План

Введение

. Хирургические вмешательства: понятие, виды

1.1 Общее понятие

1.2 Классификация операций по характеру хирургического вмешательства

1.3 Классификация хирургических вмешательств по срочности выполнения <http://larece.ru/?p=19666>

2. Новейшие методики проведения хирургических операций

.1 Виды и обоснование оперативных вмешательств

.2 Современные разделы и направления оперативной хирургии

.3 Этапы и задачи предоперационной подготовки, показания и противопоказания к хирургической операции

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Хирургическая операция - это комплекс мероприятий, осуществляемых средствами физиологического и механического воздействия на органы и ткани организма. Операции подразделяют на кровавые и бескровные (вправление вывихов, закрытые репозиции переломов, эндоскопические вмешательства). Кровавые хирургические операции - это оперативные вмешательства, которые происходят с рассечением кожи и подкожной клетчатки. Из сформированной раны хирург острым или тупым путем проникает сквозь ткани к патологическому очагу (измененным тканям или органу).

В свою очередь операции делятся на две группы - кровавые и бескровные. Под первым видом операции понимается хирургическое вмешательство, сопровождающееся рассечением тканей, остановкой кровотечения из рассеченных тканей, наложением швов при соединении тканей и другими манипуляциями в зависимости от характера оперативного вмешательства. Второй вид хирургической операции - это производство тех или иных хирургических манипуляций, которые не связаны с рассечением тканей и при которых отсутствует кровотечение.

Цель. Изучить виды хирургических операций.

Задачи:

изучить общее понятие хирургических вмешательств

выявить виды и обоснование оперативных вмешательств

определить современные разделы и направления оперативной хирургии

Курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы.

1. Хирургические вмешательства: понятие, виды

.1 Общее понятие

Хирургическая операция - это физическое воздействие на ткани и органы с целью диагностики или лечения, связанное с анатомическим нарушением целости тканей. Воздействие на ткани может быть механическим (большинство обычных хирургических операций), тепловым и электрическим (электрохирургия), низкой температурой (криохирургия).

В зависимости от цели вмешательства хирургические операции разделяют на диагностические, при которых основной задачей является уточнение диагноза (например, пробная лапаротомия, пункция органов и полостей, биопсия и др.), и лечебные, имеющие целью воздействие на какой-либо патологический процесс. Нередко диагностическая операция, предпринятая с целью установить характер поражения, превращается в лечебную, а лечебная, например при опухоли, которая оказалась неудалимой, лишь уточняет диагноз.

По методу воздействия различают хирургические операции кровавые, сопровождающиеся нанесением раны, и бескровные, при которых целостность наружных покровов не нарушается (например, вправление вывихов, репозиция отломков при переломах, некоторые родоразрешающие операции - наложение щипцов, поворот на ножку и т. д.). Большинство применяемых хирургических операций - кровавые, сопровождающиеся не только нарушением целости кожи или слизистой оболочки, но и глубоких тканей и органов. Рациональные доступы к органам, методы и приемы оперативной техники разрабатывает раздел хирургии - оперативная хирургия. Ввиду опасности внедрения инфекции в открытые оперативным путем ткани кровавые хирургические операции требуют тщательного соблюдения асептики и антисептики. К бескровным хирургическим операциям относятся удаление инородных тел из бронхов, пищевода, вправление вывихов, репозиция отломков при переломах костей, эндоскопия, катетеризацияи др.

Различают хирургические операции асептичные («чистые»), когда раневая инфекция может быть предупреждена и рана во время операции не подвергается бактериальному загрязнению, и неасептичные, когда невозможно исключить бактериальное загрязнение, например хирургические операции, связанные с вскрытием просвета кишечника, вскрытие гнойника и т. п.

В зависимости от срока выполнения хирургические операции могут быть экстренными (неотложными), которые производят немедленно по поступлении больного, так как всякое промедление угрожает жизни больного (остановка наружного или внутреннего кровотечения, трахеотомия для восстановления проходимости дыхательных путей); неотложные операции показаны также при перфорации язвы желудка, червеобразного отростка, ущемленной грыже, разрыве кишки, многих видах кишечной непроходимости и др.

Срочными называются хирургические операции, выполнение которых можно отложить на небольшой срок (некоторые формы острого холецистита, механическая желтуха, частичная кишечная непроходимость и др.).

Несрочными (плановыми) называют такие хирургические операции, которые без ущерба для здоровья могут быть выполнены после проведения тщательной предоперационной подготовки (варикозное расширение вен, свободные грыжи, хронический холецистит, доброкачественные и злокачественные опухоли ряда органов и др.).

Различают хирургические операции радикальные, в результате которых при удалении очага или органа можно рассчитывать на полную ликвидацию патологического процесса (ампутация, удаление органов, например желчного пузыря, аппендикса, опухолей). В отличие от них, паллиативные хирургические операции имеют целью лишь устранение страдания или наиболее опасных и тяжелых проявлений заболевания (обходные анастомозы при злокачественных опухолях желудка и кишечника, наложение желудочного или кишечного свища и др.).

Для названия хирургических операций пользуются терминами, состоящими из основы греческого или латинского слова - названия органа, на котором производят операцию (например, желудок - «гастро»), и характера вмешательства (например, рассечение - «томия», соустье между органами или наружный свищ - «стомия», удаление всего органа - «эктомия» или его части - «резекция», подшивание - «пенсия»). В некоторых случаях обозначают хирургическую операцию двумя терминами, например «резекция желудка», «экстирпация почки» и др. Иногда операция или метод называется по фамилии предложившего ее автора (операция Пирогова, грыжесечение по Бассини и т. д.).

