

УДК 614.2 : 617—089—039.74

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ГОРОДА

В. А. Козлов, В. П. Матвеев
Кафедра хирургических болезней № 2 СГМИ;
клиническая больница № 27, г. Свердловск

Курс XXVII съезда КПСС на ускорение в нашей деятельности означает усиление внимания вопросам профилактики, более ранней диагностике и повышению эффективности лечения. В последние годы идет непрерывный процесс специализации медицинских учреждений, в т. ч. и оказывающих неотложную хирургическую помощь [34]. Это дает возможность концентрировать больных определенного профиля, повышать профессиональные знания врачей, лучше использовать оборудование [4, 8].

В данном сообщении мы остановимся на некоторых вопросах организации работы отделения неотложной хирургии клиники хирургических болезней № 2 Свердловского медицинского института.

Клиника располагается на базе многопрофильной городской клинической больницы № 27 в отдельном четырехэтажном хирургическом корпусе и имеет неотложное отделение на 70 коек, плановое — на 65, гнойное отделение на 65 коек, 30 из которых — для urgentных абдоминальных больных с выраженным инфицированием, клиническую лабораторию, отделение реанимации на 10 коек с экспресс-лабораторией и рентгено-эндоскопическое отделение.

В корпусе работает 30 кафедральных и больничных хирургов, включая клинических ординаторов. Руководит работой заведующий кафедрой. Все важные вопросы решаются только с его участием. Ежегодно с 1 января проводится перераспределение врачей по отделениям и подклинике сроком на 1 год. Не циркулируют заведующие отделениями, старшие ординаторы и доценты — кураторы отделений. Это дает возможность «пропустить» всех врачей через отделение неотложной хирургии и лучше подготовить их по этому разделу.

Клиника ежедневно круглосуточно обслуживает по неотложной абдоминальной хирургии три района города с общей численностью населения около 500 тыс. чел., по плановой и гнойной хирургии — один район с численностью 147 тыс. чел. База и объем работы

позволяют клинике оставаться управляемой: можно еженедельно делать обходы, успевать анализировать больных, назначенных на операцию, ежедневно смотреть и знать всех тяжелых пациентов.

Наличие закрепленного района обслуживания имеет определенные преимущества: легче анализировать состояние диспансерного наблюдения, своевременность выявления и направления на оперативное лечение больных с грыжами, язвенной и желчнокаменной болезнями и т. д. Мы периодически осматриваем диспансерные группы в поликлинике и делаем соответствующие выводы. У значительного числа больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, находящихся на диспансерном учете у терапевтов, имеются показания к операции; большая часть лиц с холециститом и панкреатитом не обследована на наличие камней.

Имеется возможность как-то влиять на сроки госпитализации больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. С целью изучения причин поздней госпитализации в клинику с 1981 г. на каждого больного, поступившего позднее 24 ч с начала заболевания, в приемном отделении заполняется акт запущенности. Анализ этих актов показал, что причинами поздней госпитализации являются: 1) позднее обращение больных за медицинской помощью (82—84%), 2) диагностические и тактические ошибки участковых и цеховых врачей, врачей скорой медицинской помощи (11—12%), 3) диагностические и тактические ошибки хирургов поликлиники и приемного покоя (4—7%).

Мы пытались улучшить санитарно-просветительную работу среди населения, однако эффекта не получили — поздняя обращаемость за медицинской помощью осталась на прежнем уровне. Удалось добиться некоторого снижения диагностических и тактических ошибок врачей (с 20 до 15%). Для этого «Акты запущенности» разбирали в коллективах, в которых были допущены ошибки. Каждый год для участковых, цеховых врачей и врачей скорой помощи читаем цикл лекций по наиболее актуальным вопросам неотложной хирургии. С анализом ошибок выступаем на терапевтическом и хирургическом обществах.

Наличие закрепленных районов обслуживания даст возможность сравнить работу различных учреждений. Так, острые хирургические заболевания, симптоматика которых достаточно объективна (ущемленная грыжа, прободная и кровоточащая язва желудка и 12-перстной кишки), в нашей больнице и в других учреждениях города, оказывающих неотложную помощь, диагностируются практически в одинаковом проценте случаев на 1000 населения. В то же время при заболеваниях, где симптомы могут расцениваться достаточно субъективно, показатели резко отличаются (аппендицит, холецистит и, особенно, панкреатит, показатель заболеваемости при котором различается более чем в 2 раза — от 0,37 до 0,82 на 1000).

