

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

И. В. Михин, О. А. Косивцов

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПОМОЩНИКА ВРАЧА-ХИРУРГА

Учебное пособие

*для внутривузовского применения
для специальностей:*

060101 – Лечебное дело, 060103 – Педиатрия,

060105 – Медико-профилактическое дело,

060201 – Стоматология



Издательство
ВолГМУ
Волгоград
2014

УДК 617:614.23(07)

ББК 54.5

М 697

УМО 83/05.05-20

27.02.2013

Авторский коллектив:

заведующий кафедрой хирургических болезней
педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ,
д-р мед. наук, проф. *И. В. Михин*;
ассистент кафедры хирургических болезней
педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ,
канд. мед. наук *О. А. Косивцов*

Рецензенты:

заведующий кафедрой факультетской хирургии № 2
Московского государственного медико-стоматологического университета,
д-р мед. наук, проф. *И. Е. Хатьков*;
профессор кафедры хирургических болезней № 1 Российского национального
исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова,
Заслуженный врач РФ, д-р мед. наук *М. Ш. Цириашвили*

Печатается по решению ЦМС ВолгГМУ

М 697

Михин И. В.

Организация работы помощника врача-хирурга: учеб. пособие / И. В. Михин, О. А. Косивцов. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2014. – 68 с.

ISBN 978-5-9652-0243-0

В предлагаемом учебном пособии представлены основные сведения по организации производственной практики помощника врача-хирурга в хирургическом отделении.

Учебное пособие предназначено для внутривузовского применения для студентов, обучающихся по специальностям 060101 – «Лечебное дело», 060103 – «Педиатрия», 060105 – «Медико-профилактическое дело», 060201 – «Стоматология».

УДК 617:614.23(07)

ББК 54.5

ISBN 978-5-9652-0243-0

© Михин И. В., Косивцов О. А., 2014

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2014

© Издательство ВолгГМУ, 2014

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ**

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
ПОМОЩНИКА ВРАЧА-ХИРУРГА**

пособие для студентов, обучающихся по специальностям
060101 – «Лечебное дело», 060103 – «Педиатрия», 060105 – «Стома-
тология» и 060104 – «Медико-профилактическое дело»

**ВОЛГОГРАД
2014**

УДК 617:614.23 (07)
ББК 54.5
М 697
УМО 83/05.05-20
27.02.2013

Авторский коллектив:

Михин Игорь Викторович – заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ, д.м.н.;

Косивцов Олег Александрович – ассистент кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ, к.м.н.

Рецензенты:

Хатьков Игорь Евгеньевич – заведующий кафедрой факультетской хирургии №2 Московского государственного медико-стоматологического университета, доктор медицинских наук, профессор;

Цициашвили Михаил Шалвович - профессор кафедры хирургических болезней №1 Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, доктор медицинских наук.

«Организация работы помощника врача-хирурга». Учебное пособие. – Волгоград: ВолгГМУ, 2014.- 64с.

В предлагаемом учебном пособии представлены основные сведения по организации производственной практики помощника врача-хирурга в хирургическом отделении. Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальностям 060101 – «Лечебное дело», 060103 – «Педиатрия», 060201 – «Стоматология» и 060104 – «Медико-профилактическое дело».

Печатается по решению ЦМС ВолгГМУ.

© Михин И.В., Косивцов О.А.

© Волгоградский государственный медицинский университет

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Цель и задачи практики	5
Порядок и формы проведения практики.....	5
Перечень основных практических умений.....	9
Элементы врачебной деятельности, подлежащие освоению в процессе практики.....	13
Формы контроля	15
Примерный дневник и схема доклада дежурного врача	16
Требования к оформлению истории болезни	18
Особенности работы в приемном отделении стационара	23
Алгоритмы оказания помощи пациентам с острой хирургической патологией	35
Примеры ситуационных задач	64
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Федеральный закон об охране здоровья граждан.....	67
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Дневник по производственной практике помощника врача-хирурга.....	74
Рекомендуемая литература.....	80

ВВЕДЕНИЕ

В системе высшего медицинского образования курс хирургических болезней занимает одно из ведущих мест. Производственная практика в качестве помощника врача-хирурга составляет очередную ступень подготовки студентов по вопросам общей хирургии и хирургической патологии, имеет цель подготовить эрудированного, высокообразованного врача, который, основываясь на полученных теоретических знаниях, сможет предупреждать болезни, распознавать их на ранних стадиях развития и в различных стадиях течения. Производственная практика по хирургии является неотъемлемой формой учебного процесса в медицинском вузе. Целью производственной практики является практическая реализация полученных теоретических знаний за период обучения в клинике хирургических болезней. Заведующий кафедрой по согласованию с деканом по производственной практике университета назначает руководителя практики. Организационное собрание студентов, где уточняются все вопросы, касающиеся проведения производственной практики, проводится после зимней экзаменационной сессии. Руководитель практики, согласно указаниям декана по производственной практике, проверяет готовность баз к приёму студентов.

Перед прибытием на место прохождения производственной практики студенту необходимо получить направление и получить необходимые инструкции у руководителя по производственной практике соответствующего факультета.

По прибытии студент представляется руководителю практики на данной клинической базе, заместителю главного врача по лечебной работе.

Студенты знакомятся с графиком работы, расписанием и порядком сдачи экзамена по производственной практике на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов или в деканате. Экзамен принимается руководителем практики до начала осеннего семестра. Список студентов, сдавших и не сдавших экзамен по практике, передается в деканат.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПРАКТИКИ

Цель практики: совершенствование манипуляционных навыков, знаний, умений, полученных на практических занятиях в учебном году на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов.

Задачи практики помощника врача-хирурга:

1. Освоить основные этапы лечебно-диагностической работы у постели больного в процессе самостоятельной врачебной деятельности при постоянном контроле и коррекции её преподавателем.
2. Научиться самостоятельному оформлению медицинской документации.
3. Знакомство с организацией работы хирургического стационара.
4. Проведение санитарно-просветительной работы среди больных лечебных учреждений.
5. Освоение и проведение учебно-исследовательской работы.
6. Закрепление теоретических знаний, полученных на лекциях и практических занятиях.

Место проведения практики определяется деканатом по производственной практике в условиях базовых лечебно-диагностических учреждений ВолгГМУ. Студенты работают в приёмном покое, хирургическом отделении и в отделении анестезиологии-реанимации.

ПОРЯДОК И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

1. Студент работает в качестве помощника врача под руководством лечащего врача палаты и заведующего отделением. Руководитель практики контролирует деятельность студента.
2. Участвует в работе на утренней конференции и ночных дежурствах.
3. Самостоятельно курирует больных в отделении.

4. Все манипуляции у курируемых больных студент проводит самостоятельно (забор крови, внутривенные инфузии, зондирование, пункции и т. д.) под контролем врача отделения за которым закреплён студент.

5. Вместе с врачом отделения участвует в подготовке и проведении специальных лечебных, и диагностических манипуляций (ЭГДС, ультразвуковая и рентгенологическая диагностика).

6. Студент ведет дневник (см. приложение), в который заносит:

- паспортные данные больного;
- основные результаты сбора информации, используемой для обоснования диагноза;
- правильно сформулированный диагноз;
- принципы лечения, характер и результаты оказания экстренной помощи;
- самостоятельно выполненные манипуляции и пособия.

Особое внимание должно быть обращено на системный подход и системный анализ информации, получаемой при курации больных, что составляет основу для выводов об индивидуальных особенностях процесса, следовательно, и об индивидуализации лечения.

Перечень необходимых знаний, умений и навыков, приобретаемых в результате прохождения практики включает освоение основных алгоритмов работы врача (см. приложение) и навыков анализа различного рода информации и дополнительных методов обследования и анализа результатов.

Освоение принципов обоснования и правильной формулировки предварительного и окончательного диагнозов, знание вопросов этиологии и патогенеза различных хирургических заболеваний, выбора метода (медикаментозный, хирургический) и тактики лечения являются важнейшей составляющей производственной практики.

Производственная практика также включает проведение санитарно-просветительной работы (лекции, беседы с больными лечебного учрежде-

ния, где студент проходит практику). Продолжительность практики определяется учебной программой.

Работа в отделении ежедневно начинается с утренней конференции в отделении, а затем студент должен посещать общепольничную конференцию, где решаются все организационные, тактические вопросы по отношению к поступившим больным, обсуждаются выполненные накануне и планируемые оперативные вмешательства.

После конференции студент должен присутствовать на утреннем обходе больных вместе с лечащим врачом и получать 4-6 больных для ежедневной курации. Во время курации собираются жалобы, анамнез жизни и заболевания, проводится объективное исследование больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). На основании полученных данных оценивается состояние больного, выставляется предварительный или клинический диагноз, назначаются необходимый перечень дополнительных методов исследования и лечебных мероприятий, выставляются и обосновываются показания к оперативному лечению.

Студент должен работать в операционной, в перевязочной, в отделении реанимации, в процедурном кабинете. Студенту необходимо научиться работать с историями болезни хирургических больных: правильно оформить запись врача при поступлении больного, составить план обследования и лечения, обосновать клинический диагноз, составить предоперационный эпикриз и протокол операции, ежедневные дневники, этапный и выписной эпикриз. Студент должен ориентироваться в вопросах страховой медицины: правильно определить медико-экономический стандарт, следить за сроком лечения, определить уровень качества лечения. Требования к оформлению истории болезни хирургического больного представлены далее.

Все выполненные им действия ежедневно необходимо заносить в дневник по производственной практике. В первый день практики необходимо в дневники описать два протокола оперативного вмешательства.

При направлении больных на дополнительные методы исследования (эндоскопические, рентгенологические и др.) курируемых больных студенту необходимо участвовать в их проведении.

Студент должен знать алгоритм оказания помощи экстренным больным в хирургическом отделении, прием больных в приемном покое с описанием истории болезни, участвовать в операциях, работать в перевязочной.

После ознакомления с устройством и оборудованием хирургического отделения (кабинета) студент приступает к приему больных совместно с хирургом. При этом студент знакомится с объемом работы хирургов, которые проводят прием и обследование всех больных с хирургическими заболеваниями и лечение тех, кто нуждается в госпитализации. Больные, не требующие стационарного лечения, направляются в поликлинические отделения.

Студент активно включается в прием хирургических больных: собирает анамнез, проводит объективный осмотр, участвует в назначении лечения и проведении перевязок.

Во время приема больных студент обращает внимание на характерные особенности анамнеза при различных заболеваниях, выявляют сущность и диагностическую ценность симптомов. Студент должен научиться правильно оформлять медицинскую документацию: медицинскую карту стационарного и амбулаторного больного, листка нетрудоспособности, статистического талона, контрольной карты, диспансерного наблюдения, бланка направления на госпитализацию.

Студент должен участвовать в выполнении несложных хирургические вмешательства, участвовать в работе врачебных и экспертных комиссий.

Все выполненные студентом действия должны быть зафиксированы в дневнике по практике и сводном отчете. Студент обязан знать форму доклада дежурного врача.

По окончании всей практики студент сдает зачет руководителю производственной практики на данной клинической базе.

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

Для достижения цели производственной практики по хирургии студент должен знать:

1. Клиническую симптоматику и тактику ведения больных с хирургической, особенно острой, патологией, гнойными, онкологическими заболеваниями основных локализаций, повреждениями органов брюшной и грудной полостей.
2. Методики эндоскопических, ультразвуковых, рентгенологических и основных лабораторных исследований.
3. Асептику, антисептику. Антисептики для обработки рук хирурга, операционного поля и лечения ран.
4. Хирургический инструментарий, перевязочный и шовный материал.
5. Инструментарий и медикаменты, необходимые для проведения местной инфильтрационной и проводниковой анестезии.
6. Инструменты и медикаменты, необходимые для проведения анестезии по Оберсту-Лукашевичу.
7. Инструменты и медикаменты, необходимые для проведения паранефральной блокады, блокады круглой связки печени, тазовой блокады по Школьникову-Селиванову.
8. Набор инструментов и медикаментов для первичной хирургической обработки раны.
9. Технику выполнения основных оперативных вмешательств: вскрытие гнойника, удаление опухолей поверхностных локализаций, аппендэктомия, грыжесечение, холецистэктомия, резекция желудка, лапароскопические операции и др.
10. Методику и технику выполнения лапароскопии, лапароцентеза методом "шарящего катетера".

11. Методику, показания, осложнения переливания крови и её компонентов.
12. Препараты для парентерального питания.
13. Препараты для коррекции водно-электролитного баланса.
14. Препараты для гемостаза.
15. Препараты для дезинтоксикационной терапии.
16. Десмургию.

Для получения информации, необходимой формированию базисных знаний-умений, рекомендуется список литературных источников. На основании теоретических знаний студент должен уметь:

1. Опрашивать и осматривать больного с хирургическими заболеваниями.
2. Расшифровать результаты дополнительных методов исследования: ультразвуковых, рентгенологических, эндоскопических, лабораторных.
3. Обработку рук по Спасокукоцкому-Кочергину, раствором хлоргексидина, С-4.
4. Определение стерильности операционного белья, материалов в биксе.
5. Методику одевания стерильного халата, перчаток (с помощью сестры и без неё).
6. Накладывать эластичный бинт на нижнюю конечность.
7. Пользоваться индивидуальным перевязочным пакетом.
8. Наложить повязку Дезо и повязки на все области тела.
9. Наложить транспортную иммобилизацию при переломе костей верхней конечности.
10. Наложить транспортные шины Дитрикса и Крамера.
11. Вскрывать гнойники поверхностных локализаций.
12. Делать трахеостомию.
13. Остановить носовое кровотечение.
14. Делать срочную обработку глаз при ожогах.