Хирургическая операция (синоним: оперативное вмешательство, хирургическое вмешательство) - лечебно-диагностическое мероприятие, осуществляемое посредством травматического воздействия на ткани и органы больного. В зависимости от характера операционной травмы хирургические операции делят на кровавые, связанные с нанесением раны, и бескровные, при которых целость кожи или слизистой оболочки не нарушается. В подавляющем большинстве применяемые в современной практике хирургические операции - кровавые.

Бескровные операции немногочисленны: основную массу их составляют различные приемы бескровного вправления вывихов, репозиция отломков при переломах, некоторые родоразрешающие операции (наложение щипцов, поворот на ножку и др.), лечебные и диагностические манипуляции в просвете полых органов (бужирование при стриктурах, удаление инородных тел через естественные отверстия тела, эндоскопия) и некоторые другие.

По своей цели хирургические операции делят на лечебные и диагностические. Нередко вмешательство, предпринятое с диагностической целью, превращается в лечебное, и наоборот: при хирургической операции, спланированной как лечебное вмешательство, иногда приходится ограничиваться только уточнением диагноза (например, при опухоли, которая оказалась неудалимой).

Лечебные хирургические операции по значению подразделяют на радикальные, рассчитанные на ликвидацию болезненного процесса, и паллиативные, устраняющие наиболее тягостные проявления заболеваний, но не оказывающие существенного влияния на дальнейшее развитие патологического процесса. Радикальное или паллиативное значение хирургической операции иногда определяется не только методикой, хирургического вмешательства, но и характером заболевания.

Так, создание обходного пути при стенозе, вызванном злокачественной опухолью, чисто паллиативное вмешательство, при рубцовом стенозе оно может в некоторых случаях обеспечить полное выздоровление. И, наоборот, самая радикальная по своей методике хирургическая операция иногда практически оказывается паллиативной, так как обеспечивает лишь некоторое продление жизни больного (например, резекция желудка при далеко зашедшем раке его). Хирургические операции, применяемые при лечении различных повреждений, делят на первичные, показанием для которых служит сама травма (иначе - операции по первичным показаниям), и вторичные, предпринятые при наличии уже возникших осложнений (иначе операции по вторичным показаниям).

Деление на первичные и вторичные иногда проводится и в отношении хирургических вмешательств при некоторых острых заболеваниях. Например, эмболэктомия при эмболии артерии конечности - первичная операция, а ампутация по поводу уже наступившей ишемической гангрены вторичная.

Вторичные операции не следует смешивать с повторными, так как вторичное вмешательство может быть первым по счету у данного больного.

Важнейшие задачи хирургических вмешательств: удаление патологических скоплений или патологических включений из полостей тканей и органов; удаление самих тканей и органов - частичное или полное; восстановление нарушенных анатомических соотношений между тканями и органами; замещение утраченных или измененных органов и участков тканей; создание новых анатомических взаимоотношений, не нормальных, но функционально выгодных при данном патологическом состоянии. Многие хирургические операции решают сразу несколько из этих задач, и методика решения весьма многообразна в различных случаях. Однако по мере развития хирургической техники и увеличения числа больных, обращающихся за хирургической помощью, все более возрастает количество хирургических операций, которые являются типичными, т. е. производятся всегда по определенной методике, по определенному плану, определенными техническими приемами.

При других хирургических операциях план и технику вмешательства приходится каждый раз строить оригинально, применяясь к особенностям заболевания и индивидуальности больного.

В зависимости от продолжительности операции, а главное от тяжести операционной травмы выделяют «большие» хирургические операции и «малые» хирургические операции, составляющие область так называемой малой хирургии. Понятие «малые» хирургические операции подразумевает операции, которые могут быть проведены амбулаторно, без госпитализации больного. Вместе с тем представление о «малой» хирургии и «малых» хирургических операциях совершенно условно; любая хирургическая операция связана с известной большей или меньшей опасностью для больного, в чем и состоит главная особенность хирургического метода лечения. Эта опасность обусловлена рядом моментов: болевыми раздражениями, могущими вызвать шок, возможностью кровотечения (см.) со значительной кровопотерей и особенно возможным возникновением инфекции раны (см. Раны, ранения). Ряд опасных моментов может возникнуть в связи с применением обезболивания, переохлаждением, психической травмой и т. д. Степень всех этих опасностей весьма неодинакова при различных хирургических операциях, но борьба с ними обязательна во всех случаях.

Она сводится к безукоризненно точному выполнению всех требований асептики, правил хирургической техники, к правильной оценке показаний и противопоказаний, рациональному выбору метода обезболивания, соответствующей предоперационной подготовке больного и хорошему уходу после операции (см. Предоперационный период. Послеоперационный период). Недостаток внимания к какому-либо из этих вопросов или «незначительная» техническая погрешность могут сделать опасной и самую небольшую хирургическую операцию.

В зависимости от возможностей предупреждения раневой инфекции хирургические операции приходится делить на асептичные, при которых бактериальное загрязнение операционного поля может быть практически исключено соблюдением правил асептики, и на неасептичные, когда не удается избежать бактериального загрязнения (например, при хирургической операции на прямой кишке, в полости рта и т. п.). Бережное обращение с тканями и применение противобактериальных средств предупреждают развитие раневой инфекции. При так называемых гнойных хирургических операциях, когда хирург манипулирует в тканях при уже имеющемся гнойном или анаэробном процессе, инфицирование операционной раны почти неизбежно. Правильная оценка вероятности инфекционных раневых осложнений после хирургической операции чрезвычайно важна, так как позволяет решить вопрос о зашивании операционной раны или о ее дренировании.