Ежедневно круглосуточно в клинике дежурят 5 хирургов, 2 анестезиолога-реаниматолога, врач-рентгенолог, он же эндоскопист, работают клиническая и экспресс-лаборатория реанимации. Бригада хирургов формируется из врачей корпуса и поликлиники. В нее обязательно включается врач, владеющий лапароскопией. Наиболее опытными являются первый (ответственный) и второй хирурги. Четыре хирурга дежурят по неотложной хирургии и один — по корпусу. Он не занимается больными, поступающими по дежурству, и не привлекается к работе в операционной. Каждая бригада владеет всеми современными видами вмешательств на органах брюшной полости. В любое время суток могут быть выполнены различные виды ваготомии с дренирующими операциями, реконструктивные вмешательства на желчных путях, операции на поджелудочной железе и т. д. За работу дежурной бригады отвечает ответственный хирург. Вопросы диагностики, отказа в госпитализации, приема больных, определения тактики, консервативной терапии, формирования оперирующей бригады, вида и объема вмешательства окончательно решаются ответственными хирургами и закрепляются их подписями.

Диагностика в неотложной абдоминальной хирургии имеет свои особенности. Прежде всего это разнообразие основной и сопутствующей патологии у поступающих больных. Второе — необходимость производить обследование круглосуточно. И, наконец, — дефицит времени. При все возрастающем необходимом объеме исследований его невозможно обеспечить за счет включения в дежурную бригаду все новых и новых врачей. К тому же это невыгодно и экономически — узкие специалисты окажутся перегруженными. Выходом из положения, по нашему мнению, является, во-первых, определение оптимального объема исследования; во-вторых, совмещение профессий и повышение интенсификации труда.

Приемный покой обслуживают клиническая и экспресс-лаборатории, выполняющие круглосуточно исследования по 30 параметрам, включая определение билирубина, трансаминазы, амилазы крови, сахара, мочевины, электролитов, ОЦК, ОЦП, ГО, коагулограмму и т. д. Мы объединили рентгенологическую и эндоскопическую службы, что позволило без дополнительных затрат иметь в дежурной бригаде врача, владеющего обоими методами. Кроме того, квалификация таких врачей значительно выше, чем занимавшихся только рентгенологией или эндоскопией.

Трудно переоценить значение лапароскопии в неотложной хирургии. В нашей клинике ее проводят специально обученные хирурги. За год выполняется более 700 лапароскопий. В каждой дежурной бригаде имеется врач, хорошо владеющий этим методом. Только при аппендиците благодаря лапароскопии количество т. н. «катаральных» форм сокращено с 24—26 до 8—9%. Это

значит, что за год оперируется на 120—150 чел. меньше. Кроме того, большинство из них через 2—3 дня приступают к работе.

Большое значение мы придаем внедрению новых способов диагностики и лечения, часть из которых являются оригинальными. При язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной перфорацией или кровотечением, операцией выбора мы считаем различные виды ваготомии с дренирующими операциями. Это позволило снизить летальность при прободных язвах с 8 до 2,5%, при кровотечениях — с 17 до 8% и улучшить отдаленные результаты.

При остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией мы применяем лапароскопические холецистомии, минилапаротомную холестэктомии, минилапаротомную холедохостомию. Это позволило снизить летальность в этой группе больных с 10 до 5% и части из них провести радикальные операции. Клиника располагает одним из самых больших в стране материалов по чресфистульной санации желчных путей.

При панкреонекрозе применяются разработанные в клинике лапароскопическая и открытая бурсооментоскопия, локальная гипотермия поджелудочной железы.

Эти способы получили признание и применяются не только у нас, но и в других городах страны.

Научной работой в клинике занимаются практически все сотрудники, т. е. мы считаем, что современная клиника должна быть лечебно-учебно-научным учреждением, и только сочетание лечебной, научной и учебной деятельностью позволит значительно улучшить результаты нашей работы.

УДК 617—089(07)

ПРЕПОДАВАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ НА ЛЕЧЕБНОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

П. В. ШАБУРОВ

Кафедра хирургических болезней № 2 СГМИ

Социальным заказом общества, обращенным к высшей медицинской школе, в настоящее время является подготовка врача широкого профиля, в связи с чем абсолютному большинству выпускников лечебных факультетов медицинских вузов на первых порах своей врачебной деятельности предстоит работать участко-