15. Произвести внутривенные и внутриартериальные вливания.
16. Произвести венепункцию, венесекцию, катетеризацию вен.
17. Осуществить плевральную пункцию.
18. Осуществить пункцию брюшной полости (лапароцентез) при асците и закрытых травмах живота.
19. Осуществить надлобковую пункцию мочевого пузыря.
20. Выполнить различные виды инъекций.
21. Подготовить систему и осуществить внутривенное вливание.
22. Определение группы крови и резус-фактора.
23. Провести пробу на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента.
24. Остановку наружного артериального кровотечения с помощью резинового жгута.
25. Выполнять непрямой массаж сердца.
26. Провести искусственную вентиляцию легких при помощи дыхательного мешка.
27. Оказывать первую помощь при электротравме, ожогах, отморожениях, укусах животными, насекомыми, ядовитыми змеями.
28. Промывать желудок.
29. Катетеризировать мочевой пузырь.
30. Проводить пальцевое исследование прямой кишки и вагинальное исследование.
31. Выполнить клизмы: очистительную, сифонную, гипертоническую, лекарственную.
32. Наклеить калоприёмник.
33. Осуществлять профилактику столбняка.
34. Произвести первичную хирургическую обработку ран.
35. Выполнить местную инфильтрационную анестезию, проводниковую анестезию по Оберсту-Лукашевичу.
36. Выполнять новокаиновую паранефральную блокаду, блокаду

круглой связки печени, тазовую блокаду по Школьникову-Селиванову.

37. Участвовать в качестве ассистента на операциях:

- грыжесечение;
- аппендэктомия;
- дренирование брюшной полости при перитоните;
- вскрытие абсцессов, флегмон, панариция;
- удаление доброкачественных опухолей мягких тканей;
- свободная кожная пластика;
- ампутация конечности;
- холецистэктомия (традиционная, лапароскопическая);
- резекция желудка;
- струмэктомия;
- резекция молочной железы;
- при экстренных операциях: по поводу острого холецистита, панкреатита, осложнений язвенной болезни, кишечной непроходимости;

38. Оформлять медицинскую документацию.

Производственная практика студентов по хирургическим болезням в качестве помощника врача проходит в различных базовых лечебных учреждениях Волгоградского Государственного медицинского университета. Все хирургические отделения должны соответствовать предъявляемым требованиям.

В ряде случаев, при наличии объективных причин, студентам предоставляется возможность проходить практику по месту жительства в крупных многопрофильных больницах.

Непосредственное руководство возложено на кафедру хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов и руководителей клиник. Практическая подготовка студентов оценивается во время экзамена по практике. Результаты заносятся в зачетную книжку.

ЭЛЕМЕНТЫ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ОСВОЕНИЮ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

В таблице представлено ориентировочное количество практических навыков, которые студенты должны освоить в учебном году на практических занятиях и дежурствах с последующим закреплением на практике. Во время экзамена по практике будет оцениваться количество выполненных навыков и уровень их усвоения.

Перечень лечебно-диагностических манипуляционных навыков		Количество	Уровень усвоения		
			Знания	Умения	Навыки
А. Необходимо владеть навыками выявления и интерпретации следующих симптомов:					
1.	При "остром животе" - Блюмберга-Щёткина, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, «мышечной» защиты, Ортнера, Мерфи, Кера, Мейо-Робсона, Воскресенского, «шума плеска», «шума падающей капли», Валя, Кивуля, Мондора, Лотейссена, исчезновение печеночной тупости, притупление в отлогих частях живота, изменения перистальтики кишечника. Дифференциальная диагностика при острых заболеваниях органов брюшной полости.	20	+	+	+
2.	При кровотечении из ЖКТ и при внутрибрюшных кровотечениях - оценка дефицита ОЦК различными методами. Определение шокового индекса и степени кровотечения. Установление источника кровотечения. Определение показаний к ЭГДС, лапароскопии, использование этих данных в выборе тактики лечения.	12	+		
3.	При наружных грыжах - исследование пахового канала, определение косой и прямой паховой грыжи, вправимой и невправимой грыжи, симптома "кашлевого толчка". Распознавание и особенности лечения осложнённых наружных грыж живота.	7	+	+	
4.	При опухолях брюшной полости- определение конфигурации, подвижности, консистенции, предположительной органной принадлежности опухоли. Методы лечения.	5	+		
5.	При механической желтухе - проведение дифференциальной диагностики между паренхиматозной, гемолитической и обтурационной желтухой. Использование малоинвазивных технологий в диагностике и лечении этой патологии.	9	+		
6.	При болезнях легких и плевры - интерпретация данных пальпации, перкуссии и аускультации, рентгенографии грудной клетки. Выявление признаков неоперабельности при раке лёгкого.	4	+		
7.	7. При болезнях молочной железы - оценка патологических данных, выявленных при пальпации молочной железы. Симптомы лимфостаза. Дифференциальная диагностика между злокачественными и доброкачественными	5	+		

	образованиями. Определение стадии рака молочной железы.				
8.	При заболеваниях пищевода - оценка дисфагии как основного симптома заболевания пищевода и её диагностическое значение. Особенности перкуссии, пальпации и аускультации при заболеваниях пищевода. Дифференциальная диагностика между доброкачественными и злокачественными образованиями пищевода.	4	+		
9.	При заболеваниях щитовидной железы - определение степени увеличения железы, выявление функциональных нарушений щитовидной железы. Синдром Горнера. Симптомы Мари, Грефе, Еллинека, Дельримпля, Штельвага, Мебиуса. Выявление признаков злокачественного поражения щитовидной железы, оценка операбельности процесса.	9	+	+	
10.	10. При болезнях сосудов нижних конечностей - оценить степень нарушений артериальной и венозной части сосудистого русла и стадию на основании данных анамнеза и клинического обследования. Симптомы Опеля, прижатия пальца. Пробы Шамовой, Гольдфлама, Троянова-Тренделенбурга-Броуди, Гаккенбруха-Сикара, Пратта, Шейниса, Тальмана. Дифференциальная диагностика. Оценка состояния компенсаторных процессов при сосудистых нарушениях (проходимость глубоких вен, развитие коллатералей и т.д.) и степени трофических расстройств.	10	+		
Б.Оценить результаты стандартных лабораторных методов у больных с различной хирургической патологией:					
1.	Клинические анализы крови и мочи	25	+		
2.	Биохимические анализы крови, мочи, выпота из брюшной полости	20	+		
3.	Клинические анализы желудочного сока, содержимого 12-ти перстной кишки	10	+		
В. Поставить показания и дать ориентировочную оценку рентгенографическим методам исследования:					
1.	Холецистографии, холангиографии, РПХГ.	10	+		
2.	Обзорным рентгенограммам при перфоративной язве, перитоните, острой кишечной непроходимости, панкреатите.	10	+		
3.	Рентгенограммам пищевода, желудка, толстой и тонкой кишки при различных хирургических заболеваниях.	10	+		
4.	Рентгенограммам при абсцессах брюшной полости.	5	+		
5.	Рентгенограммам при пневмотораксе и гидротораксе.	10	+		
6.	Рентгенограммам при заболеваниях молочной железы	5	+		
Г. Поставить показания к УЗИ					
1.	При заболеваниях печени и желчевыводящих путей.	15	+		
2.	При заболеваниях поджелудочной железы.	15	+		
3.	При острой кишечной непроходимости.	10	+		
4.	При объёмных образованиях и абсцессах брюшной полости.	7	+		
5.	При заболеваниях сосудов нижних конечностей.	10	+		
6.	При заболеваниях молочной железы.	5	+		
7.	При заболеваниях щитовидной железы.	5	+		

Д. Поставить показания к радиоизотопному исследованию:					
1.	Органов брюшной полости	5	+		
2.	Щитовидной железы	5	+		
Е. Описать комплекс лечебных мероприятий в соответствии с принятой формой врачебных назначений:					
1.	При остром холецистите, панкреатите, осложнениях язвенной болезни, острой кишечной непроходимости в качестве предоперационной подготовки.	10	+		
2.	После аппендэктомии, холецистэктомии, грыжесечения, операций на желудке, кишечнике и других органах брюшной полости.	10	+		
3.	Консервативное лечение после операции по поводу перитонита.	10	+		
4.	Комплекс медикаментозного лечения до и после операции на пищеводе, легких, плевре.	5	+		
5.	Медикаментозное лечение до и после операции при токсических формах зоба.	5	+		
6.	Особенности медикаментозного лечения до и после операции при заболеваниях сосудов нижних конечностей.	8	+		
7.	Медикаментозное лечение после операций при нагноительных заболеваниях мягких тканей.	5	+		
8.	Обосновать диагноз с учётом вышеперечисленных навыков.	20	+		
9.	Написание предоперационного заключения, определение показаний к хирургическому лечению, обоснование вида, объёма и сроков выполнения оперативного вмешательства.	20	+		
10.	Определение тактики ведения больного в послеоперационном периоде при заболеваниях органов брюшной, грудной полости, травмах, заболеваниях сосудов, урологических больных.	20	+		

ФОРМЫ КОНТРОЛЯ

1. В течение практики студент заполняет дневник, в котором должны быть отражены основные результаты его практической работы: количество выполненных лечебно-диагностических манипуляций и уровень их освоения; обоснование диагноза больных с различными нозологическими формами с последующей его формулировкой; планирование методов терапии; присутствие и участие в операциях; анализ изученной учебной и монографической литературы.
2. Лечащий врач, заведующий отделением и руководитель практики контролируют лечебно-диагностическую работу студента.
3. По окончании практики студент получает характеристику от заведующего отделением, где он работал.

4. УИРС представляется каждой группой студентов в реферативной форме.
5. Итоговый уровень практической подготовки студентов будет оцениваться во время экзамена, который будет принимать руководитель практики на кафедре. Оценка заносится в зачетную книжку.

ПРИМЕРНЫЙ ДНЕВНИК ОДНОГО ИЗ ДНЕЙ РАБОТЫ.

Дата. Участвовал(а) в утренней конференции врачей отделения. Произвел (а) обход больных с лечащим врачом, выполнял(а) некоторые назначения (внутривенные инфузии, промывание желудка, клизмы, катетеризация мочевого пузыря, плевральная пункция, лапароцентез и пр.). Написал(а) дневники в историях болезни. Проводил(а) осмотр больных в приемном покое. В перевязочной снял(а) швы больным после операции. Измерял(а) артериальное давление, температуру. Присутствовал(а) на операции (указать какой) или участвовал(а) в качестве ассистента. На ночном дежурстве совместно с дежурным врачом произвел(а) вечерний обход.

При описании поступивших в отделение больных указать их паспортные данные, жалобы, данные осмотра, клинико-лабораторных исследований, диагноз.

Дневники должны заполняться и подписываться дежурным врачом на каждом дежурстве.

В конце дневника должна быть таблица, в которой указываются все выполненные манипуляции, а также характеристика студента.

СХЕМА ДОКЛАДА ДЕЖУРНОГО ВРАЧА

1. Дежурная служба пофамильно, включая помощников ответственного дежурного врача.

2. Движение больных указывается отдельно по каждому отделению, также указываются пациенты палаты интенсивной терапии и реанимационных отделений.

3. Умершие больные: фамилия, возраст, дата поступления, диагноз основного заболевания и основных осложнений, непосредственная причина смерти, обстоятельства смерти и объем лечебных мероприятий (в острых случаях - подробно, при исходах хронических состояний, не требовавших неотложной помощи, - кратко).

4. Поступившие больные: фамилия, возраст, предварительный диагноз заболевания, объем врачебной помощи (при экстренной госпитализации - подробно с анализом причины госпитализации, при плановой - кратко).

5. Тяжелые больные, больные палаты интенсивной терапии (ПИТ) и принятые по списку в книге тяжелых больных от начальников (заведующих) отделениями, а также поступившие больные по скорой помощи с указанием фамилии, возраста, диагноза основного заболевания и определяющих состояние осложнений, экстренных дополнительных лечебных мероприятий.

6. Вызовы к больным на лечебные отделения - фамилия, возраст, диагноз основного заболевания, дата госпитализации, время вызова, причина вызова, сделанные дополнительно назначения и проведенные манипуляции.

7. Доклад об инспектирующих проверках, посещениях начальников и других событиях.

8. Характеристика работы дежурного медперсонала и пищеблока, противопожарной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

История болезни – это основной официальный медицинский документ о состоянии больного, диагностических и лечебных процедурах, проводимых в стационаре. За правильность и точность записей врачи и меди-

цинские сестры несут юридическую ответственность.

Правила оформления лицевой стороны титульного листа:

Дежурный врач:

- а) контролирует правильность оформления медсестрой приемного отделения паспортной части и диагноза направления, времени поступления больного в приемное и лечебное отделения;
- б) указывает вид транспортировки и записывает диагноз при поступлении.

Лечащий врач:

- а) выставляет развернутый клинический диагноз заболевания в течение 3х дней госпитализации; б) указывает перечень непереносимых лекарственных средств; в) при исследовании записывает группу крови и резус-фактор; накануне выписки заносит в соответствующие графы окончательный диагноз, его осложнения и сопутствующие заболевания;
- д) проставляет дату выписки или перевода (или дату и час смерти), число дней, проведенных в стационаре.

