не только исход болезни, но и судьба пациента. Основное ее назначение:

- оказание плановой и экстренной помощи пациентам, не нуждающимся в госпитализации;
- быстрая ориентировка в диагностике разнообразных заболеваний и повреждений с оказанием полноценной хирургической помощи;
- первоначальная диагностика патологии, требующей стационарного лечения;
- обследование и подготовка пациентов к операции с направлением по назначению;
- долечивание оперированных пациентов;
- профилактические осмотры населения района обслуживания и диспансерное наблюдение по группам риска;
- санитарно-просветительная работа;
- лечение и патронаж на дому;
- решение вопросов ВТЭ и реабилитация пациентов.

Объем и порядок оказываемой помощи зависят от характера выявленной патологии. Экстренные пациенты, требующие госпитализации, направляются в стационары по району обслуживания. Пациенты, нуждающиеся в плановой операции, обследуются, санируются по сопутствующей патологии и направляются по графику или согласованию в соответствующее профильное хирургическое отделение стационара. Одновременно ведется первичный прием и долечивание повторных пациентов.

Хирургические кабинеты амбулаторно-поликлинической сети по своему назначению и структуре отличаются мало: комната для приема пациентов, перевязочные чистая (операционная) и гнойная, помещения для стерилизации инструментария, хранения оборудования. Амбулаторно лечатся пациенты, которые не нуждаются в госпитализации. В хирургических отделениях поликлиник производятся небольшие по объему опера-

тивные вмешательства как экстренные (вскрытие абсцессов), так и плановые (удаление атером, липом и др.), осуществляются лечебная иммобилизация, перевязки. Плановые операции выполняются в специально выделенные часы, дни. Объем оказываемой помощи, оснащение, штаты зависят от мощности лечебного учреждения и числа посещений в день. В поликлиниках, где не менее шести хирургических должностей, создаются хирургические отделения. В настоящее время при ряде поликлиник имеются дневные стационары с хорошо оснащенными операционными.

Основным медицинским документом является амбулаторная карта пациента, имеющая не только медицинское значение, но и юридическое, поэтому качество ведения ее определяет не только исход заболевания, но нередко и благополучие лечащего медработника. «Любая запись в амбулаторной карте может превратиться в судебно-медицинский документ, который в случае конфликта между больным, его родственниками и лечебным учреждением должен помочь подтвердить или опровергнуть доводы одной из сторон» (Н.И. Краковский, Ю.Я. Грицман).

Важную роль в работе хирургического кабинета играют медицинские сестры, ведущие разнообразную документацию, регистрацию, выполняющие перевязки и другие манипуляции, контролирующие и поддерживающие санитарно-эпидемиологический режим. На одного хирурга положено по штату две медицинские сестры. Одна из них оформляет необходимую документацию, другая – обеспечивает работу перевязочной, делает под наблюдением врача менее сложные перевязки и ассистирует при выполнении более сложных.

Одной из важнейших обязанностей амбулаторно-поликлинической хирургии является оказание помощи на дому. Обычно это пациенты с повреждением нижних конечностей, заболеванием периферических сосудов, нуждающиеся в симптоматической терапии. На долю хирургов приходится до 5–10% всех посещений на дому. Вызов хирурга на дом проводится самим больным, его родственниками по телефону либо участковым врачом. Первичные вызовы хирург осуществляет с медсестрой, перевязки выполняет сестра.

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). В сельской местности первичным (доврачебным) звеном здравоохранения является ФАП. Он входит в состав сельского врачебного участка. В нем под руководством участковой больницы (амбулатории) осуществляется комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий на определенной территории.

Штат ФАПа состоит из заведующего (фельдшера), медицинской сестры (патронажной медсестры) и санитарки.

Помещение ФАПа состоит не менее чем из трех комнат, предусматривается несколько коек для рожениц, комната для временного пребывания инфекционных больных. Оснащение ФАПа предназначено для обеспечения первичной медицинской помощи, в том числе и акушерской. На ФАПе должны быть иглодержатель и хирургические иглы, пинцеты, зажимы, ножницы, скальпели, корнцанги, трахеостомические трубки, шприцы, иглы, оборудование для стерилизации инструментов. Также предусмотрены дыхательная аппаратура (РПА), кислородная подушка, маска, воздуховод, роторасширитель и языкодержатель, оборудование для простейших лабораторных исследований и предметы ухода за пациентами. Необходимые лекарственные средства содержатся в фельдшерском наборе и шкафу для медикаментов. При каждом ФАПе создается аптечный пункт 2-й категории, которым руководит фельдшер.

