

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

шпаргалки



Используй сам,
передай 5 одноклассникам,
и будешь впереди всех
во время оценок.

Шпаргалки

Павел Мишинькин

Общая хирургия

«Научная книга»

Мишинькин П. Н.

Общая хирургия / П. Н. Мишинькин — «Научная книга»,
— (Шпаргалки)

Студенту без шпаргалки никуда! Удобное и красивое оформление, ответы на все экзаменационные вопросы ведущих вузов России.

© Мишинькин П. Н.

© Научная книга

Содержание

1. Асептика. Стериализация	5
2. Механическая антисептика	6
3. Физическая, химическая и биологическая антисептика	7
4. Предоперационный этап	8
5. Послеоперационный период. Осложнения в послеоперационном периоде	9
6. Хирургические операции	10
Конец ознакомительного фрагмента.	11

Павел Николаевич Мишинькин, Анна Юрьевна Неганова

Общая хирургия

1. Асептика. Стерилизация

Асептика представляет собой комплекс мер, направленных на предупреждение загрязнения операционной раны микроорганизмами. Принципы асептики осуществляются с помощью различных методов: химических, физических, биологических. Принципы асептики должны соблюдаться тщательно и неукоснительно, начиная с первого контакта больного с врачом в приемном отделении, с врачом скорой помощи. Для предупреждения попадания в рану инфекции на нее сразу же накладывается стерильная марлевая повязка. Основной задачей асептики в хирургическом стационаре является недопущение попадания в рану микробных агентов. Все контактирующие с раной инструменты, ткани, материалы, руки хирурга должны быть стерильными. Помимо предупреждения подобного пути попадания инфекции в рану, необходимо предупредить воздушно-капельный путь передачи инфекции.

Одним из основных моментов является организация работы стационара. Отделение гнойной хирургии – Это отделение должно быть изолированным от других отделений, медицинский персонал, сами больные не должны контактировать с больными из других отделений. Если же такого отделения в стационаре не предусмотрено, в отделении должны быть отдельные операционные, манипуляционные, перевязочные для больных гнойно-воспалительными заболеваниями. Помимо этого, известно, что содержание микроорганизмов в воздухе операционной в течение дня значительно увеличивается, поэтому крайне важно при работе в операционной переодеваться в стерильную одежду, использовать стерильные марлевые маски, шапочки, полностью ограничивая любую возможность попадания микроорганизмов в рану.

Стерилизация – это метод, направленный на устранение живых микроорганизмов и их спор с поверхности материалов, инструментов и иных предметов, вступающих в контакт с раневой поверхностью до, после и во время операционного вмешательства.

Стерилизации должны быть подвергнуты перевязочный материал, белье, шовный материал, резиновые перчатки, инструментарий. Различают следующие методы стерилизации.

1. Кипячение (длительность его зависит от вида загрязнения).

2. Обработка текучим паром или паром, подаваемым под давлением в специальном аппарате – автоклаве (для стерилизации загрязненного перевязочного материала, белья, халатов, бахил). Контроль над температурой в нем осуществляется различными методами. Одним из таких методов является помещение в бикс пробирок, содержащих вещества, температура плавления которых соответствует или несколько ниже необходимой температуры в стерилизационном аппарате. Плавление этих веществ свидетельствует о достижении необходимой для стерилизации температуры.

3. Бактерицидное действие ультрафиолетового излучения (для обеззараживания воздуха операционных, перевязочных и манипуляционных).

Бактерицидные лампы включаются в конце рабочего дня после уборки помещения на 3 ч, целесообразно проводить обработку лампами и в течение дня.

2. Механическая антисептика

Антисептика представляет собой совокупность химических, физических, биологических и иных мероприятий, направленных на уничтожение микроорганизмов в организме больного или в ране.

Механическая антисептика. Этот метод основан на удалении из раны микроорганизмов механическим способом. Основная манипуляция, направленная на достижение этой цели, – это первичная хирургическая обработка раны. Вначале кожные покровы вокруг раны очищают антисептиком, производят местное обезболивание, затем удаляют из раны все остатки нежизнеспособных тканей. Рану осушают стерильным ватным тампоном и промывают раствором антисептика. Края раны экономно иссекают, удаляя все нежизнеспособные ткани. Осматривая дно раны, устанавливают, имеется ли повреждение сосудов, нервных стволов, мышц. При наличии повреждения оценивают его степень и, если сосуд не подлежит восстановлению, производят перевязку сосуда в ране. Если же повреждение не столь значительно, выполняют сосудистый шов, восстанавливая его целостность. Аналогично производят восстановление нервных стволов, накладывают первичный шов нерва и сшивают края мышц. Если же первичная обработка раны произведена своевременно (не позже 24 ч после ранения) и вероятность осложнений незначительна, шов накладывают сразу после нее. Это первичный шов. Первично отсроченный шов накладывается на рану, если после получения ранения до проведения хирургической обработки прошло более 24 ч. В этом случае швы накладывают после хирургической обработки раны, но затягивают только через 5 дней, когда вероятность гнойных осложнений минимальна, но до появления грануляций. Если в ране уже имеются признаки, позволяющие заподозрить вероятность развития инфекции, рану оставляют открытой и накладывают шов только после появления первых грануляций. Это вторично отсроченный шов.