Лечащий врач вносит пропущенные в документации дополнения или изменяет неправильные записи не путем уничтожения их, а методом исправления, подтверждая своей подписью.

Правила оформления второй страницы титульного листа:

Лечащий врач отмечает:

- а) первичность или повторность поступления;
- б) наличие листка нетрудоспособности с датой выдачи;
- в) оперативные вмешательства, внутривенные инъекции, их даты;
- г) данные по оформлению листка нетрудоспособности за период госпитализации, заключений врачебных комиссий, рекомендаций врачу поликлиники;

д) разборчиво свою фамилию и фамилию начальника (заведующего) отделения, при смене врачей запись повторяется с датированием.

Лист назначений (заполняется дежурным, а затем лечащим врачом: подпись медицинской сестры свидетельствует о выполнении назначений):

- а) отметка о режиме и диете;
- б) запись лекарственных и прочих лечебных назначений до 13 часов;
- в) запись необходимых исследований и консультаций по датам назначения (с уточнением цели консультации специалиста).

Температурный лист:

- а) графическое обозначение лечащим врачом величины АД, частоты пульса и дыхания;
- б) основные медикаментозные средства лечения (антибиотики, гормональные препараты, цитостатики и другие сильнодействующие медикаменты и манипуляции (пункции, биопсии и пр.);
- в) медицинская сестра ежедневно отмечает график температуры, диурез, наличие стула и еженедельно - массу тела больного.

Регистрация введенных по письменному назначению врача наркотических средств, а также оценка результатов биологических и прочих (включая антибиотики) проб проводится медицинской сестрой в отдельном листке.

Запись первичного осмотра пациента:

- а) состояние больного (удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое); б) жалобы;
- в) анамнез болезни и жизни (включая профессиональный, эпидемиологический, аллергический, наследственный, гинекологический у женщин);
- г) данные объективного обследования (по системам); д) обоснование предварительного диагноза; е) развернутый предварительный диагноз основного заболевания и сопутствующих заболеваний;
- ж) основные направления дифференциально-диагностического поиска, план основных диагностических мероприятий и лечения.

Обоснование и постановка клинического диагноза

Лечащий врач обязан по завершении первичного осмотра больного или в течение 3х дней госпитализации выставить развернутый клинический диагноз основного заболевания, его осложнений и сопутствующих заболева-

ний (как в тексте описания, так и на лицевой стороне титульного листа) в соответствии с принятой классификацией болезней.

При плановом поступлении обследованного больного с установленным на догоспитальном этапе заболеванием нет надобности в подробном обосновании диагноза. Во всех других случаях необходимо обоснование клинического диагноза, которое представляет собой резюме определяющих патологию данных по жалобам больного, анамнезу, представленным документам, физикальному обследованию и результатам лабораторно инструментальных исследований.

В диагностически неясном случае следует описать противоречивость симптоматики или нетипичность проявлений заболевания, отметив при задержке установления диагноза отметив до 4 дня госпитализации необходимые дополнительные методы и сроки обследования, консультации специалистов, необходимость консилиума врачей.

Запись ежедневных дневников:

- а) оценка общего состояния или его динамики;
- б) характер изменения жалоб, состояние сна и аппетита;
- в) пульс, АД, динамика данных осмотра с преимущественным описанием страдающей системы или органа;
- г) краткая информация о патологии или отклонениях по результатам анализов и других исследований;
- д) обоснование новых назначений в лечении, дополнительных обследований, необходимости консультаций специалистов, причин отмены препарата или процедур;
- е) обоснование изменения диагноза основного или сопутствующих заболеваний, появление новых осложнений;
- ж) замечания при нарушении больным режима или ошибок медицинского персонала;
- з) на 4 день (если не сделано ранее) подробный дневник с обоснованием окончательного диагноза, при невозможности - подробное объяснение

трудностей диагностики, перспективный план обследования, планирование консилиума.

Содержание приемного, передаточного или этапного эпикризов:

- а) состояние больного;
- б) динамика течения болезни по физикальным, лабораторным и инструментальным данным;
- в) уточнение диагноза и проводимого лечения; диагностические трудности и сомнения;
- д) надобность в дообследовании, рекомендации по дальнейшему лечению;
- е) подпись лечащего врача и начальника (заведующего) отделением.

Содержание записи обхода начальником или заместителем начальника кафедры, начальником (заведующим) отделением, преподавателем:

Кроме характерной для дневников вносится следующая информация:

- а) дополнительно выявленные жалобы и анамнестические данные;
- б) данные осмотра;
- в) уточненная (измененная) трактовка данных обследования;
- г) мнение о диагнозе заболевания (при изменении- обоснование);
- д) указания о дополнении (изменении) лечения и обследования больного;
- ж) решение о представлении на комиссию;
- з) при возможности ориентировочный срок выписки.

Содержание записи врачебного консилиума:

- а) состав участников консилиума (должность, ученое звание, фамилия, инициалы);
- б) состояние больного, совокупность всех данных о заболевании, трудности (неясности) в постановке диагноза;
- в) данные, установленные членами консилиума (новые или интерпретация имевшихся данных);
- г) заключение по диагностике и лечению, прогноз;

- д) рекомендации по обследованию и лечению;
- е) подписи.

Консультации и исследования врачей специалистов:

По итогам консультации помимо записи врача-консультанта, в истории болезни лечащим врачом отражается следующая информация:

а) степень участия лечащего врача в консультации для помощи специалисту (разъяснение анамнеза, цели привлечения специалиста, участие в проведении обследования и пр.);

б) участие в оценке данных исследования (например, чтение рентгенограмм, расшифровка ЭхоКГ);

в) новые изменения в диагнозе, которые выносятся на лицевую страницу титульного листа с отметкой даты.

Выписной (переводной) эпикриз включает:

а) фамилию, имя, отчество больного, возраст, срок пребывания в стационаре;

б) окончательный диагноз основного заболевания, его осложнений, сопутствующие заболевания;

в) краткие сведения о состоянии, жалобах и объективных данных при поступлении;

г) жалобы и объективный статус на день выписки;

д) данные лабораторных и инструментальных исследований (общепринятых и, особенно, подтверждающих диагноз), их динамика;

е) заключения консультантов;

ж) проведенное лечение (антибиотики, гормональные средства, цитостатики с указанием суммарной дозы) и оценка его эффективности;

з) рекомендации больному и врачу, которому передается больной для последующего наблюдения и лечения;

и) подписи лечащего врача и начальника (заведующего) отделением.

Посмертный эпикриз:

а) составляется по форме выписного эпикриза, кроме пунктов б) и з);

б) подробно описывается финальное состояние больного, обстоятельства и причины смерти, объем реанимационных мероприятий при их проведении;

в) окончательный диагноз формулируется в конце записи после подробного обоснования;

г) в труднодиагностируемых случаях (из-за атипичного течения болезни, невозможности применения необходимых видов исследования или крайне непродолжительного пребывания в стационаре) допускается обоснование предполагаемого конкурирующего диагноза.

Особенности работы в приемном отделении стационара

Основные структурные подразделения стационара – приёмное отделение (приёмный покой), лечебные помещения, административно-хозяйственная часть.

Обслуживание пациентов в стационаре начинается в приёмном отделении. Приёмный покой – важное лечебно-диагностическое отделение, предназначенное для регистрации, приёма, первичного осмотра, антропометрии (греч. *anthropos*– человек, *metreo*– измерять), санитарно-гигиенической обработки поступивших больных и оказания квалифицированной (неотложной) медицинской помощи. Оттого, насколько профессионально, быстро и организованно действует медицинский персонал этого отделения, в определённой степени зависит успех последующего лечения больного, а при неотложных (ургентных) состояниях – и его жизнь. Каждый поступающий больной должен почувствовать в приёмном отделении заботливое и приветливое к себе отношение. Тогда он проникнется доверием к учреждению, где будет лечиться.

Таким образом, основными функциями приёмного отделения выступают следующие.

- Приём и регистрация больных.

- Врачебный осмотр пациентов.
- Оказание экстренной медицинской помощи.
- Определение отделения стационара для госпитализации больных.
- Санитарно-гигиеническая обработка больных.
- Оформление соответствующей медицинской документации.
- Транспортировка больных.

Устройство приёмного отделения больницы

Работа приёмного отделения протекает в строгой последовательности:

- 1) регистрация больных;
- 2) врачебный осмотр;
- 3) санитарно-гигиеническая обработка.

В такой же последовательности расположены и помещения приемного отделения. Устройство приёмного отделения больницы зависит от профиля стационара и включает в себя, как правило, следующие кабинеты:

- Зал ожидания: в нём находятся больные, не нуждающиеся в постельном режиме, и сопровождающие пациентов лица. Здесь должны стоять стол и достаточное количество стульев. На стенах вывешивают сведения о режиме работы лечебных отделений, часах беседы с лечащим врачом, перечне продуктов, разрешённых для передачи больным.
- Регистратура: в этом помещении проводят регистрацию поступающих больных и оформление необходимой документации.
- Смотровой кабинет (один или несколько): предназначен для врачебного осмотра больных с постановкой предварительного диагноза и определением вида санитарно-гигиенической обработки, антропометрии,

термометрии и при необходимости других исследований, например, электрокардиографии (ЭКГ).

- Санпропускник с душевой (ванной), комнатой для переодевания.
- Диагностический кабинет – для больных с неустановленным диагнозом.
- Изолятор – для больных, у которых подозревается инфекционное заболевание.
- Процедурный кабинет – для оказания экстренной помощи.
- Операционная (перевязочная) – для оказания экстренной помощи.
- Рентгенологический кабинет.
- Лаборатория.
- Кабинет дежурного врача.
- Кабинет заведующего приёмным отделением.
- Туалетная комната.
- Помещение для хранения одежды поступивших больных.

В многопрофильных стационарах в приёмном отделении могут быть также и другие кабинеты, например травматологическая, реанимационная, кардиологическая (для больных с инфарктом миокарда) и др.

Приём и регистрация больных

В приёмное отделение больные могут быть доставлены следующими способами.

- Машиной скорой медицинской помощи: при несчастных случаях, травмах, острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний.

- По направлению участкового врача в случае неэффективного лечения в амбулаторных условиях, перед проведением экспертизы медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК), а так же по направлению военкомата.

- Переводом из других лечебно-профилактических учреждений (по договорённости с администрацией).

- «Самотёком»: при самостоятельном обращении больного в случае ухудшения его самочувствия на улице недалеко от больницы.

В зависимости от способа доставки больного в больницу и его состояния различают три вида госпитализации пациентов:

- 1) плановая госпитализация;
- 2) экстренная госпитализация;
- 3) госпитализация «самотёком».

Если больного доставляют в приёмное отделение в состоянии средней тяжести и тем более в тяжёлом состоянии, то ещё до регистрации медицинская сестра обязана оказать больному первую (врачебную) медицинскую помощь, срочно пригласить к больному врача и быстро выполнить все врачебные назначения.

Врач приёмного отделения осматривает больного и решает вопрос о необходимости его госпитализации в данное лечебное учреждение. В случае госпитализации медицинская сестра осуществляет регистрацию пациента и оформляет необходимую медицинскую документацию. После регистрации пациента медсестра направляет его в смотровой кабинет для осмотра врачом и выполнения необходимых диагностических и лечебных процедур.

Если больной доставлен в приёмное отделение с улицы в бессознательном состоянии и без документов, то медицинская сестра после осмотра

его врачом оказывает экстренную медицинскую помощь и заполняет необходимую документацию. После этого она обязана дать телефонограмму в отделение милиции и бюро несчастных случаев. В телефонограмме указывают приметы поступившего (пол, приблизительно возраст, рост, телосложение), перечисляет, во что был одет больной. Во всех документах до выяснения; личности больного должен числиться как «неизвестный».

Кроме того, в следующих случаях медсестра обязана дать телефонограмму родственникам и сделать соответствующую запись в «Журнале телефонограмм»:

- больному доставлен в больницу по поводу внезапного заболевания, которое возникло у него вне дома;
- больному умер в приёмном отделении.

Основная медицинская документация приёмного отделения

- «Журнал учёта приёма больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у).

- В журнале медицинская сестра фиксирует: фамилию, имя, отчество больного, год рождения, данные паспорта и страхового полиса, домашний адрес, место работы и должность, телефоны (домашний, служебный, близких родственников), дату и время поступления, откуда и кем он доставлен, характер госпитализации (плановый, экстренный, «самотёк»), диагноз направившего учреждения, диагноз приёмного отделения, в какое отделение направлен больной.

- При отказе больному в госпитализации в журнал заносятся сведения о причине отказа и оказанной помощи: медицинская помощь, направление в другой стационар, отсутствие показаний к госпитализации и пр.

- «Медицинская карта стационарного больного» (традиционно называемая историей болезни; форма № 003/у). Медицинская сестра оформляет титульный лист истории болезни, а также заполняет паспортную часть

и левую половину «Статистической карты выбывшего из стационара» (форма № 066/у). «Журнал осмотра на педикулёз»: заполняется при выявлении у больного педикулёза; дополнительно в истории болезни делают пометку «Р» (*pediculosis*).

- Экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую станцию (для направления в санитарно-эпидемиологическую станцию по месту выявления): заполняют при наличии у больного инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулёза.

