

РУКОВОДСТВО ПО АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Под редакцией профессора
П.Н. Олейникова



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	8
Авторский коллектив	10
Список сокращений	12
Глава 1. Организация амбулаторной хирургической помощи	
<i>А. С. Лисицын, В. В. Воробьев, П. Н. Олейников, А. В. Безуглый</i>	15
Общая структура амбулаторной хирургической службы	16
История развития амбулаторной хирургии	17
Обоснование расширения объема амбулаторной хирургической помощи	20
Организация деятельности стационарзамещающих формирований	24
Организационно-штатная структура, размещение и планирование работы	25
Принципы обследования и лечения больных	29
Перечень операций и инвазивных манипуляций	37
Послеоперационное ведение больного	48
Стационар на дому	49
Глава 2. Медико-правовой регламент выполнения амбулаторных хирургических вмешательств	
<i>А. Н. Пищита</i>	53
Глава 3. Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств в амбулаторных условиях	
<i>С. В. Оболенский</i>	74
Виды и методы анестезиологического обеспечения	78
Перспективные направления в амбулаторной анестезиологии	100
Глава 4. Эндоскопические операции в амбулаторных условиях	
<i>А. Я. Мальчиков, В. П. Сажин, А. В. Федоров, Н. Н. Лебедев, А. Н. Шихметов</i>	104
Результаты лапароскопических операций	107
Глава 5. Реабилитация хирургических больных	
<i>П. Н. Олейников</i>	111
Глава 6. Медико-социальная экспертиза и проблемы реабилитации инвалидов с хирургическими заболеваниями и их последствиями	
<i>А. П. Кочетова</i>	116
Глава 7. Повреждения: диагностика и амбулаторное лечение	
<i>П. Н. Олейников</i>	131
Раны	136
Кровотечение	140
Травмы опорно-двигательного аппарата	147
Спортивная травма	165

Глава 8. Последствия травм опорно-двигательного аппарата, амбулаторное лечение и реабилитация больных	
<i>В. А. Ланда, Т. И. Булибина</i>	167
Травма мягких тканей	171
Переломы костей и вывихи суставов	172
Восстановительное лечение последствий переломов костей	173
Амбулаторное лечение контрактуры сустава	176
Реабилитационное лечение после травм верхних конечностей, осложненных повреждением периферических нервов.	188
Лечение последствий неосложненных травм позвоночника.	191
Последствия переломов костей таза.	192
Нарушение сращения костных фрагментов.	205
Посттравматические нейродистрофические синдромы и их лечение.	207
Глава 9. Ожоги, их последствия, лечение в амбулаторных условиях	
<i>А. А. Алексеев, А. Э. Бобровников, В. А. Лавров, С. В. Попов</i>	210
Термические ожоги	211
Электроожоги	215
Химические ожоги	217
Глубина ожогового поражения	219
Термоингаляционное поражение.	223
Ожоговая болезнь	227
Принципы местного лечения ожогов	228
Бесповязочный (открытый) метод лечения ожоговых ран.	229
Повязочный (закрытый) метод лечения ожоговых ран	229
Профилактика и лечение последствий ожоговой травмы.	246
Глава 10. Холодовые повреждения	
<i>А. Д. Климиашвили</i>	255
Общее переохлаждение	256
Отморожения	259
Глава 11. Хирургическая инфекция мягких тканей	
<i>А. М. Светухин, В. О. Цветков</i>	265
Клинические формы и стадии. Формулировка диагноза	265
Диагностика и лечение гнойных заболеваний мягких тканей	272
Виды хирургической инфекции мягких тканей.	292
Глава 12. Гнойные заболевания кисти	
<i>М. С. Алексеев</i>	303
Глава 13. Неклостридиальная анаэробная инфекция мягких тканей	
<i>А. П. Чадаев</i>	333

Глава 14. Профилактика и лечение пролежней	
<i>А. Д. Климиашвили</i>	347
Глава 15. Онкология в практике амбулаторного хирурга	
<i>В. В. Мартынюк</i>	361
Доброкачественные опухоли	361
Злокачественные опухоли	371
Злокачественные опухоли мягких тканей	383
Глава 16. Амбулаторная хирургия в оториноларингологии	
<i>Г. З. Пискунов</i>	396
Необходимые требования к амбулаторной операционной	396
Эндоскопическая диагностика	398
Местная анестезия	398
Заболевания носа и околоносовых пазух	400
Использование высоких технологий в амбулаторной хирургии ЛОР-органов	403
Заболевания глотки	404
Экссудативный средний отит	406
Глава 17. Заболевания щитовидной железы	
<i>А. А. Щеголев, А. А. Ларин</i>	408
Анатомия, гистология, физиология	408
Обмен йода в организме человека	410
Регуляция выработки гормонов	411
Методы обследования больных с заболеваниями щитовидной железы	412
Зоб	416
Тиреотоксикоз	425
Эндокринная офтальмопатия	428
Хирургическое лечение диффузного и узловых форм зоба	429
Глава 18. Мастит	
<i>А. П. Чадаев</i>	434
Лактационный (послеродовой) мастит	437
Нелактационный мастит	469
Хронический мастит	470
Глава 19. Заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки	
<i>П. Н. Олейников</i>	472
Заболевания пищевода	472
Травмы и инородные тела пищевода	479
Функциональные расстройства пищевода	490
Некоторые синдромы заболевания пищевода	493

