История развития хирургии

Возникновение хирургии относится к далекому прошлому. Если мы обратимся к истории древнего Востока, то увидим, что уже 4000-4500 лет назад в Египте производились кровопускания, ампутации и некоторые другие операции. В Индии около 3000 лет назад хирургия была развита настолько, что некоторые способы операций, например пересадка кожи для образования носа и ушей, применяются и сейчас. Еще большее развитие получила хирургия в древней Греции и древнем Риме. У греков, насколько можно судить по дошедшему до нас медицинскому сборнику, написанному знаменитым врачом древнего мира Гиппократом (460-370 гг. до нашей эры), медицина, в частности хирургия, достигла значительного развития. В его сочинениях излагается ряд хирургических приемов, например, при вправлении вывихов, лечении ран. Гиппократ производил проколы живота, грудной полости и даже трепанацию черепа. Идеи Гиппократа о необходимости соблюдать строгую чистоту повязок, предположение о миазмах, попадающих в рану из воздуха, как причине осложнений при ранении получили подтверждение лишь более чем через 2000 лет после его смерти.

В России хирургия начала развиваться значительно позже, чем в странах Западной Европы. До XVIII в. в России хирургическая помощь почти полностью отсутствовала. Такие манипуляции, как кровопускание, прижигание, вскрытие нарывов, выполняли знахари и цирюльники.

При Петре I в 1725 г. были открыты Петербургская академия наук, военные сухопутные и адмиралтейские госпитали. На базе госпиталей стали создаваться школы, которые в 1786 г. были преобразованы в медико-хирургические училища. В 1798 г. были организованы медико-хирургические академии в Петербурге и Москве. В 1755 г. по инициативе М. В.Ломоносова был открыт Московский университет, а в 1764 г. при нем - медицинский факультет.

Основоположником русской хирургии по праву считается великий хирург и анатом Н. И. Пирогов (1810- 1881). С помощью методов замораживания трупов и их распилов он подробно изучил все области человеческого тела и написал четырехтомный атлас по топографической анатомии, который долгое время являлся настольной книгой хирургов. Н.И.Пирогов заведовал кафедрой хирургии в Дерптском университете, кафедрой госпитальной хирургии и патологической анатомии в Петербургской медико-хирургической академии. Н. И. Пирогов раньше Л.Пастера предположил наличие в гнойной ране микроорганизмов, выделив с этой целью в своей клинике отделение для «зараженных госпитальными миазмами». Именно Н. И. Пирогов первым в мире использовал эфирный наркоз во время Кавказской войны (1847г.). Будучи основоположником военно-полевой хирургии, ученый разработал принципы организации помощи раненым - сортировки в зависимости от срочности оказания помощи, эвакуации, госпитализации. Он внедрил качественно новые методы иммобилизации, лечения огнестрельных ран, ввел неподвижную гипсовую повязку. Н. И. Пирогов организовал первые отряды сестер милосердия, которые оказывали помощь раненым на поле боя.

транспортировка операционный кишечник желудок

Оперативная хирургия

Оперативная хирургия. Что такое оперативная хирургия? Хирургическая операция. Что такое хирургическая операция? Названия операций. Клиническая, топографическая и хирургическая анатомия являются основой для оперативной хирургии - науки, изучающей способы и правила проведения хирургических операций. Невозможно выполнить доступ к органу, не имея представления о его проекции на поверхность тела, невозможно выполнить оперативный приём, не зная синтопии органа. Только глубокое знание топографической анатомии соответствующей области позволит избежать повреждения крупных сосудов и нервов, грамотно выполнить все необходимые хирургические действия.