- «Журнал телефонограмм». Медицинская сестра фиксирует в журнале текст телефонограммы, дату, время её передачи, кем она принята.

- Алфавитный журнал поступивших больных (для справочной службы).

Санитарно-гигиеническая обработка больных

После установления диагноза заболевания пациента по решению дежурного врача направляют на санитарно-гигиеническую обработку.

При тяжёлом состоянии больного его доставляют в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии без санитарно-гигиенической обработки.

Санитарно-гигиеническую обработку осуществляют в санпропускнике приёмного отделения. Существуют одно- и двухэтапный методы санитарно-гигиенической обработки больных.

- В больницах с небольшим количеством коек используют однопоточную систему, т.е. по очереди принимают женщин и мужчин.

- При двухпоточной системе в разных помещениях одновременно проводят обработку и мужчин, и женщин.

Санпропускник приёмного отделения обычно состоит из смотровой, раздевальни, ванно-душевой комнаты и комнаты, где больные одеваются.

Некоторые из этих помещений могут быть совмещены (например, смотровая и раздевальня).

В смотровом кабинете больного раздевают, осматривают, выявляют педикулёза и готовят к санитарно-гигиенической обработке. Здесь имеются кушетка, стол, стулья, термометр на стене (температура воздуха в смотровой должна быть не ниже 25 °С).

Если бельё чистое, его складывают в мешок, а верхнюю одежду вешают на плечики и сдают в камеру хранения. Список вещей (приёмную квитанцию) составляют в двух экземплярах: один сдают вещами в камеру хранения, другой приклеивают к истории болезни и при выписке по нему получают вещи для больного. Имеющиеся ценности и деньги под расписку сдают старшей медицинской сестре для хранения их в сейфе.

Если у больного выявлено инфекционное заболевание, бельё закладывают в бак с хлорной известью или хлорамином Б на 2 часа и направляют в специальную прачечную. При завшивленности белья его предварительно обрабатывают дезинфицирующим раствором и направляют в дезинфекционную камеру для специальной обработки. На мешках с такой одеждой должна быть соответствующая надпись – «Педикулёз».

Этапы санитарно-гигиенической обработки больных.

- Осмотр кожных и волосяных покровов больного.
- Стрижка волос, ногтей, бритьё (при необходимости).
- Мытьё под душем или гигиеническая ванна.

Осмотр кожных и волосяных покровов больного

Осмотр кожных и волосяных покровов больного проводят с целью выявления педикулёза (вшивости). Педикулёз (лат. *pediculum* – вошь) – поражение кожных и волосяных покровов человека в результате паразитирования на теле вшей. Могут быть обнаружены различные виды вшей: , го-

ловная – поражает волосистой покров головы; платяная – поражает кожные покровы туловища; лобковая – поражает волосистую поверхность лобковой области, волосистой покров подмышечных впадин и лица – усы, бороду, брови, ресницы.

Таким образом, необходимо тщательно осматривать не только всего больного, но и его одежду, особенно складки и внутренние швы белья.

Вши - переносчики сыпного и возвратного тифа.

- наличие гнид (яиц вшей, которые приклеиваются самкой к волосу или ворсинкам ткани) и самих насекомых;
- зуд кожных покровов;
- следы расчёсов и импетигиозные (гнойничковые) корки на коже.

В случае выявления педикулёза проводят специальную санитарно-гигиеническую обработку больного; медицинская сестра вносит запись в «Журнал осмотра на педикулёз» и ставит на титульном листе истории болезни специальную пометку («Р»), а также сообщает о выявленном педикулёзе в санитарно-эпидемиологическую станции. Можно провести частичную или полную санитарно-гигиеническую обработку. Частичная санитарно-гигиеническая обработка заключается в мытье больного с мылом и мочалкой в ванне или под душем, дезинфекции и дезинсекции его одежды и обуви. Под полной санитарно-гигиенической обработкой подразумевают не только вышеперечисленные меры, но и обработку постельных принадлежностей и жилых помещений.

Все данные по обработке поступившего больного необходимо записывать в историю болезни, чтобы палатная медсестра могла через 5–7 дней произвести повторную обработку.

Обработка больного при выявлении педикулёза

Этапы санитарно-гигиенической обработки:

1) дезинсекция (лат. *des*– приставка, обозначающая уничтожение, *insectum*– насекомое; уничтожение членистоногих, выступающих переносчиками возбудителей инфекционных заболеваний);

2) гигиеническая ванна (душ, обтирание);

3) стрижка волос и ногтей;

4) переодевание больного в чистое бельё. Необходимое оснащение для дезинсекции.

- Защитная одежда – медицинский халат, косынка, маска, клеёнчатый фартук или специальная одежда из прорезиненной ткани резиновые перчатки.

- Дезинсектицидный раствор.

- Шампунь, уксус (6% раствор, подогретый до 30 °С), спирт (70%)

- Полиэтиленовые косынка и пелёнка, клеёнка, полотенца, бумага, частый гребень, ножницы.

- Таз для сжигания волос и спички.

Виды транспортировки больных в хирургическое отделение

Транспортировка - перевозка и переноска больных к месту оказания медицинской помощи и лечения. Способ транспортировки больного из приёмного покоя в отделение определяет врач, проводящий осмотр. Средства передвижения (каталки, носилки) обеспечиваются простынями и одеялами. Последние необходимо менять после каждого употребления. Больные, которые передвигаются самостоятельно, из приёмного отделения поступают в палату в сопровождении младшего медицинского персонала (младшей медицинской сестры, санитарок или санитаров).

Больных, которые не могут передвигаться, транспортируют в отделение на носилках или в кресле-каталке.

Транспортировка больного на носилках вручную

Оснащение: носилки. Нести больного на носилках следует без спешки и тряски, двигаясь не в ногу. Вниз по лестнице больного следует нести ногами вперёд, причём ножной конец носилок нужно приподнять, а головной - несколько опустить (таким образом достигается горизонтальное положение носилок). При этом идущий сзади держит ручки носилок на выпрямленных в локтях руках, идущий спереди - на плечах.

Вверх по лестнице больного следует нести головой вперёд также в горизонтальном положении. При этом идущий впереди держит ручки носилок на выпрямленных в локтях руках, идущий сзади - на плечах.

Перекладывание больного с носилок (каталки) на кровать.

Порядок перекладывания.

1. Поставить головной конец носилок (каталку) перпендикулярно к ножному концу кровати. Если площадь палаты небольшая, поставить носилки параллельно кровати.

2. Подвести руки под больного: один санитар подводит руки под голову и лопатки больного, второй - под таз и верхнюю часть бёдер, третий - под середину бёдер и голени. Если транспортировку осуществляют два санитара, один из них подводит руки под шею и лопатки больного, второй - под поясницу и колени.

3. Одновременно согласованными движениями поднять больного, вместе с ним повернуться на 90° (если носилки поставлены параллельно - на 180°) в сторону кровати и уложить на неё больного.

4. При расположении носилок вплотную к кровати, удерживать носилки на уровне кровати, вдвоём (втроём) подтянуть больного краю носи-

лок на простыне, слегка приподнять его вверх и переложить больного на кровать.

Перекладывание больного с кровати на носилки (каталку).

Порядок перекладывания.

1. Поставить носилки перпендикулярно кровати, чтобы их головной конец подходил к ножному концу кровати.
2. Подвести руки под больного: один санитар подводит руки под голову и лопатки больного, второй - под таз и верхнюю часть бёдер, третий - под середину бёдер и голени. Если транспортировку осуществляют два санитара, один из них подводит руки под шею лопатки больного, второй - под поясницу и колени.
3. Одновременно согласованными движениями поднять больного, вместе с ним повернуться на 90° в сторону носилок и уложить на них больного.

Усаживание больного в кресло-каталку

Порядок усаживания.

1. Наклонить кресло-каталку вперёд и наступить на подножку кресла.
2. Предложить пациенту встать на подножку и усадить его, поддерживая, в кресло. Проследить, чтобы руки пациента занимали правильное положение - во избежание травмы они не должны выходить за подлокотники кресла-каталки.
3. Вернуть кресло-каталку в правильное положение.
4. Осуществить транспортировку.

Выбор способа транспортировки

Способ транспортировки и укладывания на носилки больного зависит от характера и локализации заболевания. При хирургической патологии брюшной полости тяжелые пациенты транспортируются лежа на спине на каталке. Если пациент находится в бессознательном состоянии голову необходимо повернуть набок; следить, чтобы при возможной рвоте рвотные массы не попали в дыхательные пути. При наличии сердечно-сосудистой недостаточности транспортировка осуществляется в положении полусидя, положить к ногам и рукам грелки. При ожогах необходимо уложить пациента по возможности на неповрежденную сторону, обожженную поверхность закрыть стерильным бинтом или стерильной простынёй. При переломе костей черепа пациент транспортируется на носилках в положении лёжа на спине с опущенным подголовником носилок и без подушки; вокруг головы валик из одеяла, одежды или умеренно надутого воздухом подкладного круга

Алгоритмы оказания помощи пациентам с острой хирургической патологией.

В России Приказом Минздравсоцразвития № 410н от 11 августа 2008 года «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» введена официальная практика подготовки и применения лечебных стандартов в здравоохранении. В настоящее время число разработанных в РФ стандартов лечения достигает нескольких сотен. За рубежом давно существуют жесткие "правила" - стандарты лечения. Эти

стандарты гарантируют право больного на наилучший результат лечения. Стандарты необходимы и для оценки качества лечения и ведения документации; а также для защиты врача при возникновении конфликтов, при обвинении его в некомпетентности.

Идеальным стандартом мог бы быть алгоритм действия. Однако, фактически алгоритм возможен лишь для машины (компьютера), так как предусматривает включение абсолютно всех деталей. Стандарт не может охватить бесконечное многообразие вариантов течения болезни и тактических решений, но он должен включить большинство наиболее типичных и в силу этого гарантировать минимум ошибок. Качество стандарта зависит от того, какие и в каком количестве детали он включает по принципу "необходимо и достаточно". Изучение готовых стандартов - та основа, которая поможет студенту при практической работе в приемном покое в хирургическом отделении стационара.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.

ШИФР МКБ-10: K35

Острый аппендицит - инфекционное воспаление червеобразного отростка, обусловленное преимущественно неспецифической гнойной микрофлорой. Острый аппендицит может быть также следствием специфического инфекционного заболевания - сальмонеллеза, дизентерии, иерсиниоза, псевдотуберкулеза. Исход острого аппендицита при прогрессирующем развитии воспалительно-деструктивного процесса имеет прямую зависимость от сроков оперативного вмешательства. В диагностике острого аппендицита главную трудность представляют атипичные клинические формы, требующие целенаправленной и быстрой дифференциальной диагностики (аппендицит с симптомами почечной колики и с дизурическими расстройствами, аппендицит с симптомами острых заболеваний желчевыводящих путей, аппендицит с диареей или другими признаками острых желудочно-кишечных инфекций, аппендицит с симптомами гинекологических

заболеваний, аппендицит с признаками тяжелой гнойной интоксикации и с гиперпирексией). Особого внимания требуют осложненные формы острого аппендицита: аппендикулярные инфильтраты, аппендикулярные или межкишечные абсцессы, забрюшинные флегмоны, местный или разлитой перитонит при деструктивном аппендиците.

На догоспитальном этапе необходимо руководствоваться следующими правилами. Наличие болей в животе требует целенаправленного исключения диагноза "острый аппендицит" с учетом разнообразия его атипичных форм. Сомнения в диагнозе острого аппендицита служат основанием для направления больного в хирургический стационар. До исключения острого аппендицита противопоказано применение местного тепла (грелки) на область живота, а также применение клизм и слабительных препаратов. В случае категорического отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте. В случае самовольного ухода больного до определения диагноза из приемного отделения хирургического стационара врач приемного отделения обязан сообщить об этом в поликлинику по месту жительства больного для активного его осмотра хирургом поликлиники на дому.

Принципы диагностики в хирургическом стационаре. Болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области - кардинальные признаки типично протекающего острого аппендицита. Защитное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать при тазовом расположении червеобразного отростка; при его ретроцекальном и забрюшинном расположении; у больных пожилого и старческого возраста; в первые часы заболевания при простом (катаральном) аппендиците. В этом случае используются дополнительные физикальные симптомы (Ситковского, Ровзинга, Воскресенского, Раздольского, Крымова, Бартоломье-Михельсона), обязательно исследование через прямую кишку и бимануальное гинекологическое исследование.

дование у женщин, для выполнения которых необходимо письменное согласие пациентки.

Лабораторные исследования при остром аппендиците включают общий анализ крови, сахар крови, группа крови и резус - фактор, общий анализ мочи, аппаратные исследования (ЭКГ, рентгенография органов брюшной полости, УЗИ и другие исследования — по специальным показаниям). При невозможности подтвердить или исключить диагноз острого аппендицита после первичного обследования осуществляется динамическое наблюдение в условиях хирургического стационара: повторные осмотры каждые 2-3 часа, повторное исследование количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы. По показаниям - консультация гинеколога. Наблюдение осуществляется в течение 12 часов, после чего диагноз острого аппендицита либо снимается, либо принимается решение об операции, либо (при возможности) выполняется диагностическая лапароскопия, которая может быть переведена в лечебную.

