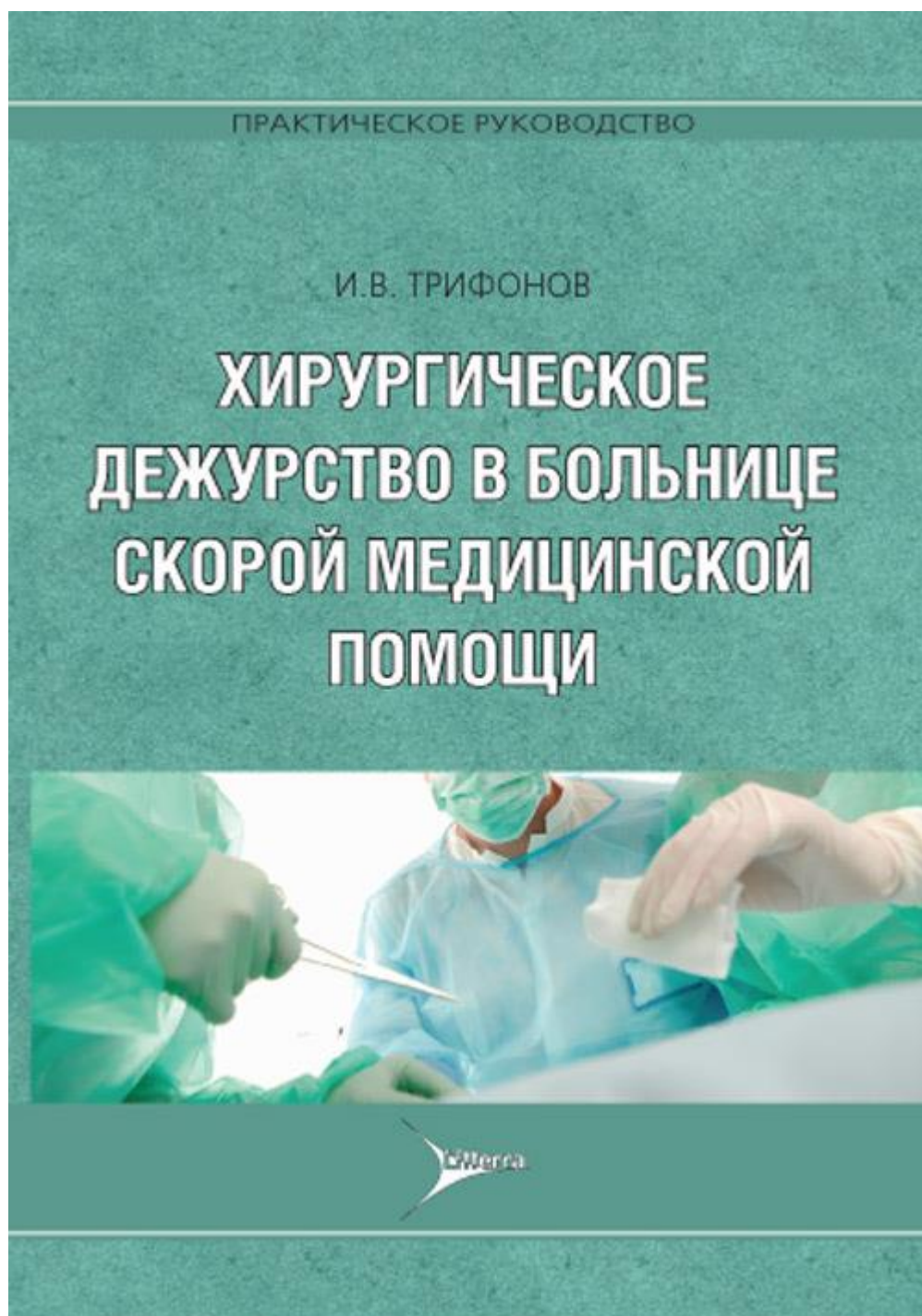


Трифонов И. В. Хирургическое дежурство в больнице скорой медицинской помощи : практическое руководство / И. В. Трифонов. - М. : Литтерра, 2014. - 112 с. ISBN 978-5-4235-0121-1.



## Оглавление

<b>СОКРАЩЕНИЯ...</b>	<b>3</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ...</b>	<b>4</b>
<b>Дежурство. Общие понятия...</b>	<b>5</b>
<b>Комплектование дежурной бригады хирургов...</b>	<b>6</b>
<b>Работа в приемном отделении...</b>	<b>9</b>
<b>Динамическое наблюдение...</b>	<b>18</b>
<b>Обходы...</b>	<b>19</b>
<b>Оформление дневников наблюдения...</b>	<b>21</b>
<b>Контроль выполнения врачебных назначений...</b>	<b>26</b>
<b>Формулировка показаний к операции...</b>	<b>27</b>
<b>Предоперационный эпикриз...</b>	<b>29</b>
<b>Осмотр анестезиолога...</b>	<b>31</b>
<b>Подготовка операционной...</b>	<b>31</b>
<b>Работа в операционной...</b>	<b>33</b>
<b>Концепция экстренной операции...</b>	<b>36</b>
<b>Технические приемы и методологические подходы при некоторых операциях, заболеваниях и травмах...</b>	<b>38</b>
<b>Послеоперационное наблюдение...</b>	<b>48</b>
<b>Беседы с больными, родственниками, знакомыми...</b>	<b>52</b>
<b>Вызовы к больным...</b>	<b>53</b>
<b>Субординация, трудовая дисциплина, права пациентов...</b>	<b>55</b>
<b>Доклад на утренней конференции...</b>	<b>59</b>
<b>Действия при массовом поступлении раненых...</b>	<b>60</b>
<b>Профессиональные вредности. Синдром «выгорания» ...</b>	<b>64</b>
<b>Заключение...</b>	<b>66</b>
<b>Список литературы...</b>	<b>68</b>

## СОКРАЩЕНИЯ

АД - артериальное давление

ВБИ - внутрибольничные инфекции

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека

ВРВПЖ - варикознорасширенные вены пищевода и желудка

ДВС - диссеминированное внутрисосудистое свертывание

ДТП - дорожно-транспортное происшествие

ЖКК - желудочно-кишечное кровотечение

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИБС - ишемическая болезнь сердца

ИВЛ - искусственная вентиляция легких

ИВС - изолятор временного содержания

ЛКК - лечебно-контрольная комиссия

ЛОР - ларингооторинология

ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение

МВД - Министерство внутренних дел

ОАРИТ - отделение анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии

ПХВ - полихлорвинил

ПХО - первичная хирургическая обработка

СМП - скорая медицинская помощь

СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита

ТЭЛА - тромбоэмболия легочной артерии

УВД - Управление внутренних дел

УЗИ - ультразвуковое исследование

ФЭГДС - фиброгастродуоденоскопия

ЦГБ - центральная городская больница

ЦРБ - центральная районная больница ЧДД - частота дыхательных движений

## ВВЕДЕНИЕ

*...Стоит кому-нибудь из нас заболеть, как мы мчимся к врачу со всей быстротой, на которую способен наемный экипаж. Что до меня, то я лично предпочитаю санитарную карету с колокольчиком. В ней как-то спокойнее.*

Стивен Ликок «Как стать врачом»

Приступая к написанию этой книги, хочется отметить, что тема, как говорится, наболела. Огромный объем медицинской помощи оказывается именно в условиях дежурства, и просто удивительно, что этот раздел работы довольно слабо представлен в медицинской литературе, как методической, так и научной. Не претендуя на знание истины в последней инстанции, сделаю попытку изложить и систематизировать свой собственный опыт дежурного хирурга и организатора хирургической помощи. Опыт этот накоплен в самой обычной многопрофильной больнице муниципального образования и, возможно, является отражением распространенной ситуации по очень многим лечебным учреждениям России и ближайшего зарубежья, когда такая больница является, де-факто, единственным реально доступным местом, где медицинская помощь будет оказана всем категориям пациентов без различия по возрасту, социальному и финансовому положению, гражданству и т.п. в любое время суток и любой день недели. Действительно, анализируя объемные показатели работы средней ЦРБ, ЦГБ или больницы скорой медицинской помощи, приходишь к выводу, что уровень госпитализации практически не снижается в вечернее время и в выходные дни. Оперативная активность очень высока. В приемное отделение обращается масса пациентов, которые желают получить медицинскую помощь или действительно нуждаются в получении экстренной или срочной помощи в виде совета, разъяснения. Это как минимум. Обычно же приходится оказывать медицинскую помощь в полном объеме, начиная с рутинного сестринского и врачебного осмотра и заканчивая подчас очень сложными хирургическими вмешательствами.

Нельзя недооценивать организационный и режимно-правовой момент в деятельности дежурного ЛПУ. Информационное взаимодействие с правоохранительными органами, органами гражданской обороны, по предупреждению чрезвычайных ситуаций и т.п., судя по напряженности служебной переписки, кое-кем расценивается как основной элемент работы. Таким образом, дежурство ЛПУ вообще и хирургическое дежурство

в больнице СМП в частности - это особая форма работы лечебного учреждения и его сотрудников, которая заслуживает того, чтобы о ней писать, ее изучать и приравнивать к реалиям современной жизни. Многие и многие медицинские работники признают, что дежурства сформировали их стиль жизни, и они были бы не против того, чтобы эта тема была бы освещена на страницах медицинской литературы.

### **Дежурство. Общие понятия**

*Хирурги еле-еле спасли мою молодую жизнь, за что я им глубоко благодарен. И. Ильф, Е. Петров «Золотой теленок»*

Дежурство в лечебном учреждении - способ организации оказания медицинской помощи, как правило, urgentной.

Дежурство в лечебном учреждении - это метод организации оказания медицинской помощи за пределами основного рабочего времени.

Дежурство в лечебном учреждении - это особый комплекс организационных мероприятий, направленный на обеспечение граждан медицинской помощью, как правило, неотложной, за пределами основного рабочего времени. Целью организации дежурств является: достижение готовности персонала и средств обеспечения (медицинская техника, инфраструктура, коечный фонд, расходные материалы, медикаменты) к оказанию экстренной (срочной, плановой) консультативной медицинской помощи, консервативному лечению и операциям, в том числе в условиях массового поступления больных и раненых, с высоким уровнем информационно-правового взаимодействия с органами правопорядка, власти и т.п. [17, 30].

Общая концепция заключается в том, что качество медицинской помощи во время несения дежурства не должно снижаться в сравнении с основным рабочим временем. Этого требует общественное мнение и элементарная человеческая справедливость. Воистину, на современном этапе развития медицинской практики нельзя допустить снижения качества оказания медицинской помощи на том основании, что болезнь начала себя активно проявлять в тот момент, когда лечебное учреждение находится в состоянии дежурства [28, 34]. В теории, высокого качества оказания медицинской помощи во время дежурства можно достичь двумя путями: 1 - всеми доступными средствами снизить нагрузку на ЛПУ во время дежурства,

переместив всю лечебно-диагностическую деятельность на основное рабочее время: т.е. повышать раннюю выявляемость заболеваний, проводя эффективную диспансеризацию, наращивая плановую работу и т. п.; 2 - привести возможности дежурного ЛПУ к реальным потребностям обслуживаемого контингента граждан в медицинской помощи: иными словами кадровое обеспечение, материальная база, управление ЛПУ, оказывающего помощь в условиях дежурства, должны быть максимально приближены к его возможностям в основное рабочее время. Динамика современной жизни указывает на то, что грань между работой по оказанию медицинской помощи в основное время и по дежурству стирается: все большие объемы «плановой» работы перекладываются на дежурные бригады, а дежурные хирурги в разгар экстренной операции уступают место у операционного стола своим коллегам, которые пришли утром на работу. Видимо, в этом направлении и будет развиваться организация работы медицинских учреждений. За счет перераспределения больших объемов плановой и срочной помощи на «дежурное» время, возможности ЛПУ для работы в «плановом» и «дежурном» режиме уравниваются. И в конечном итоге речь пойдет лишь о смене стереотипов у организаторов здравоохранения и медицинских плановиков-финансистов, которым придется пересмотреть нормативы нагрузки на персонал и принять на работу большее количество сотрудников. Не возьмусь предсказать, когда это произойдет в России, но, наверное, скоро, т.к. весь цивилизованный мир идет по этому пути [13].

К сожалению, невзирая на такие радужные перспективы, пока дежурные бригады хирургов, анестезиологов, лаборантов, медицинских сестер и прочих медицинских работников комплектуются исходя из предположения о том, что работы на дежурстве существенно меньше, чем в основное рабочее время. И поскольку это на самом деле далеко не так, вопросы комплектования дежурных бригад медицинских работников приобретают исключительное по своей важности значение.

### **Комплектование дежурной бригады хирургов**

*Время от времени толпа раздавалась и пропускала громыхавшие по булыжнику экипажи хирургов, служивших в клинике.*

Артур Конан Дойль «Его первая операция»

Дежурная бригада должна в идеале обеспечить уровень качества оказания медицинской помощи, неотличимый от того, который больница в целом

может предоставить при работе в «плановом» режиме. Отсюда ясно, насколько высокие требования предъявляются к профессиональным и личностным качествам дежурных врачей и средних медицинских работников. В течение 16 ч в будние дни и 24 ч в выходные дни дежурные сотрудники несут всю полноту ответственности за все, что происходит в больнице, принимают и реализуют все лечебно-тактические решения, оформляют необходимую документацию, организуют и контролируют деятельность всех служб больницы. Если речь идет о дежурных хирургах, то весьма вероятен вариант с всенощным бдением в операционной.

Хирургические бригады должны комплектоваться исходя из принципов профессиональной пригодности по основной специальности, универсальности подготовки (владение навыками УЗИ, эндоскопических методов исследования, знание основ стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, травматологии и детской хирургии...), психологической устойчивости и совместимости, служебной субординации, физической выносливости.

Не во всех больницах дежурят врачи-диагносты (УЗИ, эндоскописты, рентгенологи, функциональные диагносты), и поэтому весьма полезно, если в качестве дежурных хирургов выступают сотрудники, имеющие первичную подготовку по хирургии, но постоянно работающие на парахирургических должностях. При необходимости возможности такой хирургической бригады существенно расширяются. И, тем не менее, в бригаде должны быть как минимум два хирурга, способных самостоятельно выполнять основные полостные хирургические вмешательства в пределах требований 1-й квалификационной категории по хирургии. Один из этих хирургов должен быть ответственным.

Совершенно особые требования предъявляются к ответственному дежурному хирургу. Им должен быть высокоопытный хирург-универсал, обладающий организаторскими способностями, знающий нормативную базу и варианты ее практического применения. Весьма полезно, чтобы личностные качества ответственного хирурга позволяли ему отдавать распоряжения и контролировать их выполнение, четко распределять обязанности между членами дежурной хирургической бригады, не впадать в панику при усложнении оперативной обстановки на дежурстве и при необходимости четко следовать должностной инструкции, невзирая на соблазн отступить от нее. Кроме того, ответственный дежурный хирург должен быть жестким формалистом в части контроля за оформлением медицинской документации - он должен предвидеть, как могут быть интерпретированы записи (или их отсутствие) в медицинских документах,

попади они на какую-либо проверку. В то же время ответственный хирург должен пользоваться доверием и авторитетом у руководства и подчиненных, должен уметь профилактировать и гасить конфликтные ситуации с больными, их родственниками и между сотрудниками. Пожалуй, ответственный хирург должен также не понаслышке знать особенности той больницы, где ему придется дежурить. И это только основные требования, предъявляемые к ответственному дежурному хирургу. Реалии же современного здравоохранения РФ таковы, что когда врачи-хирурги в своем профессиональном развитии приобретают вышеперечисленные качества, многие из них уже или не хотят, или не могут дежурить. Стало быть, для того чтобы организовать дежурства по хирургии, медицинским администраторам нужно, с одной стороны, усиленно готовить хирургов к способности нести дежурство, предъявляя к этой группе сотрудников повышенные требования, а с другой стороны, всячески поощрять само стремление врачей-хирургов участвовать в дежурствах. Здесь, конечно, большое значение приобретает возрастной фактор.

Нужно также четко понимать, что обеспечить полноценное комплектование хирургических бригад штатными сотрудниками больницы, скорее всего, не удастся. Самое большее, на что может рассчитывать организатор хирургической службы - это комплектование бригады штатными сотрудниками наполовину. Остальные члены хирургических бригад заведомо будут либо внешними совместителями, либо учащимися (интерны, клинические ординаторы, аспиранты). Здесь довольно остро встанут вопросы качественного выполнения служебных обязанностей внешними совместителями и обеспечения адекватного ретроспективного контроля их деятельности, т.к. внешние совместители менее доступны административному воздействию в сравнении со штатными сотрудниками.

Итак, резюмируя раздел, посвященный комплектованию дежурных хирургических бригад, необходимо отметить, что задачи, стоящие перед дежурной бригадой хирургов, исключительно сложны, объемны и ответственны, а численный норматив весьма ограничен. Следовательно, бригада должна состоять из очень работоспособных, компетентных, дисциплинированных, толерантных сотрудников.

К счастью, чаще всего бригады комплектуются при непосредственном участии ответственного хирурга, который отвечает за работу своих подчиненных, являются довольно стабильными с точки зрения психологической совместимости коллективами. Поэтому волюнтаристически «перетасовывать» состав бригад, исходя исключительно из административных соображений, довольно опасно.