Хирургической операцией (operatio - работа, действие) называется производимое врачом физическое воздействие на ткани и органы, сопровождающееся их разъединением для обнажения больного органа с целью лечения или диагностики, и последующее соединение тканей. Название хирургической операции составляется из названия органа и названия хирургического действия на нем (оперативного приема). При этом используются термины «-томия» - рассечение органа, вскрытие его просвета (гастротомия, энтеротомия, холе-дохотомия и т.д.); «-эктомия» - удаление органа (аппендэктомия, гастрэктомия и т.д.); «-стомия» - создание искусственного сообщения полости органа с внешней средой, т.е. наложение свища (трахеостомия, цистостомия и т.д.). Названия других операций часто не связываются с определенным органом: пункция - прокол; биопсия - иссечение участка ткани для гистологического исследования; резекция - удаление или иссечение части органа на его протяжении (резекция желудка); ампутация - удаление периферической части органа или конечности (надвлагалищная ампутация матки, ампутация голени и т.д.); экстирпация - полное удаление органа вместе с окружающими тканями (экстирпация матки с придатками, экстирпация прямой кишки); анастомозирование - создание искусственного соустья полых органов (гастроэнтероанастомоз, сосудистый анастомоз и т.д.); пластика - ликвидация дефектов в органе или тканях с использованием биологических или искусственных материалов (пластика пахового канала, пластика пищевода тонкой кишкой и т.д.); трансплантация пересадка органа или ткани одного организма в другой (трансплантация сердца, костного мозга); протезирование - замена патологически измененного органа или его части искусственно созданными аналогами (протезирование тазобедренного сустава металлическим протезом).

Новые технологии в хирургии

Уже более десяти лет в практику лечения многих заболеваний внедряются новые, гораздо более эффективные методы оперативных вмешательств. Там, где раньше было не обойтись без серьезных полостных операций, сегодня спасает малоинвазивная хирургия.

На языке медиков малоинвазивными называются хирургические вмешательства, при которых используются малые доступы для операций с помощью специальной аппаратуры. Еще в конце 80-х годов хирурги стали использовать такую аппаратуру, инструменты, оптические приборы и телевизионную технику, которые позволяли проводить стандартные операции без обширных разрезов, через небольшие проколы. Возникло новое направление - эндовидеохирургия, которое, как отмечают врачи, привело к революции в медицине. Немаловажным для многих пациентов стало то, что подобные операции значительно менее травматичны и почти безболезненны. Кроме того, после них не остается безобразных шрамов. Сегодня при помощи малоинвазивной хирургии лечат практически все - от язвы желудка, разрыва связок и мениска до патологий женской половой системы.

Сегодня лапароскопическая операция в гинекологии - это возможность сохранить не только здоровье женщины, но и ее красоту. По эффективности она не уступает операции обычной, но при этом на теле делаются лишь маленькие проколы длинной около сантиметра. Рубцы на коже, после ее прокола, остаются едва заметными и через 3-6 месяцев практически исчезают.

Преимущества лапароскопического доступа:

· Минимальная травматичность. Выполняются небольшие проколы кожи (максимальный размер до 1 см.) для установки специальных одноразовых трубок-проводников, через которых проводятся рабочие инструменты и видеокамера. Европейский Медицинский Центр оснащен цифровой видеокамерой высокого разрешения фирмы Storz, что позволяет достичь максимально четкого изображения на мониторе во время операции;

· Минимальный риск инфицирования. Небольшие размеры разрезов и использование одноразового инструментария сводит к минимуму риск развития инфекции. Мы строго соблюдаем все правила асептики и антисептики, будучи уверенными в том, что это гарантия успехов наших операций;

· Косметический эффект. Рубцы на коже после лапароскопической операции остаются едва заметными и через 3-6 месяцев практически исчезают;

· Короткие сроки реабилитации и восстановления в послеоперационном периоде по сравнению с полостными операциями. Уже через несколько часов после операции пациенты встают на ноги, а через день-другой уходят домой.

Восстановление (реабилитация) после полостной гинекологической операции длится долгое время. Она включает в себя комплекс мероприятий, направленных на скорейшее возвращение женщины к привычной жизни. Особо внимание после проведенной полостной гинекологической операции уделяется профилактике воспалительных заболеваний, наряду с правильным питанием. Первое время женщина должна придерживаться диеты и избегать тяжёлых физических нагрузок.

Подготовка пациента к хирургической операции (плановая и экстренная)

Любая хирургическая операция представляет серьезное испытание для организма пациента. Основная цель предоперационной подготовки пациента - свести до минимума риск предстоящей операции и вероятность развития послеоперационных осложнений.