Персонал ФАПа оказывает амбулаторную помощь и помощь на дому, своевременно консультирует пациентов у врача и выполняет врачебные предписания. Врачебные консультации осуществляются по графику, составленному участковой больницей. Врач помимо консультаций осуществляет систематический надзор за качеством и своевременностью медицинской помощи на ФАПе. О днях приезда врача население оповещается заранее. Фельдшер присутствует на консультациях своих пациентов – это способствует повышению его квалификации.

Фельдшер обязан знать методы асептики и антисептики, уметь стерилизовать инструментарий и перевязочный материал, оказать помощь при всех видах кровотечений, обработать свежую рану, наложить и снять швы; при необходимости перевозки пострадавшего – осуществить транспортную иммобилизацию, уметь перевязать гнойную рану, катетеризировать мочевой пузырь. Фельдшер должен также знать экстренную хирургическую патологию, тактику при том или другом заболевании, принципы госпитализации, владеть знаниями реабилитации оперированных больных, основами реанимации и симптоматической терапии.

Фельдшер имеет право самостоятельно работать на ФАПе, в составе бригады скорой медицинской помощи, на здравпункте, в качестве медицинской сестры поликлиники и стационара.

При посещении больных на дому, в беседах с пациентами и их родственниками медперсонал обязан соблюдать правила этики и деонтологии.

Этика и деонтология в хирургии

Этика (от греч. – обычай, нрав, характер) – философская дисциплина, изучающая мораль, нравственность, т.е. правила поведения людей в обществе. Данный термин впервые ввел Аристотель.

Мораль (от лат. – нравственный) – особая форма общественного сознания и вид общественных отношений, один из основных способов регуляции действий человека в обществе с помощью норм.

Нравственность – воплощение морали в жизнь.

Медицинская деонтология (от греч. – наука о должном) – совокупность профессиональных, морально-этических и правовых принципов и правил, составляющих понятие «долг медицинского работника».

В повседневной трудовой деятельности приходится общаться с коллегами по работе, пациентами и их родственниками. Каждый пациент представляет собой не просто человека, а человека страждущего, и с этим необходимо считаться. «Нельзя лечить тело, не лечя душу» (Сократ).

На психологическое состояние пациента при соматическом заболевании оказывает влияние ряд факторов: боль, страх, потеря трудоспособности, нарушение привычного уклада жизни. Эмоциональный фон часто является причиной серьезных органических заболеваний. При возникновении недомогания пациент обращается к медработнику с надеждой, что будет услышан, что его поймут и протянут руку помощи, излечат, избавят от страданий. Задача медработника состоит в том, чтобы погасить отрицательные эмоции, вселить в пациента надежду на выздоровление, повысить и укрепить положительные эмоции. Вера в медработника – это уже половина, а в ряде случаев и все 100 % успеха в излечении пациента.

Факторы, оказывающие влияние на доверие к медработнику:

- внешний вид медработника;
- терпеливость;
- умение выслушать и вести диалог;
- участие. М.М. Пришвин писал: «По-видимому, все чудеса врачей сводятся к их силе внимания к больному». Особенно важно данное положение при общении с матерью больного ребенка;
- «святая ложь». С.П. Боткин писал: «Если обман помогает больному, то это уже не ложь, а отличное лекарство»; Н.А. Некрасов: «Не страшно умереть, страшно умирать»;

- обвинения в аггравации или симуляции;
- образ жизни медработника. Ни один уважающий себя пациент не доверит себя пьющему или наркоману. А.П. Чехов писал: «Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически»;
- соблюдение врачебной тайны – соблюдение личных интересов пациента (но не в ущерб окружающим его и обществу);
- умение убедить заболевшего в необходимости лечения в случае отказа от такового;
- конфликты с пациентом в быту до заболевания;
- родственные отношения с больным.

Самая распространённая причина, порождающая жалобы, – это недостаток внимания, уделяемого близким родственникам пациента при неблагоприятном исходе заболевания, ссылки на неудачное или неправильное действие коллег на предыдущем этапе. Такое поведение медработника – грубое нарушение положений деонтологии, поскольку умышленно провоцируется конфликтная ситуация.