предоперационный противопоказание оперативный хирургический

1.2 Классификация операций по характеру хирургического вмешательства

Радикальные. Цель - полностью устранить причину патологического процесса (гастрэктомия при раке желудка, холецистэктомия при холецистите). Радикальная операция не обязательно является операцией уносящей. Существует большое количество реконструктивно-восстановительных (пластических) радикальных операций, например, пластика пищевода при рубцовой стриктуре.

Паллиативные. Цель - частично устранить причину патологического процесса, тем самым облегчая его течение. Выполняются, когда радикальная операция невозможна (например, операция Гартмана с удалением видимой части опухоли, созданием кармана и наложением одноствольной колостомы). В название операции иногда вводится поясняющий термин, характеризующий её цель. Паллиативная операция не всегда означает невозможность и бесперспективность излечения больного (напр. при тетраде Фалло («синий» порок сердца) после паллиативной операции в младенческом возрасте, есть возможность радикальной хирургической коррекции в последующем).

Симптоматические. Цель - облегчить состояние пациента. Выполняются, когда радикальная или паллиативная операция по каким либо причинам невозможна. В название операции вводится поясняющий термин, характеризующий её цель (питательная гастростомия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F> у инкурабельных больных с раком пищевода; дренирующая холецистотомия при общем тяжелом состоянии и приступе холецистита, санитарная мастэктомия при распадающемся раке молочной железы). Симптоматическая операция не всегда означает невозможность и бесперспективность излечения больного, нередко симптоматическая операция выполняется как этап или как дополнение радикального лечения.

Диагностические

К диагностическим операциям относятся: биопсия, пункции, лапароцентез, торакоцентез, торакоскопия, артроскопия; а также диагностические лапаротомия, торакотомия и др. Диагностические операции представляют определенную опасность для больного, поэтому должны быть применены на завершающем этапе диагностики, когда исчерпаны все возможности неинвазивных методов диагностики

По срочности

Экстренные Производятся немедленно после постановки диагноза <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D0%B7>. Цель - спасение жизни <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C> пациента <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82>. По экстренным показаниям должны выполняться коникотомия <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1> при острой непроходимости верхних дыхательных путей <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B8%D0%B5\_%D0%B4%D1%8B%D1%85%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D0%BF%D1%83%D1%82%D0%B8&action=edit&redlink=1>; пункция <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F> перикардиального мешка <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4> при острой тампонаде сердца <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B0%D0%BC%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D0%B0\_%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B0>.

Аппендэктомия - операция удаления червеобразного отростка <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BF%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%82>

Срочные Производятся в первые часы поступления в стационар <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B0>. Так, при постановке диагноза <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D0%B7> «острый аппендицит» <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BF%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%82>больной должен быть прооперирован в первые 2 часа госпитализации <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1>

Плановые операции выполняются после полной предоперационной подготовки в то время, которое удобно из организационных соображений. Это не означает, однако, что задерживать плановую операцию можно сколь угодно долго. Существующая до сих пор в некоторых поликлинических учреждениях порочная практика очереди на плановое оперативное лечение приводит к необоснованной задержке показанных операций и снижению их эффективности.

По этапности

Одномоментные

Двухмоментные

Многоэтапные

Кроме того, существуют понятия повторной операции, симультанной операции (то есть во время одной операции выполняются несколько оперативных приемов на разных органах - например, аппендэктомия и ушивание кисты яичника, выполненные из аппендэктомического доступа при апоплексии кисты яичника, диагностированной интраоперационно).

.3 Классификация хирургических вмешательств по срочности выполнения <http://larece.ru/?p=19666>

В соответствии с классификацией по срочности выполнения выделяют экстренные, плановые и срочные операции.

Экстренные операции

Экстренными называются операции, которые выполняют практически сразу после постановки диагноза, так как их задержка на несколько часов или даже минут непосредственно угрожает жизни больного или резко ухудшает прогноз. Обычно считается необходимым выполнить экстренную операцию в течение двух часов от момента поступления больного в стационар. Это правило не касается ситуаций, когда на счету каждая минута (кровотечение, асфиксия и пр.) и произвести вмешательство нужно как можно быстрее.

Экстренные операции выполняются дежурной хирургической бригадой в любое время суток. К этому хирургическая служба стационара должна быть всегда готова.

Особенность экстренных операций состоит в том, что существующая угроза жизни пациента не позволяет порой произвести полное обследование и полноценную подготовку. Цель экстренной операции прежде всего в спасении жизни больного в настоящее время, при этом она не обязательно должна привести к полному выздоровлению пациента.

Основными показаниями к экстренным операциям прежде всего являются кровотечение любой этиологии, асфиксия. Здесь минутное промедление может привести к гибели больного. Наиболее часто, пожалуй, показанием к экстренной операции является наличие острого воспалительного процесса в брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, прободная язва желудка, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость). При таких заболеваниях непосредственной угрозы для жизни больного в течение нескольких минут нет, однако чем позже выполняется операция, тем достоверно хуже результаты лечения. Это связано как с прогрессированием эндотоксикоза, так и с возможностью развития в любой момент тяжелейших осложнений, прежде всего перитонита, что резко ухудшает прогноз. В указанных случаях допустима кратковременная предоперационная подготовка для устранения неблагоприятных факторов (коррекция гемодинамики, водно-электролитного баланса и др.).

Показанием к экстренной операции являются все виды острой хирургической инфекции (абсцесс, флегмона, гангрена и др.), что также связано с прогрессированием интоксикации при наличии несанированного гнойного очага, с риском развития сепсиса и других осложнений.