Широко известен метод механической антисептики, названный тампоном Микулича. Суть этого метода состоит в создании более благоприятных условий для удаления из раны дренирующих тампонов. Это улучшает отток содержимого и способствует более аккуратному удалению тампонов из раны. Для создания тампона Микулича необходимо к стерильной многослойной марлевой салфетке пришить нить. Образовавшуюся нишу заполняют стерильными ватными тампонами, которые необходимо своевременно удалять во избежание ухудшения эффективности оттока содержимого. Салфетку необходимо своевременно заменять.

3. Физическая, химическая и биологическая антисептика

Физическая антисептика. Физическим методом считается воздействие на рану ультрафиолетового спектра излучения, оказывающего бактерицидное воздействие на область раны.

Физические методы антисептики основаны на применении физических методов для уменьшения микробной контаминации раны. К подобным способам относят установку дренажей. Известно, что главнейшим условием для излечения от гнойной инфекции является удаление из очага гнойного экссудата. Основным правилом гнойной хирургии является создание двух разрезов – апертуры и контрапертуры. Первый разрез создается в месте наличия флюктуации, а другой (их может быть несколько) создается в нижнем отделе раны – для наилучшего оттока со дна раны.

В некоторых случаях на рану накладываются асептические марлевые повязки, обеспечивающие отток содержимого раны. Эффективность метода значительно повышается, если марлевая повязка пропитана гипертоническим раствором хлорида натрия. По градиенту концентрации отделяемое из раны (совместно с детритом) поступает в повязку, тем самым значительно улучшается дренаж раны.

Химическая антисептика. Химические методы антисептики представлены разнообразными химическими веществами, губительно действующими на рост и размножение бактерий. К таким веществам относятся, например, сульфаниламидные препараты.

Широко распространено в гнойной хирургии применение перекиси водорода в качестве антисептика. Механизм его действия смешанный.

Так, попадание перекиси водорода в рану и выделение кислорода в виде обильной пены, состоящей из мелких пузырьков, с одной стороны, оказывают неблагоприятное воздействие на микроорганизмы и вызывают их гибель, с другой стороны, способствуют механическому удалению гнойного содержимого и тканевого детрита из гнойной раны.

Биологическая антисептика. Биологические методы антисептики – в настоящее время самая обширная эффективная группа антисептических методов. Это и антибиотики – химические препараты, воздействующие бактерицидно и бактериостатически, причем в настоящее время акцент направлен на разработку антибиотиков, обладающих максимальной эффективностью и минимальными побочными эффектами. На ранних этапах заболевания до верификации микробов возбудителей могут быть применены антибиотики широкого спектра действия. Кроме этого, в эту группу средств входят бактериофаги, сыворотки и анатоксины.

Способы воздействия антисептических препаратов достаточно разнообразны. Так, широко распространены мази с использованием антисептических препаратов, сульфаниламидов, антибиотиков.

4. Предоперационный этап

Предоперационный период начинается с момента поступления больного на стационарное лечение и заканчивается к моменту начала непосредственно операции. Сам предоперационный период складывается из двух блоков, которые нередко (особенно в экстренной хирургии) невозможно разделить по времени. Это блок диагностических и блок подготовительных мероприятий. Во время диагностического этапа предоперационного периода должны быть достигнуты следующие цели: необходимо уточнить диагноз основного заболевания, наиболее полно собрать сведения о сопутствующих заболеваниях, выяснить функциональные возможности органов и систем пациента, определиться с тактикой ведения больного, при необходимости операции четко сформулировать показания к ней, определиться с необходимым объемом предстоящего оперативного вмешательства.

Подготовительный блок включает в себя следующие мероприятия: консервативные методы лечения основного заболевания, коррекцию нарушенных функций организма, направленных на подготовку к операции, непосредственную подготовку к операции.

Чтобы наиболее полно выполнить все требования обследования больного на диагностическом этапе, необходимо придерживаться определенного алгоритма. Провести и пройти:

1) предварительное обследование (подвергаются тщательному анализу жалобы, история жизни и болезни, которую у хронических больных прослеживают с момента начала заболевания, а у экстренных больных – с начала настоящего приступа);

2) полное физикальное обследование больного (пальпацию, перкуссию, аускультацию по всем требованиям);

3) необходимый минимум специальных методов обследования: биохимическое исследование крови и мочи, определение группы крови и Rh-фактора, времени свертывания крови и коагулограмму, осмотр стоматолога, ЛОР-врача, консультацию терапевта, уролога – для мужчин, гинеколога – для женщин, всем больным старше 40 лет – ЭКГ. При плановом лечении возможны также дополнительные исследования (с целью уточнения наличия сопутствующих заболеваний).