## Работа в приемном отделении

*Коридор выходил в приемный зал, вдоль которого на скамьях сидели бедно одетые люди. Артур Конан Дойль «Его первая операция»*

Успешная работа в приемном отделении хирургического стационара на дежурстве подразумевает соблюдение нескольких важных правил [25]:

- нельзя долго тянуть с осмотром больного: на мой взгляд, если пациент ожидает врачебного осмотра в приемном отделении более 5 минут - это дефект в работе. Анализ жалоб пациентов на плохую работу приемного отделения в подавляющем большинстве случаев связан с большими сроками ожидания осмотра дежурным врачом. Хочу отметить, что в целом наши пациенты, которые обращаются в обычные больницы или доставляются туда бригадами СМП, - люди не очень капризные, и если они обратились в больницу, значит, действительно болит, болит сильно и, скорее всего, долго. Следовательно, пациент вправе рассчитывать на скорейшее облегчение боли (это право закреплено п. 5 ст. 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»), и точкой отсчета в борьбе с болью, естественно, является момент осмотра пациента дежурным хирургом. Медсестра приемного отделения может частично сократить время ожидания путем краткого опроса пациента, измерения температуры, АД, но все это в традициях отечественного здравоохранения ни в коей мере не заменяет быстрого врачебного осмотра. Нельзя долго держать пациента в приемном отделении без оказания медицинской помощи. Особенно, если приемное отделение не имеет собственной диагностической палаты и соответствующего персонала. Решение вопроса о госпитализации, отказе в госпитализации, транспортировке в другое лечебное учреждение, эвакуации на очередной этап медицинской помощи должно приниматься не более чем в течение 30 мин. Причем указанные полчаса должны быть полностью заняты диагностическими мероприятиями и решением вопросов организационного свойства (оформление документов, согласования по телефону, санитарная обработка и пр.);
- не рекомендую разрешать предоставлять коридоры приемного отделения для целей вытрезвления, складирования бомжей в надежде на то, что они сами уйдут и пр. [29]. Вы рискуете через некоторое время получить в приемном отделении труп. Причина смерти - неоказание медицинской помощи в лечебном учреждении. Объяснять такие вещи всегда очень сложно. Это основная причина. Вторая причина - это неколлегальное отношение к сотрудникам из следующей дежурной бригады или штатным сотрудникам приемного отделения, которым все равно придется заниматься

решением проблем указанных групп граждан, обратившихся или доставленных в приемник. Третья причина - эстетического свойства: если приемное отделение расположено в приспособленном помещении и оказывает в дежурное время смешанный прием, то наличие в коридорах спящих или поющих, «ароматных и живописных» представителей дна общества крайне негативно сказывается на имидже больницы;

- лабораторные и инструментальные исследования нужно назначать после врачебного осмотра. Велик соблазн поручить назначение анализов и других исследований дежурной медсестре или медбрату приемного отделения с тем, чтобы «занять» больного, потянуть время до осмотра. Мой опыт показывает, что в обычной обстановке подобная практика лишена смысла - во-первых, медсестра, ориентируясь на запись в сопроводительном листе СМП, назначает анализы, которые могут ничего не подтвердить – это вводит в заблуждение врача во время осмотра и требует повторного забора биологических жидкостей, а этого можно было бы избежать. Простейший пример - полная обструкция мочеточника камнем - страшные боли, а эритроцитурии может не быть, до тех пор, пока не сработает симптом Пастернацкого (поколачивание в области почек с последующим общим анализом мочи) или спазмолитическая терапия. Во-вторых, нужно признать, что квалификация среднего медработника в приемном отделении в дежурное время часто оставляет желать лучшего - больной будет направлен на анализы очень далеко, и вы сами будете потом его искать. Еще раз подчеркну - такая практика не должна быть системой. В исключительных случаях, когда больной поступает в состоянии шока, с явными признаками тяжелой травмы, можно по телефону дать распоряжение о вызове лаборанта до осмотра. Те несколько минут, выигранные на одновременном подходе лаборанта и врачебно-реанимационной бригады, в принципе, могут оказаться спасительными для больного;

- демонстративно, на глазах у больного или его родственников мойте (или обрабатывайте антисептиком) руки перед осмотром. Особенно это касается детской практики - заботливые мамочки и бабушки за этим всегда строго следят. Процедура мытья рук во всех случаях создает некую профессиональную атмосферу, настраивает пациента и сопровождающих его лиц на выполнение просьб врача. Кроме того, этого требуют «СанПИН №2.1.3.2630-10» в части, касающейся профилактики ВБИ [29]. Почаще используйте смотровые перчатки;

- строго соблюдайте методику обследования больного (жалобы, анамнезы, физикальное обследование всех систем). Сбор жалоб нельзя заменять чтением сопроводительных документов и выслушиванием вольного

пересказа больным данных предыдущих обследований. Хирургу нельзя пренебрегать аускультацией легких и сердца, обязательна пальпация основных групп лимфатических узлов. Практически всегда полезна пальпация остистых отростков позвонков и паравертебральных точек (отсеется 5-7% «почечных и печеночных коликов» и 2-3% «аппендицитов и сигмоидитов»). Хочу напомнить, что для выявления наиболее важных симптомов «острого живота» (напряжение передней брюшной стенки и болезненность) достаточно поверхностной пальпации кончиками пальцев положенной ладонью. Глубокая методическая пальпация зачастую болезненна, и если начинать пальпацию живота с нее, есть риск переоценить боли в животе, негативно настроить больного и стать в череде тех хирургов, которые «намяли» живот до синяков. Ректальное исследование может быть не проведено только в связи с отказом больного (соответствующая запись). Осматривайте ноги на предмет варикозной болезни. Беря младенцев на руки, соблюдайте методику с поддержкой головы указательными пальцами. Кстати, будет лучше, если осмотр детей и особенно девочек-подростков будет происходить в присутствии мам, бабушек или кого-нибудь из медицинских работников. Помогите медсестре приемного отделения разобраться с диагностикой педикулеза и чесотки у пациента; • при исключении хирургической патологии не отпускайте больного в никуда, обязательно проконсультируйтесь либо с дежурным терапевтом, либо с педиатром, либо с гинекологом. Если хирургический корпус территориально расположен отдельно, то нужно организовать транспортировку пациента к этим специалистам. Иногда полезно проконсультировать пациента с другими дежурными хирургами или ответственным дежурным хирургом. Это нужно тогда, когда интуитивно ощущается, что больного нельзя отпускать из больницы, а объективного подтверждения этим подозрениям вроде бы нет. В этой ситуации лучше дать поработать коллективному разуму и административной целесообразности. Скорее всего, в конечном итоге будет принято обоснованное и коллегиальное верное решение;

- в медицинской карте стационарного больного, которая в большинстве больниц формализована, необходимо сразу заполнять и очень аккуратно подчеркивать все графы и разделы, а если нет возможности заполнить ту или иную графу, то в ней надо сразу указать причину (тяжелое состояние больного, детский возраст и т. п.). Особое внимание необходимо уделять заполнению в хирургической истории болезни данных гинекологического анамнеза (возраст появления менархе, дата и сутки последних месячных, их регулярность и особенности, число беременностей и их исходы, гинекологические заболевания и операции, регулярность наблюдения

гинекологом, для девочек-подростков факт наблюдения у детского гинеколога). Опыт показывает, что в хирургическом стационаре по дежурству не так уж редки случаи, когда приходится выполнять экстренные операции, на которых выявляется ведущая гинекологическая патология. И если встает вопрос о резекции или тем более удалении какого-либо органа женской репродуктивной системы, то ценность правильно собранного гинекологического анамнеза приобретает совершенно очевидные формы. Попробуйте-ка субтотально резецировать кистозно-измененный яичник у молодой нерожавшей женщины, который был обнаружен в ходе аппендэктомии по поводу «катарального» аппендицита и только после операции узнать, что контралатеральный яичник год назад лапароскопически был удален. Не беременности - очередных месячных будете ожидать вместе с оперированной дамой, как своих собственных. Даже если они вам не положены. И это не самый наглядный пример, демонстрирующий необходимость тщательного сбора гинекологического анамнеза;

- при поступлении ребенка до 3-х лет необходимо уточнить, как протекала беременность им, срочность родов, какая была выставлена оценка по шкале Апгар,

как и чем вскармливался, болел ли карантинными инфекциями (ветряная оспа, корь, вирусный паротит, ...), и самое главное - выполнение графика прививок и причины медицинских отводов;

- не забывайте, что аллергические реакции на лекарственные препараты фиксируются в истории болезни в двух местах и под роспись;

- если госпитализация обусловлена травмой в результате насильственных действий, необходимо информировать об этом милицию (на титульном листе истории болезни отметьте фамилию, специальное звание того, кто принял информацию, телефон дежурной части и желательно номер записи в журнале сообщений). Это же необходимо сделать, проинформировав пожарную охрану при поступлении обожженного. Иногда требуется информировать другие службы (например - Центр медицины катастроф при поступлении ребенка, пострадавшего в ДТП). За этим необходимо следить, т.к. это информационное взаимодействие весьма полезно органам правопорядка и очень строго контролируется [17, 30];

- в соответствии с требованиями ФЗ «Об основах охраны здоровья...», больной должен расписаться в том, что он согласен на госпитализацию и лечение;

- нужно быть очень осторожным, пытаюсь реанимировать замершего бомжа или останавливая профузное кровотечение из развалившейся бедренной артерии у наркомана - помните, несоблюдение правил техники безопасности лишает вас и без того призрачных шансов хоть что-то доказать в свою пользу в случае инфицирования какой-либо социально-значимой инфекцией [21]. Не говоря уже о том, что соблюдение этих правил реально может помочь сохранить свое здоровье и работоспособность. Мне приходилось видеть, как умирают от осложнений СПИД медсестры, производившие забор крови у больного без перчаток. Какая тоска была в глазах у хирурга, который спас жизнь ВИЧ-инфицированному бомжу, выполнив тяжелейшую декорткацию плевры по поводу эмпимы. Он уколол палец, контролируя выкол иглы при сшивании ребер не на глаз, а пальцем. Представьте, что пережил этот хирург, добиваясь оформления всех необходимых документов, сдавая массу анализов и ожидая их результатов, глотая казенный ретровир и пр. Правила техники безопасности разработаны для того, чтобы минимизировать травматизм и производственное инфицирование среди медицинских работников. Всегда надевайте перчатки, шапочки, маски, защитные очки. Меняйте испачканный халат или хирургический костюм при первой возможности, обязательно фиксируйте мелкие травмы в журнале производственного травматизма. Костные отломки ревизуйте, в основном, инструментами, очищайте полость рта тупферами на зажимах, между зубами вставляйте роторасширитель. Рабочую часть режущего инструмента в тканях контролируйте либо на глаз, либо ограничивающим инструментом, иглы перехватывайте только пинцетом или зажимом, завязывая лигатуры - пользуйтесь зажимами - нить часто режет палец, даже через перчатку. Пишу об этих вроде бы очевидных вещах для того, чтобы в азарте экстренных мероприятий или в приступе хирургического самопожертвования был повод на мгновение остановиться, собраться с мыслями и сделать все правильно. Не забывайте о том, что любой медицинский работник и особенно врач-хирург - исключительно ценный член цивилизованного общества, и на его подготовку затрачено много времени и средств, которые не должны пропасть без пользы;

- при оказании медицинской помощи гражданам, которые сами или сопровождающие их лица в силу разных причин вам грубят, угрожают физической расправой, помните, что самое глупое, что можно сделать в этой ситуации - это начать отвечать в том же духе. Полезно отсечь сопровождающих от самого больного или раненого. У грубиянов пропадает мотивация нагнетать обстановку и красоваться друг перед другом. Рассчитывать на защиту службы охраны больницы особо не стоит - в инструкции службы, как правило, нет пункта, подразумевающего

физическую защиту медицинского работника. В данной ситуации необходимо иметь свидетелей и не стесняться вызывать группу быстрого реагирования вневедомственной охраны местного УВД (в приемном отделении должна быть «тревожная кнопка»). Потому что любую угрозу, в том числе и оскорбительные высказывания в ваш адрес, можно расценивать как очевидный риск применения против вас физической силы и невозможность выполнения своих обязанностей.

Другое дело, когда вам угрожают административным преследованием, неприятностями по служебной линии, обещают жаловаться во все известные инстанции за то, что вы, возможно, некачественно выполняете свою работу. В такой ситуации нужно очень хладнокровно оценить свои действия с точки зрения должностной инструкции, ваших возможностей и гарантированных прав граждан на оказание медицинской помощи. Очень часто, как показывает разбор состоявшихся жалоб, неправ именно медицинский работник, который из чувства противоречия не сделал того, что было положено. Поэтому, сразу в лоб, очень серьезно заявите таким гражданам, что для них или их больных родственников будет сделано все, что только возможно в этой больнице и даже больше. Будьте исключительно вежливы, предупредительны. Самое главное, начинайте делать все, что требуется по состоянию больного, но все ваши действия жестко фиксируйте в первичной медицинской документации, все отказы (от ректального осмотра, постановки зонда, каких-либо других неприятных для больного процедур и назначений) фиксируйте под роспись. Отметьте негативный настрой больного и родственников. Спокойно объясните жалобщику, что вы вынуждены, с целью избежания тех неприятностей, которыми вам угрожают, делать все очень формально и с обязательной фиксацией всех обстоятельств в первичной медицинской документации. То есть, дайте им понять, что своим вмешательством в ход лечебного процесса они на самом деле не помогают себе или своим родственникам, а только создают дополнительные трудности, на преодоление которых потребуются время и силы. Такой подход в большинстве случаев заставляет жалующихся граждан быстро успокоиться и стать на путь сотрудничества с врачами. А если кто-либо из других дежурных врачей или администраторов (в идеале - ответственный дежурный хирург) посоветует таким пациентам наладить нормальные отношения с лечащим врачом, то даже самый административно-ресурсоемкий жалобщик скоро придет к вам с изъявлениями полного доверия и расположения.

Бывает ситуация, когда родственники, переоценивая свои возможности, требуют немедленного перевода в клинику, которая, на их взгляд, более соответствует статусу больного или тяжести заболевания. Здесь два пути -

быстро оформите краткую выписку и сообщите адрес такой клиники - родственники имеют право договариваться о переводе самостоятельно. А можно, при них, самому в телефонном разговоре со специализированной клиникой рассказать, что происходит с больным и спросить об условиях госпитализации - как правило, эти условия неприемлемы для обычного человека и зарождающийся конфликт гаснет сам по себе.

В любом случае, при назревании конфликтной ситуации медицинскому работнику нельзя вставать на путь конфронтации. Нужно помнить о том, что привычная и родная для вас больничная обстановка на самом деле - мощнейший стрессорный фактор для очень многих больных и их перепуганных родственников. Так что их попытка «покачать права», особенно в ответ на грубоватую манеру общения, часто принятую в хирургической среде, на самом деле - защитная реакция и проявление стресса. Успокойте этих людей, дайте им необходимые разъяснения, посочувствуйте, пообещайте сделать для больного все и в лучшем виде. Скорее всего, никаких полноценных конфликтов не будет вообще; • отказ в госпитализации на дежурстве - штука опасная. Участвуя в разборах случаев неблагоприятных исходов хирургических заболеваний по причине запущенности, много раз обнаруживал, что пациент либо самостоятельно обращался в приемное отделение больницы, либо доставлялся туда бригадой СМП и не был госпитализирован. Причем в медицинской документации приемного отделения в лучшем случае была оставлена неразборчивая запись «данных за острую хирургическую патологию нет». На таких разборах становится очевидным, что пациент просто вовремя обратился за медицинской помощью, при появлении первых нечетких симптомов заболевания. А дежурный хирург, настроенный на ожидание развернутой клинической картины того или иного заболевания, ему в госпитализации без достаточных оснований отказал. В этой ситуации хирург всегда виноват: во-первых, в том, что не госпитализировал больного, а во-вторых, в том, что не оставил ни одной записи, доказывающей, что сделал все необходимое для исключения болезни. Для меня совершенно очевидно, что правильно исключить какое-либо заболевание на уровне приемного отделения в короткие сроки, задача более сложная, нежели госпитализация больного для динамического наблюдения. Только совершенно очевидные случаи отсутствия хирургической болезни могут быть поводом для отказа в госпитализации. Но это означает, что у больного имеется другая (не хирургическая), совершенно очевидная болезнь, которая выходит на первый план, и в этом с вами согласен профильный специалист. И этот врач забирает больного в свое профильное отделение. В виде примера могу привести случаи гепатокардиальных синдромов, когда стенокардия или

инфаркт миокарда проявляют себя болями в правом подреберье и заставляют пациентов обращаться в хирургический стационар. Либо случаи острых кишечных инфекций без выраженной диареи и рвоты. Да и то, во многих случаях диарея и рвота являются маской острой хирургической патологии органов живота. В такой ситуации, даже если в конечном итоге у больного, госпитализированного на инфекционную койку, будет выявлена хирургическая болезнь, то этот больной - уже в больнице, не брошен, находится под динамическим наблюдением. Доказать свою добросовестность уже намного легче. Далее, если вы все-таки берете на себя ответственность отпустить больного, то будьте любезны - в журнале отказов от госпитализации очень подробно опишите анамнез, статус больного, данные проведенных исследований, ваши рекомендации и ваше резюме, из которого должно быть ясно, что отказ в госпитализации полностью обоснован, а вы для больного сделали все, что могли. Кроме того, все это нужно написать в справке, которую вы должны выдать больному на руки и в отрывном талоне к сопроводительному листу СМП.

Ситуация (которую можно смоделировать) несколько упрощается, если пациент сам не настроен на госпитализацию. Даже после того, как вы объясните, что из соображений перестраховки ему было бы неплохо остаться в больнице. Заставить пациента лечиться и обследоваться вы не имеете права. Стало быть, под вашей записью в журнале приемного отделения такой пациент должен оставить свою подпись в отказе от госпитализации с целью динамического наблюдения. Этот вариант отказа от госпитализации наиболее безопасен и формально правилен [28, 34]; • больной, находящийся в тяжелом состоянии, но пока еще способный самостоятельно передвигаться в силу скрытого течения болезни, либо в силу особенностей заболевания или травмы (эриктильная фаза ожогового шока), не должен самостоятельно добираться до лечебного подразделения или диагностических служб. Обеспечьте возможность транспортировать его на каталке или в кресле-каталке.

В приемное отделение хирургического корпуса часто обращаются сотрудники милиции с гражданином, которого планируют содержать в изоляторе временного содержания. Цель такого освидетельствования двоякая: первая - действительно определить, может ли данный гражданин по состоянию своего здоровья находиться в ИВС, вторая цель - фиксация состояния гражданина до помещения в ИВС. Помните, что вы, будучи хирургом, формально можете исключить только хирургическую патологию или травму. Об этом в справке и стоит написать. В журнале же обращений в приемное отделение нужно довольно подробно описать статус освидетельствуемого, что бы в случае чего вас не обвинили в том, что



гражданин уже имел какое-либо заболевание до помещения в ИВС, а вы этого не определили. Строго говоря, милиционеры должны привозить подозреваемого или задержанного в больницу только с целью решения вопроса о необходимости стационарного лечения (Приказ МВД № 950 от 22 ноября 2005 г. "Об утверждении правил внутреннего распорядка изоляторов временного содержания подозреваемых и обвиняемых органов внутренних дел"). Поэтому к процедуре решения вопроса о возможности содержания в ИВС нужно относиться с большой ответственностью.

В заключение этого раздела хочу несколько слов сказать о совместной работе с сотрудниками станции СМП. Ситуация такова, что взаимные обязанности до конца не регламентированы, и поэтому вырабатывать правила взаимодействия, основанные на медицинской целесообразности, приходится исходя из местной обстановки. Часто бывает так, что бригада СМП привозит пациента и оставляет его в приемном отделении, не ставя в известность дежурный персонал стационара. В большинстве случаев это происходит тогда, когда врач или фельдшер СМП не знает, что делать с больным, особенно если это пожилой человек с синильным изменением личности, одинокий или выгнанный родственниками из дому. Или этот пациент - социально дезадаптированный гражданин, к которому была вызвана СМП потому, что он находился на улице или оккупировал подъезд и лестничную площадку. В данной ситуации часто возникают конфликты, так как и стационар и «скорая помощь» являются заложниками нашей весьма несовершенной системы социального обеспечения. В этом конфликте обычно «проигрывает» стационар - у него есть возможность приютить этого гражданина с тем, чтобы в дальнейшем все-таки пристроить его в учреждения социального ухода после подробного обследования. Так что лучше сэкономить силы и не конфликтовать.