Подготовка пациента к хирургической операции включает ряд мероприятий:

психологическую поддержку;

лечение сопутствующих заболеваний и коррекцию функциональных и метаболических нарушений;

санацию хронических очагов инфекции;

подготовку операционного поля;

опорожнение ЖКТ и мочевого пузыря;

премедикацию.

При подготовке больного к операции должен быть уточнен диагноз, выявлены сопутствующие заболевания, способные осложнить, а иногда и сделать операцию невозможной. Особое значение при подготовке к операции придается выявлению и санации очагов эндогенной инфекции. Максимальный объем подготовительных мероприятий должен быть выполнен амбулаторно на догоспитальном этапе. Врачи поликлиники выявляют сопутствующие заболевания, корригируют функциональные и метаболические нарушения, которые повышают риск операции и предрасполагают к послеоперационным осложнениям.

Пребывание пациента в стационаре перед хирургической операцией должно быть краткосрочным, так как это снижает риск инфекционных осложнений и затраты на лечение. Если не требуется специальной подготовки или дополнительного обследования пациента для операции, то предоперационный период в стационаре составляет обычно 1-2 дня.

Психологическая поддержка

Психологическая подготовка необходима во всех случаях, так как каждый пациент испытывает определенные опасения перед предстоящей операцией. Наиболее частые опасения пациентов - страх за исход операции, разлука с семьей, неясное будущее, зависимость от посторонних людей, боязнь анестезии и дискомфорта в послеоперационном периоде. Пациентов не столько нужно успокаивать, сколько ознакомить с предстоящими действиями и возможными последствиями. Информированность о предстоящих манипуляциях снижает психическую напряженность пациента и придает ему уверенность в том, что все предусмотрено для успешного проведения операции.

Пациент должен знать, кто будет его оперировать, и испытывать доверие к хирургу. Хирург должен объяснить пациенту суть предстоящей операции, необходимость ее выполнения и возможные последствия в случае отказа от хирургического вмешательства. При этом не следует скрывать возможные осложнения при операции и особенности течения раннего послеоперационного периода.

Пациента также знакомят с планом процедур, которые будут предприняты до введения его в наркоз, и предупреждают о том, что по завершении операции он может оказаться в палате интенсивной терапии.

Подготовка желудочно-кишечного тракта

Перед любой операцией у больного должен быть очищен ЖКТ. Это необходимо для:

профилактики аспирации во время вводного наркоза;

профилактики послеоперационной рвоты;

непроизвольной дефекации во время и после операции;

профилактики нарушений моторики кишечника после операции.

Вздутие желудка и кишечника, заполненных газами и содержимым, после операции ухудшает кровоснабжение этих органов, что способствует развитию кишечной инфекции с проникновением ее за пределы кишечной стенки, а вследствие повышенного давления может нарушить послеоперационные швы на органах брюшной полости. Кроме того, вздутие желудка и кишечника резко ухудшает функцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Содержимое полых органов живота при операциях на этих органах может попадать в свободную брюшную полость, вызывая воспаление брюшины (перитонит). Наличие содержимого в желудке опасно еще и тем, что во время вводного наркоза оно может попасть в рот пациента, а оттуда - в легкие и вызвать удушье.

У пациентов без нарушения эвакуации из желудка подготовка верхних отделов пищеварительного тракта к операции ограничивается полным голоданием в день ее проведения. При нарушениях эвакуации из желудка перед операцией производят откачивание содержимого желудка или его промывание.

Питание

Чтобы уменьшить риск аспирации рвотными массами во время анестезии, пациент должен полностью прекратить прием пищи за 8 ч до операции. За 2-3 дня до операции обычно назначается диета с низким содержанием шлаков, например супы, молочные продукты и блюда на основе яиц, белый хлеб и сухари. Нельзя употреблять грибы и продукты с большим содержанием жиров. Накануне операции пациенты получают жидкую пищу, например, бульон, чай, минеральную воду, а после 23.00 ч прием пищи должен быть прекращен.