Соблюдать правила деонтологии необходимо и при взаимоотношениях с коллегами по работе и подчинёнными. Всем известно, что настроение пациента, направляемого на лечение, во многом определяется престижем лечебного учреждения, который зависит от микроклимата в каждом отделении и больнице в целом. Доброжелательная атмосфера, доверие и взаимоподдержка сотрудников формируют у больных уверенность в положительном исходе заболевания и настраивают на выздоровление, а самих сотрудников настраивают на более полную реализацию своих способностей. У того, кто работает, всегда встречаются промахи и неудачи. Принцип деонтологии исключает обсуждение с пациентами и их родственниками товарищей по работе. Все замечания коллегам необходимо излагать доброжелательно и объективно, а замечания в свой адрес воспринимать без чрезмерного проявления самолюбия и честолюбия.

Понятие о хирургической инфекции

Хирургическая инфекция – гнойно-воспалительный процесс в организме, вызванный одним или несколькими возбудителями инфекции, и требующий хирургического вмешательства.

Различают инфекцию:

- аэробную (для жизнедеятельности микроба требуется кислород) и анаэробную (кислород действует на микроорганизм губительно);

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	3
Введение в хирургию	5
Раздел 1. ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ	8
Структура хирургической службы. Организация экстренной хирургической помощи	8
Амбулаторная хирургия. ФАП	10
Этика и деонтология в хирургии	13
Понятие о хирургической инфекции	14
Асептика и антисептика. Дезинфекция	21
Кровотечение. Гемостаз	29
Инфузии и трансфузии	35
Обезболивание	53
Предоперационный период	67
Послеоперационный период	72
Современные методы диагностики и лечения хирургических больных	74
Оперативная хирургическая техника	79
Пункции и инъекции	85
Открытая механическая травма (раны)	93
Дренажирование ран и полостей	99
Закрытая механическая травма	103
Синдром длительного сдавления	114
Десмургия	119
Термические поражения	139
Гнойная хирургическая инфекция	154
Аэробная гнойная хирургическая инфекция	156
Анаэробная хирургическая инфекция	168
Хроническая специфическая хирургическая инфекция	173
Хроническая неспецифическая хирургическая инфекция	176
Организация лечения больных с хирургической инфекцией	178
Местные трофические расстройства	180
Опухоли	184
Общие нарушения жизнедеятельности организма в хирургии и их лечение	196
Раздел 2. ЧАСТНАЯ ХИРУРГИЯ	206
Врожденная хирургическая патология	206
Повреждения и заболевания головы	216
Повреждения и заболевания шеи	228
Заболевания и повреждения пищевода	238
Повреждения грудной клетки и некоторые заболевания органов грудной полости	244
Повреждения и заболевания живота	263
Острый аппендицит	270
Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки	275

Заболевания желчного пузыря и желчных путей	286
Панкреатит	292
Повреждения и заболевания селезенки	295
Кишечная непроходимость	297
Перитонит	302
Грыжи живота	306
Заболевания прямой кишки	311
Патология сосудов	319
Повреждения и заболевания мочеполовых органов	330
Повреждения позвоночника	342
Повреждения таза	349
Малоинвазивная (эндоскопическая) хирургия	356
Трансплантология	357
Пластическая и восстановительная хирургия. Косметология	358
Дегенеративно-дистрофические заболевания и деформации конечностей	359
Важнейшие признаки острой хирургической патологии, обеспечивающие постановку диагноза на догоспитальном этапе	363
Приложения	374
<i>Приложение 1</i>	374
<i>Приложение 2</i>	385
<i>Приложение 3</i>	399
<i>Приложение 4</i>	405
Литература	410

Учебное издание

Кривеня Михаил Семенович

ХИРУРГИЯ

Учебное пособие

2-е издание, стереотипное

Редактор *Т.К. Хваль*
Художественный редактор *В.А. Ярошевич*
Технический редактор *Н.А. Лебедевич*
Корректор *Т.К. Хваль*
Компьютерная верстка *А.А. Нечая*

Подписано в печать 10.01.2014. Формат 84×108/32. Бумага офсетная. Гарнитура «Times New Roman». Офсетная печать. Усл. печ. л. 21,84 + 0,84 цв. вкл. Уч.-изд. л. 22,05. Тираж 1200 экз. Заказ 29.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Вышэйшая школа”». ЛИ № 02330/0494062 от 03.02.2009. Пр. Победителей, 11, 220048, Минск. e-mail: market@vshph.com <http://vshph.com>

Филиал № 1 открытого акционерного общества «Красная звезда». ЛП № 02330/0494160 от 03.04.2009. Ул. Советская, 80, 225409, Барановичи.