Другое дело, когда СМП привозит пациента с достаточно тяжелым и ясным заболеванием не по профилю лечебного учреждения и не передает его дежурному персоналу под роспись или же отказывается транспортировать такого пациента туда, куда нужно. Такие действия являются нарушением положений **Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.99 № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации»**. Так как задачей станции СМП являются передача пациента и соответствующей медицинской документации дежурному врачу (фельдшеру) стационара, своевременная транспортировка (а также перевозка по заявке медицинских работников) больных, в том числе инфекционных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи. Кроме того, пострадавшие (больные), доставленные выездными

**бригадами станции скорой медицинской помощи, должны быть безотлагательно переданы дежурному персоналу приемного отделения стационара с отметкой в «Карте вызова» времени их поступления.**

О нарушениях необходимо информировать руководство свое и СМП. Обычно - на следующий день. В течение дежурства придется вызывать «Скорую» на себя и решать возникшую проблему транспортировки непрофильного больного с другой бригадой. Попытки выяснять отношения на повышенных тонах очень утомительны, и обычно ни к чему хорошему не приводят.

### **Динамическое наблюдение**

*Я вспомнил, как он хладнокровно, придирчиво обследует больных, без конца задает вопросы, бесконечно берет анализы и барабанит пальцами. А мне требовалось что-то успокаивающее, более участливое.*

Артур Конан Дойль «Отстал от жизни»

Очевидно, что дежурства организуются также с целью динамического наблюдения за больными, состояние которых вызывает беспокойство у лечащих врачей или предыдущей дежурной бригады хирургов. Задача наблюдения - оценка в динамике состояния больных и принятие в связи с этим лечебно-тактических решений. Строго говоря, оставление больных под наблюдением является реализацией принципа преемственности в работе хирургов. Смысл динамического наблюдения - постановка или подтверждение диагноза за счет выявления патогномоничных симптомов, фиксация наступления в развитии болезни момента, когда нужно изменять тактику лечения либо начинать применять другой способ лечения, контроль за возможными осложнениями примененных ранее лечебных мероприятий, необходимость своевременной констатации исхода заболевания, от которого не удалось вылечить. Иногда нужно наблюдать за пациентами исходя из парамедицинских соображений - (чьи-то родственники или знакомые, заслуженные люди, известные жалобщики и пр.).

Для того чтобы наиболее качественно организовать динамическое наблюдение, дежурство нужно начинать с процедуры приемки-сдачи дежурства от предыдущей бригады либо от штатных врачей. На слух информация о больных воспринимается лучше, и при этом также ощущается эмоциональная составляющая отношения

хирурга к общей картине заболевания обсуждаемого пациента. На словах можно передать то, что довольно трудно отразить в медицинской документации. Поэтому очень важно встретиться с докторами в конце их дежурства и переговорить лично. Конечно, это не означает, что медицинские документы не должны представляться в процессе приемки-сдачи дежурства. Все истории болезни больных, которые остаются под наблюдением, собираются в отдельную стопку (или папку) и, желательно, должны постоянно находиться в помещении, где базируется дежурная бригада, либо дежурный хирург, которому поручено наблюдение.

При уточнении состава оставляемых под наблюдение пациентов необходимо уделить особое внимание пациентам детского возраста и пожилым больным. Если в бригаде нет детского хирурга, то в детской хирургии должен работать наиболее опытный хирург - скорее всего, ответственный.

Пожилые пациенты (особенно в раннем послеоперационном периоде) оставляются под наблюдением не только для распознавания ранних послеоперационных осложнений, но и для профилактики осложнений и обострений, имеющих у них хронических общесоматических заболеваний (ИБС, артериальная гипертензия и пр.). В первую очередь это относится к пациентам, перенесшим аденомэктомию по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Эта группа больных по моему опыту и имеющимся литературным данным подвержена вполне реальному риску развития осложнений ИБС в ближайшее время после перевода из отделения реанимации [9, 32].

### Обходы

*Молодой человек с парой ножниц, засунутых в петлицу наподобие цветка, и записной книжкой в руке обходил людей и о чем-то шептался с ними и делал пометки.*

Артур Конан Дойль «Его первая операция»

Перед обходом больных, оставленных под наблюдение, очень полезно прочитать их истории болезней и просмотреть полученные данные обследований, лабораторных анализов, а также уточнить - какую конкретно лекарственную терапию эти больные получают (последнюю информацию лучше перепроверять у медсестер и по процедурному журналу). Данная процедура позволяет в значительной степени сократить время обхода за

счет более прицельного опроса больного или его родственников и уточнения только наиболее существенных моментов в развитии его заболевания. С другой стороны, изучение истории болезни с последующим осмотром больного позволяет создать свое собственное мнение о пациенте и его болезни, что часто бывает очень полезным, особенно в группе пациентов с неясным диагнозом или нетипичным развитием заболевания.

В течение дежурства к больным, оставленным под наблюдение, прибавляются больные, которые были госпитализированы вашей бригадой. Наблюдаемых больных становится слишком много, и в итоге иногда приходится решать вопрос о снятии некоторых пациентов с наблюдения. Это довольно ответственное мероприятие, поэтому такое решение лучше принимать коллегиально.

Если состояние пациента, оставленного под наблюдение, стабильно, то достаточно его осматривать с периодичностью 8-12 ч. Если состояние пациента внушает опасение, то можно заходить к нему в палату хоть каждые полчаса или вообще не отходить от его постели до тех пор, пока его состояние не стабилизируется и перестанет вызывать опасение. Сразу оговорюсь, что в данной ситуации будет иметь значение не только периодичность собственно обходов, но и периодичность записей в дневниках наблюдения - не реже, чем каждые 2 ч.

Ходить или не ходить в обходы всей бригадой дежурных хирургов - это дело предпочтения, но могу посоветовать в первый обход все-таки ходить всем. Неизвестно, как пойдет дежурство, и надо, чтобы у всех членов дежурной бригады была наиболее полная исходная информация о больных. И конечно, ответственный дежурный хирург должен участвовать в таком обходе почти в обязательном порядке. Лучше сместить первый обход во времени, но достичь наиболее полного представительства дежурных хирургов. В дальнейшем можно обходить больных исходя из соображений целесообразности как по времени, так и по составу врачей. Ответственный хирург постоянно контролирует работу по наблюдению и периодически сам осматривает пациентов.

Обход в ряде случаев преследует цель выявить свободные койки для госпитализации очередных пациентов. Такие обходы организуются на дежурствах, которые идут в череду длинных праздников - Новый год + Рождество и т.п., когда выписка задерживается, а новые больные поступают, и коечный фонд бывает перегруженным. В больших городах, где больницы дежурят по очереди, такие проблемы, наверное, не возникают. Но в ЦРБ, которая является единственной больницей не только в городе, но и в целом

муниципальном образовании, такое явление встречается сплошь и рядом. При необходимости не надо стесняться размещать хирургических больных в непрофильных отделениях (ЛОР, офтальмология и пр.), здесь нужно следить только за эпидемиологической безопасностью (вирусный конъюнктивит и пр.).

Несколько слов об оснащении хирурга во время обхода - желательно иметь при себе: одноразовые перчатки, светодиодный фонарик, фонендоскоп, маску. Перчатки - для осмотра повязок, ран и контроля дренажей, ректальных осмотров. Фонарик - для осмотра кожи, глотки, диафаноскопии, определения фотореакции, осмотра ран, а также для ориентировки в неосвещенных палатах. Фонендоскоп - незаменимый инструмент для уточнения источника лихорадки (умение выслушивать легкие и сердце - характеризует хирурга как специалиста), выслушивания перистальтики, определения границ нескорох полых органов, создания врачебного образа. Строго говоря, в хирургической практике источником высокой температуры, при исключении собственно хирургической патологии, в большинстве случаев являются пневмония, пиелонефрит, орхо-эпидидимит либо лекарственно-ассоциированная лихорадка. Все эти состояния можно заподозрить на основании физикального осмотра. Больше скажу - сначала нужно наверняка исключить «нехирургические» причины лихорадки, а уж затем открывать послеоперационные раны, пунктировать «подозрительные инфильтраты» и т.п. Мне известен случай, когда у молодого человека с высокой лихорадкой на фоне перелома костей таза было выполнено (с целью опорожнения заподозренной нагноившейся гематомы) дренирование тазовой клетчатки по Хольцову - без эффекта. И только дежурant на очередном дежурстве догадался послушать легкие, организовал Р-графию органов грудной клетки, выявил пневмонию, назначил соответствующее лечение и т.д. В свое время этот случай произвел на меня глубокое впечатление, как с точки зрения применения довольно экзотического способа дренирования тазовой клетчатки, так и с точки зрения отсутствия к этому показаний, вследствие неполного обследования лихорадящего больного.

### **Оформление дневников наблюдения**

*Положение, которое я хочу развить, состоит в том, что ремесло современного врача очень несложно и научиться ему можно за две недели.*

Стивен Ликок «Как стать врачом»

Динамическое наблюдение за больным обязательно должно найти свое отражение в первичной медицинской документации. Фактическая сторона наблюдения - осмотр больного, выявление новых симптомов, исчезновение ранее отмеченных, эффект от проводимой терапии и пр. - обязательно описываются в истории болезни. Итак, в дневнике должны присутствовать: дата и время, заглавие дневника (осмотр хирурга, ответственного хирурга, совместный осмотр нескольких врачей, экстренный вызов к больному и т.п.). Далее - общее состояние больного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое. Динамика состояния: улучшение, ухудшение, без динамики. Уровень сознания. Жалобы больного и наличие таких проявлений болезни, как рвота, икота, отрыжка и т.п. Состояние кожных покровов. Показатели проводимости дыхания, гемодинамики. Описание органов живота: осмотр (язык, участие передней брюшной стенки в акте дыхания, ее вздутие или западение). Результаты пальпации и перкуссии живота - уровень и локализация напряжения и болезненности, наличие признаков свободного газа или жидкости в брюшной полости, наличие симптомов раздражения брюшины, результаты глубокой пальпации. Выслушивание перистальтики. Наличие отхождения стула и газов, диурез и мочеиспускание. Затем отражаются специальные симптомы, характерные для поражения того органа или системы организма, заболевание которых послужило поводом к госпитализации. Отражается состояние повязок, ран, динамика и характер отделяемого по дренажам. Кратко описывается динамика лабораторных и инструментальных методов исследования и подводится резюме: эффект от лечения, наличие показаний к операции или смене проводимого лечения.

Естественно, написание дневников наблюдения, как и вообще ведение первичной медицинской документации, требует большого мастерства и некоторого предвидения того, что может оказаться главным при последующем экспертном анализе данной истории болезни. Поэтому приведенный выше краткий перечень информации, которая должна содержаться в дневнике, является лишь канвой, вокруг которой формируется дневниковая запись.

Рискну привести пример простого дневника:

*Число, месяц, год. Час, мин. Дежурный хирург.*

*Состояние стабильное, средней тяжести. В сознании, адекватен, ориентирован правильно. Жалобы на незначительную тошноту. Рвоты нет. Отмечает улучшение самочувствия. Кожа чистая, обычной окраски. Дыхание проводится равномерно в обе 1/2 грудной клетки, одышки нет.*

*АД 130/70 мм Нг, пульс 92 в 1 мин, ритмичный. Язык влажный, обложен белесым налетом. Живот слегка подвздут, участвует в акте дыхания. Мягкий. Диффузная болезненность локализовалась в мезогастрии и стала менее выраженной. Симптомов раздражения брюшины нет. Инфильтрат в проекции поджелудочной железы не определяется. Печень в пределах реберной дуги. Признаков свободной жидкости в брюшной полости нет. Перистальтика выслушивается вялая. Газы отходят. Стула не было. Диурез сохранен, мочеиспускание свободно. Показаний к экстренной операции нет. Консервативная терапия эффективна. Продолжить.*

*Подпись, расшифровка.*

*Или более сложного.*

*Число, месяц, год. Час, мин. Дежурный хирург.*

*Состояние тяжелое. В сознании, несколько заторможен, ориентирован правильно. Жалобы на боли в животе. Рвота частая, помимо зонда. Кожа чистая, бледная. Дыхание проводится равномерно в обе 1/2 грудной клетки, ЧДД 26, АД 130/70 мм Нд, пульс 98 в 1 мин, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Живот вздут, очень слабо участвует в акте дыхания. Напряжен, диффузно болезнен. Симптом Щеткина положителен диффузно. Тимпанит над всей поверхностью передней брюшной стенки. Граница печени не определяется. Перистальтика не выслушивается. Газы не отходят. Стула не было после очистительной клизмы. Амбула прямой кишки расширена, пустая, тонус сфинктера снижен. Диурез снижен. Рентгенологически - множественные «арки» и «уровни». Консервативная терапия неэффективна. У больного признаки неразрешающейся кишечной непроходимости с явлениями перитонита. Показана операция. Осмотр анестезиолога.*

Как видно из приведенных примеров, дневники не слишком объемны, однако отражают состояние больного и то, что с ним происходит. Парадокс заключается в том, что когда клиническая картина ясна, дневники писать легко - достаточно отразить общеизвестные симптомы того или иного заболевания и при чтении дневника становится совершенно ясно - каков диагноз. А вот когда диагноз не ясен, заболевание развивается постепенно, имеется комбинация состояний или синдромов, когда наступает неблагоприятный исход от недиагностированного или позднодиагностированного заболевания, тогда при экспертном разборе (ЛКК) всегда встает вопрос о качестве обследования и динамического

наблюдения больного. Судят об этом в основном по дневниковым записям [31].

Например: больной в тяжелом состоянии поступает в хирургическое отделение с признаками желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) - все есть: рвота «кофейной гущей», мелена, при ФЭГДС - кровь в желудке и рекомендация - отмыть желудок для уточнения источника, некоторое снижение содержания гемоглобина и уровня эритроцитов. Состояние прогрессивно ухудшается. Обследование затруднено. Спасти больного не удалось. На аутопсии выявлены крупозная тотальная пневмония, и, как проявление нарушений микроциркуляции, - геморрагический гастрит.

При разборе этого случая на ЛКК было отмечено, что в дневниках наблюдения нет описания аускультативной картины легких. Признаки дыхательной недостаточности были выявлены только в ОАРИТ, когда больного пришлось переводить на ИВЛ. Рентгенологическое исследование легких в положении «лежа» было не слишком информативным. Итог - смерть больного от невыявленного при жизни тяжелого заболевания.

На самом деле - не факт, что в этой ситуации больного удалось бы вылечить. Проблема заключается в том, что методика динамического наблюдения и написания дневников была грубо нарушена, в результате чего основное заболевание оказалось замаскированным его осложнением.

Я обратил внимание на то, что мышление дежурного хирурга в процессе диагностики заболевания у того или иного пациента действует по принципу поиска соответствия имеющейся клинической картины заболевания какому-либо эталону заболевания, сложившемуся в сознании хирурга на основе имеющегося опыта. То есть, хирург автоматически сравнивает то, что находит у пациента, с тем, что он видел раньше, и с тем, что для него является типичным мыслительным образом хирургической болезни. Если то и другое в основном совпадает, то диагноз ясен, и тактика лечения выстраивается легко. Такая система мышления, основанная на имеющемся опыте, удобна и быстра - если опыт велик и разнообразен. К сожалению, обладание таким опытом - это прекрасная, но недостижимая мечта всех хирургов.

Первичный опыт у хирурга накапливается быстро (12 года), он знает, как развиваются основные заболевания и как они лечатся. Дальнейшее накопление опыта резко замедляется в силу объективного снижения частоты встречаемости многих других болезней и сложности их лечения. На этом фоне у молодого хирурга возникает ощущение излишней



самоуверенности. Начинающий хирург постепенно сокращает полноту обследования пациента и полагает возможным основывать диагноз только на очень немногих, наиболее широко распространенных признаках болезней. Да и число самих мыслительных образов заболеваний в его арсенале крайне ограничено. Невольно такой хирург начинает пытаться все встречающиеся ему проявления разных болезней у разных пациентов втискивать в свои зауженные мыслительные образы. Реальность же намного шире. Так формируются диагностические и лечебные ошибки.

Чтобы избежать ошибок, хирургу, вне зависимости от его стажа и имеющегося опыта, крайне необходимо строго соблюдать алгоритм обследования больного, выполнять все виды физикальных методов диагностики, и обязательно все это отражать в дневниках наблюдения. Такая привычка позволит оптимизировать диагностический поиск в случаях, когда диагноз сразу неясен - соблюдение алгоритма обследования скорее рано, чем поздно позволит выявить скрытый ведущий симптом. Привычка все подробно описывать в дневниках позволяет иметь вполне серьезное оправдание - в случае разбора на ЛКК ошибка хирурга, скорее всего, будет признана добросовестной - хирург сделал все, что мог. Кроме того, если навык соблюдения алгоритма обследования и полноценного оформления медицинской документации формируется на основе высокой требовательности старших товарищей (начмедов, заведующих отделениями, ответственных хирургов), то приобретение хирургического опыта проходит в наиболее благоприятных условиях.

Ценность качественного динамического наблюдения заключается в своевременной фиксации изменения состояния пациента в лучшую или худшую сторону. В этой связи дневники наблюдения должны отражать именно динамику изменения различных симптомов, поскольку в ряде случаев не наличие какого-либо симптома само по себе, а его изменение в ответ на проведенную терапию позволяет выйти на правильный диагноз. В качестве примера приведу постепенную локализацию боли в правой подвздошной области с уменьшением ее интенсивности (в покое и при поверхностной пальпации) на фоне инфузионной и спазмолитической терапии при типичном развитии острого аппендицита (симптом Кохера в ходу). Такое бывает, когда пациент госпитализируется в самом начале заболевания и диффузная болезненность по всему животу не позволяет сразу определиться с диагнозом. Исходя из вышеизложенного, бывает весьма странно читать некоторые истории болезни, в которых показания к экстренной операции формулируются сразу после вполне безобидных дневников. Поэтому в практическом плане, при принятии решения о необходимости операции, рекомендую непосредственно перед

предоперационным эпикризом оформлять дневник наблюдения, из которого было бы ясно, что состояние больного требует реализации новых лечебно-тактических решений. Переходя к теме изменения лечебной тактики у хирургического больного, хочу подчеркнуть большую пользу проведения незначительной по объему инфузионной (400-800 мл физиологического раствора NaCl) и спазмолитической (2,0-4,0 р-ра но-шпы) терапии для выявления или исключения хирургической симптоматики. Не вдаваясь в чрезмерные подробности, которые могут носить слишком субъективный характер, скажу, что на фоне инфузионной и спазмолитической терапии большинство симптомов хирургических болезней, связанных с локализацией патологического процесса в брюшной полости, становятся более четкими.

### **Контроль выполнения врачебных назначений**

*- Сестра Ллойд сделала все как следует, правда, доктор?*

*- спросил тревожно Ивенс.*

Арчибальд Кронин «Цитадель»

Лечение больных - труд коллективный. Медицинские сестры - основные исполнители врачебных назначений. От их исполнительности, аккуратности, знаний и практических навыков во многом зависит результат лечения. В хирургической практике в отличие от «терапии» спектр сестринских манипуляций намного шире и на определенном этапе пересекается с манипуляциями врачебными. Например, обычный назогастральный зонд в большинстве случаев устанавливает медсестра, а если это зонд Блэкмора - то врач. Очистительную клизму должна выполнять медсестра, а если речь идет о каловом завале, то без врача во многих случаях не обойтись. Все чаще вопрос надежного венозного доступа решается врачами. И так далее. Специфика хирургической помощи такова, что в большом числе случаев правильно и вовремя выполненная манипуляция или процедура позволяет избежать операции или отсрочить ее с целью более полноценной подготовки пациента. Поэтому вопрос участия врачей в выполнении многих процедур на дежурстве должен быть решен. И уж во всяком случае, плотный контроль за действиями медсестер - совершенно необходимая часть работы врачей-хирургов.