Предоперационная подготовка при остром аппендиците включает опорожнение мочевого пузыря и гигиеническая подготовка области оперативного вмешательства. По специальным показаниям осуществляются опорожнение желудка через введенный зонд, а также - проведение медикаментозной подготовки, инфузионной терапии с антибиотикопрофилактикой за 30-40 минут до операции. При выполнении анестезиологического обеспечения операции применяют следующие принципы. Вопрос о выборе метода анестезии при неосложненных формах острого аппендицита, особенно у детей, беременных женщин и у лиц старческого возраста решается индивидуально с участием анестезиолога. Местная анестезия используется как исключение. Наличие клинических признаков разлитого перитонита служит показанием к изначальному планированию эндотрахеального метода наркоза с миорелаксацией. Операция под эндотрахеальным наркозом с мышечной релаксацией, осуществляется двух - трех врачебной бригадой.

Дифференцированная хирургическая тактика имеет следующие особенности. При простом (катаральном) или флегмонозном аппендиците с наличием местного реактивного выпота или без такового выполняется типичная (антеградная или ретроградная) аппендэктомия через доступ в правой подвздошной области. Брыжейка отростка перевязывается или прошивается с последующим пересечением. Культия отростка перевязывается, а затем погружается кисетным и Z-образным швами. При простом (катаральном) аппендиците, независимо от наличия выпота, показана дополнительная ревизия: осматривается дистальный отдел подвздошной кишки - (до 70 - 80 см) на предмет воспаления Меккелева дивертикула или мезаденита. При вторичном (поверхностном) аппендиците вначале saniруется основной (первичный) патологический процесс, а затем осуществляется аппендэктомия. При обнаружении рыхлого аппендикулярного инфильтрата выполняется аппендэктомия с санацией и дренированием подвздошной ямки. Обнаружение плотного воспалительного инфильтрата во время операции исключает активные манипуляции по поиску и выделению отростка. Вскрытие и дренирование периаппендикулярного абсцесса предпочтительно осуществлять внебрюшинно через дополнительный разрез в боковых отделах живота. Плотный аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования, выявленный до операции, подлежит динамическому наблюдению. Физиотерапия допустима только после достоверного исключения опухоли. Показаниями к постановке отграничивающих тампонов служат сомнения в полном удалении отростка и неуверенность в гемостазе после удаления отростка.

ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ.

ШИФР МКБ-10: K25.0

Состояния, объединяемые данным шифром, могут явиться осложнением более 100 различных заболеваний и синдромов. Стандартизация диагностики и лечения всех форм желудочно-кишечных кровотечений невозможна. Наиболее распространенные формы: кровотечения из острых и

хронических гастродуоденальных язв и гастроэзофагеальные кровотечения при синдроме портальной гипертензии, а также - состояния и синдромы, часто выявляемые в процессе дифференциальной диагностики указанных форм - геморрагический эрозивный гастрит, синдром Мэллори-Вейсса, кровотечения из опухолей желудка. В целом обозначенные формы составляют до 80% состояний объединяемых синдромом "Острые желудочно-кишечные кровотечения". Основными задачами лечебно-диагностического процесса при желудочно-кишечных кровотечениях являются распознавание источника и остановка кровотечения; оценка степени тяжести и адекватное восполнение кровопотери; патогенетическое воздействие на заболевание, осложнением которого стало кровотечение. Выполнение первых двух задач в объеме неотложного пособия является обязательным, а третья задача в условиях чрезвычайного хирургического риска может быть отложена на более поздний срок.

Лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе базируется на следующих принципах. Все больные с явными признаками желудочно-кишечного кровотечения или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленному направлению в дежурное хирургическое отделение. Направление таких больных в ближайшие больницы, в которых не обеспечена круглосуточно дежурная эндоскопическая служба и штатная служба переливания крови, может быть оправдано только крайней тяжестью состояния больных или другими исключительными обстоятельствами. При осмотре в приемном отделении основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения являются рвота кровью, кофейной гущей, мелена. При отсутствии рвоты и стула с достоверной примесью свежей или измененной крови обязательно исследование пальцем содержимого прямой кишки. Важно отличить желудочные кровотечения от профузного легочного кровотечения, которое проявляется не рвотой, а кашлем, хотя может сопровождаться заглатыванием и срыгиванием крови. Все перемещения больного с желудочно-кишечным кровотечением внутри стационара, свя-

занные с диагностическими или лечебными мероприятиями, осуществляются только на каталке в положении лежа. Для всех больных, поступивших в хирургический стационар с диагнозом желудочно-кишечного кровотечения или с обоснованным подозрением на этот диагноз, обязательным диагностическим мероприятием, определяющим лечебную тактику, является фиброэзофагогастродуоденоскопия. Исключение составляют больные, у которых продолжающееся профузное кровотечение в ряде случаев не позволяет выполнить эндоскопию даже на операционном столе. В остальных случаях сроки эндоскопического исследования определяются показаниями и организационными возможностями.

Больные с пищеводно-желудочным кровотечением, обусловленным синдромом портальной гипертензии (ПГ) составляют особую группу. Наиболее часто развитие ПГ связано с циррозом печени вследствие перенесенного вирусного гепатита. При наличии даже одного из видимых симптомов ПГ (увеличение печени и селезенки, асцит, расширенные вены передней брюшной стенки) и сомнения в диагнозе цирроза печени следует исходить из предположения о его наличии. В этом случае жизненную угрозу в связи с кровотечением представляет не только сама кровопотеря, но и возможность развития печеночной недостаточности с исходом в кому, что определяет особую опасность промедления с остановкой кровотечения. При установлении данного диагноза (достоверно или предположительно) кровопотеря изначально оценивается как тяжелая. Больные подлежат направлению в отделение интенсивной терапии.

Диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен может быть уточнен при эзофагогастроскопии. Диагноз желудочно-кишечного кровотечения может быть подтвержден методами лабораторной диагностики. Обязательными являются общий анализ крови, сахар крови, креатинин крови, общий белок и фракции, коагулограмма, гематокрит, группа крови, резус-фактор, кровь на сифилис, анализ мочи общий, амилаза мочи. Дополнительные (по показаниям): билирубин крови, калий и натрий крови, АСТ,

АЛТ, определение ОЦК. Аппаратные методы диагностики- ЭКГ, рентгенография грудной клетки, по показаниям целесообразно выполнить УЗИ органов брюшной полости.

Основным методом в уточнении диагноза и определении источника кровотечения является эндоскопическое исследование пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки. Для диагностической эндоскопии используется эндоскоп с торцевой оптикой, позволяющий выполнять осмотр верхних отделов пищеварительного тракта (пищевод, желудок, 12-ти перстная кишка). Эндоскопическое диагностическое исследование выполняется на столе (эндоскопический, операционный), который позволяет менять положение больного во время эндоскопии, что помогает осмотреть все верхние отделы пищеварительного тракта, при наличии в просвете большого количества крови.

При эндоскопии фиксируются следующие данные: наличие крови в пищеводе, желудке, 12-ти перстной кишке; ее количество и характер; источник кровотечения (локализация, размеры); признаки кровотечения: артериальное кровотечение (пульсирующее), подтекание венозной крови, свежий сгусток, красный тромб, тромб в состоянии ретракции, тромбированный сосуд, гематома вокруг источника, имбибиция гемосидерином.

При профузных кровотечениях целью диагностической эндоскопии является оценка уровня кровотечения в пищеводе, желудке), что влияет на выбор оперативного доступа. Для исключения пищеводного характера кровотечения необходимо поднять головной конец эндоскопического стола. После установления источника кровотечения и его характера необходимо оценить возможность эндоскопической остановки.

Лечебная эндоскопия при кровотечении применяется с целью окончательной остановки кровотечения, временной остановки кровотечения и воздействия на ткани с остановившимся кровотечением для предупреждения рецидива в ближайшие часы. При продолжающемся артериальном или венозном кровотечении из хронических или острых язв, синдроме Мелло-

ри-Вейса используются: клипирование, электрокоагуляция, лазерная коагуляция, обкалывание сосудосуживающими или масляными препаратами. При кровоточащих полипах возможно удаление полипов методом электрокоагуляции. При портальной гипертензии используются: эндоскопическое лигирование, клипирование, склеротерапия. При распадающихся кровоточащих опухолях применяются: электрокоагуляция, лазерная коагуляция, обработка пленкообразующими препаратами.

Продолжающееся интенсивное кровотечение у больных с тяжелой степенью кровопотери служит основанием для направления больного в операционную.

Во время предоперационной подготовки или после вводного наркоза на операционном столе целесообразно выполнение фиброэзофагогастродуоденоскопии для уточнения локализации источника кровотечения (пищевод, желудок или 12-ти перстная кишка).

При возможности осуществляется остановка продолжающегося кровотечения одним из доступных эндоскопических методов, которая всегда расценивается как временная. Она не заменяет операцию, а лишь позволяет избежать продолжения кровопотери до ее окончательной остановки хирургическими методами.

Тяжелая и средней тяжести кровопотеря из хронической (или неуточненной) язвы желудка или 12-ти перстной кишки с неустойчивым гемостазом служит основанием для проведения интенсивной терапии, направленной на восполнение кровопотери и стабилизацию общесоматического статуса в течение суток с последующим срочным оперативным вмешательством. Выполнение срочных операций в сроки более двух суток после геморрагической атаки значительно увеличивает риск развития инфекционных и других послеоперационных осложнений.

При тяжелой и средней степени тяжести кровопотере из хронических гастродуоденальных язв с состоявшимся (в т.ч. неустойчивым) гемостазом у больных старше 60 лет с декомпенсированными формами сопутствующих

заболеваний, когда риск оперативного вмешательства конкурирует с риском рецидива кровотечения, предпочтительно применение эндоскопических методов достижения устойчивого гемостаза. У них продолжается интенсивная терапия функциональных нарушений в течение 10 суток в условиях ограничения двигательного режима, щадящей диеты, противоязвенного лечения и динамического наблюдения.

Тяжелая и средней тяжести кровопотеря при состоявшемся (в т.ч. и неустойчивом) гемостазе из острых гастродуоденальных язв, а также - при эрозивно-геморрагическом гастрите, гастродуодените, синдроме Меллори-Вейсса служит основанием для применения эндоскопических методов окончательной остановки кровотечения. При кровопотере средней степени тяжести из доброкачественных или злокачественных опухолей желудка показано использование эндоскопических методов местного гемостаза на фоне общей гемостатической терапии, восполнения кровопотери и интенсивного наблюдения.

Больным с пищеводно-желудочным кровотечением, обусловленным синдромом портальной гипертензии, в условиях отделения интенсивной терапии выполняется комплекс местных гемостатических мероприятий. Гемостатическая терапия начинается с внутривенного капельного введения (20 БД) питуитрина или вазопрессина в течение 15. минут с последующими инъекциями по 5 БД через 4-6 часов при суточной дозе до 30 ЕД. Данные препараты противопоказаны больным с ИБС. Целесообразно использование препарата “Сандостатин” в дозе 25 мкг/час путем непрерывной в/в инфузии в течение 5 дней.

В специализированных центрах выполняется эндоскопическое лигирование (клипирование) и склеротерапия варикозно расширенных вен пищевода с использованием этоксисклерола (0,5 - 1% р-р по 2-3 мл в один узел при общей дозе до 30 мл. Применение зонда Блекмора при его наличии. Неэффективность общих и местных гемостатических мероприятий определяет необходимость неотложного или срочного оперативного лечения. Аб-

сопутным противопоказанием к операции служит развитие печеночной недостаточности с исходом в кому.

Содержание и объем оперативных вмешательств при диагностике желудочно-кишечного кровотечения определяются четырьмя главными обстоятельствами: характером патологического процесса, обусловившего кровотечение; функциональным состоянием больного, квалификацией хирургической бригады; материальным обеспечением оперативного вмешательства.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ.

ШИФР МКБ-10: K56

Острая кишечная непроходимость (ОКН) - синдромная категория, объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат ОКН. В зависимости от природы пускового механизма ОКН подразделяется на механическую и динамическую, в абсолютном большинстве паралитическую, развивающуюся на основе пареза кишечника. Спаечная непроходимость может возникнуть при органических спинальных нарушениях. Если острое нарушение кишечной гемодинамики захватывает внеорганные брыжеечные сосуды, возникает странгуляционная ОКН основными формами которой являются ущемления, завороты и узлообразование. Значительно медленнее, но с вовлечением всего приводящего отдела кишечника процесс развивается при обтурационной ОКН. когда просвет кишки перекрывается опухолью или иным объемным образованием. Промежуточное положение занимают смешанные формы ОКН - инвагинации и спаечная непроходимость - сочетающие странгуляционные и обтурационные компоненты

Спаечная непроходимость составляет до 70-80% всех форм ОКН. Главной задачей дифференциальной диагностики при наличии признаков ОКН является выделение больных со странгуляционными формами меха-

нической непроходимости, которым показано неотложное хирургическое лечение. Целенаправленно обследуются места типичного расположения грыж брюшной стенки. Обязательным является пальцевое ректальное исследование. Оценивается степень обезвоживания - тургор кожи, сухость языка, наличие жажды, фиксируется интенсивность рвоты, ее частота, объем и характер рвотных масс. Производится термометрия, выполняется комплекс лабораторных и аппаратных исследований. Лабораторная диагностика включает общий анализ крови, анализ мочи, сахар крови, группа крови, резус фактор, сифилис, коагулограмма, КЩС, АСТ, АЛТ, ЩФ.