Опухоли пищевода	493
Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	496
Глава 20. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	
<i>А. А. Щеголев, О. А. Аль-Сабунчи</i>	499
Острое желудочное кровотечение	499
Эволюция хирургической тактики при язвенном гастродуоденальном кровотечении	510
Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	516
Глава 21. Эзофагогастродуоденоскопия в диагностике и лечении заболеваний пищевода и желудка	
<i>Н. Е. Чернеховская</i>	526
Показания и противопоказания к эзофагогастродуоденоскопии	527
Диагностическая эзофагогастродуоденоскопия	528
Лечебная эзофагогастродуоденоскопия	533
Глава 22. Заболевания желчного пузыря	
<i>В. А. Кубышкин, А. Я. Мальчиков</i>	536
Желчнокаменная болезнь	536
Острый холецистит	538
Глава 23. Заболевания поджелудочной железы	
<i>В. А. Кубышкин, А. Я. Мальчиков</i>	549
Острый панкреатит	549
Хронический панкреатит	560
Глава 24. Грыжи	
<i>А. Д. Тимошин, Н. Н. Лебедев, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов, А. Н. Шихметов</i>	575
Глава 25. Острый аппендицит	
<i>П. Н. Олейников</i>	600
Глава 26. Кишечная непроходимость	
<i>П. Н. Олейников</i>	614
Глава 27. Перитонит	
<i>А. Я. Мальчиков</i>	623
Глава 28. Кишечные свищи	
<i>П. Н. Олейников</i>	628
Глава 29. Амбулаторная колопроктология	
<i>Э. П. Рудин, П. Н. Олейников</i>	645
Анатомо-физиологические особенности толстой кишки	645
Методы обследования	647
Заболевания прямой кишки	651
Воспалительные заболевания толстой кишки	678
Опухоли толстой кишки	691
Глава 30. Заболевания почек и мочевых путей	
<i>Л. А. Сиякова, О. Б. Лоран</i>	699

Пиелонефрит	699
Инфекции нижних мочевых путей	714
Мочекаменная болезнь	725
Кисты почек	738
Глава 31. Заболевания предстательной железы	742
Хронический простатит	
<i>А. В. Марков, А. В. Живов</i>	742
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	
<i>И. В. Лукьянов</i>	754
Рак предстательной железы	
<i>Е. И. Велиев</i>	768
Глава 32. Амбулаторная ангиология	
<i>С. В. Лисин</i>	773
Артериальная недостаточность	774
Венозная недостаточность	784
Расстройства лимфообращения	792
Глава 33. Диабетическая стопа	
<i>П. Н. Олейников</i>	794
Глава 34. Варикозная болезнь нижних конечностей	
<i>Г. Д. Константинова</i>	810
Патогенетическое обоснование хирургического лечения	
варикозной болезни	810
Диагностика варикозной болезни	811
Хирургическое лечение неосложненной варикозной болезни	814
Хирургическое лечение осложненной варикозной болезни	837
Компрессионная склеротерапия варикозных вен	844
Консервативное лечение больных	
с варикозной болезнью вен	854
Глава 35. Посттромбофлебитическая болезнь	
нижних конечностей	
<i>Г. Д. Константинова</i>	865
Клиническая картина и диагностика	
посттромбофлебитической болезни	866
Лечение посттромбофлебитической болезни	871
Список литературы	887
Предметный указатель	891

Глава 1

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Происходящие в стране социально-экономические преобразования затрагивают и здравоохранение, предопределяя поиск оптимальных решений насущных организационных, экономических и общемедицинских проблем. Необходим ряд качественных изменений в системе оказания медицинской помощи населению, прежде всего пересмотр характера и объема лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Одно из наиболее перспективных направлений — расширение рамок внебольничной специализированной медицинской помощи, в том числе и хирургической, за счет внедрения новых организационных форм и прогрессивных медицинских технологий. Тенденция получения максимума возможного при ограниченности материальных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, характерна для любой страны.

В концепции развития здравоохранения страны проблему совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи рассматривают как приоритетное направление практического здравоохранения, что закономерно обусловлено:

- наличием широкой сети лечебных учреждений догоспитального звена;
- массовым обращением пациентов в амбулатории и поликлиники;
- возможностью ранней диагностики, лечения и профилактики заболеваний и их осложнений;
- возможностью обеспечения единства лечебно-диагностического процесса на всех его стадиях: профилактика—диагностика—лечение—реабилитация.

ОБЩАЯ СТРУКТУРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Амбулаторная хирургическая служба — система форм собственности и управления здравоохранением, предназначенная:

- для оказания лечебно-диагностической помощи пациентам хирургического профиля;
- для осуществления первичной и вторичной профилактики хирургических заболеваний населения по месту жительства без использования или с кратковременным использованием госпитальной койки.