Контроль должен быть налажен, в том числе и за выполнением медикаментозных назначений, как в части собственно лекарственной составляющей, так и в части способа введения медикаментозных

препаратов и их сочетаний. Поясню, что я имею в виду. Например: медицинские сестры урологических отделений знают, насколько эффективен «коктейль» из спазмолитиков и анальгетиков при почечной колике. А разницы между почечной коликой и атакой обструктивного пиелонефрита могут не знать. Поэтому, если вами назначены спазмолитики и анальгетики на фоне инфузионной терапии (т.е. в капельницах) при такого рода урологической патологии, то, стало быть, надо проконтролировать, чтобы объем инфузионной терапии, назначенной вами, не был заменен 10 мл раствора баралгина и но-шпы. Конечно, прецеденты самовольного изменения врачебных назначений носят казуистический характер, но и одного случая неполного выполнения врачебного назначения может быть достаточно для получения неудовлетворительного результата. Методика контроля проста - спросить больного о том, что ему делали сестры - «капельницу» или просто «укол», проследить за действиями медсестры во время выполнения назначения, зайти в палату и посчитать количество флаконов. Это же касается качества перевязок и пр. Хочешь быть уверен, что перевязка сделана качественно - нужно на ней присутствовать. Конечно, такой контроль не должен быть навязчивым и явным. По двум причинам - во-первых, работа в коллективе подразумевает взаимное доверие и деликатное отношение друг к другу, во-вторых, слишком гласно выявив единичный случай, вы не сможете оценить тенденцию.

Оказание помощи пациентам подразумевает большие физические нагрузки на персонал. Погрузка и транспортировка больного в коме, укладка пожилой дамы весом в 2 центнера на операционный или рентгеновский стол, вывоз трупа из узкой палаты через несколько дверных проемов - тяжелый физический труд. Санитаров в большинстве больниц нет. А если и есть, то это пожилые или истощенные женщины, способные только на влажную уборку помещений. Поэтому, скрепя сердце, врачам придется помогать медсестрам. Не надо делать из этого проблему. Все дело в отношении. Считайте, что это разминка. Совет: перед тем, как поднять тяжелое тело - сгруппируйтесь, найдите удобную точку опоры, равномерно распределите нагрузку на себя и других, не делайте рывок в состоянии наклона. Не забывайте о том, что человеческое тело можно волочь, перетаскивать на простынях, или переворачивать - перекачивать. Завершая этот раздел, хочется выразить надежду на то, что типовые помещения с нормативной площадью на койку, а также средства малой механизации в лечебных учреждениях появятся в обозримом будущем.

### **Формулировка показаний к операции**

*- Какая у нее болезнь? - спросил новичок. - Рак околоушной железы. Чертовски трудный случай; опухоль разрослась как раз позади сонных артерий. Вряд ли кто, кроме Арчера, осмелился бы взяться за такую операцию. А вот и он сам!*

Артур Конан Дойль «Его первая операция»

Очевидно, что основным методом лечения в хирургической практике является операция. Соответственно, дежурные хирурги должны быть готовы своевременно использовать этот метод. При принятии решения о необходимости операции нужно очень четко понимать, что экстренные операции производятся тогда, когда их невыполнение непосредственно угрожает жизни и здоровью пациента. В то же время экстренная операция ни в коем случае не должна быть источником возможных осложнений, связанных с необоснованным расширением ее объема. Экстренная операция не должна подменять собой плановую. Экстренность операции находится в обратном соотношении с ее сложностью. Это означает, что экстренно оперировать нужно просто, надежно и по возможности быстро. С другой стороны, если состояние больного позволяет отсрочить выполнение операции, то предоперационная подготовка и обследование дают возможность провести срочную операцию, более широкий объем которой позволит не только устранить непосредственную угрозу жизни, но и добиться излечения пациента. Конечно, эти рекомендации носят слишком общий характер и не учитывают такие аспекты, как навыки и опыт хирурга, его ассистента, анестезиолога, других членов операционной бригады, оснащение больницы, возможности блока интенсивной послеоперационной терапии и пр. И, тем не менее, при планировании оперативного лечения нужно исходить именно из этих принципов.

Немаловажен вопрос о выборе времени операции, если диагноз ясен или имеются прямые показания к операции. Речь идет о том, стоит ли подавать больного прямо в операционную из приемного отделения, поручив готовить больного к операции сотрудникам приемника? По-моему, в этом есть необходимость лишь тогда, когда операция является частью реанимационных мероприятий - профузное кровотечение, напряженный пневмоторакс. Либо когда налицо ранение или травма, которые практически всегда требуют немедленной ревизии и определения дальнейшей хирургической тактики. Если же состояние больного стабильно или, тем более, нестабильно в силу тяжести основного или сопутствующего заболевания, то опыт показывает, что пациента надо к операции подготовить. Если состояние стабильное - то в психологическом плане пациент должен хоть немного освоиться в новой для него обстановке,

попросту выяснить, где находятся туалет, умывальник, познакомиться с персоналом, с соседями по палате. Если состояние пациента тяжелое, то, конечно, прежде чем подать его в операционную, необходима предоперационная медикаментозная подготовка, обследование, осмотры терапевта, анестезиолога, второго хирурга, оформление документов и т.д. Нередко случается, что за время даже короткой предоперационной подготовки лечебная концепция может поменяться - например, прекратится истерика или аггравация, симулировавшие, казалось бы, очевидную клиническую картину «острого живота». Одним словом, если при осмотре больного в приемном отделении вами будет заподозрен острый аппендицит - не стоит сразу отправлять пациента в операционную. Возникнет излишняя нервозность и повысится вероятность диагностической и лечебной ошибки. Не надо торопиться. Оформляйте документы!

### **Предоперационный эпикриз**

*- Джентльмены, - ... - перед нами интересный случай опухоли околоушной железы, сначала хрящевой, но теперь принявшей злокачественный характер, а, следовательно, требующей удаления.*

Артур Конан Дойль «Его первая операция»

Документом, требующим очень тщательного оформления, является предоперационный эпикриз. Из предоперационного эпикриза должно быть однозначно понятно, почему установлен именно такой диагноз и почему требуется именно данное оперативное вмешательство. Предоперационный эпикриз - квинтэссенция рассуждений хирургов, построенных на данных, полученных в ходе опроса и обследования больного, динамического наблюдения и коллегиальных обсуждений, выраженная в виде оптимального по форме и объему письменного документа, содержащего указание на необходимость конкретной операции.

Предоперационный эпикриз не должен быть громоздким. Вполне достаточно 10-15 коротких предложений, отражающих: дату, время, фамилию, имя, отчество больного, его возраст, давность заболевания и время поступления в больницу. Затем сжато описывается динамика основных клинических симптомов, на которых строится диагноз, динамика лабораторных показателей, данных инструментальных методов исследования, подтверждающих диагноз, эффект от проведенного перед операцией лечения. Затем формулируется диагноз и указывается название экстренной или срочной операции. Отмечается желательный вид обезболивания. В качестве дополнения описывается возможность

стомирования. Завершается предоперационный эпикриз указанием на согласие больного на операцию и обезболивание или невозможность получить такое согласие в силу тяжести состояния пациента. Подпись хирурга. Подпись пациента.

В большинстве случаев соблюдение предложенного плана позволяет написать оптимальный предоперационный эпикриз.

Например: *дата, время. Больной N находится в хирургическом отделении с (время, дата). Болен в течение 8 ч. Боли появились внезапно по всему животу и в течение 3 ч локализовались в правой подвздошной области. Была однократная рвота. По СМП доставлен в ЦРБ. Самостоятельно не лечился. Живот напряжен и локально болезнен в правой подвздошной области, там же определяется положительный симптом Щеткина. На фоне проведенной инфузионной и спазмолитической терапии - клиническая картина без изменений. Общий анализ мочи - без патологических изменений. Лейкоциты крови - 12,4 г/л. Диагноз: острый аппендицит. Показана под наркозом экстренная операция: аппендэктомия. Больной проинформирован о его заболевании, на операцию и наркоз согласен. Подпись больного. Подпись врача.*

ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан ...» подразумевают получение перед операцией информированного согласия пациента. Поэтому кроме взятия подписи пациента под предоперационным эпикризом во многих больницах оформляется отдельный формализованный лист информированного согласия больного на операцию.

Конечно, оформление предоперационного эпикриза и взятие согласия больного на операцию необходимо предварять разговором, в ходе которого до пациента в доступной форме доводится информация о состоянии его здоровья и о необходимости операции. В последнее время из взаимоотношений врача и пациента стал уходить принцип патернализма, который подразумевал довольно пассивное отношение пациента к изменениям, происходящим в его здоровье: за все, что происходило с больным, отвечал врач, а пациент слепо врачу доверял [13]. В настоящее время этот принцип должен иметь крайне ограниченное применение - только с больными, которые в силу своего состояния не могут самостоятельно адекватно оценить происходящее с ними и нуждаются в том, чтобы врач принял решение за них. В этом случае хирургу нужно оформить решение совместно с коллегами и заручиться поддержкой ближайших родственников пациента.

В подавляющем большинстве случаев хирург предоставляет пациенту возможность непосредственного участия в принятии решения о необходимости операции. В конечном итоге больные и их родственники должны быть уверены в том, что решение сделать операцию приняли ОНИ. Вместе с врачом. Участники такой беседы должны отчетливо понимать, что возможны побочные эффекты и неблагоприятные результаты лечения, которые необходимо связывать с развитием заболевания, а не с деятельностью врача-хирурга. Ибо, как справедливо заметил R. Seltzer, «хирург лишь инструмент, который больной берет в руки, чтобы исцелить себя», а не гарант стопроцентного успеха.

### **Осмотр анестезиолога**

*Хлороформ доктор считает изобретением весьма опасным и, когда о нем упоминают, недоверчиво щелкает языком.*

Артур Конан Дойль «Отстал от жизни»

Следующий важный этап перед операцией - это осмотр врача-анестезиолога. Данный осмотр фиксируется отдельным разделом (или вкладышем) в истории болезни и завершается указанием на планируемый вид обезболивания, степень риска анестезиологического пособия и описанием премедикации. Выбор метода обезболивания - удел врача-анестезиолога. Но его осмотр обязательно должен предваряться и завершаться беседой с хирургом, в ходе которой у обоих должно быть выработано единое мнение об объеме хирургического вмешательства и, в связи с этим, адекватности обезболивания. Поскольку эта книга написана в основном для хирургов, укажу на то, что инициатором беседы с анестезиологом об адекватности обезболивания в каждом конкретном случае должен быть врач-хирург. Кроме того, повторяю, в предоперационном эпикризе стоит указать на желательность того или иного вида обезболивания.

Настоятельно рекомендую: проверять, насколько качественно медицинские сестры подготовили операционное поле и выполнили премедикацию, по возможности использовать эластичное бинтование нижних конечностей (профилактика ТЭЛА), транспортировать пациента в операционную на каталке с теплоизолирующим и мягким покрытием в сопровождении двух медработников (профилактика травматизма).

### **Подготовка операционной**

*Стол был сосновый некрашеный, крепко сколоченный и идеально чистый. Он был наполовину накрыт коричневой клеенкой, рядом на полу стояло большое жестяное корыто, наполненное опилками. Еще дальше на другом конце стола лежали блестящие стальные инструменты - хирургические щипцы, иглы, пилы, держатели. Сбоку рядом были выложены ножи с длинными, тонкими, изящными лезвиями. Перед этим столом сидели, развалившись, два молодых человека - один вдевал нитки в иголки, а другой что-то делал с похожей на медный кофейник штукой, с шипеньем выпускавшей клубы пара.*

Артур Конан Дойль «Его первая операция»

Оперативное лечение - самый важный этап в лечении хирургического больного и один из самых сложных разделов работы врача-хирурга. Соответственно, отношение к этой работе должно быть исключительно серьезным. Весь процесс от подачи больного в операционную до настройки освещения операционного поля должен происходить под контролем хирурга. Только хирург может предвидеть то, что произойдет в ходе операции. Следовательно, его присутствие в операционной на этапе укладки больного на операционный стол, размещении валиков, подставок, фиксаторов и т.д. необходимо. Желательно, но не обязательно, чтобы это был именно оперирующий хирург. Достаточно подготовленного ассистента. Если речь идет об эндоскопической операции, то пока уровень технической подготовки среднего персонала в большинстве случаев не позволяет рассчитывать на высокое качество разворачивания эндоскопической техники. Лучше все сделать самому. Расположение операционных светильников и освещенность операционной раны играет большую роль в комфортном оперировании. Наиболее удобное время для включения, наведения операционных ламп и установки высоты и положения операционного стола - сразу после того, как анестезиолог закончит свои манипуляции по обеспечению вентиляции легких (интубация трахеи, установка ларингеальной маски, воздуховода и пр.) либо уложит больного после проводниковой анестезии. Яркий свет операционных светильников в большинстве случаев мешает анестезиологу в процессе начала обезболивания.

Операционной медицинской сестре необходимо знать и понимать план операции, поскольку она должна быть готова к расширению объема операции в случае необходимости. Конечно, с опытными операционными сестрами работать намного комфортнее и спокойнее. Многие из них с полуслова понимают - какая будет операция. Но эти полслова должны быть вовремя произнесены. А еще лучше - проведите краткий инструктаж на



этапе накрытия малого операционного стола, чтобы потом копошиться в большом столе (или что хуже - в стерилизационной камере или сухожаровом шкафу) пришлось только в случае крайней необходимости. Все укладки, которые по ходу операции могут понадобиться, должны быть под рукой. Это же относится к вакуум-отсосу. Его готовность - непреложное требование к обеспечению любой полостной или сосудистой операции. Это же относится к электрокоагулятору - пассивный электрод, на всякий случай, всегда должен быть под пациентом, а активный электрод (и/или биполярный пинцет) - на столе у операционной сестры. Не факт, что эта техника понадобится. Но если понадобится - экономия времени составит не менее 3-5 минут.

Конечно, такая этапность допустима лишь тогда, когда 5-10 минут тщательного разворачивания операционной не имеют существенного значения для развития заболевания. При тяжелой травме, профузном кровотечении не до реверансов - все этапы подготовки к операционной работе нужно осуществлять параллельно, но без суеты и взаимных задержек.

Очень плохо, когда больной уже в наркозе, операционная сестра готова к операции, а хирурги опаздывают. Потом начинается выявление тех или иных недоработок или нестыковок по укладке больного, некомплекту оборудования и пр. И если это накладывается на невысокий уровень культуры членов операционной бригады, то возникает локальный скандалчик, который очень сильно отвлекает всех и мешает сосредоточиться на деле. Обязанность хирурга - быть примером пунктуальности и порядка, требовательности и исполнительности.

### **Работа в операционной**

*Карболку. Спасибо! Карболовые повязки, пожалуйста!*

*Давайте хлороформ, мистер Джонсон. Приготовьте маленькую пилу на случай, если придется удалить челюсть.*

Артур Конан Дойль «Его первая операция»

Строго говоря, нормальная психологическая обстановка в операционной, а точнее деловая производственная атмосфера - исключительно важная составляющая успешного оперирования. Никто не имеет права создавать или поддерживать нервозность, злобное отношение между членами операционной бригады. Во время операции не должно быть места

взаимным обвинениям, выяснению отношений, воспоминаниям о былых обидах и т.п. Оперирующий хирург, как руководитель всей операционной бригады, обязан крайне жестко пресечь любые попытки внести дезорганизацию во время операции. На кону жизнь больного. Отвлекаться на несущественное - значит подвергать ее бессмысленному риску.

В операционной неукоснительно соблюдается принцип единоначалия. Если кто-то не согласен с действиями оперирующего хирурга, то все обсуждения можно провести после операции. В ходе операции распоряжения выполняются, а если возникает мнение, что действия хирургов или анестезиолога ошибочны - можно вызвать ответственного дежурного хирурга или врача-администратора и поделиться своими опасениями. Можно также оставить соответствующую запись в медицинской документации или подать служебную записку руководству больницы. Потом. Понимаю, что такие ситуации очень редки, но схема действий должна быть совершенно четкой.

Оперирование - это работа, а не совершение подвига. Да, работа тяжелая, требующая концентрации внимания со стороны хирурга. Но это не дает права хирургу и другим членам операционной бригады забывать о правилах формальной вежливости по отношению друг к другу. Ни в коем случае нельзя допускать оскорбительных или обидных замечаний, даже под видом шутки. То, что одному кажется смешным и изящным - для другого грубо и пошло. Не надо рисковать. Лучше прослыть молчуном и замкнутым человеком, чем скандалистом и хамом из операционной.

Театральную истеричность и капризы со стороны хирурга (швыряние инструментов, битье ассистента по рукам) или анестезиолога (уходы из операционной, отказ обсуждать ход обезболивания) следует признать анахронизмом и вычеркнуть из современной хирургической деятельности. Операционным сестрам и сестрам-анестезисткам вообще лучше только отвечать на вопросы или докладывать о состоянии больного. Все остальные разговоры непродуктивны, отвлекают хирургов и ведут к удлинению операции.

В хирургической среде существует известная поговорка о том, что ассистент оперирует лучше хирурга. Как он сам о себе думает. Эта поговорка появилась потому, что ассистент почти всегда следит за действиями хирурга с критической точки зрения. Если ассистент более опытен, то он в ходе операции испытывает легкое чувство нетерпения и раздражения, глядя, как менее опытный коллега копается на, казалось бы, простых этапах операции. Если ассистент менее опытен, то он поневоле сравнивает действия хирурга с

тем, как оперирует хирург, являющийся для ассистента примером оперативной техники. И снова нетерпение и раздражение.

Кроме того, ассистент не испытывает того груза ответственности за успех операции, который несет оперирующий хирург и поэтому может в душе или открыто обвинить оперирующего хирурга в перестраховке и медлительности. И еще. Поле зрения ассистента существенно отличается от поля зрения хирурга и зачастую ему лучше видны подробности операционной раны, и он эти подробности трактует по-своему.

Все вышеперечисленное - известные вещи, их необходимо учитывать в работе и спокойно к ним относиться.

На мой взгляд, **хороший** ассистент соблюдает следующие правила ассистирования:

- операционную рану показывает не себе, а хирургу;
- не загромождает инструментом, рукой или головой поле зрения хирурга;
- не выполняет манипуляции, которые собрался произвести хирург (не отнимает у хирурга тупфер или ножницы);
- раздвигает ткани безопасными инструментами;
- если поручено рассечь ткани на инструменте, то сначала занимает позицию, при которой обеспечен бинокулярный обзор рассекаемых тканей для определения глубины рассечения.

Многие, даже очень хорошие ассистенты в ходе операции ставят оперирующего хирурга в неловкое положение, задавая неуместные вопросы или отпуская некорректные комментарии. Хирургу удобнее расценивать это как издержки нервного напряжения в ходе операции - нужно или просто ответить на вопрос, или вежливо попросить отложить такие разговоры на потом.