Плановые операции

Плановыми называют операции, от времени выполнения которых исход лечения практически не зависит. Перед такими вмешательствами пациент проходит полное обследование, операция производится на самом благоприятном фоне при отсутствии противопоказаний со стороны других органов и систем, а при наличии сопутствующих заболеваний после достижения стадии ремиссии в результате соответствующей предоперационной подготовки. Эти операции выполняются в утренние часы, день и время операции определяются заранее.

К плановым операциям относятся радикальная операция по поводу грыжи (неущемленной), варикозного расширения вен, желчнокаменной болезни, неосложненной язвенной болезни желудка и многие другие.

Срочные операции

Срочные операции занимают промежуточное положение между экстренными и плановыми. По хирургическим атрибутам они ближе к плановым, так как выполняются в утренние часы, после адекватного обследования и необходимой предоперационной подготовки, их производят специалисты именно в данной области. То есть хирургические вмешательства производятся в так называемом плановом порядке. Однако, в отличие от плановых операций, откладывать такие вмешательства на значительный срок нельзя, так как это может постепенно привести больного к смерти или существенно уменьшить вероятность выздоровления.

Срочные операции обычно выполняются через 1-7 суток от момента поступления или постановки диагноза заболевания. Так, например, больной с остановившимся желудочным кровотечением может быть оперирован на следующие сутки после поступления в связи с опасностью возникновения рецидива кровотечения.

Нельзя надолго отложить вмешательство по поводу механической желтухи, так как она постепенно приводит к развитию необратимых изменений в организме больного. В таких случаях вмешательство обычно выполняют в течение 3-4 суток после полноценного обследования (выяснение причины нарушения оттока желчи, исключение вирусного гепатита и пр.).

К срочным относятся операции по поводу злокачественных новообразований (обычно в течение 5-7 дней от поступления после необходимого обследования). Длительное их откладывание может привести к невозможности выполнить полноценную операцию из-за прогрессирования процесса (появление метастазов, прорастание опухолью жизненно важных органов и др.).

2. Новейшие методики проведения хирургических операций

.1 Виды и обоснование оперативных вмешательств

Итак, все хирургические операции классифицируют по следующим признакам.

По срочности выполнения: экстренные, срочные, плановые. По целевой направленности: лечебные, пробные, диагностические.

По результативности: радикальные, паллиативные. По этапности выполнения: одноэтапные, двухэтапные, много- этапные.

Экстренная хирургическая операция - это операция, производимая немедленно после осмотра больного при состоянии, угрожающем в данный момент его жизни.

Срочной называют операцию, выполнение которой можно отложить лишь на некоторый срок, необходимый для уточнения диагноза и подготовки больного к операции.

Плановая - это операция, выполняемая после систематического обследования больного и соответствующей подготовки к операции.

Лечебная операция имеет целью удаление патологического очага или восстановление нарушенной структуры и функции органов.

Пробная - это операция, при которой после осуществления оперативного доступа устанавливается нецелесообразность или невозможность выполнения оперативного приема.

Диагностическая операция выполняется с целью уточнения диагноза.

Радикальная - это операция, посредством которой может быть достигнуто полное излечение больного.

Паллиативная операция имеет целью облегчение состояния больного или улучшение функции пораженного органа при невозможнос- ти излечения больного.

При одномоментной операции все этапы производятся непосредственно один за другим без разрыва во времени. Двухмоментная операция производится в два этапа с промежутком между ними в несколько дней, в течение которых создаются условия для дальнейшего вмешательства.

Многомоментная - это операция, состоящая из нескольких этапов, выполняемых с разрывами во времени.

Важной частью учения о хирургической операции являются положения, составляющие обоснование оперативных вмешательств. Они были сформулированы крупнейшим российским нейрохирургом Н.Н. Бурденко в следующем виде:

• анатомическая доступность;

• физиологическая дозволенность;

• техническая выполнимость.

Под анатомической доступностью понимают соответствие хирургической операции (ее оперативного доступа и приема) топографоанатомическим особенностям области, особенностям анатомии и топографии органа. Другими словами, каждая хирургическая операция должна быть анатомически обоснована. Поэтому разработка новых оперативных вмешательств практически всегда требует проведения направленных морфологических исследований, которые составляют анатомическую основу хирургических операций.

Так, создание учения о сегментарном строении паренхиматозных органов (легких, печени и др.) стало анатомической основой разработки нового вида хирургических операций: сегментарных резекций лег- кого, сегментарных, или анатомических, резекций печени. Развитие микрохирургии сопровождалось возникновением целого направления клинической анатомии - микрохирургической анатомии.

Физиологическая дозволенность - это знание и учет функции органа, его компенсаторных и приспособительных возможностей. Она носит динамический характер. Рамки физиологической дозволенности могут суживаться или расширяться. Так, сужение физиологической дозволенности оперативных вмешательств на легких послужило одним из стимулов разработки более щадящих операций по сравнению с пневмонэктомией - лобэктомии и сегментарных резекций (с учетом, разумеется, показаний к разным видам операций).

Создание метода и аппаратуры экстракорпорального кровообращения обусловило расширение физиологической дозволенности и внедрение в хирургическую практику операций на открытом сердце при врожденных и приобретенных пороках.

Положение о технической выполнимости включает в себя наличие разработанной и обоснованной техники выполнения операции, уверенное владение хирургами этой техникой оперирования, наличие соответствующего для данной операции хирургического инструментария и аппаратуры.

Таким образом, каждая хирургическая операция должна быть анатомически доступна, физиологически дозволена и технически выполнима.

.2 Современные разделы и направления оперативной хирургии

Вторая половина ХХ и начало XXI века знаменуются бурным развитием новых разделов и направлений оперативной хирургии, значительным усилением ее технической оснащенности.