Принимая во внимание быструю эвакуацию жидкости из желудка, допустимо умеренное употребление сладких напитков вплоть до 2 ч до начала операции. Это особенно важно, когда операция планируется на вторую половину дня. Прием длительно используемых лекарственных препаратов также не противоречит принципам голодания, их можно запить небольшим количеством жидкости даже перед операцией. Промывание желудка. В ряде случаев голодание перед хирургической операцией не позволяет исключить наличие обильного содержимого в желудке. Подобная ситуация возникает при:

сужении выходного отдела желудка;

острой кишечной непроходимости;

перитоните.

В этих случаях для обеспечения безопасности пациента возникает необходимость в аспирации содержимого и промывании желудка перед операцией.

Очищение кишечника

Для очищения кишечника пациентам за 24-48 ч до операции назначают легкоусвояемую диету, накануне ставят очистительную клизму или проводят ортоградное промывание (лаваж) кишечника. Особенно тщательно готовят кишечник для операций на толстой кишке. В этих случаях используют комбинированный интенсивный метод подготовки: соблюдение диеты, прием слабительных средств, очистительные клизмы или лаваж кишечника и проводят деконтаминацию кишечника. Очистительные процедуры необходимо планировать таким образом, чтобы не нарушать ночной покой пациента. Слабительные средства для приема внутрь не следует назначать вечером накануне операции и при кишечной непроходимости.

Полная классическая схема подготовки кишечника для операций на ободочной и прямой кишке выглядит следующим образом.

• За 2 дня до операции:

- бесшлаковая или жидкая диета;

- магния сульфат 30 мл 50% раствора внутрь 3 раза: в 10.00, 14.00 и 18.00 ч;

- очистительная клизма вечером.

• Накануне операции:

- разрешен завтрак - жидкая диета;

- магния сульфат 30 мл 50% раствора внутрь 2 раза: в 10.00 и 14.00 ч или макрогол 3-4 л внутрь в течение 2 ч, начиная с 10.00 ч;

- неомицин и эритромицин внутрь по 1 г 3 раза: в 13.00, 14.00 и 22.00 ч;

- после полуночи пациенту запрещено пить.

• В день операции:

- опорожнение прямой кишки в 7.00;

- цефокситин 1 г внутривенно за 1 ч до кожного разреза;

- метронидазол 100 мл 0,5% раствора внутривенно за 1 ч до кожного разреза.

Режимы подготовки кишечника к операции на ободочной и прямой кишке со временем изменяются. Подбор оптимальной схемы зависит от клинической ситуации и возможностей лечебного учреждения. Схема подготовки с использованием лишь лава-жа кишечника и предоперационного однократного внутривенного введения антибактериального препарата представляется наиболее удобной для пациента и медицинского персонала и в то же время достаточно эффективной и простой.

Подготовка операционного поля

Операционное поле - участок тела, в пределах которого производится оперативное вмешательство. Перед операцией кожа операционного поля нуждается в тщательной подготовке: на ее поверхности, а также в глубине сальных желез и волосяных мешочков всегда содержатся разнообразные микроорганизмы, попадание которых в операционную рану может привести к ее нагноению. Вот почему для снижения риска инфекционных осложнений со стороны раны необходимо тщательно вымыть тело пациента и подготовить операционное поле.

Обычно вечером накануне операции пациент принимает душ и надевает чистое белье. При необходимости производят смену постельного белья. Особенно тщательно надо промывать места скопления пота и грязи (подмышечные впадины, промежность, шею, стопы, пупок и все кожные складки). При операциях на конечностях важна тщательная обработка ногтей и чистота пальцев, особенно в межпальцевых пространствах. Пупок моют водой с мылом и только при его сильном загрязнении или выполнении срединного разреза брюшной стенки пупок после мытья дезинфицируют. Ногти на руках и ногах обязательно должны быть коротко острижены. Перед операцией пациентам также следует удалить лак с ногтей и не наносить макияж на лицо.

