СРЕДНЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Б. Н. ЖУКОВ, С. А. БЫСТРОВ

ХИРУРГИЯ

Под редакцией Б. Н. ЖУКОВА

УЧЕБНИК

Рекомендовано
Федеральным государственным автономным учреждением
«Федеральный институт развития образования»
в качестве учебника для использования
в учебном процессе образовательных учреждений,
реализующих программы СПО

Регистрационный номер рецензии 810
от 26 декабря 2012 г. ФГАУ «ФИРО»

5-е издание, стереотипное

ACADEMIA

Москва
Издательский центр «Академия»
2013

УДК 617-089(075.32)
ББК 54.5я723
Ж86

Рецензенты:
зав. кафедрой сестринского дела Самарского государственного медицинского университета, д-р мед. наук, профессор *С. И. Двойников*;
преподаватель высшей категории медицинского училища № 22 г. Москвы, анестезиолог-реаниматолог *Г. А. Деменкова*;
преподаватель хирургии Самарского медицинского колледжа им. Н. Ляпиной *И. С. Камбулин*

Жуков Б. Н.
Ж86 Хирургия : учеб. для студ. учреждений сред. проф. образования / Б. Н. Жуков, С. А. Быстров ; под ред. Б. Н. Жукова. — 5-е изд., стер. — М. : Издательский центр «Академия», 2013. — 384 с. [16] л. цв. ил.
ISBN 978-5-4468-0383-5

Изложены вопросы организации хирургической службы, принципы асептики, антисептики, анестезиологии, трансфузиологии и десмургии. Подробно описана роль фельдшера в периоперационном периоде при различных острых хирургических заболеваниях и неотложных состояниях. Рассмотрены современные методы обследования хирургического больного, особенности хирургических заболеваний детей, общие и частные виды хирургической патологии.

Учебник может быть использован при освоении профессионального модуля ПМ.02 «Лечебная деятельность» (МДК 02.02) по специальности «Лечебное дело».

Для студентов учреждений среднего медицинского профессионального образования.

УДК 617-089(075.32)
ББК 54.5я723

Оригинал-макет данного издания является собственностью Издательского центра «Академия», и его воспроизведение любым способом без согласия правообладателя запрещается

ISBN 978-5-4468-0383-5

© Жуков Б. Н., Быстров С. А., 2007
© Образовательно-издательский центр «Академия», 2007
© Оформление. Издательский центр «Академия», 2007

В хирургии следует действовать
в первую очередь умом и глазами,
а потом уже руками.

Парацельс

ПРЕДИСЛОВИЕ

Хирургия — одна из важнейших и древнейших медицинских наук. Развиваясь на протяжении всей истории человечества, она всегда выделялась радикальными методами лечения и быстрым эффектом от применения оперативных способов. При этом особую роль играло мастерство хирургов — их умение исцелять, используя как традиционные, так и новые приемы.

Перед авторами стояла задача написать учебник, соответствующий современному уровню развития хирургии с учетом новых технологий и перспектив развития. Предложенный учебник «Хирургия» соответствует Государственному образовательному стандарту по специальности 0401 «Лечебное дело» повышенного уровня среднего профессионального образования. Он отвечает современной концепции подготовки фельдшера и позволяет обеспечить качественно высокий учебно-методический уровень образовательного процесса в средних медицинских учебных заведениях.

После изучения курса дисциплины «Хирургия» студент должен знать:

- систему организации хирургической службы;
- причины, механизмы развития, клинические проявления, осложнения, принципы лечения и профилактики хирургических заболеваний и травм;
- основы урологии.

Также студент должен уметь:

- ставить диагноз и определять тактику ведения пациента;
- осуществлять реабилитацию и диспансеризацию хирургических больных;
- оказывать неотложную помощь при хирургических заболеваниях и травмах;
- организовывать и осуществлять транспортировку пациента в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ).

Темы «Травмы» и «Опухоли» в учебник не включены, так как они подробно изучаются в курсах дисциплин «Травматология» и «Онкология».

В учебнике в доступной форме изложены показания и противопоказания к выполнению основных хирургических манипуляций, подробно описаны техника и последовательность выполнения этих манипуляций. С современных позиций освещены вопро-

сы асептики и антисептики, анестезиологии, описаны новые методы определения группы крови и резус-фактора, пробы на индивидуальную совместимость по резус-фактору.