К таким направлениям относятся прежде всего микрохирургия и малоинвазивная хирургия.

Микрохирургия - это направление оперативной хирургии, включающее хирургические вмешательства на малых анатомических структурах, выполняемые с использованием оптических средств и микрохирургического инструментария.

Внешним признаком микрохирургической операции является, как следует из определения, использование операционного микроскопа или хирургической лупы, микрохирургических инструментов и очень тонких шовных нитей.

Микрохирургические операции стали возможными после создания первых операционных микроскопов в 20-е годы XX века. Первые микрохирургические операции стали выполняться на органах слуха и зрения, т.е. в хирургической отиатрии и офтальмохирургии. Эти области хирургии стали по сути микрохирургическими.

Значительное развитие микрохирургические вмешательства получили в сосудистой хирургии и нейрохирургии. Такая техника позволяет оперировать на мелких кровеносных (диаметром менее 2 мм), лимфатических сосудах и мелких (диаметром менее 1 мм) нервах.

С конца ХХ века микрохирургические технологии все шире применяются в абдоминальной, торакальной хирургии, урологии, трав- матологии и других областях хирургии.

Использование микрохирургической техники оперирования позволяет осуществлять реплантацию травматически отторгнутых сегментов конечностей (пальцев, кисти, предплечья, стопы и т.д.).

В последние десятилетия разработаны микрохирургические приемы оперирования на макроорганах, что позволяет проводить операции более физиологично, сокращать сроки госпитализации, улучшать результаты хирургического лечения.

Микрохирургическая техника позволяет не только совершенствовать существующие оперативные вмешательства, но и разрабатывать и выполнять принципиально новые оперативные приемы и целые вмешательства, которые с помощью обычной макрохирургической техники выполнить невозможно.

После микрохирургических операций ускоряются сроки заживления, значительно улучшается функциональный результат операции, снижается количество ближайших и отдаленных осложнений.

Миниинвазивная (син.: малоинвазивная, эндоскопическая) хирургия - направление оперативной хирургии, включающее хирургические операции, выполняемые через проколы стенок полостей с применением эндоскопов, специального инструментария и телевизионной техники.

Принципиально эндовидеоскопическая операция состоит в следующем. Предварительно в полость, где будет выполнена операция, посредством иглы Вереша вводится углекислый газ или закись азота. Эта манипуляция называется инсуффляцией. Затем через 3-5 проколов в полость последовательно вводятся троакары: оптический для миниатюрной видеокамеры с источниками света и фиброволоконной оптики, троакары для инструментов и манипуляторов. Изображение оперируемого органа и рабочие части введенных инструментов отображаются на телевизионном мониторе, что позволяет хирургу выполнять необходимые манипуляции рассечения, лигирования, ушивания, соединения, удаления под визуальным контролем. Удаленные анатомические структуры выводятся из полости через один из троакаров или небольшой дополнительный разрез.

Такие операции выполняются на органах брюшной полости и полости таза, грудной полости, крупных суставах, кровеносных сосу- дах. Поэтому различают лапароскопические, торакоскопические и артроскопические, эндоваскулярные операции.

На органах брюшной полости и таза, кроме холецистэктомии, выполняются лапароскопически герниопластика, аппендэктомия, ушивание прободной язвы желудка, ряд гинекологических операций и др.

К торакоскопическим операциям на органах грудной полости относятся краевая резекция легкого, резекция перикарда и др.

Эндоваскулярные (внутрисосудистые) операции выполняются под рентгенологическим контролем. Доступ осуществляется, как пра- вило, пункционной катетеризацией бедренной артерии, введением специальных катетеров и инструментов, позволяющих выполнять эмболизацию разных артерий, их стентирование, баллонную дилатацию, лечение некоторых врожденных пороков сердца.

Первой эндоскопической операцией, получившей широкое распространение, была лапароскопическая холецистэктомия.

Малоинвазивные операции значительно расширяют возможности современной оперативной хирургии, делают хирургическое лечение менее травматичным и более экономичным. Они позволяют резко сократить послеоперационный период и сроки возвращения пациентов к обычной жизни. Вместе с тем эти операции имеют как показания, так и противопоказания, что учитывается в практической хирургии.

Для современной оперативной хирургии характерно интенсивное техническое перевооружение. Оно выражается в новых аппаратах для выполнения технических приемов, таких, как лазерный, плазменный скальпели, ультразвуковые аппараты для разъединения и соединения тканей и др.

.3 Этапы и задачи предоперационной подготовки, показания и противопоказания к хирургической операции

Оценить состояние основных органов и систем организма больного (выявить сопутствующие заболевания).

Психологически подготовить пациента.

Провести общую соматическую подготовку.

По показаниям выполнить специальную подготовку.

Непосредственно подготовить больного к операции.

Первые две задачи решают во время проведения диагностического этапа. Третья, четвёртая и пятая задачи - компоненты под- готовительного этапа. Подобное разделение условно, так как подготовительные мероприятия часто проводят на фоне выполнения диагностических приёмов.

Непосредственную подготовку проводят перед самой операцией.

Задачи диагностического этапа - установление точного диагноза основного заболевания и оценка состояния основных органов и систем организма больного.

Постановка точного хирургического диагноза - залог успешного результата оперативного лечения. Именно точный диагноз с указа- нием стадии, распространённости процесса и его особенностей позволяет выбрать оптимальный вид и объём хирургического вмешательства. Здесь не может быть мелочей, каждую особенность течения заболевания необходимо учесть. В хирургии XXI века практически все вопросы диагностики должны быть решены до начала операции, а во время вмешательства лишь подтверждаются заранее известные факты. Таким образом, хирург ещё перед началом операции знает, с какими трудностями он может столкнуться во время вмешательства, чётко представляет себе вид и особенности предстоящей операции.