Издавна повелось, что дежурство для начинающего хирурга - это возможность приобрести основные навыки оперирования, повысить хирургическую технику. Зная об этом, именно на дежурстве ответственный хирург доверяет начинающему хирургу выполнение тех или иных оперативных вмешательств. Но это доверие подразумевает контроль. Нельзя оставлять менее опытного коллегу на операции, где ассистентом выступает еще менее опытный хирург, без присмотра. Ответственный хирург

или второй хирург в бригаде должны или ассистировать, или, по крайней мере, находиться в операционной. Каждому начинающему хирургу нужно свое время для приобретения технических навыков. Рисковать здоровьем пациента нельзя, поэтому в ходе оперативного вмешательства можно доверять начинающему хирургу выполнение отдельных этапов, к которым он наиболее готов, а уж затем поручить проведение всей операции. Перед операцией необходимо попросить рассказать ее ход, с элементами топографической анатомии, чтобы убедиться в том, что начинающий хирург теоретически подготовлен. Плохо, если теоретическая подготовка по основным вопросам идет не впереди практики, а за ней, или вообще отсутствует.

Нельзя допускать, чтобы процесс обучения значительно удлинял время операции или создавал риск для здоровья пациента. Опытный хирург при возникновении проблем должен практически сразу же перехватить инициативу. После операции с элементами учебного процесса ответственный хирург проверяет правильность оформления протокола операции и послеоперационных назначений и обеспечивает исправление ошибок в случае их выявления.

### **Концепция экстренной операции**

*Эндрю сразу увидел, что единственный способ освободить Бивена - ампутировать руку.*

Арчибальд Кронин «Цитадель»

Хирургическая операция как метод лечения острого заболевания или травмы должна с минимальным риском для больного и персонала решать следующие задачи:

- 1) сохранение пациенту жизни;
- 2) избавление от заболевания;
- 3) сохранение пациенту качества жизни;
- 4) сохранение пациенту полноценного внешнего облика. Задачи перечислены в порядке убывания их важности.

Если менее важная задача решается за счет отказа от решения более важной, то хирургом допущена ошибка.

Практическое значение высказанного тезиса лежит в плоскости ответа на вопрос, который последнее время все чаще задают пациенты, родственники, адвокаты, прокуроры и судьи. Неблагоприятный исход заболевания наступил в результате развития самого заболевания (травмы) или в результате неправильных действий хирурга?

Такой вопрос очень актуален, если неблагоприятный исход наступил после травмы, полученной в результате насильственных действий, нарушения правил техники безопасности и т.п. ситуаций, когда к ответственности должны быть привлечены вполне конкретные лица. Указанные люди и те, кто осуществляют их юридическую защиту, вполне естественно, будут пытаться переложить (хотя бы частично) вину за неблагоприятный исход такой травмы на врача, который взялся за лечение данного пострадавшего. Поэтому хирург, оказывая помощь в экстренной ситуации, должен выстраивать лечебную тактику таким образом, чтобы перечисленные выше задачи решались в порядке, основанном на их важности.

Не в такой степени, но, тем не менее, весьма важен вопрос медико-экономической целесообразности действий хирурга. Иными словами, оправданы ли затраты на лечение данного пациента в свете наступившего исхода.

Например: пациент в результате драки получил проникающее ранение брюшной полости с повреждением поперечной ободочной кишки, внутрибрюшным кровотечением, доставлен в состоянии болевого и геморрагического шока. На операции повреждение толстой кишки было ушито, наведен гемостаз, выполнена санация, дренирование брюшной полости, установлен назогастральный зонд. В послеоперационном периоде получал антибактериальную, инфузионную терапию, обезболивание. Был однократный стул. Назначено питание. Однако через 7 суток у больного развился парез кишечника, который, несмотря на проведенные мероприятия, не разрешался. Через 1 сутки у больного был заподозрен перитонит. На релапаротомии выявлена несостоятельность зоны ушивания толстой кишки, диффузный гнойный перитонит. Выполнена санация брюшной полости, выведена трансверзостома. Выполнялись этапные санации брюшной полости. Проводилась интенсивная терапия, направленная на восстановление белкового баланса, массивная антибиотико-, антиоксидантная терапия и пр. В связи с наступившей острой почечной недостаточностью проводились сеансы гемодиализа. В итоге, при явлениях полиорганной недостаточности наступил летальный исход.

Судебно-медицинское исследование ничего нового в картину развития травмы не добавило. По ходатайству адвоката лица, обвиняемого в убийстве, хирургу, выполнявшему первичное хирургическое вмешательство и лечившему пациента в послеоперационном периоде, в прокуратуре и суде задавали вопросы о правомерности выбранной хирургической тактики (около 10 вызовов к следователю прокуратуры и в суд). Эксперт страховой компании, проверявший данный случай летального исхода, усмотрел при анализе медицинской документации нарушения, вылившиеся в штраф на лечебное учреждение в размере 200% стоимости данного случая оказания медицинской помощи. Родственники погибшего писали жалобы во все возможные инстанции, требуя наказания виновных. Последовали многочисленные письменные объяснения. Проведено заседание лечебно-контрольной комиссии, в ходе которого было определено, что в данной ситуации на первичной операции нужно было не ушивать ранение толстой кишки, а ограничиться выведением зоны ранения поперечной ободочной кишки в виде трансверзостомы. Да, через некоторое время встал бы вопрос о восстановлении непрерывности кишечной трубки. Но хирурги работали бы в спокойной обстановке. Больница не потеряла бы весьма значительные средства зря. Авторитет лечебного учреждения не был бы подорван. А самое главное - пациент, скорее всего, выжил бы. Налицо необоснованная попытка **сохранения качества жизни** (отказ от наложения толстокишечного свища) в ущерб решению задачи **сохранения жизни**. Мне кажется, данный пример весьма наглядно иллюстрирует необходимость четкого определения приоритетов при выборе интраоперационной тактики в ходе оказания экстренной хирургической помощи [1].

### **Технические приемы и методологические подходы при некоторых операциях, заболеваниях и травмах**

*У него классическая рука хирурга с развитой мускулатурой и чувствительными пальцами - «на кончике каждого - глаз».*

Артур Конан Дойль «Отстал от жизни»

Рискну дать советы по некоторым этапам операций, которые представляют трудности в силу их нетипичности или сложности.

При выполнении аппендэктомии через доступ по Волковичу и невозможности отыскать червеобразный отросток доступными способами

(отсутствует слепая кишка в ране, пальцевая ревизия не дает результатов) рекомендую, прежде чем расширяться, все-таки провести поисковую лапароскопию, используя для установки лапароскопа операционную рану. Необходимо обуздить ее П-образным швом вокруг лапаропорта. Второй 5 мм порт устанавливается в левой подвздошной области или по средней линии живота и используется как манипулятор. Обычно отросток отыскивается под печенью и тогда его, как правило, удается низвести к ране в правой подвздошной области с помощью мягкого эндоскопического зажима. Затем, через рану в правой подвздошной области отросток перехватывается любым другим обычным зажимом и выполняется типичная аппендэктомия. Речь идет о ситуациях, когда отросток механически состоятелен.

При ранении сердца и гемоперикарде перикардиотомию нужно делать на 1-1,5 см ниже уровня диафрагмального нерва и сразу достаточно широко, чтобы в случае необходимости была возможность вывихнуть сердце из перикарда для ревизии противоположной стороны.

Раны миокарда нужно шить большой круглой мышечной иглой, толстой нитью из медленно рассасывающегося материала (аналог армированного кетгута). Шить лучше Z-образными швами, отступя на 1,5-2 см от боковых краев раны, затягивать шов нужно плотно, но не до про-резания и следить за тем, чтобы не пережались проводящие пути - при работающем сердце будет заметна аритмия. Бывают ситуации, когда сердечная деятельность восстанавливается после 1-2 мин прямого массажа сердца, на фоне восполнения сосудистого русла кровезаменителями. В этом случае необходимо обязательно 10-15 мин следить за рецидивом кровотечения из полостей сердца, так как при восстановлении внутрисердечного давления возможно открытие незамеченных небольших ран, которые в случае слишком раннего ушивания перикарда, и тем более, торакотомной раны, вышить уже, скорее всего, не успеете. Перикард зашивается очень редкими швами. Задача - дать свободный отток пери-кардиальной жидкости и в то же время не дать возможности сердцу вывихнуться из перикарда (для взрослого человека - промежуток между швами - 2,5-3 см).

Известна позиция ведущих торакальных хирургов о возможности динамического наблюдения за пациентами, дренированными после проникающего торакального ранения [2-7, 12, 16, 18, 27].

С сожалением вынужден признать, что в условиях общехирургического дежурства, отсутствия в больнице опытных торакальных хирургов, отсутствия персонала и технических средств, подготовленных к обслуживанию больных торакального профиля, выполнение этой

рекомендации связано с высоким риском отсроченных, или лучше сказать, несвоевременных торакотомий по поводу массивных свернувшихся или несвернувшихся гемотораксов, длительного сброса воздуха по дренажам на фоне посттравматических пневмоний и т.п. На мой взгляд, в условиях общехирургического дежурства надежнее при проникающем ранении грудной клетки, в подавляющем большинстве случаев, выполнять торакотомию с полной ревизией плевральной полости и своевременным устранением выявленных повреждений, адекватным интраоперационным гемо- и аэростазом, полноценной санацией плевральной полости, полноценным раздуванием легкого, ревизией средостения и диафрагмы, эффективным дренированием. Также нельзя недооценивать то обстоятельство, что отношение к больным, перенесшим полноценную операцию, заведомо более серьезное. Это благоприятно сказывается на качестве наблюдения и лечения.

Отдельно стоит вопрос о проникающих ранениях нижних отделов грудной клетки - такие ранения очень часто сопровождаются повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства. И если справа - это в большинстве случаев слепое ранение печени, условно доступное ревизии через диафрагмотормию, то аналогичное ранение слева - это прямое показание к выполнению после торакотомии (при которой выявлено повреждение диафрагмы) полноценной лапаротомии и тщательной ревизии органов живота. Ситуацию, когда рана проходит через нижние межреберья, но проникает в брюшную полость, минуя плевральную полость, трудно определить при пальцевой ревизии раневого канала. Поэтому необходимо очень тщательно выполнять полноценную ревизию раны (по типу ПХО) - иногда удается не ошибиться с тем, какую полость действительно нужно вскрывать.

Трудно остановить смешанное кровотечение из размозженной поверхности печени [15]. Такая ситуация возникает в результате тупой травмы, когда удар приходится в правое подреберье и в правые нижние отделы грудной клетки. Вся поверхность печени покрыта мелкими разрывами разной глубины. Кровотечение весьма интенсивное и велико по объему. Попытки прошивания несостоятельны. Тампонада гемостатическими губками и пр. неэффективна и приводит к еще большим разрывам. Метод, который позволяет справиться с таким кровотечением - тотальная оментогепатопексия и поверхностная тампонада печени через миниторакотомию в 1011 межреберье. Практически это выполняется следующим образом - после тщательной ревизии внепеченочных желчных путей и решения вопроса о необходимости их разгрузки, ревизии задней поверхности печени на ранорасширителе Сигала, печень полностью



укладывается большим сальником, который фиксируется 2-4 швами. Затем выполняется доступ в брюшную полость через 10 или 11 межреберье на промежутке от передней до задней подмышечных линий, ниже места крепления диафрагмы. Через этот доступ в брюшную полость проводятся развернутые большие салфетки, которые плотно располагаются на поверхности, обернутой в большой сальник печени в виде подушки (10-12 салфеток). Дополнительно устанавливается дренаж. В момент распускания рано-расширителя Сигала реберная дуга справа плотно прижимает тампоны и сальник к печени, в результате чего кровотечение надежно останавливается. Тампоны лучше постепенно удалять на 5-6 сутки после их ослизнения. Дренаж удаляется на 1-2 суток позже.

Обоснование предпочтительного наложения стом при ранениях толстой кишки изложено выше. В качестве дополнительного комментария замечу, что способность к наложению толстокишечного шва является определенной вехой в формировании хирурга, как оператора. И в связи с этим понятно, когда ранение толстой кишки пытается ушить молодой хирург, стремящийся как можно быстрее овладеть техническими навыками. Но когда на такой риск идет опытный хирург, имеющий возможность оперировать на толстой кишке в плановом порядке, знающий, как тяжело протекают несостоятельности толстокишечных анастомозов, как унинительно и горько давать объяснения на всяческих разборах - это вызывает искреннее удивление. Тем более, что в качестве альтернативы - высокая гарантия спасения жизни больного и нормальная плановая операция по восстановлению непрерывности кишечной трубки в недалеком будущем.

Для лечения больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка удобно использовать тактику, разработанную в отделении экстренной хирургии и портальной гипертензии (зав. проф. Ерамишанцев А.К., в.н.с. д.м.н. Киценко Е.А.) РНЦХ РАМН им. академика Б.В. Петровского [14]. Обращу внимание на то, что при выполнении операции проф. Пациоры М.Д. необходимо очень четко представлять, что послужило причиной развития портальной гипертензии (цирроз печени вследствие алкоголизма или вирусного гепатита). Понимание этого обстоятельства позволяет заведомо действовать очень осторожно. Потому что в ходе прошивания ВРВПЖ создается очень узкая зона операции, ограниченная массивными складками слизистой оболочки кардиального отдела, дна желудка и нижней трети пищевода, из которых порой очень интенсивно поступает кровь. Практически никогда кончик выколотовой иглы адекватно не виден - ассистенту трудно удерживать стабильное состояние раздвигаемых тканей. Возникает очень большой соблазн проверить выкол иглы не инструментом, а пальцем. Этого делать нельзя. Ткани очень мягкие - не

успеете моргнуть, как получите укол. Только зажим, пинцет или тупфер. С целью повышения безопасности настоятельно рекомендую выполнять эту операцию на ранорасширителях Сигала и с применением длинного (рабочая часть 15 см) и узкого (рабочая часть 2-2,5 см) зеркала. Не срезайте предыдущие нити после завязывания - за них удобно подтягивать слизистую желудка для определения места очередного прошивания. Полезно в конце данной операции выполнить инцизионную биопсию печени.

Известно, что рецидив кровотечения из язв и опухолей гастродуоденальной зоны является прямым показанием к операции [36]. Чрезмерное увлечение эндоскопическими и консервативными методиками остановки таких кровотечений приводит к тому, что иногда больных на операцию берут после массивных гемотрансфузий в состоянии 3 ст. синдрома ДВС. Результаты зачастую плачевны [10]. Не секрет также и то, что пациенты с впервые возникшими кровотечениями боятся операции, а пациенты с длительным язвенным анамнезом и проходившие лечение у гастроэнтерологов зомбированы призрачной идеей возможности избавления от осложнений язвенной болезни с помощью таблеток и переливания крови. Эта ситуация усугубляется гипоксической энцефалопатией на фоне анемии. Поэтому задача дежурного хирурга в случае выявления рецидива кровотечения или фиксации продолжающегося кровотечения из язвы (опухоли) сразу сформулировать показания к операции и довести свое мнение до пациента и его родственников. Отказ от операции должен быть обязательно зафиксирован в истории болезни. Причем не один раз за дежурство. Много раз мне приходилось сталкиваться с ситуациями, когда больные и их родственники отказывались от операции устно, но затем в случае неблагоприятного исхода родственники пациентов инициировали административное или уголовное преследование медицинских работников, опираясь на слабое оформление медицинской документации.

Оперативная тактика должна быть основана на принципе минимальной достаточности - прошивание язвы или атипическая резекция желудка. Сложнее с каллезными, большими, старыми язвами, пенетрирующими в поджелудочную железу или печень. Прошивание таких язв часто приводит к усилению кровотечения или рецидиву кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде. В этой ситуации приходится выполнять проксимальные или дистальные резекции желудка. Причем саму оставленную язву нужно пломбировать или культей двенадцатиперстной кишки при дистальной резекции. Или - прядью большого сальника при проксимальной резекции. На мой взгляд, полезно обработать кратер язвы биполярной коагуляцией или монополярной коагуляцией в режиме «спрей»

и прикрыть коллагеновой губкой с антибиотиком. Если кровотечение обусловлено распадом злокачественной опухоли желудка, то в целях максимального сокращения времени операции и интраоперационной кровопотери целесообразно этап лимфо-диссекции сократить до минимума (сальники, левая желудочная, селезеночная артерии). Без резекции желудка или гастрэктомии часто не обойтись [10]. Выполнять такие экстренные операции должен хирург, имеющий серьезный опыт подобных операций в плановом порядке. Весьма полезен ранорасширитель Сигала.

Кстати, общая концепция трансфузионной терапии при ЖКК сводится к тому, что основной упор должен быть сделан на усиление компонентов гемостаза - т.е. переливать нужно не эритроцитную массу, а свежзамороженную плазму и тромбомассу. Не забывайте о соблюдении **«Инструкции по применению компонентов крови»**, утвержденной Приказом Минздрава России от 25.11.2002 № 363 - в протоколе гемотрансфузии, если переливание приходится на время операции, не должно быть фамилий-росписей хирургов и анестезиологов, участвующих в операции.

Спонтанный пневмоторакс на фоне буллезной дистрофии легких характерен для молодых людей астеничного телосложения, пониженного питания, с низким болевым порогом. Экстренная помощь таким пациентам заключается в дренировании плевральной полости. Иногда выполняется пункция плевральной полости. Традиционно эта манипуляция (пункция) или операция (дренирование) выполняется через 2 межреберье по среднеключичной линии. На мой взгляд, это место для пункции-дренирования обладает тремя существенными недостатками: сравнительно большой массив мышц, близость средостения, нежелательность повреждения кожи этой области в результате образования грубых рубцов в местах стояния дренажа и герметизирующего шва. Последнее обстоятельство носит весьма условный характер, но, тем не менее, если пневмотораксы рецидивируют, то подключичная область в эстетическом плане со временем делается крайне непривлекательной. Это, естественно, очень беспокоит некоторых пациентов и особенно пациенток. В связи с вышеизложенным предлагаю:

- 1) выполнять дренирование плевральной полости при спонтанном пневмотораксе через 3-5 межреберья по передней подмышечной линии, у заднего края большой грудной мышцы в положении «руки за головой» - эта зона, даже в случае образования грубого рубца - будет прикрыта бельем или опущенной рукой;

2) использовать для дренирования - ПХВ катетер (1,4-1,6 мм) для катетеризации верхней полой вены и методику Сельдингера. Кожу в месте прокола толстой иглой нужно надсечь кончиком скальпеля на 1-1,5 мм. На катетере в 3-4 см от конца проделывается одно боковое отверстие 1-2 мм, для профилактики раннего прилипания. Для удаления воздуха и даже серозной жидкости такого катетера вполне достаточно. Кроме того, канюля на катетере подходит к системе для внутривенного вливания, которую удобно использовать для удлинения дренажа и подключения к водяному замку или активной аспирации. Естественно, таких пациентов нужно радикально оперировать в отсроченном порядке.