Амбулаторная хирургическая служба включает:

- хирургические кабинеты амбулаторий (здравпунктов), медико-санитарных частей (МСЧ), поликлинических отделений больниц;
- хирургические отделения поликлиник, медицинских центров, консультативно-диагностических центров;
- дневные стационары амбулаторно-поликлинических учреждений и больниц с профильными койками для хирургических больных;
- дневные стационары хирургического профиля поликлиник, МСЧ, поликлинических и специализированных отделений больниц;
- стационары на дому (СНД) для хирургических больных;
- центры амбулаторной хирургии (ЦАХ) с дневными стационарами;
- хирургические центры (ХЦ) со стационарами кратковременного пребывания (СКП);
- многопрофильные клиники амбулаторной хирургии высших медицинских учебных заведений с дневными стационарами и СКП.

Все формирования комплектуют врачами, средним и младшим медицинским персоналом согласно штатному расписанию и оснащают средствами оказания медицинской помощи в объеме, предусмотренном для лечебного учреждения соответствующего уровня, или в соответствии с решением региональных органов управления здравоохранением.

По инициативе региональных органов здравоохранения на местах создают различные формы учреждений амбулаторно-поликлинического звена, в том числе с использованием заменяющих стационар технологий. Однако не для всех предусмотрены соответ-

ствующие регламентирующие документы. В связи с этим в различных регионах эти формирования называют по-разному:

- ЦАХ;
- центр амбулаторно-поликлинической хирургии;
- дневной стационар хирургии одного дня;
- центр дневной хирургии и т. д.

Все они решают близкие задачи расширения объема хирургической помощи в амбулаторных условиях.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Понятие «амбулаторная хирургия» впервые было использовано почти 100 лет назад шотландским хирургом Джеймсом Николсоном, который сообщил о почти 9000 операций, выполненных в амбулаторных условиях у детей, с последующей ранней выпиской. Ученый показал, что такая форма организации хирургического лечения пациентов обходится в 10 раз дешевле, чем аналогичные операции, выполненные в стационаре.

Развитию амбулаторной хирургии существенно способствовала эволюция методов обезболивания, прежде всего местной анестезии. Целый ряд сообщений зарубежных хирургов свидетельствовал в пользу ранней выписки пациентов после операции. Она способствовала уменьшению вероятности послеоперационных осложнений и сокращению времени ожидания пациентами операций.

С конца 60-х гг. XIX в. в США началось активное создание ЦАХ, и стало увеличиваться число операций, выполняемых в этих центрах. Увеличению объема амбулаторной хирургической помощи способствовали:

- развитие экономики;
- появление законодательных актов, определяющих юридические права амбулаторных хирургов;
- прогресс в медицине, в частности появление новых средств анестезии, разнообразных эндоскопических аппаратов, лазерной техники.

В практическом здравоохранении зарубежных стран существует несколько организационных форм ЦАХ.

- Интегрированный ЦАХ на базе хирургического отделения стационара. Его преимущества — использование ресурсов стационара,

госпитальный сервис. Недостатки — риск госпитальной инфекции, контакт пациентов с тяжелыми больными.

- **Обособленный ЦАХ** — автономное отделение на территории стационара. Преимущества — доступ к оборудованию и вспомогательным службам стационара. Недостатки — риск госпитальной инфекции, сохранение объема материальных затрат стационара.
- **Сателлитный ЦАХ** — филиал, обособленное расположение вне стационара, на территории больничного городка. Преимущества — специализированное помещение, отдельный персонал, отсутствие риска госпитальной инфекции. Недостатки — затруднен доступ к службам стационара.
- **Изолированный ЦАХ** — самостоятельное учреждение с независимым управлением. Преимущества — максимальная специализация, высокий уровень комфорта, отсутствие госпитальной инфекции. Недостатки — высокий уровень затрат, отсутствие поддержки стационара.

В некоторых российских городах первые СНД организованы еще в 1937—1939 гг. В послевоенный период после резкого сокращения больничного коечного фонда городские отделы здравоохранения вновь вернулись к идее дневных стационаров и СНД при городских больницах и поликлиниках.

Вопросы совершенствования амбулаторной хирургической помощи обсуждены на XXIX (1979) и XXXI (1986) Всесоюзных съездах хирургов, на XX пленуме Правления Всесоюзного научного общества хирургов (1985), на I конгрессе Ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова (Ташкент, 1996), на научно-практических конференциях по актуальным проблемам амбулаторной хирургии, I и II съездах амбулаторных хирургов Российской Федерации (2004, 2007). В принятых решениях подчеркнута необходимость расширения этого вида медицинской помощи и создания при поликлиниках палат дневного пребывания и лечения пациентов.

Фактически с 1980 г. новые формы хирургической помощи амбулаторным пациентам развивают по трем направлениям.

- Амбулаторно-стационарный метод, разработанный Институтом хирургии им. А. В. Вишневского, предусматривает:
 - полное амбулаторное обследование больного;
 - выполнение операции в день поступления;
 - кратковременное пребывание больного в стационаре (2—4 сут) и дальнейшее долечивание в поликлинике.