Можно привести множество примеров, свидетельствующих о важности тщательного предоперационного обследования. Вот лишь один из них.

Пример. У больного диагностирована язвенная болезнь, язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Консервативная терапия в течение длительного времени не даёт положительного эффекта, показано оперативное лечение. Но такого диагноза для операции ещё не достаточно. Существует два основных типа оперативных вмешательств при лечении язвенной болезни: резекция желудка и ваготомия. Кроме того, есть несколько разновидностей как резекции желудка (по Бильрот-I, по Бильрот-II, в модификации Гофмейстера-Финстерера, Ру и т.д.), так и ваготомии (стволовая, селективная, проксимальная селективная, с различными видами дренирующих желудок операций и без них). Какое вмешательство выбрать для данного больного? Это зависит от многих дополнительных факторов, их необходимо выявить при обследовании. Следует знать характер желудочной секреции (базальной и стимулированной, ночной секреции), точную локализацию язвы (передняя или задняя стенка), наличие или отсутствие деформации и сужения выходного отдела желудка, функциональное состояние желудка и двенадцатиперстной кишки (нет ли признаков дуоденостаза) и пр. Если не учесть эти факторы и необоснованно выполнить определённое вмешательство, значительно снизится эффективность лечения. Так, у больного могут развиться рецидив язвы, демпинг-синдром, синдром приводящей петли, атония желудка и другие осложнения, иногда приводящие больного к инвалидности и требующие впоследствии сложных реконструктивных оперативных вмешательств. Только взвесив все выявленные особенности заболевания, можно правильно выбрать способ хирургического лечения.

Прежде всего, точная диагностика необходима для того, чтобы решить вопрос о срочности операции и степени необходимости применения хирургического метода лечения (показания к операции).

После постановки диагноза хирург должен решить вопрос о том, не показана ли больному экстренная операция. Если такие показания выявлены, следует немедленно приступать к подготовительному этапу, при экстренных операциях занимающему от нескольких минут до 1-2 ч.

Основные показания к экстренной операции: асфиксия, кровотечение любой этиологии и острые заболевания воспалительного характера.

Врач должен помнить, что задержка операции с каждой минутой ухудшает её результат. При продолжающемся кровотечении, напри- мер, чем быстрее начато вмешательство и прекращена кровопотеря, тем больше шансов на спасение жизни больного.

В то же время в некоторых случаях необходима кратковременная предоперационная подготовка. Её характер направлен на стабилизацию функций основных систем организма, прежде всего сердечно-сосудистой, такую подготовку проводят индивидуально. Например, при наличии гнойного процесса, осложнённого сепсисом с тяжёлой интоксикацией и артериальной гипотензией, целесообразно в течение 1-2 ч провести инфузионную и специальную терапию, а лишь затем выполнить операцию.

В тех случаях, когда в соответствии с характером заболевания необходимости в экстренной операции нет, об этом делают соответствующую запись в истории болезни. Затем следует определить показания к плановому оперативному лечению.

Показания к операции разделяют на абсолютные и относительные.

Абсолютными показаниями к операции считают заболевания и состояния, представляющие угрозу жизни больного, которые можно ликвидировать только хирургическим путём.

Абсолютные показания к выполнению экстренных операций иначе называют «жизненными». К этой группе показаний относят асфик- сию, кровотечение любой этиологии, острые заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, перфоративную язву желудка и двенадцатиперстной кишки, острую кишечную непроходимость, ущемлённую грыжу), острыегнойные хирургические заболевания (абсцесс, флегмону, остеомиелит, мастит и пр.).

В плановой хирургии показания к операции также могут быть абсолютными. При этом обычно выполняют срочные операции, не откладывая их больше чем на 1-2 нед.

Абсолютными показаниями к плановой операции считают следующие заболевания:

• злокачественные новообразования (рак лёгкого, желудка, молочной железы, щитовидной железы, толстой кишки и пр.);

• стеноз пищевода, выходного отдела желудка;

• механическая желтуха и др.

Относительные показания к операции включают две группы заболеваний:

Заболевания, которые могут быть излечены только хирургическим методом, но не угрожающие непосредственно жизни больного (варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей, не- ущемлённые грыжи живота, доброкачественные опухоли, желчнокаменная болезнь и др.).

Заболевания, достаточно серьёзные, лечение которых принципиально можно осуществлять как хирургически, так и консервативно (ишемическая болезнь сердца, облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.). В этом случае выбор делают на основании дополнительных данных с учётом возможной эффективности хирургического или консервативного метода у конкретного больного. По относительным показаниям операции выполняют в плановом порядке при соблюдении оптимальных условий.

Лечить больного, а не болезнь - один из важнейших принципов медицины. Наиболее точно он был изложен М.Я. Мудровым: «Не должно лечить болезнь по одному только её имени, а должно лечить самого больного: его состав, его организм, его силы». Поэтому перед операцией никак нельзя ограничиться исследованием только повреждённой системы или больного органа. Важно знать состояние основных жизненно важных систем. При этом действия врача можно разделить на четыре этапа:

предварительная оценка;

стандартный минимум обследования;

дополнительное обследование;

определение противопоказаний к операции.

Предварительная оценка

Предварительную оценку проводят лечащий врач и анестезиолог на основании жалоб, опроса по органам и системам и данных физикального обследования пациента. При этом, кроме классических методов обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, определение границ органов), можно использовать простейшие пробы на компенсаторные возможности организма, например, пробы Штанге и Генче (продолжительность максимальной задержки дыхания на вдохе и выдохе). При компенсации функций сердеч- но-сосудистой и дыхательной систем эта продолжительность должна быть не меньше 35 и 20 с соответственно.

