ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Выполнила: Забунова Д. группа 306-А, ОМ
Проверил: к.м.н. Жуловчинов М.У.

ПЛАН

Введение

1. Операции в амбулаторных условиях
2. Преимущества амбулаторной хирургии
3. Амбулаторная хирургическая служба включает
4. Амбулаторная хирургия
5. Оснащение операционной
6. Оснащение перевязочного кабинета
7. Хирургический прием
8. Операции
9. Послеоперационное наблюдение и хронические хирургические заболевания
10. Организация и практическом выполнение операций
11. Срочная госпитализация
12. Плановая госпитализация
13. Обследование хирургического больного
14. Методики исследования хирургического больного

Заключение

Использованная литература

ВВЕДЕНИЕ

- Главная и основная задача хирурга поликлиники - это диагностика, дифференциальная диагностика заболеваний и их рациональное лечение. В приказе N 1000 приведены нормативы амбулаторного обслуживания больных врачами хирургического профиля. На приеме нагрузка составляет 9 человек в час, на профосмотрах - 15, при обслуживании на дому - 1,25. Последнее также представляет собой важный раздел работы. Хирурги обслуживают на дому от 6 до 12% всех врачебных посещений больных на дому. Это чаще всего больные с трофическими язвами, сосудистой патологией нижних конечностей, онкологические заболевания и т.д. При необходимости на дому назначают лабораторные обследования, лечение, что требует в ряде случаев активных посещений.

ОПЕРАЦИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

- При хорошей организации хирургической работы в поликлинике производят более разнообразные малые операции. Преобладают вмешательства по поводу липом, атером, хирургическая обработка ран, вскрытие панариция, гнойного мастита, флегмон кисти; довольно часто выполняют операции по поводу вросшего ногтя, вальгусного искривления I пальца стопы, вскрытие абсцессов ягодичной области, вмешательства при локтевом бурсите, кон трактуре Дюпюитрена; несколько реже производят операции по поводу сухожильного ганглия, молоткообразного пальца, разрыва сухожилия пальцев кисти, стенозирующего лигаментита, поверхностно расположенных инородных тел, копчиковой кисты, а также вскрытие поверхностных абсцессов и флегмон других локализаций.
- В амбулаторных условиях нельзя удалять пигментные опухоли (меланомы), лейкоплакии губ, опухоли молочных желез, полипы прямой кишки, так как в этих случаях необходимо производить срочное гистологическое исследова ние удаленных препаратов. Доброкачественные опухоли других локализаций после удаления подлежат гистологическому исследованию в плановом порядке.

ПРЕИМУЩЕСТВА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

- ✔ Подготовка к операции, выполнение операции и послеоперационное ведение пациента осуществляется одним врачом.
- ✔ Не требуется госпитализация, а значит, нет ограничений в свободе передвижения пациента
- ✔ Перевязки проводятся как в поликлинике, так и на дому, можно даже не прерывать рабочего графика, посещая поликлинику для перевязок в вечернее время
- ✔ Исключается риск развития послеоперационных осложнений в виде развития внутригоспитальной инфекции.
- ✔ Исключается психологический фактор - пациент в послеоперационном периоде находится в домашних условиях.
- ✔ Стоимость амбулаторной помощи значительно ниже стационарной

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ВКЛЮЧАЕТ

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

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

- В хирургических кабинетах амбулаторий и поликлиник лечатся около 80% людей, которые не нуждаются в госпитализации. Около 50% больных впервые обращаются за помощью, поэтому основной задачей хирурга поликлиники является диагностика заболеваний и определение показаний для госпитализации.
- На больных заполняется амбулаторная карта, в которой кратко фиксируются жалобы, анамнез заболевания и объективные данные. По показаниям назначаются лабораторные и специальные методы исследования – рентгенологические, эндоскопические и др.

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

- В поликлиниках имеется отдельный хирургический кабинет, в зависимости от количества принимаемых больных их может быть один или два. В небольших районных поликлиниках выделяют две комнаты: кабинет для приема больных и перевязочную, в более крупных поликлиниках три: кабинет для приема больных, перевязочную и операционную.
- Операционная используется для чистых амбулаторных - хирургических, глазных и отоларингологических операций. Обработка ран и перевязки производятся в перевязочной. Там же, если нет травматологического кабинета, накладывают и снимают шины и гипсовые повязки при переломах костей.

ОСНАЩЕНИЕ ОПЕРАЦИОННОЙ

Оборудование хирургического кабинета предусматривает необходимый минимум для неотложных диагностических процедур и манипуляций.