Подготовка операционного поля предусматривает гигиеническую обработку кожи, бритье волос в области операционного поля утром в день операции и обработку после этого кожи антисептиком. Бритье волос операционного поля не следует производить вечером накануне операции, потому что возникшие при этом мелкие повреждения кожи могут к утру воспалиться, что сделает невозможным проведение хирургического вмешательства. Каким бы аккуратным ни было бритье, оно всегда сопровождается повреждением кожи и увеличивает риск инфицирования операционной раны. Особенно следует избегать сухого бритья, так как оно вызывает гораздо больше микротравм, чем влажное бритье с использованием геля. Для профилактики нагноения рациональнее отказаться от бритья и проводить стрижку волос в зоне хирургического доступа или депиляцию. Как правило, волосы удаляют на обширной площади на расстоянии 15-20 см от планируемого разреза кожи. Исключение из этого правила - обработка кожи на голове и лице. В этих местах волосы удаляют только в зоне разреза.

Широкая обработка операционного поля не только уменьшает риск инфицирования раны, но и позволяет наносить липкое раневое покрытие на кожу, лишенную волос, и безболезненно менять повязку в послеоперационном периоде. Правильная подготовка и обработка операционного поля особенно важна для тех пациентов, которым будет произведено внедрение в ткани имплантатов (металлический штифт, сосудистый протез, протез молочной железы, сетчатый имплантат и др.), поскольку инфицирование имплантатов потребует последующего их удаления.

Гигиеническая подготовка больных к экстренным операциям обусловлена тем, что такие операции выполняют по жизненным показаниям. В этих случаях предоперационная подготовка сокращается до минимума: 0,5% раствором хлорамина обрабатывают наиболее загрязненные места (ноги, промежность) и зону предстоящего операционного поля. Если больной поступил с ранением, то обмывают участки кожных покровов, загрязненные кровью. При ранении мягких тканей головы вокруг раны остригают волосы.

Сразу бреют операционное поле.

Премедикация

Премедикация - предварительная медикаментозная подготовка больного к анестезиологическому пособию и хирургическому вмешательству. Цель подготовки:

снижение уровня тревоги пациента;

снижение секреции слюны и бронхиальных желез;

усиление действия препаратов для анестезии. Премедикация чаще всего состоит из двух этапов. Вечером, накануне операции, назначают внутрь снотворные средства в сочетании с транквилизаторами и антигистаминными препаратами. Особо возбудимым больным эти препараты повторяют за 2 ч до операции. Кроме того, обычно всем больным за 30-40 мин д операции вводят наркотический анальгетик и атропин.

Обычно средства премедикации при плановых операциях вво дят внутримышечно и перорально. Внутривенный путь введения нецелесообразен, так как при этом продолжительность действия препаратов меньше, а побочные эффекты более выражены. Только при неотложных оперативных вмешательствах и особых показаниях их вводят внутривенно. После премедикации пациент должен соблюдать покой и постельный режим.

Подготовка к транспортировке пациента в операционную

Утром в день операции пациент может встать с постели, почистить зубы, вымыть лицо и руки, побриться и посетить туалет. Возвратившись в палату, пациент должен лечь в постель и не проявлять активности ни в разговорах, ни в движениях. Желательно, чтобы он подремал с закрытыми глазами. В палате должно быть тихо.

Заранее готовят необходимые для операции материалы, например специальные катетеры, имплантаты и лекарственные препараты, а также сопроводительные документы - историю болезни, информированное согласие на операцию и анестезию, результаты обследования и рентгеновские снимки.

Перед транспортировкой в операционную пациентам предлагают еще раз посетить туалет и освободить мочевой пузырь. Пациенты снимают очки, контактные линзы, слуховые аппараты, зубные и глазные протезы. Эти предметы требуют тщательного ухода и хранения в особых условиях. Часы, драгоценности, ценные вещи помещают в хранилище. Составляют список сданных предметов, и пациент его подписывает. Непосредственно перед транспортировкой пациенту делают премедикацию и надевают операционную рубашку, шапочку и трусы. До транспортировки пациента на операцию следует убедиться в готовности операционного и анестезиологического персонала.