Аппаратные исследования включают обзорную рентгенографию брюшной полости, рентгенографию грудной клетки, целесообразно выполнение УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. Если на данном этапе диагноз ОКН не удастся убедительно исключить, то все дальнейшие мероприятия, включая разрешение сомнений в наличии ОКН, должны решаться в условиях хирургического отделения и сочетаться с лечебными мероприятиями, которые могут служить предоперационной подготовкой. При этом сомнение в локализации субстрата ОКН не может служить основанием для задержки операции.

Лечебно-диагностическая тактика в хирургическом отделении включает следующие принципы. Установленный диагноз странгуляционной ОКН служит показанием к неотложной операции после краткой предоперационной подготовки в сроки не более 2 часов после поступления больного. Обязательными компонентами предоперационной подготовки наряду с гигиенической подготовкой кожи в области операционного поля являются опорожнение и декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта через желудочный зонд, который сохраняется на период вводного наркоза в операционной для предотвращения регургитации; опорожнение мочевого пузыря; превентивное парентеральное введение антибиотиков. Наличие выраженных клинических признаков общего обезвоживания и эндотоксикоза служит показанием для интенсивной предоперационной подготовки

с постановкой катетера в магистральную вену и проведением инфузионной терапии.

При сомнениях в диагностике ОКН, а также если синдром ОКН развивается на фоне длительного существования спаечной болезни и предшествовавших по этому поводу неоднократных операций, показано сочетанное проведение: дифференциальной диагностики; консервативных лечебных мероприятий по устранению ОКН (до окончательного решения вопроса об операции); общесоматической инфузионной терапии, которая служит одновременно и подготовкой к возможной операции.

Показаниями к проведению исследований с приемом контраста при непроходимости служат спаечная ОКН у больных, неоднократно подвергшихся оперативным вмешательствам, любая форма тонкокишечной непроходимости, когда в результате активных консервативных мероприятий на ранних этапах процесса удается добиться видимого улучшения или стабилизации состояния больных с ОКН. В этом случае возникает необходимость объективного подтверждения правомерности консервативной тактики.

При опухолевой толстокишечной непроходимости лечение начинается с консервативных мероприятий, цель которых - устранение острой непроходимости и создание условий для выполнения радикальной операции. При отсутствии эффекта выполняется срочная операция.

Операция по поводу ОКН всегда выполняется под наркозом трехврачебной бригадой. На этапе лапаротомии, ревизии, идентификации патоморфологического субстрата непроходимости и определения плана операции обязательно участие в операции самого опытного хирурга дежурной бригады, как правило ответственного дежурного хирурга.

При любой локализации непроходимости доступ - срединная лапаротомия, при необходимости - с иссечением рубцов и осторожным рассечением спаек при входе в брюшную полость. Операции по поводу ОКН предусматривают последовательное решение следующих задач: установление

причины и уровня непроходимости; устранение морфологического субстрата ОКН; определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции; установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение; определение показаний к дренированию кишечной трубки и выбор метода дренирования; санация и дренирование брюшной полости при наличии перитонита.

Обнаружение зоны непроходимости непосредственно после лапаротомии не освобождает от необходимости систематической ревизии состояния тонкой кишки на всем ее протяжении, а также- и толстой кишки.

Устранение непроходимости представляет собой ключевой и наиболее сложный компонент вмешательства. Оно осуществляется наименее травматичным способом с четким определением конкретных показаний к использованию различных методов: рассечения множественных спаек; резекции измененной кишки; устранения заворотов, инвагинаций, узлообразований или резекции этих образований без предварительных манипуляций на измененной кишке.

При определении показаний к резекции кишки используются визуальные признаки (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора местного анестетика.

При решении вопроса о границах резекции следует пользоваться стандартами, сложившимися на основе клинического опыта: отступать от видимых границ нарушения кровоснабжения кишечной стенки в сторону приводящего отдела на 35-40 см, и в сторону отводящего отдела 20-25 см. Показаниями к дренированию тонкой кишки служат: переполнение содержимым приводящих кишечных петель; наличие разлитого перитонита с мутным выпотом и наложениями фибрина; обширный спаечный процесс в брюшной полости.

При колоректальной опухолевой непроходимости и отсутствии признаков неоперабельности выполняются одноэтапные или двухэтапные операции в зависимости от стадии опухолевого процесса и выраженности проявлений толстокишечной непроходимости.

Все операции на ободочной кишке завершаются девульсией наружного сфинктера заднего прохода.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

ШИФР МКБ-10: K81

Острый холецистит - острое воспаление желчного пузыря, обусловленное нарушением оттока желчи, связанное чаще всего с ущемлением камня или развитием воспалительного процесса в шейке желчного пузыря. Основные клинические проявления острого холецистита связаны с развитием острой пузырной обструкции - боль в животе, напряжение мышц брюшной стенки, желтуха, и общей гнойной интоксикации - повышение температуры тела, диспепсические расстройства, лейкоцитоз. Острый холецистит протекает по типу стихающего или прогрессирующего воспаления.

Исход острого холецистита зависит от степени развившихся изменений в желчном пузыре, своевременности билиарной декомпрессии, а также от возможностей собственных защитных механизмов макроорганизма. При прогрессирующем течении воспалительно-деструктивного процесса имеется прямая зависимость исхода заболевания от формы и выраженности возникшего осложнения и от сроков оперативного вмешательства. Комплексная (клиника, ультразвуковое исследование, лабораторные данные) диагностика острого холецистита редко представляет значительные трудности.

В диагностике острого холецистита основную трудность представляют осложненные клинические формы (холецистит с признаками тяжелой гнойной интоксикации и с гиперпирексией, холецистит, осложненный ме-

ханической желтухой и холангитом), особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

В лечебной тактике особого подхода требуют осложненные формы острого холецистита: околопузырные инфильтраты, околопузырные абсцессы, пузырнобилиарные и пузырно-кишечные свищи, механическая желтуха, холангит.

Стандарты организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе. Наличие болей в верхних отделах живота, особенно в случае установленной ЖКБ, требует целенаправленного исключения диагноза "острый холецистит" с учетом разнообразия его форм. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого холецистита служат основанием для направления больного в хирургический стационар. В случае атипичной клинической картины или сомнения в диагнозе допустимо использовать диагноз направления "острый живот".

В случае самовольного ухода больного до определения диагноза из приемного отделения хирургического стационара врач приемного отделения обязан сообщить об этом в поликлинику по месту жительства больного для активного его осмотра хирургом поликлиники на дому.

Стандарты диагностических мероприятий в приемном отделении стационара. Главной задачей этапа диагностики в хирургическом отделении является выделение пациентов с осложненными формами острого холецистита, которым показано неотложное хирургическое лечение.

Основными признаками типично протекающего острого холецистита являются болезненность, защитное напряжение мышц в области правого подреберья и пальпация увеличенного желчного пузыря.

Защитное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать в первые часы заболевания при простом (катаральном) холецистите, у больных пожилого и старческого возраста. В этом случае используются дополнительные физикальные симптомы Кера, Ортнера-Грекова, Менделя, Мюсси, Мэрфи, которые направлены на выявление болевых реакций в области

желчного пузыря. В зависимости от выраженности местных проявлений и тяжести состояния все больные с острым холециститом по своему лечебно-диагностическому предназначению распределяются на две основные группы. Первая группа - больные с явными признаками разлитого перитонита или деструктивного холецистита и эндогенной интоксикацией с проявлениями органной или полиорганной несостоятельности. После сокращенной гигиенической обработки они направляются в ОРИТ или операционную (при возможности использовать операционную для проведения предоперационной подготовки), где неотложные диагностические и лечебные мероприятия совмещаются с предоперационной подготовкой. Вторая группа - все остальные пациенты с острым холециститом различной степени выраженности местных проявлений и тяжести состояния, а также в случае сомнений в диагнозе острого холецистита после проведения комплекса лабораторных и аппаратных исследований направляются в хирургическое отделение для консервативного лечения и динамического наблюдения.

Лабораторные исследования - общий клинический анализ крови, сахар, билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, мочевины, протромбин, анализ крови на сифилис, группа и резус-фактор крови, общий анализ и диастаза мочи являются обязательными. Дополнительные - ЩФ, калий и натрий крови, общий белок и фракции, КЩС. Аппаратные и другие исследования - УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, фиброгастроскопия, рентгенография грудной клетки, обзорная рентгенография брюшной полости. Дифференцированной тактики в хирургическом отделении. Установленный диагноз острого холецистита, осложненного разлитым перитонитом, служит абсолютным показанием к неотложной операции после кратковременной предоперационной подготовки. Во всех остальных случаях лечение больного с острым холециститом должно начинаться с консервативной терапии, направленной на купирование воспалительного процесса и эндотоксикоза.

Операции, при остром холецистите в зависимости от срока их выполнения от момента поступления больного в стационар разделяются на неотложные, срочные, отсроченные и плановые.

Неотложные операции выполняются у больных с острым холециститом, осложненным перитонитом. Неотложные операции выполняются в любое время суток в сроки до 3-х часов с момента госпитализации больного в стационар, необходимых для предоперационной подготовки, проведения минимально достаточных диагностических исследований, а также организации операционной.

Срочные операции выполняются при сохранении или нарастании местных признаков острого холецистита и системных нарушений, связанных с эндогенной интоксикацией, в течение первых 24 - 48 часов после поступления, желательно в дневное время.

Отсроченные операции выполняются в сроки 3-10 суток с момента госпитализации пациентам, которым была показана срочная операция, но которые по тем или иным причинам от нее отказались, а впоследствии согласились в связи с ухудшением общего состояния.

Плановые операции выполняются пациентам с ЖКБ через 1-3 мес.

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ.

ШИФР МКБ10: K25.1

Перфоративная язва - осложненная форма язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, требующая неотложной операции. Чаще перфоративная язва располагается в двенадцатиперстной кишке (75%), преимущественно наблюдается у мужчин возраста 20-30 лет с кратким язвенным анамнезом (до 3 лет), у 25% без жалоб в прошлом, чаще в осенний и весенний периоды года. В диагностике перфоративной язвы основную трудность представляют атипичные формы перфорации и диагностика в период мнимого благополучия.

На догоспитальном этапе основная задача - диагностировать перфорацию и в экстренном порядке госпитализировать больного. Основанием

для диагноза перфоративной язвы при типичной клинической картине является: острое начало “кинжальная боль”, выраженные признаки раздражения брюшины в начальном периоде, вследствие воздействия агрессивных химических факторов, исчезновение печеночной тупости при перкуссии живота. Перед транспортировкой вводят желудочный зонд и без промывания удаляют желудочное содержимое. При тяжелом состоянии во время транспортировки проводится инфузионная терапия. Запрещается введение обезболивающих препаратов.

В случае категорического отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте и взятием расписки.

В случае самовольного ухода больного из приемного отделения об этом сообщается в поликлинику по месту жительства и делается активный вызов хирурга на дом.

Особенности диагностики в хирургическом стационаре перфоративной язвы.

Фазы течения перфоративной язвы:

1. “Абдоминальный шок” - до 6 часов после перфорации
2. Мнимое благополучие - 6-12 часов.
3. Разлитой перитонит - после 12 часов.

Симптомы - кинжальная боль, напряжение мышц передней брюшной стенки, уменьшение кишечных шумов, резкая болезненность при пальпации.

Степень выраженности симптоматики зависит от срока с момента перфорации.

При осмотре выявляются вынужденное положение на правом боку с поджатыми к животу ногами, холодный пот, поверхностное дыхание, втянутый и неподвижный живот, резкое напряжение мышц живота - “доскообразный живот”, крайне резкая его болезненность. Симптом Щеткина-

Блюмберга резко положителен. Перкуторно отсутствует печеночная тупость, над печенью “тимпанит”.

С нарастанием интоксикации появляются: заостренные черты лица (лицо Гиппократата), сухой язык, тахикардия, вздутие живота, отсутствие перистальтических шумов. Болезненность при пальцевом исследовании прямой кишки. При прикрытой перфорации напряжение мышц уменьшается, сохраняется болезненность в правом подреберье.

Лабораторные исследования - клинический анализ крови, группа крови и резус- фактор, сахар крови, билирубин, коагулограмма, кровь на сифилис, клинический анализ мочи. ЭКГ необходимо выполнить всем пациентам старше 40 лет для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда. Обзорная рентгенографию брюшной полости в латеропозиции с целью выявления свободного газа.

Для диагностики прикрытой перфорации производят пневмогастрографию - по зонду из желудка удаляют содержимое, а затем в положении больного на левом боку в желудок вводится 500-700 мл воздуха. Подтверждением диагноза является обнаружение свободного газа в брюшной полости. ФГДС позволяет уточнить локализацию язвы и выявить даже атипичные формы перфорации. В неясных случаях диагностическая лапароскопия.

Прободная гастродуоденальная язва - абсолютное показание к неотложной операции.

Предоперационная подготовка.

До хирургического вмешательства пациенту обязательно устанавливают зонд в желудок и аспирируют желудочное содержимое. В мочевого пузыря вводят катетер. Производится гигиеническая подготовка операционного поля. При тяжелом состоянии пациента, вызванном распространенным гнойным перитонитом, вместе с анестезиологом назначается и проводится интенсивная терапия длительностью 1-2 часа.

Обезболивание.