Авторы уделили особое внимание вопросам трансфузиологии, десмургии, умению учащихся готовить наборы инструментов, необходимых для выполнения основных хирургических манипуляций и операций. Изложены особенности хирургических заболеваний у детей, четко определена тактика фельдшера на догоспитальном этапе при острых хирургических заболеваниях и неотложных состояниях в хирургии.

Авторы выражают благодарность А. Е. Абрамову за помощь при подготовке гл. 4 «Основы трансфузиологии».

РАЗДЕЛ I
ОСНОВЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА

ГЛАВА 1
ВВЕДЕНИЕ В ХИРУРГИЮ

1.1. Понятия «хирургия» и «хирургические болезни»

Хирургия (от греч. *cheir* — рука, *ergon* — работа, действие) — это область клинической медицины, изучающая болезни и травмы, для лечения которых применяются оперативные методы, разрабатывающая эти методы и регламентирующая условия их эффективного и безопасного применения.

С каждым годом расширяется диапазон оперативных вмешательств, применяются новые инструменты и приборы, облегчающие их выполнение. Внедрение современных технологий позволило выполнять уникальные хирургические операции: пересадку органов и тканей, эндоскопические и эндоваскулярные вмешательства, сложнейшие пластические и микрохирургические операции. В то же время хирургия — довольно консервативная наука. Любое новшество в практической работе внедряется только после тщательной проверки и длительной апробации. Такая консервативность имеет простое объяснение — все знания хирургии были добыты ценой жизней огромного числа больных и врачей.

В настоящее время появилась возможность преодолеть главный недостаток хирургии — ее агрессивность. Современные эндоскопические хирургические технологии воплотили один из важнейших принципов — бережного обращения с тканями. Именно это обеспечило ей быстрое повсеместное признание и дало прекрасные результаты. Технические новшества вносят коррективы и в хирургическую тактику, организацию хирургической помощи, систему обучения и повышают требования к качеству лечения. Мировые стандарты качества хирургической помощи за последние годы значительно возросли. Достичь этого уровня без использования новых медицинских технологий было бы невозможно. В частности, около 90 % холецистэктомий (операций удаления желчного пузыря) в развитых странах проводится лапароскопически через три-четыре небольших разреза в передней брюшной стенке. *Будущее хирургии — за малотравматичными спо-*

собами лечения. Уже в ближайшие годы хирург не сможет быть квалифицированным, полноценным специалистом, не владея техникой малоинвазивных диагностических и лечебных манипуляций и операций.

Выделяют следующие основные виды хирургических заболеваний:

1) воспалительные заболевания (например, аппендицит — воспаление червеобразного отростка);

2) травмы (например, ранения, переломы, вывихи);

3) новообразования — доброкачественные (например, липома — опухоль из жировой ткани) и злокачественные (например, рак, саркома) опухоли;

4) омертвения (например, гангрена, пролежни);

5) пороки развития органов (например, атрезия пищевода, «заячья губа»);

6) паразитарные заболевания (например, эхинококковые кисты печени);

7) заболевания, которые подлежат хирургическому лечению при неэффективности лечения у специалистов терапевтического профиля (например, осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — кровотечение, прободение, стенозирование).

Хирургия имеет огромный потенциал для дальнейшего развития. Насколько эти возможности будут претворены в жизнь, зависит в том числе и от средних медицинских работников.

1.2. Основные этапы развития хирургии

Хирургия является одной из самых древних специальностей в истории медицины.

В государствах Древнего Востока (Египет, Индия, Китай, Месопотамия) народная медицина долгое время оставалась основой врачевания. Существовали зачатки хирургических знаний, которые применяли в условиях мирной жизни и на поле боя: удаляли стрелы, перевязывали раны, останавливали кровотечения, применяя в ходе операций средства, снижающие боль: опий, белену, коноплю, мандрагору. На территории этих государств при раскопках было обнаружено множество хирургических инструментов.

