

И.В. Трифонов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ДЕЖУРСТВО В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Практическое руководство



Москва
Издательство «Литтерра»
2014

УДК [614.881:616-089](035.3)

ББК 51.1(2)2я81+54.5я81

Т69

Трифонов И. В.

Т69 Хирургическое дежурство в больнице скорой медицинской помощи : практическое руководство / И. В. Трифонов. — М. : Литтерра, 2014. — 112 с.

ISBN 978-5-4235-0121-1

В книге описаны организационно-методические аспекты работы дежурной хирургической бригады больницы скорой медицинской помощи. Предложены программы действий на основных этапах оказания экстренной хирургической помощи. Материалы книги во многом основаны на результатах ретроспективного контроля качества медицинской помощи в многопрофильной больнице муниципального образования. Имеется раздел, посвященный приемам работы в условиях массового поступления раненых.

Издание предназначено врачам хирургических специальностей и организаторам здравоохранения.

УДК [614.881:616-089](035.3)

ББК 51.1(2)2я81+54.5я81

© Трифонов И.В., 2014

© ООО «Издательство «Литтерра», 2014

© ООО «Издательство «Литтерра»,

ISBN 978-5-4235-0121-1

оформление, 2014

Содержание

Сокращения.....	4
Введение	5
Дежурство. Общие понятия.....	7
Комплектование дежурной бригады хирургов.....	9
Работа в приемном отделении.....	12
Динамическое наблюдение	25
Обходы.....	27
Оформление дневников наблюдения.....	30
Контроль выполнения врачебных назначений.....	36
Формулировка показаний к операции	39
Предоперационный эпикриз	41
Осмотр анестезиолога.....	44
Подготовка операционной.....	45
Работа в операционной	48
Концепция экстренной операции	52
Технические приемы и методологические подходы при некоторых операциях, заболеваниях и травмах	55
Послеоперационное наблюдение	68
Беседы с больными, родственниками, знакомыми	73
Вызовы к больным.....	75
Субординация, трудовая дисциплина, права пациентов.....	78
Доклад на утренней конференции	84
Действия при массовом поступлении раненых	85
Профессиональные вредности.	
Синдром «выгорания».....	90
Заключение.....	93
Список литературы	95

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	— фиброгастроудоденоскопия
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 отде-

ление 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, ургентной.

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, высо-

кого 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 громахавшие по бульжнику
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 всеобщим 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 первич-

ную подготовку по хирургии, но постоянно работающие на парахирургических должностях. При необходимости 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 ответственные, 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 неколлегиальное 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 колик» 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 череду 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 ад-

министративной 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,