В операционную пациентов доставляют на каталке в лежачем положении. Это объясняется необходимостью уберечь пациентов от опасных реакций органов кровообращения на изменение положения тела, которые возможны после премедикации. Перевозят пациента плавно, с умеренной скоростью. Недопустимо перевозить пациента без подушки, с головой на весу.

В операционной пациента, специальные материалы и документацию передают непосредственно персоналу операционной и анестезиологической службы. Ни в коем случае нельзя оставлять пациента одного.

Особенности этапов сестринского процесса у пациентов с хирургической патологией

-й этап - сестринское обследование проводится для оценки состояния пациента. При сборе анамнеза заболевания или травмы, необходимо установить: время, обстоятельства, причину возникновения, объем и место оказания первой помощи, способы транспортировки, время, затраченное на транспортировку. При объективном обследовании уточнить: положение пациента, общее состояние, сознание, ЧДД, пульс, АД, диурез. При осмотре, особенно конечностей, необходимо сравнивать симметричные участки.

-й этап - сестринская диагностика - выявление и формулирование проблем пациента. Основные проблемы при хирургических заболеваниях:

физиологигеские: боль в покое, боль в области раны или перелома с указанием локализации; намокание повязки (кровью, гноем, мочой и др.); нарушение целостности кожи (рана, свищ, стома и др.) с указанием локализации; наличие дренажа;

психологигеские: страх возникновения боли, страх смерти, страх перед операцией; косметический дефект (рубцы, стома, культя, отсутствие молочной железы и др.), депрессия, повышенная раздражительность;

социальные: страх инвалидизации; страх одиночества; страх потери работы, друзей; дефицит знаний о заболевании.

-й этап - формулирование целей и планирование сестринских вмешательств.

Для оценки сроков достижения целей медицинская сестра руководствуется особенностями сестринского ухода с учетом локализации хирургической патологии, выполнения хирургического вмешательства, изложенными в соответствующих разделах данного пособия.

-й этап - выполнение плана сестринских вмешательств. При уходе за хирургическим пациентом медсестра должна своевременно и в полном объеме решать проблемы пациента, так как при задержке выполнения манипуляции, нарушении алгоритма действий может наступить летальный исход. Например: при напряженном пневмотораксе, остром животе, вторичном кровотечении после операции. Конкретные примеры планирования сестринских вмешательств с мотивацией каждого действия решаются при контроле знаний студентов, в том числе у постели больного.

-й этап - оценка эффективности сестринского ухода проводится после его выполнения. Медсестра отмечает восстановление или улучшение нарушенной функции, потребности; эффективность ухода родственников; достижения пациента в осуществлении самоухода.

Заключение

Сестринское дело издавна олицетворяло собой милосердие, а профессия медицинской сестры всегда были связаны с такими понятиями, как доброта, безграничное терпение, умелая забота о больном. Деятельность медицинских сестер не ограничивается выполнением необходимых мероприятий и процедур в палатах стационара. Я считаю, что сегодня медицинским сестрам, фельдшерам, акушеркам, независимо от уровня образования, необходимы современные знания в области философии и теории сестринского дела, общения в сестринском деле, а так же знания сестринской педагогики, психологии, современных требований санитарно-противоэпидемического режима лечебно-профилактических учреждений, умения выполнять сестринские манипуляции в точном соответствии с требованиями к стандартизации сестринских процедур. В то же время уровень развития хирургии в настоящее время требует от медицинской сестры владения профессиональными знаниями о реакции организма на травму, в том числе операционную, о жизненно важных потребностях пациента и способах их удовлетворения, о возникающих у больного проблемах, о профилактике инфекций, о навыках по уходу за пациентами.

Список литературы

***1. Журнал «Сестринское дело» № 1 2011г.***

2. Уход за хирургическим больным В.Н. Чернов, А. И. Маслов, И. И. Таранов Москва 2012г.

. Уход за хирургическим больным Н. А. Кузнецов, А. Т. Бронтвейн Москва 2011г.

. Сестринское дело в хирургии Н. В. Барыкина, В. Г. Зарянская 15 издание 2014г.

. В. И. Маслов Хирургия том 1 Москва 2012г.