Операция проходит под эндотрахеальным комбинированным наркозом. Допустимо применение после коррекции гиповолемии эпидуральной анестезии. В индивидуальных случаях ушивание перфоративного отверстия происходит с применением местного обезболивания.

Доступ.

Применяют верхнесрединную лапаротомию. При прикрытой перфорации язвы, при ошибочном разрезе в подвздошной области справа в образованную рану вводится большой тампон с целью осушить брюшную полость на весь операционный этап, производится верхнесрединная лапаротомия. Срединная рана передней брюшной стенки зашивается на завершающем этапе вмешательства.

Выбор операционного метода.

Выделяют паллиативные вмешательства (ушивание перфораций язвы) и радикальные (иссечение язвы с ваготомией, желудочная резекция и пр.). Определяясь со способом хирургического вмешательства, необходимо помнить, что ключевая цель операции - спасение жизни пациента. Потому большинству больных рекомендовано ушивание перфоративной язвы.

Ушивание перфоративной язвы.

К такому способу прибегают при выявлении распространенного перитонита (как правило, при продолжительности прободения свыше шести часов), значительной степени операционного риска (серьезные сопряженные заболевания, пожилой возраст), у молодых пациентов со «свежей» язвой без визуальной симптоматики хронического процесса и язвы, в случае прободения симптоматических стрессовых язв.

После ушивания и противоязвенной медикаментозной терапии склонны к заживлению «юношеские» язвы, безрецидивное течение наблюдается в 90% случаев. Определяя объём вмешательства при прободении язвы желудка, следует учитывать, что они, в частности у пожилых пациентов, возможно окажутся малигнизированными. Потому, по возможности, необходимо проведение резекции желудка.

Перфорация в желудочной стенке ушивается 2-мя рядами узловых серозно-мышечных швов. Все они накладываются к оси желудка/ кишки в продольном направлении. Вместе с тем ряд швов расположен поперечно, что не допустит сужения просвета органа.

Синтетическим однорядным швом без вовлечения слизистой рекомендуется зашивать прободные язвы пилородуоденальной зоны (в поперечном направлении), во избежание сужения просвета. При неподвижности стенок язвы в области прободного отверстия, швы, рыхлые и наложенные при завязывании, прорезаются, их возможно скрепить подшив прядь сальника либо желудочно-ободочную связку на ножке.

При прорезывании швов необходимо применить метод Поликарпова, предлагающий не стягивать швами края язвы, а свободно тампонировать отверстие перфорации прядью сальника на ножке. Подобную прядь с помощью нити внедряют внутрь желудочного просвета сквозь прободное отверстие, далее закрепляют той же нитью, протянутой через желудочную стенку обратно на серозную поверхность. Сальник в процессе завязывания концов нити плотно зажимает отверстие. Затем в окружности язвы и, немного отступив от нее, сальник также закрепляют отдельными швами снаружи.

Забрюшинное прободение обнаруживается по присутствию в парадуоденальной клетчатке воздуха и пропитыванию желчью. Для ушивания подобной язвы требуется первоначальная мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру. Клетчатку после проведения ушивания прободной язвы дренируют из люмботомического доступа.

При наличии, кроме прободения язвы у пациента, стеноза привратника, ушивание перфорационного отверстия необходимо дополнить задним гастроэнтероанастомозом. Опыт хирургов показывает, что при этом требуется ваготомия.

Завершающей фазой операции по удалению прободной язвы желудка или 12-перстной кишки должен стать внимательный туалет брюшной по-

лости. Чем лучше будет удалены остатки экссудата и желудочно-дуоденального содержимого, тем легче пройдет послеоперационный период и будет меньше вероятности для формирования в брюшной полости гнойников.

При наличии к моменту вмешательства в брюшной полости большого объема содержимого, брюшную полость придется дренировать.

Эндовидеохирургическое вмешательство.

При необходимом оснащении и врачебной квалификации возможно лапароскопическое ушивание перфорации язвы. Обнаружение разлитого перитонита, симптоматики внутрибрюшного абсцесса, воспалительного инфильтрата выступает показанием для проведения лапаротомии.

Культи 12-перстной кишки ушивается кисетным швом. Между петлей тощей кишки, расположившейся сзади поперечной кишки сквозь «окно» в мезоколон, и культи желудка накладывается анастомоз.

Резекция желудка.

Рекомендована при хронических, каллезных язвах желудка (особенно, если предполагается их малигнизация) и в случае декомпенсированного пилоро-дуоденального стеноза. Данная операция допустима при: 1) отсутствии разлитого гнойно-фибринозного перитонита, развивающегося через шесть - двенадцать часов с момента прободения; 2) возрасте пациента моложе 60-65 лет и отсутствии серьезных сопутствующих болезней; 3) достаточной квалификации хирурга и имеющихся условиях для проведения подобной технически сложной операции.

Резекцию проводят, обычно, по методу Бильрот II, в трансформации Гофмейстера-Финстерера и при благоприятных условиях - согласно походу Бильрот I. В случае низких дуоденальных язв, технических трудностях обрабатывания дуоденальной культи, уместно проведение анастомоза по Ру. Свободная эвакуация содержимого 12-перстной кишки поможет избежать несостоятельности её культи. Принцип резекции желудка подробно изло-

жен в специальном руководстве и монографиях. Отметим, что предпочтительнее наложение гастроэнтероанастомоза однорядным серозно-мышечным внутриузелковым швом для лучшего сопоставления и восстановления тканей. Это позволит избежать возникновения анастомозита.

Иссечение прободной язвы с пилоропластикой и ваготомией рекомендовано при перфоративном язвенном поражении передней стенки луковицы 12-типерстной кишки без существенного воспалительного инфильтрата. Хирургическое вмешательство выполняется в аналогичных резекции желудка условиях.

Операция состоит в следующем. На край язвы 12-типерстной кишки устанавливаются два держателя для возможности растягивать кишку поперечно. Происходит иссечение язвы и привратника в пределах здоровых тканей, в форме ромба, длинный которого устремлен по оси 12-типерстной кишки и желудка. Потягивая за держатели, в поперечном направлении ушивается дефект в 12-типерстной кишке 1- или 2-этажным швом, выполняя так пилоропластику Гейнеке-Микулича. При совокупности перфорации и сужения выходного отдела желудка самое адекватное дренирование обеспечит пилоропластика по Финнею.

По окончании санации брюшной полости проводится ваготомия. При экстренном вмешательстве предпочтение отдается наиболее технически несложному подходу - стволовой ваготомии.

При сочетании перфорации с кровотечением наиболее часто применяют иссечение кровоточащей язвы (или, как вариант, резекция желудка).

Пилороантрумэктомия со стволовой ваготомией.

Рекомендована пациентам с дуоденостазом (резко расширенной и атоничной 12-перстной кишкой) либо при сочетанном типе язвенной болезни, при обнаружении перфорации язвенного поражения 12-перстной кишки и хронической язвы желудка.

Селективная проксимальная ваготомия с ушиванием перфоративной язвы. Проводят у молодых и среднего возраста пациентов в отсутствии пе-

ритонита и грубого рубцового нарушения привратника и 12-перстной кишки. Данная операция ограниченно применяется в экстренной хирургии.

Окончание операции.

Проводят внимательную санацию и, при возникновении необходимости, дренирование полости брюшины. В ряде случаев рационально установить 2 зонда: первого - для питания (введенный в тощую кишку), второго - для декомпрессии (в желудок).

Послеоперационный этап.

Опыт большинства хирургов убеждает в преимуществах активного ведения пациента после операции. В него входит быстрая активизация больного, дыхательная и лечебная гимнастика, раннее полноценное питание, являющееся профилактикой развития осложнений и ускоряющее восстановительные процессы.

По частоте возникновения среди послеоперационных осложнений первое место принадлежит бронхопневмонии, второе - гнойным осложнениям, третье - дисфункция высвобождения пищи из желудка.

Абсцессы поддиафрагмальные, подпеченочные, межкишечные и дуоденальные пространства представляют осложнения, зачастую обусловленные недостаточно внимательным туалетом в брюшной полости в ходе операции. Требуется не оставлять без внимания появление боли в животе, упорный парез ЖКТ и регулировать характер температурной кривой, сдвиг в лейкоцитарной формуле, частоту пульса.

Сформированный в послеоперационном периоде перитонит, обусловлен зачастую, несостоятельностью швов по окончании ушивания прободного отверстия или желудочной резекции и нуждается в срочном повторном хирургическом вмешательстве. Отметим, что, несмотря на несостоятельность швов и сопровождение повторным высвобождением в свободную брюшную полость газа, выявление его при рентгенологическом обследовании на данном этапе теряет значение, поскольку после лапаротомии воздух выявляется в брюшной полости в течение более 10-ти суток.

Самый ценный диагностический прием - употребление больным водорастворимого контраста в объеме 1-2 глотков. Выливание его за пределы ЖКТ говорит о гастроэнтероанастомозе либо несостоятельности швов в области ушивания гастродуоденальной язвы.

Данным способом невозможно констатировать несостоятельность швов культи 12-перстной кишки, поскольку при резекции по Гофмейстеру-Финстереру из желудка контрастное вещество не попадет в культю 12-перстной кишки. В подобных случаях на несостоятельность швов культи 12-перстной кишки указывает перитонит, острый болевой синдром, увеличение объема свободного газа при вторичном исследовании спустя 40-60 минут.

Нарушение высвобождения из желудка после операции характеризуется срыгиванием и рвотой. Оно вызвано функциональным состоянием ЖКТ либо имеет механическую природу. С целью диагностирования и лечения в данных случаях рекомендовано внедрение тонкого зонда в желудок и высвобождение его содержимого. Вместе с тем необходимо вести активное противостояние послеоперационному парезу кишечника. Больному требуется нахождение на парентеральном питании, получение достаточного объема жидкости, электролитов, белков.

УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ.

ШИФР МКБ-10: К43.0

Среди ущемленных грыж преобладают паховые и бедренные грыжи, реже пупочные, послеоперационные, еще реже грыжи белой линии живота и других локализаций. При жалобах на внезапно наступившие боли в животе, а также при симптомах острой кишечной непроходимости всегда следует исключить ущемление грыжи. Кроме обычного посистемного исследования больного требуется обязательное обследование мест возможного выхода грыжи.

Ущемление грыжи распознается по внезапно появившимся болям в области грыжи или по всему животу, невозможности вправления грыжево-

го выпячивания в брюшную полость, отсутствию передачи кашлевого толчка. Грыжевое выпячивание увеличивается в объеме, становится напряженным и болезненным.

При перкуссии над грыжей определяется притупление (если в грыжевом мешке содержится жидкость или сальник) или тимпанит (при раздутой петле кишки). Ущемление грыжи часто сопровождается рвотой.

При ущемлении кишки наблюдаются симптомы острой непроходимости кишечника; при ущемлении мочевого пузыря может быть учащенное, болезненное мочеиспускание.

Определенные диагностические трудности могут встречаться при ретроградном, пристеночном, интерстициальном ущемлении, при ущемлении первично возникших грыж, а также при ущемлении редких форм грыж: внутренних (особенно диафрагмальных), грыж боковых отделов живота, промежностных, поясничных и других грыж нетипичной локализации.

При поздних сроках от начала заболевания развивается клиника острой кишечной непроходимости кишечника, флегмоны грыжевого мешка, перитонита.

На догоспитальном этапе при ущемлении грыжи или подозрении на ущемление, даже в случае ее самопроизвольного вправления, больной подлежит экстренной госпитализации в хирургический стационар. Опасны и недопустимы попытки насильственного вправления ущемленных грыж. Применение обезболивающих препаратов, ванн, тепла или холода больным с ущемленными грыжами противопоказано. Больной доставляется в стационар на носилках в положении лежа на спине.

Основанием для диагноза ущемленной грыжи является болезненное, не вправляющееся самостоятельно, грыжевое выпячивание, наличие клинических признаков кишечной непроходимости или перитонита. Определяются температура тела, местная температура кожи в области выпячивания; в случае повышения местной температуры в паховой области и (или) наличия видимых признаков местного воспаления в паховой области необ-

ходимо дифференцировать флегмону грыжевого мешка с аденофлегмоной пахового лимфоузла и другими заболеваниями.

Лабораторные исследования- общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи, группа крови, резус-фактор.

Аппаратные исследования - рентгенография грудной клетки, ЭКГ, рентгенография (обзорная) брюшной полости, по показаниям - УЗИ брюшной полости.

Перед операцией в обязательном порядке производятся: опорожнение мочевого пузыря и гигиеническая подготовка области оперативного вмешательства. При наличии показаний осуществляется опорожнение желудка через введенный зонд.

Единственным методом лечения больных с ущемленными грыжами является неотложная операция. Операция должна быть начата не позже первых 2-х часов после госпитализации. Задержка операции за счет расширения объема обследования больного недопустима.

При самопроизвольном вправлении ущемленных грыж до госпитализации, если факт ущемления не вызывает сомнения, а длительность ущемления составляет 2 и более часов, больные подлежат неотложной операции, как и при ущемленных грыжах, или неотложной лапароскопии. При самопроизвольном вправлении ущемленных грыж в стационаре требуется выполнение неотложных операций в сроки, определенные для ущемленных грыж.