Оснащение операционной:

- ✔ операционный стол
- ✔ передвижной столик для инструментов
- ✔ столик для медикаментов
- ✔ шкаф для хранения инструментов и медикаментов
- ✔ наркозный аппарат
- ✔ столик наркотизатора
- ✔ стерилизатор
- ✔ винтовые табуреты
- ✔ источник света

ОСНАЩЕНИЕ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО КАБИНЕТА

- ✔ небольшой стол для стерильных инструментов и перевязочного материала
- ✔ кипятильник
- ✔ стол для перевязок и небольших гнойных операций
- ✔ 2 табурета
- ✔ шкаф для хранения медикаментов перевязочного материала и инструментов
- ✔ умывальник, ведра с крышкой, полиэтиленовые мешки для использованного материала
- ✔ набор для масочного наркоза, наркотические средства (эфир, хлорэтил)

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПРИЕМ

- Прием в хирургическом кабинете ведут хирург и медицинская сестра. Хирург осматривает больного, ведет основную документацию, сестра осуществляет перевязки, манипуляции. Плановые операции производят в определенные дни и часы. В это время других больных не принимают.

ОПЕРАЦИИ

В хирургическом кабинете производят следующие неотложные операции:

- ✔ Реанимационные мероприятия: ИВЛ, инкубация трахеи, трахеостомия, наружный массаж сердца.
- ✔ Первичную хирургическую обработку небольших поверхностных ран и остановку кровотечения в ране.
- ✔ Преобладают вмешательства по поводу липом, атером.
- ✔ Вскрытие панариция, гнойного мастита, флегмон кисти.
- ✔ Довольно часто выполняют операции по поводу вросшего ногтя, вальгусного искривления I пальца стопы.
- ✔ Вскрытие абсцессов ягодичной области
- ✔ Вмешательства при локтевом бурсите, контрактуре Дюпюитрена.
- ✔ Несколько реже производят операции по поводу сухожильного ганглия, молоткообразного пальца, разрыва сухожилия пальцем кисти, стенозирующего лигаментита, поверхностно расположенных инородных тел, копчиковой кисты, а также вскрытие поверхностных абсцессов и флегмон других локализаций.

В амбулаторных условиях нельзя удалять:

- ✔ пигментные опухоли (меланомы),
- ✔ лейкоплакии губ,
- ✔ опухоли молочных желез,
- ✔ полипы прямой кишки, так как в этих случаях необходимо производить срочное гистологическое исследование удаленных препаратов.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Известно, что в поликлиниках хирурги не только занимаются малой хирургией, но и продолжают лечение больных, выписавшихся из стационара после больших операций и тяжелых травм. Они берут на учет и осуществляют динамическое наблюдение за больными с некоторыми хроническими хирургическими заболеваниями:

- грыжами разных локализаций,
- варикозным расширением вен нижних конечностей,
- трофическими язвами голени,
- посттромбофлебитическим синдромом,
- доброкачественными опухолями молочной железы,
- трещинами заднего прохода,
- параректальными свищами.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Этих больных активно вызывают для осмотра 1—2 раза в год с решением вопроса об объеме необходимых лечебных и профилактических мероприятий.
- При облитерирующем эндартериите,облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей,болезни Рейно повторные осмотры проводят 2—4 раза в год.
- После резекции желудка и других больших операций на органах живота и груди наблюдение за больными активно осуществляется на протяжении 5 лет с осмотрами 2 раза в год.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Больных с последствиями переломов и вывихов, с хроническим остеомиелитом наблюдает в динамике травматолог-ортопед поликлиники, а при его отсутствии хирург. После переломов проводят осмотр и необходимое обследование 4 раза в год на протяжении 2 лет.
- Динамическое наблюдение проводят для выявления ранних форм заболевания и развивающихся осложнений, требующих амбулаторного или стационарного лечения, а также для своевременного осуществления профилактических мер. На каждого такого больного ведется карта диспансерного наблюдения.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРАКТИЧЕСКОМ ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИЙ

- Наиболее сложная и ответственная задача поликлинического хирурга заключается в организации и практическом выполнении операций. Необходимо иметь не только соответствующие помещения (операционную, перевязочную) и инструментарий, знать показания к хирургическому лечению данного заболевания в амбулаторных условиях, но и уметь правильно выполнять самовмешательство и правильно вести больного в послеоперационном периоде.
- Важно соблюдать и правовые нормы. Операцию можно производить только при согласии на нее самого больного, а для детей до 14 лет необходимо согласие родителей или опекунов. Отказ больного от неотложной операции следует с его подписью занести в индивидуальную карту амбулаторного больного.

СРОЧНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Показания для срочной госпитализации

- 1.Невозможность оказать полноценную помощь в условиях поликлиники при показаниях к срочной операции и интенсивном стационарном лечении. Острые гнойные заболевания, требующие больших оперативных вмешательств и продолжительного стационарного лечения.
- 2.Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной и грудной полостей.
- 3.Состояние после проведенных реанимационных мероприятий.
- 4.Острые окклюзионные поражения магистральных сосудов.

ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- 1. Больных с хроническими хирургическими заболеваниями, которые не подлежат лечению в амбулаторных условиях.
- 2. При отсутствии эффекта амбулаторного лечения.
- 3. Больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким операционным риском, нуждающихся в хирургических вмешательствах в объеме малой хирургии.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

- Обследование хирургического больного складывается из детального расспроса и объективного исследования (осмотр, перкуссия, аускультация).
- Расспрос больного включает выяснение жалоб, историю развития настоящего заболевания и историю жизни.

АНАМНЕЗ

Трудно собрать во время сильного болевого приступа. Если больной находится в бессознательном состоянии, информацию о течении болезни стремятся получить от родственников. Некоторые больные умышленно преувеличивают болезненные проявления (аггравация) или придумывают признаки болезни (симуляция). Больные с психическими заболеваниями могут неумышленно симулировать признаки различных заболеваний. Иногда больной пытается скрыть признаки болезни (диссимуляция) из-за страха перед возможным хирургическим вмешательством. Такое поведение чаще наблюдается у детей. Собирая анамнез, необходимо внимательно слушать больного и умело направлять его повествование.

ЖАЛОБЫ

- Жалобы больных зависят от характера заболевания. В хирургической клинике наиболее часто предъявляют жалобы на боли различной локализации. Необходимо выяснить локализацию и распространение болей. Следует определить время появления болей, их продолжительность, связь с едой, физической нагрузкой.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

- Объективное обследование хирургического больного включает детальный осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию
- Начинают с осмотра больного. Отмечают положение больного: активное, пассивное, вынужденное. Определяют окраску кожных покровов, они могут быть интенсивно желтыми (механическая, паренхиматозная желтуха), при пороках сердца - цианотичные, при анемии - бледные, при раке - землистые. Кожа может прокрашиваться лекарственными препаратами.
- Обращают внимание на пигментацию кожи, влажность, тургор и эластичность, особенно на лице, животе, конечностях.
- Фиксируют признаки нарушения кровообращения в коже (петехии, пурпура) и повреждения, расчесы в результате длительного кожного зуда, кожные рубцы, их положение, размеры.
- Отмечают состояние вен, наличие трофических язв на голени, крестце, стопах.

Подробно определяют состояние слизистых оболочек глаз, губ, зева, полости рта; их цвет (бледные, розовые, синюшные, пигментированные).

Состояние подкожной жировой клетчатки оценивают в целом и по отдельным областям (живот, бедра). Определяют отеки явные, местные и общие; состояние лимфатических узлов по областям; развитие мышечной ткани; изменения костей (деформации, искривления, укорочения) и суставов.

При пальпации выявляют мышечное напряжение, патологические образования, болевые точки, увеличенные лимфатические узлы. Пальпация необходима при травме конечностей и заболевании сосудов.

Метод аускультации имеет основное значение в диагностике заболеваний сердца, легких. Иногда дает ценную информацию о моторике кишечника. При заболевании крупных сосудов выслушивается систолический шум над пораженным участком артерии.

Метод перкуссии состоит в выстукивании грудной клетки или брюшной полости. Применяется для определения скопления жидкости (плеврит, кровотечение в полость) и изменения кровенаполнения органа (воспаление легких), размеров печени, селезенки при нарушении кровообращения. Перкуссия позволяет также выявить болевые точки.

У всех больных с заболеванием органов брюшной полости проводится пальцевое исследование прямой кишки, а у женщин, кроме того, исследуют органы малого таза через влагалище.

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

- Рентгенологические методы исследования
- Эндоскопические методы исследования
- Диагностическая пункция
- Биопсия
- Зондирование
- Измерения
- Температура тела

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Сегодня амбулаторная хирургия получила широкое распространение во многих странах. Такая популярность связана, прежде всего с тем, что в центрах амбулаторной хирургии операции выполняются по новейшим малотравматичным хирургическим методикам. Появилась возможность некоторые из них проводить с использованием местной анестезии, благодаря чему удается избежать послеоперационных осложнений.
- Амбулаторная операция показана всем людям с 17 до 60 лет, у которых заболевание протекает без тяжелых сопутствующих заболеваний. Противопоказаниями к амбулаторному хирургическому вмешательству могут стать заболевания почек, печени, сердечно-сосудистой системы. Если же хроническое заболевание не прогрессирует и находится в стадии компенсации, то в таких случаях можно прибегнуть к амбулаторному хирургическому вмешательству.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- ✔ Амбулаторная хирургия, Гриценко В. В., Игнатова Ю. Д. – электронный учебник
- ✔ http://www.smclinic.ru/articles/ambulatornaya-hirurgiya-197.html - Интернет-портал «Здоровье»
- ✔ http://health.wild-mistress.ru/wm/health.nsf/publicall/6B504574767D8E8FC32575C3007615CF - интернет-журнал «Амбулаторная хирургия» 2010-2
- ✔ http://www.profklinik.ru/ambul_hirurgia.htm - Сайт «Профессорская клиника»