Нельзя вскрывать гнойники, расположенные на шее, плече, бедре у наркоманов в перевязочной. Очень часто это не просто абсцессы или флегмоны, а вполне сформированные разорвавшиеся ложные аневризмы крупных сосудов, сочетающиеся с гнойно-септическими осложнениями. Эта проблема в последнее время довольно широко освещена в опубликованных исследованиях [21, 27, 37, 38], и практически все авторы сходятся в том, что при длительном парентеральном введении наркотиков в зоне введения конкурируют процессы: воспалительный и дегенеративный. В конечном итоге возникает система анастомозов: адвентициальные сосуды артерии - новообразованные сосуды периваскулярной клетчатки - адвентициальные сосуды вен. В данной системе имеются механизмы для формирования направленных потоков. Поэтому, если в ходе вскрытия гнойника у наркомана возникает профузное кровотечение из крупного артериального ствола, нужно быть к этому готовым. Готовность заключается в следующем: - еще раз - работать в операционной с операционной медсестрой и ассистентом; кровоостанавливающий жгут должен быть наложен на конечность и готов к затягиванию. Нужно четко понимать, что для среднестатистического наркомана России в большинстве случаев характерны выраженные воспалительно-склеротические изменения в периваскулярных тканях (низкое качество наркотических средств), и это означает, что реконструктивные операции должны уступать место лигатурным [21, 27, 37, 38]. Иными словами, не надо пытаться выделять сосуды и тем более накладывать первичный сосудистый шов (рецидив кровотечения на первые сутки). Необходимо ограничиться перевязкой сосуда проксимальнее и дистальнее места разрыва. Причем вполне допустимо применение данного хирургического приема *en massae*. Очень удобно использовать иглу Дюшана - она как бы раздвигает периваскулярные ткани и не травмирует их. И пальцы хирурга целее. Перевязка артерии происходит на фоне сформированных анастомозов - компенсация кровотока не только возможна, но и позволяет в 95% случаев сохранить конечность.

Это происходит даже тогда, когда перевязывается бедренная артерия выше отхождения глубокой артерии бедра, а перевязка плечевой артерии осуществляется выше огибающих артерий плеча.

Раны после вскрытия гнойников у наркоманов во всех случаях следует вести открыто. Без первичных швов и промывных систем. Во-первых, в 30% случаев наступает прогрессирование гнойно-некротического процесса, во-вторых (оставшиеся 70% случаев), в связи с развитием абстинентного синдрома наркоманы самовольно удаляют дренажи и покидают стационар на 2-3 сутки послеоперационного периода, чтобы вскоре вернуться в связи с развившимися осложнениями [21, 37].

После завершения тяжелой и опасной операции, выполненной на фоне тяжелой травмы, массивного кровотечения, шока, нестабильной гемодинамики, непроизвольно возникает желание как можно быстрее зашить операционную рану и передать пациента под присмотр отделения реанимации и интенсивной терапии. К сожалению, иногда бывает так, что через некоторое время больного приходится брать на повторную операцию для ревизии и окончательной остановки кровотечения, которое развивается из начавших функционировать на фоне стабилизации гемодинамики и восполнения сосудистого русла небольших по диаметру сосудов, не кровивших на операции. Поэтому выполнив основной этап операции, нужно набраться терпения и предварительно просушив операционную рану, зону операции или полость, понаблюдать за ней в течение 10-15 мин, в то время как анестезиолог проводит мероприятия по восстановлению гемодинамики и восполнению кровопотери. Выполнение этой рекомендации также позволит адекватно выйти на завершающий этап операции другим членам операционной бригады, например операционной сестре, которая пересчитает салфетки, обработает или поменяет инструментарий, перенакроет пеленки и простыни, загрязненные в ходе основного этапа.

Известно, что врачи-диагносты (УЗИ, эндоскописты, функционалисты) дежурят далеко не во всех больницах. В лучшем случае для них организовано дежурство на дому. Это означает, что прибыть к больному они смогут минимум в течение 1 ч. Обычно дольше.

Экстренно решаемые ими задачи сводятся к следующему: для УЗИ - наличие или отсутствие свободной жидкости в брюшной или грудной полостях. Для эндоскописта - локализация и определение источника кровотечения в пищеварительном тракте или в верхних дыхательных путях. Иногда требуется экстренно удалить инородное тело.

Задачи, которые могут быть решены в течение 2-3 ч: УЗИ - выявление инфильтратов, очагов деструкции, признаков обструкции желчевыводящих или мочевыводящих путей, забрюшинных гематом, повреждений почек, динамическое наблюдение; эндоскопия - контроль гемостаза или адекватное исследование после подготовки больного.

Из изложенного выше следует, что если указанных специалистов в больнице по дежурству нет или они смогут прибыть не ранее, чем через 1 ч, то больному, находящемуся без сознания в очень тяжелом состоянии, с неясным диагнозом и подозрением на наличие свободной жидкости в брюшной или плевральной полостях, необходимо сразу, не затягивая, выполнять диагностический лапароцентез (минилапаротомию) с постановкой шарящего катетера, а еще лучше - с осмотром брюшной полости тупферами. Для определения патологического содержимого в плевральной полости большое значение имеет Р-графия, ценность которой, правда, снижается при положении больного лежа, но, по крайней мере, появляется хоть какая-то объективизация и возможность решить вопрос о необходимости экстренного дренирования.

Эндоскопическое исследование вообще невозможно без предварительной постановки зонда в желудок и отмывания крови и сгустков, так что в случае ЖКК для ЭФГДС имеется небольшой резерв времени.

Наличие крови в отделяемом по мочевому катетеру при травме диктует необходимость выполнения цистографии (экстренно), экскреторной урографии (в течение 2-3 ч, вместе с УЗИ).

Таким образом, экстренная диагностика наличия свободной жидкости в полостях, кровотечения из верхних отделов ЖКТ, нижних мочевых путей у очень тяжелых больных, находящихся без сознания, осуществима путем применения простых манипуляций, не требующих немедленного появления врачей-диагностов [36].

Другое дело, если эти специалисты не вызываются к пациентам, требующим уточняющей диагностики в пределах 2-3 ч и позже (при наличии возможности), и это приводит к ухудшению результатов диагностики и лечения. На соответствующих разборах данное обстоятельство всегда очень трудно объяснить, особенно если в первичной медицинской документации вообще нет указаний на попытку вызова врача-диагноста, заключение которого существенно отразилось бы на результате лечения [31].

Девульсия ануса существенно улучшает течение послеоперационного периода. Это особенно касается операций по поводу заболеваний, сопровождающихся различными видами кишечной непроходимости. Девульсия и очистительные клизмы показаны для освобождения кишечника от старой крови, накопленной в результате ЖКК. После наложения стомы дистальных отделов тонкой кишки и толстой кишки девульсия наружного анального сфинктера необходима для профилактики несостоятельности ушитого конца кишки. Значимое требование к проведению девульсии в конце операции - адекватное обезболивание больного. Если аналгезия, миорелаксация, седация недостаточны, то анестезиолог должен сделать все необходимое, чтобы эта манипуляция не привела к развитию шока или тромботического синдрома.

Проводя ретроспективный анализ качества медицинской помощи, а именно читая протоколы операций, часто убеждаешься в том, что хирург не думал о том, как будут восприниматься его записи в истории болезни, касающиеся хода операции. Излишняя краткость и схематичность протокола операции - повод говорить о поверхностном отношении к работе. Это - как минимум. А обычно, речь идет о несоблюдении методики и технологии операции. Кроме того, нельзя забывать о том обстоятельстве, что протокол операции должен нормально восприниматься и быть понятным в отрыве от контекста истории болезни. То есть, если читать протокол операции отдельно, по операционному журналу - должно быть вполне понятно, в каких условиях выполнялась операция, какой метод анестезии использовался, как топографо-анатомически расположен кожный разрез, что выявлено при ревизии, из хода операции должно быть понятно, что выполнена именно та методика, которая вынесена в название операции и т.д. Наиболее часто допускается небрежность в описании операций по поводу гнойных процессов кожи, подкожно-жировой клетчатки. Например, вскрытие гнойника: «под местной анестезией, кожа рассечена в месте наибольшего размягчения, выделилось 10 мл густого гноя, полость промыта  $H_2O_2$ , гипертоническим р-м NaCl, резиновый выпускник, повязка». А должно быть: вскрытие, дренирование абсцесса (флегмоны, абсцедирующего фурункула - локализация, панариция такого-то пальца и т.п.). В асептических условиях, под местной (проводниковой) анестезией - указать препарат, концентрацию раствора, количество, (наркозом). Разрезом (указать длину, глубину и топографические ориентиры) рассечена кожа (фасция и т. д.). Получен гной (количество, цвет, запах, консистенция). Полость гнойника ревизована (пальцем, тупферами). Отграничена (чем), не отграничена. Карманы, затеки объединены. Некротизированные ткани иссечены. Полость гнойника (приблизительный объем) промыта растворами антисептиков (название,

концентрация), дренирована (способ дренирования - резиновый выпускник, полутрубчатый, трубчатый и т.д., тампонирование). Наводящие швы? Вид повязки.

Да, писанины прибавляется. Но, во-первых не много, а во-вторых - если низкое качество операции подтверждается плохим оформлением протокола, то любой, даже самый лояльный эксперт-хирург не сможет мимо этого пройти, не сделав соответствующего замечания.

Как правило, плохое оформление протокола операции выливается в 100% штраф по признаку невозможности оценки клинической ситуации на основании представленной первичной медицинской документации. Это очень плохо. Поэтому всегда оформлять протокол операции нужно так, чтобы читающий вполне четко представлял себе интраоперационную ситуацию.

В завершение этого раздела напомним о том, что организация и соблюдение техники безопасности при выполнении экстренных операций должны соответствовать требованиям, предъявляемым к операциям у больных, инфицированных вирусом гепатита В, С, ВИЧ, туберкулезом и т.п. Не нужно пренебрегать защитными очками, длинными и толстыми перчатками, фартуками, бахилами и т.п. В случае, если биологические жидкости попали на неповрежденную кожу не надо тереть это место салфеткой - возможно инфицирование через осаднение. Либо спокойно помойтесь после операции, либо размойтесь и промойте загрязненную кожу в ходе операции.

### **Послеоперационное наблюдение**

*Их приносят в палату под хлороформом и в гипсе.*

Эрих Мария Ремарк «На Западном фронте без перемен»

Наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде преследует две цели: недопущение и профилактика осложнений, связанных непосредственно с операцией (послеоперационное кровотечение, несостоятельность ран, выпадение дренажей, катетеров, ослабление повязок и пр.) или наркозом (депрессия дыхания, болевой синдром, нарушения сознания, нестабильность гемодинамики, задержки физиологических отравлений и т.д.). Это задачи ближайшего послеоперационного периода. Более поздний послеоперационный период в



плане методики наблюдения дополняется требованием фиксации изменений, связанных с регрессом или прогрессированием самого заболевания, по поводу которого выполнена операция, а также наблюдением за своевременным восстановлением функций организма, которые пострадали в связи с болезнью, травмой или операцией. В этом смысле, основная функция - восстановление перистальтики, начало регулярного отхождения газа и стула естественным путем или по стомам. Отдаленный послеоперационный период чреват развитием гнойно-септических осложнений и осложнениями, связанными с несостоятельностью анастомозов, культей и как следствие - появлением признаков еще более грозных осложнений, которые могут свести на нет результат даже очень хорошо выполненной операции. Поэтому очень важно, чтобы дежурные хирурги ответственно и скрупулезно решали задачи наблюдения в послеоперационном периоде не только за больными, которые прооперированы на текущем дежурстве, но и (по показаниям) за теми больными, операция которым выполнена накануне или в более отдаленном периоде, вне зависимости от характера показаний (экстренная, срочная, плановая).

Хорошо, когда ближайший послеоперационный период больной проводит в ОАРИТ, где условия наблюдения и ухода за больным существенно лучше. Но это не означает, что хирург не должен следить за дренажами, повязками, зондами, катетерами, показателями лабораторных исследований. Специфика подготовки и знаний врачей-анестезиологов-реаниматологов и среднего персонала этого профиля такова, что значимые для хирургов явления могут ускользнуть от их внимания. Максимум, на что может рассчитывать хирург - это своевременная фиксация изменений по интересующим его параметрам и немедленная информация. Стало быть, хирург вне зависимости от кажущейся опытности врача-реаниматолога или сестры реанимационной палаты должен провести инструктаж о том, зачем нужно следить в первую очередь и как фиксировать изменения. Кроме того, хирург должен лично с необходимой периодичностью осматривать больных в палате ОАРИТ и оставлять отдельные дневники наблюдения за больными, в которых фиксируется хирургический статус пациентов и вносятся рекомендации по лечению. Анестезиолог-реаниматолог должен такие рекомендации учитывать и выполнять. Речь может идти о самом широком круге вопросов - от адекватности послеоперационного обезболивания до рекомендации выполнить туалет глаз.

Если больной после операции не нуждается в лечении в условиях ОАРИТ, то ближайшие 2 ч после перевода в отделение он должен находиться под очень пристальным наблюдением, по крайней мере - сестринским.

Постнарковая депрессия дыхания не такая уж необычная вещь, но пропустить ее нельзя. Для ее своевременного выявления необходимо, чтобы рядом с больным постоянно кто-то находился. По имеющимся нормативам на 40-70 коек на дежурстве может быть всего 2 медицинские сестры, которые при всем желании не смогут 2 ч просидеть рядом с одним больным. Поэтому, если операция невелика по объему, то лучше чтобы больной лежал на хорошей каталке непосредственно на сестринском посту до тех пор, пока не сможет самостоятельно перебраться на койку. Либо - не нужно укладывать пациента после перевода из операционной в отдельную одноместную палату, даже если эта палата для больного зарезервирована. Многоместная палата с различными больными - самое надежное место. Неравнодушные и опытные сопалатники вовремя отсигналят обо всех изменениях с прооперированным. С этой же целью полезно сразу допустить к пациенту родственника и кратко проинструктировать о необходимости слежения за регулярностью дыхания и своевременного вызова медработника. Если постнарковая депрессия все же наступила и уже имеются признаки угнетения сердечной деятельности, то не надо проводить реанимационные мероприятия на койке с пружинным матрасом или сеткой. Больного нужно стащить на пол и реанимировать на твердой поверхности. На всякий случай напомним, что если реанимирующий один, то соотношение вдох-толчок 4:12, если реанимирующих двое - то 1:4. Реаниматолог должен появиться с набором для интубации трахеи и мешком Амбу в ближайшее время. Взаимные обвинения и выяснения отношений оставьте на потом. Кстати, учитывайте, что спровоцировать постнарковую депрессию дыхания может слишком раннее назначение наркотических анальгетиков. Поэтому начинать послеоперационное обезболивание лучше с обычного анальгина, баралгина, перфалгана.

Медицинская сестра хирургического отделения обязана уведомить дежурного хирурга о переводе пациента из операционной или отделения реанимации в общую палату и получить назначения и инструкции.

Обильное промокание повязок кровью, геморрагическое отделяемое по дренажу - не всегда признак кровотечения, связанного со слабым лигированием сосудов.

Часто повышенная кровоточивость является следствием неадекватного обезболивания или гипокоагуляции в связи с ДВС. Проверяйте простые признаки - длительность кровотечения и время свертываемости крови. Их удлинение говорит о гипокоагуляции. Укорочение - о настоящем кровотечении. Полезен признак - наличие свертков крови в дренажном накопителе (вероятно - кровотечение). Содержание Hb в отделяемом по

дренажу 45-55 г/л (при исходном уровне гемоглобина в периферической крови более 100 г/л) и темп отделяемого более 50-70 мл/ч без изменения темпа - признак кровотечения [8, 10, 35].

Все перечисленные признаки служат объективизации состояния больного, и их необходимо отражать в дневниковых записях.

Послеоперационное обезболивание с помощью наркотических анальгетиков нуждается в обосновании. Особенно если наркотические средства используются для обезболивания в течение длительного периода времени. Нельзя просто написать: «... с целью адекватного обезболивания показано введение... » и т.д. Перед этой записью должен быть краткий дневник, в котором описаны жалобы на нестерпимую боль и неэффективность ненаркотических анальгетиков.

В качестве короткой справки приведу данные о том, что объем инфузионной терапии рассчитывается исходя из средней потребности 50 мл жидкости (кристаллоидов) на 1 кг веса в сутки. Нормальный диурез составляет 1 мл мочи на 1 кг веса в час. Поэтому, когда дневник заканчивается фразой: «...диурез сохранен, соответствует водной нагрузке», речь идет об этих нормативах [10].

В более отдаленном периоде наблюдения, на мой взгляд, значительные трудности представляет решение вопроса о природе послеоперационного пареза кишечника. Особенно у пожилых пациентов. Особенно на фоне продолжающегося обезболивания. Общая слабость, незначительное вздутие живота, слабая реакция на стимуляцию кишечника могут быть как при парезе кишечника самом по себе, так и при диффузном перито-

ните вследствие несостоятельности анастомозов, и особенно при поступлении в брюшную полость желчи [36]. Если такой пациент выявляется по дежурству, то совершенно очевидно, что нужно вызывать УЗИ, определяться с наличием свободной жидкости в брюшной полости и решать вопрос о релапаротомии. Дифференциальная диагностика этих состояний, основанная на клинической симптоматике, очень сложна, неспецифична и затратна по времени. Если состояние больного позволяет - можно попытаться использовать Р-контрастные методики, но они будут эффективны в основном для определения несостоятельности верхних отделов пищеварительного тракта. Если в такой ситуации складываются показания к релапаротомии, есть смысл уведомить об этом хирурга, выполнявшего операцию или заведующего отделением.

## Беседы с больными, родственниками, знакомыми

*Иногда у постелей сидят родственники; они плачут или тихо, смущенно разговаривают.*

Эрих Мария Ремарк «На Западном фронте без перемен»

На дежурстве, которое, как известно, проходит в вечернее, ночное время или в выходные дни, на дежурантов ложится значительная нагрузка по проведению бесед с больными и их родственниками. Смысл этих разговоров самый различный. И если речь идет о пациентах, госпитализированных в пределах текущего дежурства, то вы вправе обсуждать любые темы, свободно давать рекомендации, советы, решать вопросы изменения терапии и т.д. Если речь идет об обсуждении проблем пациентов, находящихся на госпитализации не первый день или тем более на плановой госпитализации, то в данной ситуации нужно быть очень осторожным.

Если просьба рассказать о состоянии того или иного больного исходит от какого-либо родственника или тем более знакомого-сослуживца, то прежде, чем начинать такую беседу нужно твердо знать, что вы тем самым не нарушите врачебную тайну (ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья...»). В случае, когда больной пребывает в стабильном состоянии, передвигается, правильно ориентирован, знает о своей болезни все необходимые детали, то ваш разговор с перечисленными категориями интересующихся лиц вообще лишен смысла. Больной может и сам им рассказать все, что считает нужным или лично поинтересоваться у врача. Если состояние больного тяжелое, то нужно не полениться, подойти к нему поинтересоваться, кому и что можно рассказывать о его здоровье. Очень часто больные крайне не заинтересованы в несанкционированном разглашении информации об их здоровье, и закон в этом на их стороне.

Это с одной стороны. С другой - высказывая свое мнение, давая рекомендации, вы можете вступить в противоречие с мнением лечащего врача, который, согласно законодательству, несет всю полноту ответственности за больного. Вброс новой информации, скорее всего, осложнит работу лечащего врача и вызовет ненужное беспокойство у больного и родственников. Поэтому, если пациент лежит в больнице не первый день, состояние его не требует ваших немедленных действий, лечение расписано и выполняется, то оптимальнее всего попросить

родственников обратиться со всеми вопросами к лечащему врачу или заведующему отделением в основное рабочее время.