После предварительной оценки перед любой операцией, вне зависимости от сопутствующих заболеваний (даже при их отсутствии), необходимо провести минимальный комплекс предоперационного обследования:

клинический анализ крови;

биохимический анализ крови (содержание общего белка, билирубина, активность трансаминаз, концентрация креатинина, сахара);

время свёртывания крови;

группа крови и резус-фактор;

общий анализ мочи;

флюорография органов грудной клетки (давность не более 1 года);

заключение стоматолога о санации ротовой полости;

ЭКГ;

осмотр терапевта;

для женщин - осмотр гинеколога.

При получении результатов, укладывающихся в границы нормы, операция возможна. Если выявлены какие-либо отклонения, необхо- димо выяснить их причину и после этого решить вопрос о возможности выполнения вмешательства и степени его опасности для пациента.

Дополнительное обследование проводят при выявлении у пациента сопутствующих заболеваний или при отклонении от нормы результатов лабораторных исследований. Дополнительное обследование проводят для установления полного диагноза сопутствующих заболеваний, а также для контроля эффекта проводимой предоперационной подготовки. При этом можно использовать методы разной степени сложности.

В результате проведённых исследований могут быть выявлены сопутствующие заболевания, способные в той или иной степени стать противопоказаниями к выполнению операции.

Существует классическое разделение противопоказаний на абсолютные и относительные.

К абсолютным противопоказаниям относят состояние шока (кроме геморрагического шока при продолжающемся кровотечении), а также острую стадию инфаркта миокарда или нарушения мозгового кровообращения (инсульта). Следует отметить, что в настоящее время при наличии жизненных показаний возможно выполнение операций и на фоне инфаркта миокарда или инсульта, а также при шоке после стабилизации гемодинамики. Поэтому выделение абсолютных противопоказаний в настоящее время не имеет принципиально решающего значения.

К относительным противопоказаниям относят любое сопутствующее заболевание. Однако их влияние на переносимость операции различно. Наибольшую опасность представляет наличие следующих заболеваний и состояний:

Сердечно-сосудистая система: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, аритмии, варикозное расширение вен, тромбозы.

Дыхательная система: курение, бронхиальная астма, хронический бронхит, эмфизема лёгких, дыхательная недостаточность.

Почки: хронические пиелонефрит и гломерулонефрит, хроническая почечная недостаточность, особенно с выраженным снижением клубочковой фильтрации.

Печень: острый и хронический гепатиты, цирроз печени, печёночная недостаточность.

Система крови: анемия, лейкозы, изменения со стороны свёртывающей системы.

Ожирение.

Сахарный диабет.

Наличие противопоказаний к операции не означает, что хирургический метод применять нельзя. Всё зависит от соотношения показаний и противопоказаний. При выявлении жизненных и абсолютных показаний операцию следует выполнять практически всегда, с теми или иными мерами предосторожности. В тех ситуациях, когда есть относительные показания и относительные противопоказания, вопрос решают в индивидуальном порядке. В последнее время развитие хирургии, анестезиологии и реаниматологии привело к тому, что хирургический метод используют всё чаще, в том числе и при наличии целого «букета» сопутствующих заболеваний.

Существует три основных вида предоперационной подготовки:

психологическая;

общая соматическая;

специальная.

Операция - важнейшее событие в жизни больного. Решиться на такой шаг нелегко. Любой человек боится операции, так как в той или иной степени осведомлён о возможности неблагоприятных исходов. В связи с этим большую роль играет психологический настрой пациента перед операцией. Лечащий врач должен доступно объяснить больному необходимость хирургического вмешательства. Следует, не вникая в технические детали, рассказать о том, что планируется сделать, и как пациент будет жить и чувствовать себя после операции, изложить возможные её последствия. При этом во всём, безусловно, следует делать акцент на уверенности в благоприятном исходе лечения. Врач должен «заразить» больного определённым оптимизмом, сделать пациента своим соратником в борьбе с болезнью и сложностями послеоперационного периода. Огромную роль в психологической подготовке играет морально-психологический климат в отделении.

Для проведения психологической подготовки можно использовать фармакологические средства. Особенно это касается эмоционально лабильных пациентов. Часто применяют седативные препараты, транквилизаторы, антидепрессанты.

Необходимо получить согласие больного на хирургическую операцию. Все операции врачи могут делать только с согласия пациента. При этом факт согласия фиксирует лечащий врач в истории болезни - в предоперационном эпикризе. Кроме того, в настоящее время необходимо, чтобы больной дал письменное согласие на операцию. Соответствующий бланк, оформленный по всем юридическим нормам, обычно вклеивают в историю болезни.

Выполнить операцию без согласия больного можно, если он находится без сознания или недееспособен, о чём должно быть заключение психиатра. В таких случаях имеют в виду операцию по абсолютным показаниям. Если больной отказывается от операции в том случае, когда она жизненно необходима (например, при продолжающемся кровотечении), и в результате этого отказа погибает, то юридически вины врачей в этом нет (при соответствующем оформлении отказа в истории болезни). Однако в хирургии существует неофициальное правило: если больной отказался от операции, выполнить которую было необходимо по жизненным показаниям, то в этом вино- ват лечащий врач. Почему? Да потому, что все люди хотят жить, и отказ от операции связан с тем, что врач не смог найти нужный подход к больному, подобрать правильные слова для того, чтобы убедить пациента в необходимости хирургического вмешательства.