Разрез достаточного размера производится в соответствии с локализацией грыжи. Производится ревизия, оценка жизнеспособности ущемленного органа и адекватность его кровоснабжения. Операция может быть выполнена под местным обезболиванием, а при расширением объема оперативного вмешательства под наркозом. Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка недопустимо. При самопроизвольном преждевременном вправлении в брюшную полость ущемленного органа его следует обязательно извлечь для осмотра и оценки его кровоснабжения. Если

его не удастся найти и извлечь, показано расширение раны (герниолапаротомия) с ревизией органов (или срединная лапаротомия).

При ущемленных послеоперационных вентральных грыжах производится тщательная ревизия грыжевого мешка, учитывая многокамерность его строения, ликвидация спаечного процесса.

Жизнеспособная кишка быстро принимает нормальный вид, окраска ее становится розовой, серозная оболочка блестящей, перистальтика отчетливой, брыжейка ее не отечна, сосуды пульсируют. Перед вправлением кишки в брюшную полость в ее брыжейку следует ввести раствор местного анестетика.

Бесспорные признаки нежизнеспособности кишки и безусловные показания к ее резекции: темная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка, отсутствие ее перистальтики и пульсации сосудов брыжейки. Деструктивные изменения только в слизистой кишки определяются в виде небольших пятен темного цвета, прослеживающихся сквозь серозную оболочку.

При сомнениях в жизнеспособности кишки в ее брыжейку необходимо ввести раствор местного анестетика.

Если сомнения в жизнеспособности кишки остаются, показана ее резекция. Подлежат удалению кроме ущемленной петли, вся макроскопически измененная часть кишки, дополнительно 40 см неизмененного отдела приводящей и 20 см неизмененного отрезка отводящей петли кишки.

При флегмоне грыжевого мешка операция проводится в 2 этапа. Сначала выполняется лапаротомия. При ущемлении петель тонкой кишки резекция с наложением анастомоза.

Вопрос о способе завершения резекции толстой кишки решается индивидуально. Концы петли кишки, подлежащей удалению, зашиваются наглухо. Затем накладывается кисетный шов на брюшину вокруг внутреннего кольца. Далее осуществляется герниотомия. Ущемленная часть кишки удаляется с одновременным затягиванием кисетного шва, наложенного вокруг

внутреннего кольца. Срединная лапаротомная рана зашивается, герниотомная - дренируется.

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

При ответе на ситуационные задачи необходимо поставить диагноз, назначить дополнительные методы обследования, уточнить методы лечения.

Задача № 1

Больной М, 85 л, поступил с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, похудание, сердцебиение, перебои в деятельности сердца. При пальпации щитовидной железы узловых образований не выявлено. Железа безболезненная, при глотании смещающаяся. Положительные глазные симптомы: экзофтальм, редкое мигание, нарушение конвергенции. Пульс - 100 в минуту. При УЗИ – увеличение объема щитовидной железы.

Задача № 2.

Больной 70 лет с большой невправимой паховой грыжей, страдающий хроническими запорами в течении 4 суток отмечает вздутие живота, отсутствие стула, в последние сутки однократную рвоту. Газы отходят. Объективно – живот вздут, перистальтика усилена, грыжевое выпячивание болезненно, кашлевой толчок в области грыжи не определяются, при пальцевом исследовании прямая кишка заполнена «каловыми камнями».

Задача № 3

Больной С., 36 лет, поступил в стационар с жалобами на боли и тяжесть в эпигастрии после приема пищи в течение 5-6 часов. Ежедневно возникает рвота желудочным содержимым с примесью пищи съеденной за 8-10 часов до этого. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет пациент страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, неоднократно лечился в стационарах. 2 года назад стал отмечать тяжесть в эпигастрии после приема пищи в течение 2-3 часов. Последнее обострение язвенной болезни 6 месяцев назад, было проведено консервативное лечение с положительным эффектом. Настоящие симптомы заболевания пациент отмечает в течение 3 недель.

Задача № 4

Больная 48 лет поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38°C. Состояние больной средней тяжести, число дыханий - 28 в минуту, пульс 110 в мин, язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина-Блюмберга, положительны симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси. Лейкоцитоз— $14 \times 10^9/\text{л}$. На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз.

Задача № 5

У больного 58 лет за 12 часов до поступления в стационар появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли уменьшились. Через 6

часов боли возобновились, появилась многократная рвота. Состояние больного средней тяжести. Пульс 90 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот резко болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина — Блюмберга определяется в правой подвздошной области. Температура 37,2°C. Лейкоцитов в крови— $10 \times 10^9/\text{л}$.

Примерные ответы на ситуационные задачи.

Задача №1. У больного диффузно-токсический зоб. Для уточнения диагноза выполняются УЗИ щитовидной железы, сцинтиграфию, определение уровня гормонов щитовидной железы, антител к тиреоглобулину, осмотр окулиста, невропатолога. Лечение совместно с эндокринологом, возможны лечение тиреостатиками, радиоактивным йодом и оперативное лечение после нормализации уровня гормонов и основного обмена с проведением сеансов плазмафереза. При выборе объема оперативного лечения предпочтение необходимо отдавать тиреоидэктомии.

Задача №2. Диагноз: Ущемленная паховая грыжа. Больному показано оперативное лечение. Окончательно объем операции будет определяться наличием ущемленного органа, жизнеспособностью органа.

Задача №3. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стеноз. Для уточнения диагноза целесообразно проведение ФГДС, рентгенографии желудка и двенадцатиперстной кишки. Дальнейшая тактика будет определяться сроками эвакуации контраста из двенадцатиперстной кишки. Оперативное лечение проводится после интенсивной предоперационной подготовки.

Задача №4. Диагноз: Желчекаменная болезнь, острый калькулезный обтурационный холецистит, показано оперативное лечение, предпочтение отдается лапароскопической холецистэктомии, возможно применение технологии «одного доступа».

Задача №5. Диагноз: Острый аппендицит, больному показано оперативное лечение - аппенэктомия.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

22 июля 1993 года № 5487-1 (в сокращенном виде).

Раздел VIII. Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам.

Стандарты оказания медицинской помощи провозглашены в данном разделе законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Согласно законодательству стандарты оказания медицинской помощи предполагают несколько видов оказания медицинской помощи. Стандарты оказания медицинской помощи устанавливают также и порядок финансирования услуг по оказанию медицинской помощи.

Статья 37.1. Медицинская помощь (введена Федеральным законом от 29.12.2006 N 258-ФЗ) Медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в том числе учрежденных физическими лицами, независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности, получивших лицензию на медицинскую деятельность. Медицинская помощь оказывается также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на медицинскую деятельность. Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помо-

щи и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства. Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях)... Стандарты и порядок оказания медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Статья 37.2. Финансовое обеспечение медицинской помощи и деятельности медицинских организаций (введена Федеральным законом от 29.12.2006 N 258-ФЗ)

Оказание медицинской помощи финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, а также средств бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Финансовое обеспечение деятельности федеральных организаций здравоохранения является расходным обязательством Российской Федерации. Финансовое обеспечение деятельности организаций здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации. Финансовое обеспечение деятельности организаций муниципальной системы здравоохранения является расходным обязательством муниципального образования.

Статья 38. Первичная медико-санитарная помощь (в ред. Федерального закона от 29.12.2006 N 258-ФЗ) Первичная медико-санитарная помощь

оказывается в амбулаторно-поликлинических, стационарно поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом. Обеспечение первичной медико-санитарной помощью работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, а также обеспечение первичной медико-санитарной помощью населения отдельных территорий, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации в соответствии с федеральными законами, устанавливающими особенности организации местного самоуправления, осуществляется федеральными организациями здравоохранения и их подразделениями.

Статья 39. Скорая медицинская помощь. Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу...

Статья 40. Специализированная медицинская помощь
Часть первая утратила силу с 1 января 2007 года. - Федеральный закон от 29.12.2006 N 258-ФЗ. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений. (часть вторая в ред. Федерального закона от 29.12.2006 N 258-ФЗ)
Часть третья утратила силу с 1 января 2007 года. - Федеральный закон от 29.12.2006 N 258-ФЗ. Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических,

противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации) в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъектов Российской Федерации. (в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 29.12.2006 N 258-ФЗ) Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством Российской Федерации. (часть пятая введена Федеральным законом от 22.08.2004 N 122-ФЗ; в ред. Федерального закона от 29.12.2006 N 258-ФЗ) Финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях является расходным обязательством Российской Федерации. (часть шестая введена Федеральным законом от 29.12.2006 N 258-ФЗ)

Статья 41. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Статья 42. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках

Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи...

Статья 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований. В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей. (в ред. Федерального закона от 01.12.2004 N 151-ФЗ) Порядок применения указанных в частях второй и третьей настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ) Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте. (в ред. Федеральных законов от 27.02.2003 N 29-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ) Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного

согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании. При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии. Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации. Реклама медикаментов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, а также реклама методов лечения, профилактики, диагностики и реабилитации осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о рекламе (часть девятая введена Федеральным законом от 02.03.1998 N 30-ФЗ).

Статья 44. Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами. Контроль за качеством лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения осуществляется федеральным органом исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств, и федеральным органом исполнительной власти по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия человека.

Статья 45. Запрещение эвтаназии. Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии - удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуще-

ствляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 46. Определение момента смерти человека. Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером). Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ).

Статья 47. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации. Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации. Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок. Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации. Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации...

Статья 48. Проведение патолого-анатомических вскрытий. Патолого-анатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания. Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий определяется федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения. (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ) По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патолого-анатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Членам семьи,

близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патолого-анатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном статьей 53 настоящих Основ.

ПРИЛОЖЕНИЕ.

**Примерный образец дневника по производственной практике
помощника врача-хирурга**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

**ДНЕВНИК
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
"Помощник врача"
Студента**

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Факультет — педиатрический

Курс — IV

Группа — 1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 (нужное подчеркнуть)

Срок прохождения практики

с _____ по _____

Руководитель практики

20__/20__ учебный год

2. Общие сведения о хирургическом отделении

3. Выполненная работа

Дата	Содержание работы	Подпись руководителя
1	2	3

Медицинская карта больного №_____

Дата поступления _____ Отделение _____

Фамилия _____ Имя _____

Отчество _____ Дата рождения _____

Жалобы:

Анамнез заболевания:

Анамнез жизни:

Общий статус:

Локальный статус

Диагноз:

Его обоснование:

Какие лабораторные исследования необходимо выполнить и почему?

Какое инструментальное обследование необходимо провести и почему?

Необходимая медикаментозная терапия (обосновать назначение препаратов в соответствии с имеющейся у курируемого пациента патологией).

Оперативное лечение (обосновать целесообразность и указать основные виды возможных оперативных вмешательств в соответствии с имеющейся у курируемого пациента патологией).

Сводная таблица практических навыков, операций и манипуляций.

№ п/п	Манипуляция, навык, операция	Самостоятельно выполненные	Ассистенции
1	Курация больных (на каждого больного заводится бланк мини истории)		
2	Неотложная помощь ургентным больным больным (указывается ургентное состояние)		
3	Восстановление проходимости дыхательных путей, установление воздуховода.		
4	Временная остановка кровотечения		
3	ПХО ран		
5	Туалет ожоговой поверхности		
6	Туалет инфицированной раны		
7	Наложение мягких повязок		
8	Иммобилизация перелома		
9	Вправление вывихов		
10	Наложение гипсовых повязок		
11	Наложение скелетного вытяжения		
12	Вскрытие гнойников		
13	Некрэктомия		
14	Новокаиновые блокады		
15	Венепункция, венесекция		
16	Постановка периферического венозного		

	катетера		
17	Внутривенные вливания		
18	Определение группы крови и резус-фактора		
19	Участие в гемотрансфузии		
20	Промывание желудка		
21	Пальцевое исследование прямой кишки		
22	Плевральная пункция		
23	Лапароцентез		
24	Катетеризация мочевого пузыря (резиновым, металлическим катетером)		
25	Пункция мочевого пузыря		
26	Пальцевое исследование предстательной железы		
27	Удаление поверхностно расположенных инородных тел		
28	Ассистирование на крупных оперативных вмешательствах (расшифровать каких)		
	Всего		

Тема реферата, самостоятельного исследования (УИРС)

4. ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТА

Подпись заведующего отделением _____

Подпись ассистента-руководителя _____

**Оценка за реферат, самостоятельное
исследование (УИРС) _____**

Экзаменационная оценка по практике _____

Подпись ответственного за практику _____

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература.

1. Хирургические болезни: учебник в 2-х томах / под ред. В. С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2. Хирургические болезни / под ред. А.Ф. Черноусова, - М., ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Дополнительная литература.

1. Винник Ю.С. Дренирование в хирургии / Ю. С. Винник, С. В. Миллер, Г. Э. Карапетян и др.- Красноярск, 2007.
2. Боженков Ю.Г., Стороженко И.Н., Чернышев А.К. Интенсивная терапия в неотложной хирургии живота. - М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. - 227 с.
3. Борисов А.Е. и др. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. - СПб, 2000. - 164 с.
4. Жидовинов Г.И., Запорощенко А.В. Лабораторные анализы в работе, врача-хирурга и их клиническая интерпретация. Методическое пособие. - Волгоград. 2002. - 20 с.
5. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. - М.: Медпрактика - М, 2002. - 244 с.

Учебное издание

Михин Игорь Викторович

Косивцов Олег Александрович

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
ПОМОЩНИКА ВРАЧА-ХИРУРГА**

Волгоградский государственный медицинский университет
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1

Издательство ВолгГМУ
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45