Информацию о состоянии больного по телефону разглашать не нужно. Особенно если речь идет о заболевании или травме, возникшей в результате насильственных действий.

Конечно, отказы в беседе нужно осуществлять в вежливой манере, со ссылкой на действующее законодательство и с выражением сожаления.

Если пациент обращается с просьбой о временном покидании стационара, нельзя относиться к этому только как к личному делу больного. Внимательно изучите историю болезни, уточните причину, по которой пациент хочет покинуть стационар, и только потом решите, как поступить. Если состояние больного тяжелое и ему покидать стационар нельзя, то в случае самовольного покидания таким больным стационара должна быть оформлена соответствующая запись в истории болезни. В других случаях пациент пишет соответствующее заявление, которое хранится на посту медицинской сестры. Однако дежурный врач должен понимать, что любое покидание пациентом больницы является нарушением больничного режима и не вписывается в понятие о круглосуточной стационарной помощи. Поэтому отношение к такому явлению, как преждевременный уход больного из больницы вне зависимости от причины, со стороны медицинского персонала должно быть в целом негативным.

### **Вызовы к больным**

*Когда же незванный гость не желает удаляться, когда кровь течет все медленнее и глаза мутнеют, тогда присутствие доктора Винтера полезнее любых лекарств.* Артур Конан Дойль «Отстал от жизни»

Если к вам обратились не с вопросом о состоянии больного вообще, а с просьбой решить конкретно возникшую проблему, то ваша обязанность - немедленно отправиться к пациенту, выяснить, в чем дело и принять решение. Ответственный дежурный хирург должен строго следить за тем, чтобы просьбы больного, ухаживающих родственников или среднего персонала об осмотре выполнялись практически немедленно, без отговорок и волокиты. Тем более, если причина нежелания осмотра пациента - разговор, просмотр телевизора, игра на компьютере, сон, широкое застолье, курение и тому подобные обстоятельства, которые всегда фигурируют в письменных жалобах пациентов и их родственников на

плохую организацию дежурства и некорректное отношение дежурных врачей к пациентам и своим непосредственным обязанностям.

Довольно часто серьезной причиной для вызова к больному является нарушение сознания у пожилого пациента. Так проявляют себя в большинстве случаев: нарушение мозгового кровообращения, нарушения обмена глюкозы, невозможность перорального приема лекарственных средств, назначенных психиатром, психотерапевтом, неврологом. Поэтому, кроме уточнения показателей гемодинамики, попытки определения общемозговой и очаговой симптоматики в этой ситуации нужно немедленно получить данные о содержании глюкозы в периферической крови и уточнить у родственников, какие препараты пациент получал длительное время до госпитализации в стационар. Как правило, указанной информации достаточно для решения вопроса о природе возникшего нарушения сознания и начала терапии.

Другой причиной для экстренного вызова к пациенту является развитие абстинентного синдрома, делирия у алкоголиков или наркоманов. При специфических явлениях, сопутствующих развитию абстинентного синдрома, проводится симптоматическая детоксикационная инфузионная терапия (гемодез, [тиопентал натрия](#), форсированный диурез). Применяются антидепрессанты ([амитриптилин](#) в суточной дозе до 150-200 мг), транквилизаторы (феназепам, фенибут в среднесуточных дозах), нейролептики ([тиаприд](#) - оказывает антидофаминергическое действие, назначается внутрь по 0,2-0,4 г в сутки с постепенным снижением дозы, аминазин в/м - в разовой дозе 150 мг, но не более 1 г в сутки), антиконвульсанты (конвулекс в суточной дозе 600 мг). Назначение специфической терапии лучше осуществлять после консультации психоневролога (в реальной жизни - вызывается психиатрическая бригада СМП). Если к моменту развития делирия острая хирургическая патология исключена, то нужно настаивать на переводе такого пациента в специализированные клиники [21, 38]. Фиксация пациентов в состоянии делирия не регламентирована, но с учетом весьма реального риска суицида или нанесения повреждений другим пациентам или персоналу приходится к ней прибегать.

Особая группа пациентов - те, которые проводят в больничной палате последние дни или часы своей жизни. Эти пациенты очень часто окружены родственниками, для которых состояние такого больного не всегда так же очевидно, как для медицинского работника. Люди испытывают надежду или считают своим моральным долгом активно подвергать сомнению пессимистичный прогноз. Поэтому наблюдая этих больных и беседуя с

родственниками, нужно придерживаться сочувственной, но в то же время деловой манеры поведения. Нельзя быть эмоционально безразличным. Спокойно ответьте на вопросы родственников, дайте совет по уходу. И еще, когда наступит агония и вас вызовут в палату, нужно немедленно туда прийти и не просто стоять, а производить хоть какие-то действия. Совместно с медсестрой измерять пульс и давление, вводить [преднизолон](#), дыхательные analeптики и пр. Медицинские работники должны понимать, что вся их деятельность на виду и именно такие моменты являются отправными точками в создании образа заботливого, милосердного, старательного врача. У тех, кто наблюдает за вашими действиями в момент смерти такого пациента, не будет повода говорить, о том, что на умирающего махнули рукой и ничего не делали. Выразите родственникам соболезнование.

Оформление момента смерти в медицинской документации во всех случаях нужно производить стандартно. Должен быть зафиксирован 30-минутный интервал для проведения мероприятий по определению перехода клинической смерти в биологическую (безуспешная попытка проведения комплекса сердечно-легочной реанимации).

### **Субординация, трудовая дисциплина, права пациентов**

*Ничего не подделаешь - на военной службе должна быть дисциплина. Не будь ее, всем было бы на все наплевать.*

Ярослав Гашек «Похождения бравого солдата Швейка»

Организация работы дежурной бригады строится на принципах единоначалия, принудительно-распорядительного управления, своевременного информирования и согласований.

Если в больнице не предусмотрено наличие ответственного врача-администратора, то в роли руководителя выступает ответственный дежурный хирург, распоряжения которого на дежурстве обязательны к исполнению всем дежурным медицинским и немедицинским персоналом. Он наделен правом решать вопросы госпитализации, переводов внутри больницы и за ее пределы, отстранения от работы, изменения функциональных обязанностей сотрудников в случае возникновения чрезвычайной ситуации или массового поступления больных и раненых. Ответственный дежурный хирург осуществляет связь с руководством больницы, местным органом управления здравоохранением, оперативными службами. Организует выполнение их распоряжений и указаний.

Ответственный дежурный хирург контролирует выполнение правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, соблюдение трудовой дисциплины, правил техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима, законодательства в сфере здравоохранения, прав граждан на оказание медицинской помощи.

Конечно, перечисленные полномочия ответственного дежурного хирурга - это его административный потенциал, который может быть реализован при необходимости. В обычном режиме работы, ответственный хирург - это наиболее опытный хирург, который взял на себя тяжелое бремя ответственности за все происходящее в больнице, и остальные члены дежурной бригады должны ему активно помогать и всемерно способствовать четкой организации работы. Не должно быть капризов, оговорок, отказов от выполнения распоряжений и т. д. Обо всех поступивших в больницу или обратившихся за медицинской помощью необходимо докладывать ответственному хирургу, представлять для контроля медицинскую документацию, согласовывать тактику лечения, информировать об изменениях в состоянии пациентов. Ответственный дежурный хирург должен визировать историю болезни каждого поступившего на дежурстве пациента. Такая виза - формальное, но необходимое отображение четкой организации работы на дежурстве, коллегиальности и взаимного контроля [31]. Подписать историю болезни - это не просто поставить закорючку в конце первичного осмотра. Историю болезни необходимо придирчиво прочитать, проверить, чтобы были аккуратно подчеркнуты все графы, везде, где необходимо стояли подписи врача и пациента, чтобы была проставлена отметка о передаче необходимой информации в правоохранительные органы и т.п. Но самое главное, ответственный хирург должен следить за тем, чтобы по истории болезни было видно, что пациент был адекватно и вовремя обследован, ему назначено адекватное лечение, которое с согласия пациента проведено в допустимые сроки и достигнут удовлетворительный лечебно-диагностический эффект в условиях динамического клинического наблюдения с доступной объективизацией данных наблюдения. Опыт ответственного хирурга, его знания и полномочия дают ему право требовать немедленного исправления допущенных нарушений в оформлении первичной медицинской документации любым другим членом дежурной бригады.

Очень плохо, если ответственный дежурный хирург допускает некачественное оформление медицинской карты стационарного больного, потому, что о качестве медицинской помощи судят по медицинской документации. И вывод любой проверки (ЛКК, экспертизы и т.п.) всегда



одинаков - если медицинская документация с ведома ответственного хирурга велась плохо, не позволяет оценить динамику развития заболевания в полном объеме, то и само наблюдение, диагностика и лечение неудовлетворительны [31].

Посмертный эпикриз и всю медицинскую документацию на больного, поступившего и умершего в пределах одного дежурства или в пределах смежных дежурств (если иное не предусмотрено отдельной договоренностью со штатным врачебным персоналом) оформляет бригада, на дежурстве которой наступил летальный исход. Ответственный дежурный хирург при необходимости принимает решение о направлении трупа на патологоанатомическое исследование или судебно-медицинскую экспертизу. Также при наличии законных оснований он выдает разрешение на выдачу трупа без вскрытия по письменному заявлению родственников умершего [34].

Обязанности на дежурстве определяет ответственный хирург, равно как и состав операционной бригады.

У дежурных хирургов масса обязанностей, и терять время и силы на отладку работы остального дежурного персонала они не должны. Текущая организация работы дежурных медицинских сестер, лаборантов и прочего персонала и контроль - задача заведующих отделениями и старших медицинских сестер. На мой взгляд, заведующие отделениями и старшие сестры на постоянной основе и с необходимой периодичностью должны наведываться в свои отделения в вечернее и ночное время, в выходные дни и контролировать работу дежурного персонала. Также очень полезно не реже чем 1 раз месяц собирать весь дежурный персонал для текущих инструктажей, разъяснения обязанностей, проверки знаний и разбора допущенных ошибок. Если эта работа не ведется, то мелкие недочеты, недоделки, нарушения в конечном итоге выльются в большую проблему - скорее всего, связанную с неоказанием помощи.

В ходе дежурства может возникнуть необходимость сообщить руководству больницы о некоторых возникших обстоятельствах. В их числе: массовое поступление пациентов, значимые скандалы и происшествия, перебои в системах жизнеобеспечения больницы, факт обращения за медицинской помощью кого-либо из статусных особ. Не стоит этим пренебрегать, так как могут понадобиться некоторые административные решения, на которые у дежурных хирургов может не хватить полномочий или для осуществления которых применяется отдельный регламент.

Особое внимание трудовой дисциплине. Все врачебные полномочия и ответственность действительны исключительно в рабочее время в соответствии с трудовым графиком. Поэтому ни в коем случае нельзя опаздывать на дежурство и покидать его раньше окончания положенного срока. Если очередная дежурная бригада приходит на дежурство с опозданием, это означает, что предыдущая бригада продолжает нести ответственность за все, что происходит в больнице за пределами времени, отпущенного трудовым законодательством. А что, если в это время произойдет чрезвычайная ситуация, массовое поступление раненых и бригада, вынужденная остаться дольше положенного времени, допустит ошибку в силу усталости, ослабления внимания и т.п.? [11, 19, 20, 23].

Об употреблении алкоголя на дежурстве в любом его виде (тем более о наркотиках) речь не должна идти вообще. Это преступление. В лечебном учреждении должна проводиться политика, согласно которой любой, кто единожды замечен в употреблении алкоголя или наркотиков на дежурстве, изгоняется раз и навсегда, невзирая ни на какие уговоры и просьбы [31].

Отдельного обсуждения заслуживает практическое применение пункта 1 ст. 6 и подпункта 4, пункта 5 ст. 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья». Эти пункты статьи «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи» и статьи «Право на медицинскую помощь» касаются уважительного и гуманного отношения к пациенту со стороны медицинского работника и облегчения боли доступными средствами.

Напомню, что в традициях русского разговорного языка, который является основным официальным языком в РФ, уважительное отношение к собеседнику формально высказывается с помощью обращения во 2-м лице множественного числа (т.е. на Вы). Если медицинский работник обращается к пациенту как-то иначе (речь не идет о маленьких детях) - это можно расценивать, как нарушение. Второе: прямое указание или намек на неудобное (с точки зрения медицинского работника) время обращения за медицинской помощью, к которой по результатам проверки были выявлены экстренные показания. Третье: жаргонное, грубое или просто обиходное название органа и системы организма в связи с заболеванием конкретного пациента, прозвучавшее из уст медицинского работника.

Стало быть, если дежурный хирург встретит пациента, обратившегося за медицинской помощью по поводу острого парапроктита словами: «И чего ты притащил свою больную ж... в 2 ч ночи?», пациент совершенно справедливо может обвинить такого хирурга в нарушении своих прав. Далее, если этому же пациенту в ответ на его просьбу о выполнении

вскрытия гнойника под наркозом или региональной анестезией будет дан отказ с мотивировкой: «мы такое вскрываем только под новокаином...», а в больнице предусмотрено наличие анестезиолога-реаниматолога, то такой отказ тоже будет являться нарушением прав граждан и пациентов. Возможны вариации, но суть от этого не меняется - указанные статьи ФЗ «Об основах охраны здоровья...» требуют вполне очевидного и четкого исполнения.

Последние 1 - 1,5 ч дежурства в большинстве случаев посвящены окончательному оформлению медицинской документации, утренним обходам, сбору информации по загрузке коечного фонда, комплектованию материалов к докладу на утренней конференции или очередной дежурной бригаде и т.п. Дел очень много. Но это не означает, что последние часы и даже минуты дежурства могут быть выключены из продолжения работы по оказанию медицинской помощи тем, кто доставлен (или самостоятельно обратился) в больницу в это время по экстренным показаниям. Известно, что в больницах, где трудовая дисциплина страдает, пациент утром в приемном отделении может ожидать осмотра 1,5 ч и дольше, пока не придут очередные дежуранты или штатные работники приемного отделения. Это грубое нарушение порядка оказания медицинской помощи. Утренняя штурмовщина и усталость в конце дежурства не могут являться этому оправданием. Дежурная бригада должна быть готова к такому повороту событий. Ответственный хирург обязан направить врача в приемное отделение и перераспределить остальные обязанности или самостоятельно включиться в тот или иной раздел работы. Кстати, одной из важных задач ответственного дежурного хирурга (либо другого хирурга по поручению) следует признать проверку журнала госпитализаций в части оформления отказов. Правила оформления таких отказов приведены в разделе, посвященном работе в приемном отделении [31].

### **Доклад на утренней конференции**

*Тот Боян, исполнен дивных сил, Приступая к вещему напеву, Серым волком по полю кружил, Как орел под облаком парил, Растекался мыслию по древу.*  
«Слово о полку Игореве» пер. Н.А. Заболоцкого

Доклад на утренней конференции - ответственное мероприятие. Опаздывать нельзя. Докладчик должен понимать, что его доклад сравнивается с записями в первичной медицинской документации и должен быть готов дать необходимые пояснения при возникновении вопросов. Ответственный

хирург не может себе позволить быть не в курсе какого-либо существенного обстоятельства, связанного с оказанием медицинской помощи на дежурстве. И чтобы не попадать в неловкую ситуацию на утренней конференции, должен сам требовать своевременных докладов, лично осматривать пациентов и внимательно изучать истории болезни пациентов, которые оформляются членами дежурной бригады. В случае выявления недоработок не нужно вступать в пререкания с председателем врачебной конференции. Следует попросить предоставить возможность разобраться в возникшем вопросе и доложить отдельно. В целом доклад на утренней конференции не должен быть слишком громоздким и перегруженным незначительными обстоятельствами. В докладе уделяется место перечислению отказов в госпитализации и объяснению причин [31].

### **Действия при массовом поступлении раненых**

*Катастрофа сначала пугает и шокирует, затем сбивает с толку и вносит путаницу во все, что нужно делать и с чего начинать.*

J. Waeckerle

Массовым поступлением считается одновременное поступление из одного очага пятерых и более потерпевших, при госпитализации одновременно троих и более из них. Для многопрофильной больницы небольшого муниципального образования в условиях дежурства это количество пострадавших, с точки зрения ее возможностей, является максимально допустимым.

В отличие от мегаполиса, где имеются: значительное количество больниц, система координации и связи через центральную станцию СМП, возможность маневра силами и средствами медицинской помощи, возможность эвакуации пострадавших из очага поражения сразу в различные лечебные учреждения, в муниципальном образовании (городской округ, муниципальный район и т.д.) часто такой возможности нет. Все пострадавшие будут сначала доставлены в приемное отделение единственной больницы.

Нередко очагом поражения является ДТП или массовая драка с применением холодного или огнестрельного оружия.

К характеристикам такого условно массового поступления относятся: однотипность и тяжесть поражений, доставка раненых «самотеком» и смешанная, одновременно или в течение короткого промежутка времени, нахождение пострадавших и сопровождающих в состоянии алкогольного

или наркотического опьянения, агрессивное поведение пострадавших и сопровождающих по отношению друг к другу и к медицинским работникам, паника, языковой барьер, этнические особенности пострадавших и сопровождающих.

Неприемлемо выделение сортировочных групп «агонирующие» и «легкораненые» на этапе приемного отделения из-за невозможности поддержания порядка.

Оперативная обстановка осложняется следующими обстоятельствами: необходимость продолжения оказания медицинской помощи остальным больным, доставляемым в больницу из-за невозможности переключения потоков на другую больницу в течение короткого периода времени; наличие смешанного приема (взрослого и детского); ограниченные возможности диагностической и лечебной базы; работа в приспособленных условиях.

Кроме того, обычная ЦРБ или ЦГБ в дежурном режиме рассчитана на одновременное обеспечение деятельности одной, максимум - двух операционных. В последнем случае вся бригада дежурных хирургов исключается из процесса сортировки и обеспечения проведения противошоковой терапии. ОАРИТ в большинстве случаев полностью занято. Часто дежурит один врач-анестезиолог-реаниматолог.