В психологической подготовке к операции важный момент - беседа оперирующего хирурга с больным до операции. Пациент должен знать, кто его оперирует, кому он доверяет свою жизнь, убедиться в хорошем физическом и эмоциональном состоянии хирурга.

Большое значение имеют взаимоотношения хирурга с родственниками больного. Они должны носить доверительный характер, ведь именно близкие люди могут влиять на настроение пациента и, кроме того, оказывать ему чисто практическую помощь.

При этом нельзя забывать, что сообщать родственникам информацию о болезни пациента в соответствии с законом можно только с согласия самого больного.

Заключение

Итак, хирургическая операция, хирургическое вмешательство или оперативное вмешательство (от лат. <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA> operatio - работа, действие) - комплекс воздействий на ткани или органы <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD\_(%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F)> человека (или животного), проводимых врачом с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9\_%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82>.

По характеру хирургического вмешательства

Лечебные

Радикальные. Цель - полностью устранить причину патологического процесса (гастрэктомия при раке желудка, холецистэктомия при холецистите). Радикальная операция не обязательно является операцией уносящей. Существует большое количество реконструктивно-восстановительных (пластических) радикальных операций, например, пластика пищевода при рубцовой стриктуре.

Паллиативные. Цель - частично устранить причину патологического процесса, тем самым облегчая его течение. Выполняются, когда радикальная операция невозможна (например, операция Гартмана с удалением видимой части опухоли, созданием кармана и наложением одноствольной колостомы). В название операции иногда вводится поясняющий термин, характеризующий её цель. Паллиативная операция не всегда означает невозможность и бесперспективность излечения больного (напр. при тетраде Фалло («синий» порок сердца) после паллиативной операции в младенческом возрасте, есть возможность радикальной хирургической коррекции в последующем).

Симптоматические. Цель - облегчить состояние пациента. Выполняются, когда радикальная или паллиативная операция по каким либо причинам невозможна. В название операции вводится поясняющий термин, характеризующий её цель (питательная гастростомия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F> у инкурабельных больных с раком пищевода; дренирующая холецистотомия при общем тяжелом состоянии и приступе холецистита, санитарная мастэктомия при распадающемся раке молочной железы). Симптоматическая операция не всегда означает невозможность и бесперспективность излечения больного, нередко симптоматическая операция выполняется как этап или как дополнение радикального лечения.

К диагностическим операциям относятся: биопсия, пункции, лапароцентез, торакоцентез, торакоскопия, артроскопия; а также диагностические лапаротомия, торакотомия и др. Диагностические операции представляют определенную опасность для больного, поэтому должны быть применены на завершающем этапе диагностики, когда исчерпаны все возможности неинвазивных методов диагностики

По срочности

Экстренные Производятся немедленно после постановки диагноза <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D0%B7>. Цель - спасение жизни <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D1%8C> пациента <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%BD%D1%82>. По экстренным показаниям должны выполняться коникотомия <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1> при острой непроходимости верхних дыхательных путей <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B5%D1%80%D1%85%D0%BD%D0%B8%D0%B5\_%D0%B4%D1%8B%D1%85%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D0%BF%D1%83%D1%82%D0%B8&action=edit&redlink=1>; пункция <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%83%D0%BD%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F> перикардиального мешка <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4> при острой тампонаде сердца <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B0%D0%BC%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D0%B0\_%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B0>.

Аппендэктомия - операция удаления червеобразного отростка <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BF%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%82>

Срочные Производятся в первые часы поступления в стационар <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B0>. Так, при постановке диагноза <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D0%B7> «острый аппендицит» <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BF%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%82>больной должен быть прооперирован в первые 2 часа госпитализации <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1>

Плановые операции выполняются после полной предоперационной подготовки в то время, которое удобно из организационных соображений. Это не означает, однако, что задерживать плановую операцию можно сколь угодно долго. Существующая до сих пор в некоторых поликлинических учреждениях порочная практика очереди на плановое оперативное лечение приводит к необоснованной задержке показанных операций и снижению их эффективности.

По этапности

Одномоментные

Двухмоментные

Многоэтапные

Кроме того, существуют понятия повторной операции, симультанной операции (то есть во время одной операции выполняются несколько оперативных приемов на разных органах - например, аппендэктомия и ушивание кисты яичника, выполненные из аппендэктомического доступа при апоплексии кисты яичника, диагностированной интраоперационно).

Список использованной литературы

1. Колотилова, И.А. Опорные конспекты по “СД в хирургии”.- СПб, 2005 г. Т.В Рыбочкина;

. Мухина,С. А Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода, - М, АНМИ, 1995, . И.И. Тарновский;

. Медицинский справочник “Спасение 03 или первая помощь при несчастных случаях”, С.- Петербург, “Герион”, 1995

. Островская, И.В. Сборник карточек тестов, ситуационных задач программированного обучения и контроля по сестринскому делу, хирургии, педиатрии, инфекционным болезням, М.,АНМИ 1999, В.Г. Стецюк, Л.Ф Артемова;

. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии (учебное пособие для медицинских училищ и колледжей) - Москва, Издательский дом ГЭОТАР-МЕД, 2001

. Стецюк В.Г. Пособие по хирургическим манипуляциям.: Медицина, 1996

. Палеева, Н.Р, Справочник медицинской сестры по уходу под ред.. - М., Альянс - В, 1999

Шварц, С., Справочник по хирургии. Дж. Шайерс, Ф. Спенсор 2006 г. 120 стр.

. Лопухин, Ю.М.Хирургия: пер. с англ. Главный редактор., В.С.Савельев -- М.: ГЭОТАР Медицина, 1997

.Швецкий, А. Стандарты диагностики и тактики в хирургии. 2000 г -148 стр.