Длительность предоперационного периода может варьироваться в очень широких пределах – от нескольких минут до нескольких месяцев (в зависимости от срочности оперативного вмешательства). В последние годы наметилась тенденция к сокращению предоперационного вмешательства. В связи с высокой стоимостью дня пребывания больного в стационаре большинство мероприятий диагностического блока при плановых операциях проводят на амбулаторном этапе. Развивается даже целое направление амбулаторной хирургии, но об этом ниже. Итогом предоперационного периода является написание предоперационного эпикриза, в котором должны быть отражены следующие основные моменты: обоснование диагноза показателя к предполагаемому оперативному вмешательству и его объем, предполагаемое обезболивание и обязательно документально зафиксированное согласие больного на операцию.

5. Послеоперационный период. Осложнения в послеоперационном периоде

По времени выделяют:

- 1) ранний послеоперационный период (с момента окончания операции до 7 суток);
- 2) поздний послеоперационный период (после 10 суток).

Длительность послеоперационного периода может варьироваться у разных пациентов даже при однотипных операциях.

Первая стадия ОАС, или стадия тревоги длится в среднем от 1 до 3 суток.

Фаза резистентности, или анаболическая фаза, длится до 15 суток. В эту фазу начинают преобладать процессы анаболизма.

Анаболическая фаза плавно переходит в фазу ре-конвалесценции, или фазу восстановления массы тела.

В раннем послеоперационном периоде больного беспокоят, как правило, боли в области оперативного вмешательства, общая слабость, нарушение аппетита и нередко тошнота, особенно после вмешательств на органах брюшной полости, жажда, вздутие живота и метеоризм, температура тела может повышаться до фебрильных цифр (до 38 °С).

После экстренных вмешательств осложнения развиваются чаще. Из осложнений следует отметить:

- 1) кровотечение. Выполняют ревизию раны и перевязку кровоточащего сосуда;
- 2) осложнения со стороны дыхательной системы. Проявляются появлением одышки, цианоза, тахикардии;
- 3) острую сердечно-сосудистую недостаточность (отек легких). Проявляется нехваткой воздуха, бледностью, потливостью, акроцианозом, тахикардией, кровавой мокротой, набуханием шейных вен. Лечение этого осложнения проводится в условиях реанимационного осложнения;
- 4) послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта. Проявляется тошнотой, рвотой, икотой. В лечении применяются такие мероприятия, как периду-ральный блок, паранефральные блокады, из фармакологических методов – введение прозерина;
- 5) развитие печеночно-почечной недостаточности. Проявляется развитием и прогрессированием желтухи, гипотензией, тахикардией, сонливостью, заторможенностью, снижением диуреза, появлением жалоб на тошноту и рвоту;
- 6) тромбоэмболические осложнения. Чаще всего развиваются у больных, имеющих предрасположенность к формированию тромбов в венах нижних конечностей, с мерцательной аритмией после операций на сосудах и сердце. Для профилактики этих осложнений применяются по специальным схемам гепарин и его низкомолекулярные аналоги.

Для профилактики осложнений большое значение имеют следующие общие мероприятия:

- 1) борьба с болью. Крайне важна, поскольку сильные боли – это мощный стрессовый фактор;
- 2) улучшение функции внешнего дыхания;
- 3) борьба с гипоксией и гиповолемией;
- 4) ранняя активация больного.

6. Хирургические операции

Хирургическая операция – это комплекс мероприятий, осуществляемых средствами физиологического и механического воздействия на органы и ткани организма. Операции подразделяют на кровавые и бескровные. Кровавые операции – это оперативные вмешательства, которые происходят с рассечением кожи и подкожной клетчатки.

Классификация операций по целям.

1. Лечебные:

1) радикальные (с помощью которых из организма полностью удаляют патологический очаг);

2) паллиативные (в результате этой операции больному продлевается жизнь, но непосредственный патологический очаг (опухоль и пр.) остается в организме).

2. Диагностические (диагностическая лапаротомия).

Операции также делятся на первичные и повторные (выполняются на том же органе и по той же причине – реампутации, релапаротомии, резекции).

Классификация операций по характеру выполняемого вмешательства:

1) удаление патологического очага;

2) восстановительно-реконструктивные;

3) пластические.

Классификация операций в зависимости от степени бактериальной загрязненности оперативной раны:

1) чистые (асептические);

2) неасептические;

3) гнойные операции.

Существует и такое понятие, как симультантные операции, т. е. такие, при которых выполняется несколько оперативных вмешательств на нескольких органах одновременно по поводу нескольких заболеваний (герниопластика и простатэктомия).

Комбинированные оперативные вмешательства – это лечение одного заболевания с помощью операций на различных органах.

Оперативное вмешательство может быть одноэтапным, когда удается за время операции достичь всех поставленных целей, а также двухэтапным (например, операции при непроходимости толстого кишечника опухолевой природы) и многоэтапным (реконструктивная операция при ожоговых стриктурах пищевода). В последнем случае оперативное вмешательство включает в себя несколько операций, которые разделены по времени.

Этапы оперативного вмешательства:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.