В создавшихся условиях от ответственного дежурного хирурга требуется:

- 1) подавить панику;
- 2) с помощью сотрудников охраны и милиции отсечь пострадавших от сопровождающих;
- 3) мобилизовать имеющийся, в том числе непрофильный, персонал и каталочно-носилочный фонд для начала сортировки по типу Пироговских рядов (начать противошоковую терапию и регистрацию раненых), частичной санитарной обработки и транспортировки;
- 4) путем привлечения врачебного состава (хирурги, анестезиологи, ЛОР-врач, офтальмолог, травматолог) организовать проведение сортировки по принципам: а) выявление лиц, подлежащих хирургическому наблюдению или оперативному лечению; б) определение минимально необходимых методов диагностики [1];

5) провести минимально необходимые и возможные диагностические мероприятия - обзорные Р-графии грудной и брюшной полостей и костей по признакам воз-

можности проникающих ранений, костной травмы (если Р-кабинет на территории приемного отделения);

6) вывезти раненых на территорию оперблока или ОАРИТ для продолжения сортировки (ревизия ран на каталках) и противошоковой терапии. (Необходимое количество персонала для проведения указанной работы на 5 пациентов - два врача-хирурга (один из них - хирургической специальности - травматолог, ЛОР-врач, офтальмолог - может выполнять туалет ран и местную анестезию, оформлять документацию), один врач-анестезиолог-реаниматолог, пять медицинских сестер). В случае продолжения поступления в приемное отделение пациентов с хирургической или травматологической патологией в одиночном порядке - выделить врача хирургической специальности (ЛОР, офтальмолог) для продолжения приема. Приветствуется наличие интернов и других учащихся;

7) силами двух ранее выделенных хирургов и двух операционных медсестер (одна из них - в роли операционной санитарки и снабженца перевязочным материалом и инструментарием для ревизии ран остальным раненым), врача-анестезиолога и медсестры-анестезистки начать полостную операцию наиболее тяжелому раненому в одной операционной. При определении объема хирургических вмешательств необходимо исходить из того, что каждая полостная операция занимает не менее 1-1,5 ч, блокируя операционный стол, наркозную аппаратуру и бригаду опытных хирургов и анестезиологов. Следовательно, хирургическое вмешательство должно быть минимальным по времени и объему, ставя своей целью спасение жизни пострадавших [1];

8) завершить минимальное обследование (лабораторные показатели, рабочая интерпретация Р-грамм) раненых, завершить сортировку (ревизию ран) по признаку: а) невозможность эвакуации в другую больницу санитарным транспортом - продолжение противошоковой терапии, последующая операция на месте; б) возможность транспортировки в другую больницу санитарным транспортом для необходимого оперативного лечения, продолжение противошоковой терапии; в) хирургическое наблюдение, консервативные мероприятия. Закончить регистрацию раненых и первичное оформление медицинской документации;

9) после окончания поступления раненых - первично, а также вторично, после окончания медицинской сортировки поставить в известность руководство больницы, территориальный центр медицины катастроф, попытаться связаться с больницами ближайших муниципальных образований или ведомственными ЛПУ для решения вопроса об эвакуации;

10) при невозможности эвакуации в течение 1 - 1,5 ч и необходимости выполнения оперативного лечения остальным раненым по результатам сортировки, развернуть вторую операционную доступными средствами и подключиться к хирургической работе.

Если контингент раненых имеет принадлежность к какому-либо ведомству (военнослужащие и т.п.) и на территории муниципального образования или в непосредственной близости имеется ведомственное лечебное учреждение с дежурной хирургической службой, то необходимо использовать возможность реализации принципа эвакуации «на себя»: представители указанного ЛПУ прибывают к раненым, знакомятся с результатами сортировки и принимают решение о возможности, способе и времени эвакуации.

Попытки сбора медицинских работников из домов по тревоге в короткое время обречены на неудачу из-за нерешенности вопросов транспорта, связи, готовности и мотивации.

Конечно, в течение 3-4 ч при необходимости могут быть реализованы более мощные организационные медико-тактические решения с привлечением дополнительных сил и средств. Однако, если речь идет о спасении ограниченного количества раненых (2-7 чел.) в течение короткого промежутка времени (1-2 ч), то больница, где организовано хирургическое дежурство, должна быть к этому готова.

Чтобы предостеречь дежурных хирургов от чрезмерной концентрации усилий на одном раненом из числа массово-поступивших, приведу слова великого русского хирурга

и организатора медицинской помощи Н.И. Пирогова: «Без распорядительности и правильной администрации нет пользы от большого числа врачей, а если их к тому же мало, то большая часть раненых останется вовсе без помощи». «Если врач в этих случаях не предположит себе главной целью прежде действовать административно, а потом уже врачебно, то он совсем растеряется и ни голова его, ни руки не окажут помощи».

Медицинскую сортировку должны проводить наиболее опытные хирурги, которые знают, что из двух раненых более тяжел тот, который вял и безразличен к происходящему вокруг. А не тот, который мечется, кричит и активно сопротивляется действиям медицинского персонала [1, 22, 24].

### **Профессиональные вредности. Синдром «выгорания»**

*...Нет более ревностных хранителей профессиональной чести, чем те, кому эта профессия стала злой мачехой.*

Артур Конан Дойль «Неудачное начало»

Работа хирурга отнесена к 5-й, высшей категории сложности. В этой же категории выступают анестезиологи-реаниматологи, эндоскописты, врачи скорой помощи, рентгенологи, патологоанатомы и судебно-медицинские эксперты [11].

Работая в операционной, хирурги подвергаются многим вредным факторам, среди которых: токсическое воздействие средств химической дезинфекции и стерилизации, средств для ингаляционного наркоза, длительные статические и внезапные пиковые физические нагрузки, мощнейшие психоэмоциональные перегрузки. В случае возникновения тяжелых осложнений во время операции у врачей (анестезиологов и хирургов) мгновенно проявляется тахикардия до 120-150 уд/мин, а АД часто превышает 200 мм рт. ст. [23].

Были выявлены следующие источники стресса, связанные с профессиональной деятельностью хирургов стационаров: тяжесть заболевания у пациента, условия работы, межличностные отношения на работе, рабочие перегрузки, дети, условия жизни, взаимоотношения в семье. Первые три из перечисленных источников признаны наиболее значимыми [11].

Одной из особенностей профессиональной деятельности врачей является работа посменно (суточные и ночные дежурства), которая несет дополнительную психоэмоциональную и физическую нагрузку, значительно истощая адаптационные возможности организ-

ма. Вследствие относительно низкой оплаты труда врачей хирургам приходится работать на полторы-две ставки. В результате появляются отклонения в функционировании нервной, сердечно-сосудистой систем, пищеварительного тракта. Уже с первых лет работы могут появиться жалобы на утомляемость, раздражительность, нарушение сна. При сравнении



изменений ритмов артериального давления (АД) у дежурных врачей по сравнению с врачами, работающими днем, зафиксировано достоверное суточное повышение АД в день дежурства.

Многие хирурги, имеющие опыт дежурств по экстренной хирургии, знают, что утром перед сдачей дежурства возникает состояние некой эйфории, эмоциональной рас-торможенности, которая проявляется глумливостью, довольно сомнительными шутками, громким смехом и резким снижением внимания. Иногда это явление, между собой, называют «утренней гебефренией». Замечено, что это состояние тем выраженней, чем более бессонной была ночь на дежурстве. Резкое снижение внимания очень опасно, если такой крайне утомленный хирург будет вынужден оперировать на рассвете. Также отмечено явление, названное «прилипанием», когда хирург, сменившийся после дежурства, не находит в себе сил чтобы уйти домой. После бессонной ночи наступает такое возбуждение нервной системы, что нужно еще себя заставить расстаться с больницей и пойти спать. Это издержки профессии, которые приходится учитывать.

Профессия врача-хирурга находится среди тех профессий, для представителей которых характерно на определенном этапе своей профессиональной деятельности неожиданно терять к ней интерес, формально относиться к своим обязанностям, конфликтовать с коллегами по не принципиальным вопросам, злоупотреблять алкоголем. В дальнейшем возможно развитие соматических заболеваний и невротических расстройств. Эти изменения, как было обнаружено, вызываются длительным воздействием профессионального стресса. Появился термин «burnout», который в русскоязычной психологической литературе переводится как «выгорание».

Первые описания синдрома эмоционального выгорания включали в себя следующие характеристики: отказ от карьерного роста, падение интереса к работе и жизни, бессонница, головные боли, чрезмерное употребление лекарственных средств. Развитие этого синдрома было обусловлено необходимостью работать в строго нормированном и однообразно-напряженном режиме дня, с большой эмоциональной насыщенностью личностного взаимодействия с трудными пациентами.

Отмечается также, что у лиц с синдромом «burnout» наблюдается нарушение профессиональных, этических принципов и трудовой дисциплины. По определению Maslach & Jackson (1981), синдром выгорания характеризуется: эмоциональным опустошением, безразличием и даже циничным отношением к пациентам и негативным отношением к

себе. Эти явления сопровождаются деперсонализацией, чувством неудовлетворенности от своей работы и недооценкой профессиональных достижений, нарушением взаимоотношений с коллегами, в семье, ухудшением качества жизни и состояния физического и психического здоровья [19, 20].

В целом все вышеперечисленное довольно хорошо известно в настоящее время, и нельзя сказать, что администраторы и сами дежурные хирурги не знакомы с этими обстоятельствами. Однако очевидно также и то, что, невзирая на риск серьезно заболеть и подорвать психологическое и физическое здоровье, стать жертвами синдрома профессионального выгорания, очень многие хирурги продолжают работать. В экстренной хирургии, неся дежурства.

### Заключение

*Вряд ли я забуду, как мы с доктором Паттерсоном оперировали сэра Джона Сирвелла. Мы не могли отыскать камень. Момент был ужасный. Карьера Паттерсона и моя висела на волоске. И тогда доктор Винтер, которого мы только из любезности пригласили присутствовать на операции, запустил в рану палец - нам с перепугу показалось, что длиной он никак не меньше девяти дюймов, - и в мгновение ока выудил его.*

Артур Конан Дойль «Отстал от жизни»

Проблема, как было отмечено в начале книги, заключается не в дефиците хирургов как таковых, а в сложности привлечения на дежурства по-настоящему опытных хирургов, так называемых «бугров» - ответственных хирургов или хирургов - узких специалистов (нейрохирургов, детских хирургов, травматологов, урологов).

Анализируя причины, по которым хирурги дежурят или, наоборот, отказываются от дежурств, невольно замечаешь, что хирурги, которые в своем профессиональном развитии достигли уровня высокой оперативной активности в плановом режиме, самостоятельно и успешно оперируют в высокоспециализированных учреждениях (заведующие отделениями, старшие ординаторы, сотрудники кафедр), начинают отказываться от дежурств по экстренной хирургии. Если это, конечно, не связано со значительными финансовыми потерями. А дежурят те хирурги, которые рассчитывают в условиях дежурства выполнить оперативные вмешательства, которые в случае успеха позволят им достичь желаемого уровня самоактуализации. Значит, в принятии решения «дежурить - не дежурить»,

кроме финансового интереса, определенное значение имеет обстоятельство профессиональной самореализации и удовлетворения творческих амбиций. На мой взгляд, это очень важно для понимания процесса распределения хирургической работы, соблюдения срочности некоторых операций и привлечения на дежурства опытных хирургов.

Исходя из этого, можно предположить, что если частично сместить плановую или тем более срочную хирургическую работу, для начала, на выходные дни, а затем, возможно, и на вечернее время, то постепенно кадровое обеспечение хирургических дежурств и эффективность работы ЛПУ оптимизируются. Жизнь сама указывает на возможность такого подхода - далеко не всем пациентам удобно подстраиваться под традиционный режим работы больницы. Многие хотят оперироваться в выходные дни или в вечернее время, чтобы не выбиваться из своего привычного жизненного графика. По большому счету, для операции важно наличие показаний и желание пациента быть прооперированным в удобное для него время, конкретным хирургом. Такая востребованность, подкрепленная финансовым интересом, мне кажется, может склонить опытного хирурга продолжить работу в вечернее время или в выходные дни, в том числе по регламенту дежурства.

Уже сейчас, если имеется хирургическая целесообразность, многие сложные срочные оперативные вмешательства, при наличии подготовленного хирурга в составе бригады, выполняются по дежурству, и такой подход нужно приветствовать и поощрять. Больные вовремя оперируются, хирург загружен работой, кадровое обеспечение дежурства оптимально!

К сожалению, быстрое внедрение такого подхода к организации работы хирургического стационара, по-видимому, будет сопряжено с финансовыми трудностями и ломкой привычных стереотипов. Поэтому сейчас организатору хирургической помощи для привлечения на дежурства опытных хирургов и повышения качества экстренной медицинской помощи приходится использовать другие, менее действенные приемы: уговоры, разъяснения, внедрение уважительного и предсказуемого регламента проведения утренних конференций, попыток изложения организационно-методических аспектов хирургического дежурства в виде практического руководства.

## Список литературы

1. Абакумов М.М. Оказание хирургической помощи при массовом поступлении пострадавших в стационары мегаполиса // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2005. - № 8.
2. Абакумов М.М., Жестков К.Г., Погодина А.Н., Воскресенский О.А., Бурчуладзе П.О. (НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского). Хирургическая тактика с использованием миниинвазивных операций при травме груди. Интернет: [www.vishnevskogo.ru/I...PRZMOX/Протокол2586...2006^](http://www.vishnevskogo.ru/I...PRZMOX/Протокол2586...2006^).
3. Абакумов М.М., Комаров И.Б. Классификация сочетанных ранений груди и живота // Вестник хирургии. - 1985. - № 9. - С. 76-80.
4. Абакумов М.М., Погодина А.Н., Картавенко В.И. Основные аспекты диагностики и лечения травмы груди. // Актуальные проблемы диагностики и лечения повреждений легких и его осложнений при закрытой травме груди. Материалы городской научно-практической конференции. - М., 2003. - С. 5-10.
5. Абакумов М.М., Смоляр А.Н., Ткешелашвили Т.Т. Диагностика и лечение одновременных ранений груди и живота // Хирургия. - 2005. - № 1. - С. 4-8.
6. Абакумов М.М., Сулиманов Р.А. Хирургия ранений груди в городе и на селе. Великий Новгород: Новклем, 2002. - 175 с.
7. Абакумов М.М., Трофимова Е.Ю., Соколова Е.П., Шарифуллин Ф.А. Возможности ультразвуковой диагностики при исследовании больных с ранениями легкого. Интернет: [vidar.ru/@getfile.asp?fid=USFD\\_2005\\_1\\_113](http://vidar.ru/@getfile.asp?fid=USFD_2005_1_113).
8. Вагнер Е.А., Тавровский В.М. Ошибки, опасности и осложнения в легочной хирургии. - Пермское книжное издательство, 1977.
9. Верткин А.Л., Кешоков Р.Х., Адонина Е.В., Галкина И.В., Костанов Г.П., Пак А.Д. Клиническая патология кардиоваскулярных заболеваний и доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Интернет: [www.lvrach.ru/doctore/2008/07/5546579](http://www.lvrach.ru/doctore/2008/07/5546579).

10. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия. Киев: Здоровье? 1988.
11. Гора Е.П. Проблема здоровья врачей // Национальная безопасность и геополитика России (Москва). - 2003 г. - № 011. Интернет: <http://100putevok.ru/index.php?name=News&op=article&sid=20>.
12. Добровольский С.Р., Попович В.К., Васильева Н.А., Бурцев А.С. О лечении ранений груди // Хирургия. - 2007 - № 5.
13. Дьяченко В.Г. Экспертиза качества медицинской помощи. Интернет: [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru) > Раздел Книги и руководства > ...op=listarticles&secid=95.
14. Ерамишанцев А.К., Киценко Е.А., Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - т. 11. - №2.
15. Ермолов А.С., Абакумов М.М., Владимиров Е.С. Травма печени. М.: «Медицина», - 2003.
16. Жестков К. Торакоскопия - метод выбора при экстренной хирургической помощи пострадавшим с ранениями груди. Интернет: [www.laparoscopy.ru/article/21022-thor.html](http://www.laparoscopy.ru/article/21022-thor.html).
17. Информационное письмо минздравсоцразвития РФ № 4481-ВС, УГПН МЧС РФ № 43-1659-19 от 05.06.2007 «Об организации передачи сообщений учреждениями здравоохранения в территориальные органы МЧС России обо всех случаях первичных обращений граждан, пострадавших при пожаре».
18. Кочергаев О.В., Шаповалов М.В. Эффективность спиральной компьютерной томографии в диагностике повреждений груди при механической сочетанной травме // Хирургия. - 2006. - № 3.
19. Ларенцова Л.И. Профессиональный стресс врачей-стоматологов и методы его коррекции. - Дисс. док. мед. наук. - М., 2003.
20. Ларенцова Л.И., Максимовский Ю.М., Соколова Е.Д. Синдром «эмоционального выгорания» (burnout) у врачей-стоматологов // Новая стоматология. - 2002. - № 2. - С. 97-99.
21. Льготина А. В. Гнойно-септические постинъекционные осложнения у больных наркоманией. Автореферат диссертации на соискание ученой

степени кандидата медицинских наук. Интернет:  
[www.dissers.info/abstract\\_11251.html](http://www.dissers.info/abstract_11251.html).

22. Медицинская сортировка. Методика проведения. Интернет:  
[belkmk.narod.ru/triage2.htm](http://belkmk.narod.ru/triage2.htm).

23. Назаров И.П. Профессиональное выгорание врачей анестезиологов-реаниматологов. Интернет: [www.sibmedport.ru/article.php?art&id=...&type=108](http://www.sibmedport.ru/article.php?art&id=...&type=108).

24. Организация медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях.

Интернет: [www.4medic.ru/page-id-688.html](http://www.4medic.ru/page-id-688.html).

25. Организация работы приемного отделения. Методические рекомендации №25 Москва 2003. Интернет: [www.webapteka.ru](http://www.webapteka.ru) > Нормативные документы > doc7287.html.

26. Панфилов С.Д., Кислов Э.Е., Зимин В.В., Кабиров А.В., Васин А.С., Батраков А.М., Грачев А.М., Кирьянова Е.В. 11-летний опыт комплексного хирургического лечения постинъекционных инфицированных самоповреждений магистральных сосудов у наркоманов. МЛПУ «Городская клиническая больница № 29-МСЧ ОАО ЗСМК», г. Новокузнецк, Россия. Интернет: [www.gkb3.ru/document.php?id=615](http://www.gkb3.ru/document.php?id=615).

27. Попова И.Е. Роль экстренной спиральной компьютерной томографии в определении характера повреждений при ранениях груди. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Интернет: [www.mma.ru/article/id31347?print=1](http://www.mma.ru/article/id31347?print=1).

28. Постановления Правительства РФ «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

29. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. № 58).

30. Совместный приказ МЗ РФ и МВД РФ №4/8 от 09.01.1998 г. «Об утверждении Инструкции о порядке взаимодействия лечебно-профилактических учреждений и органов внутренних дел Российской Федерации при поступлении (обращении) в лечебно-профилактические учреждения граждан с телесными повреждениями насильственного характера».
31. Трифонов И.В. Эффективный начмед: практическое руководство по управлению лечебным процессом в многопрофильном стационаре. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
32. Фиев Д.Н., Копылов Ф.Ю. Особенности течения ишемической болезни сердца у больных гиперплазией предстательной железы // Андрология и генитальная хирургия. - 2004. - № 3.
33. Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле».
34. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
35. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого. - М.: «Медицина». - 1994. - 480 с.
36. Хоронько Ю.В., Савченко С.В. Справочник по неотложной хирургии. Издательство: МЕДпресс-информ, 2002.
37. Чадаев А.П., Зверев А.А., Климиашвили А.Д., Льготина А.В. Особенности клинических проявлений гнойно-септических постинъекционных осложнений у больных наркоманией // Российский медицинский журнал. - 2007. - № 4. - С. 9-12.
38. Швальб П.Г., Швальб А.П., Грязнов С.В., Калинин Р.Е. Кумахов В.Т. Морфологические особенности поражения сосудистой системы и хирургическая тактика у пациентов с наркотической зависимостью. Интернет: [www.mediasph.era.ru/journals/ cardsurg/530/8096/](http://www.mediasph.era.ru/journals/cardsurg/530/8096/).