Большое влияние на развитие хирургии оказали врачи Древней Греции и Древнего Рима, такие как Асклепий (Эскулап), Асклепиад (128—56 гг. до н. э.). Цельс (I в. до н. э.) написал капитальный труд по хирургии, где впервые перечислил признаки воспаления: rubor (воспаление), tumor (отек), caler (повышение температуры), dolor (боль), предложил применение лигатур для перевязки сосудов во время операции, описал методы ампутаций

и вправления вывихов, разработал учение о грыжах. Гиппократ (460—370 гг. до н.э.) написал несколько трудов по хирургии, впервые описал особенности заживления ран, признаки флегмоны и сепсиса, симптомы столбняка, разработал операцию резекции ребра при гнойном плеврите. Клавдий Гален (131—201) предложил применять шелк для наложения швов на рану.

Значительное развитие хирургия получила в арабских халифатах (VII—XIII вв.). В Бухаре, Хорезме, Мерве, Самарканде, Дамаске, Багдаде, Каире жили и работали выдающиеся врачи Ар-Рази (Разес) (865—920) и Ибн Сина (Авиценна) (980—1037).

Медицина Средневековья (XII—XIII вв.) находилась под гнетом церковной идеологии. Центрами медицины в этот период были университеты в Салерно, Болонье, Париже (Сорбонна), Падуе, Оксфорде, Праге, Вене. Однако уставы всех университетов контролировались церковью. В то время наиболее развитой областью медицины в связи с постоянно ведущимися войнами была хирургия, которой занимались не врачи, а костоправы и цирюльники. Хирургов не принимали в так называемое сообщество ученых-врачей, их считали обычными исполнителями. Такое положение не могло долго существовать. Опыт и наблюдения на полях сражений создали предпосылки для активного развития хирургии.

В эпоху Ренессанса (XV—XVI вв.) появилась плеяда выдающихся врачей и естествоиспытателей, внесших значительный вклад в развитие анатомии, физиологии и хирургии: Парацельс (Теофаст фон Гогенгейм) (1493—1541), Леонардо да Винчи (1452—1519), В. Гарвей (1578—1657). Выдающийся анатом А. Везалий (1514—1564) был отдан инквизиции лишь за то, что утверждал, что у мужчины 12 пар ребер, а не 11 (одно ребро должно было быть использовано для создания Евы).

Во Франции, где упорно не признавали хирургию как область медицины, хирурги раньше всего добились равноправия. Именно здесь открылись первые школы хирургов, а в середине XVIII в. — высшее учебное заведение — хирургическая академия. Ярким представителем французской школы хирургов был основоположник научной хирургии Нового времени А. Паре (1517—1590).

В XIX в. появились новые требования к медицинской науке, что привело к новым открытиям в области хирургии. В 1800 г. английский химик Г. Деви описал явления опьянения и судорожного смеха при вдыхании закиси азота, назвав ее веселящим газом. В 1844 г. закись азота была применена в качестве обезболивающего средства в зубной практике. В 1847 г. шотландский хирург и акушер Дж. Симеон использовал хлороформ для обезболивания, в 1905 г. немецкий врач А. Эйнгорн синтезировал новокаин.

Основной проблемой хирургии во второй половине XIX в. явилось нагноение ран. Венгерский акушер И. Земмельвейс (1818—1865) в 1847 г. стал применять в качестве дезинфицирующего сред-

ства хлорную воду. Английский хирург Дж. Листер (1827—1912) доказал, что причиной нагноения являются живые микроорганизмы, попадающие в рану из воздуха, и предложил для борьбы с возбудителями инфекций использовать карболовую кислоту (фенол). Таким образом, в 1865 г. он ввел в хирургическую практику антисептику и асептику.

В 1857 г. французский ученый Л. Пастер (1822—1895) открыл природу брожения. В 1864 г. американский зубной врач У. Мортон использовал эфир для обезболивания при удалении зуба. Немецкий хирург Ф. Эсмарх (1823—1908), один из пионеров асептики и антисептики, в 1873 г. предложил использовать кровоостанавливающий жгут, эластичный бинт и наркозную маску. Инструменты швейцарских хирургов Т. Кохера (1841—1917) и Дж. Пеана (1830—1898) позволили оперировать в «сухой» ране. В 1895 г. немецкий физик В. К. Рентген (1845—1923) открыл лучи, способные проникать сквозь непрозрачные тела.

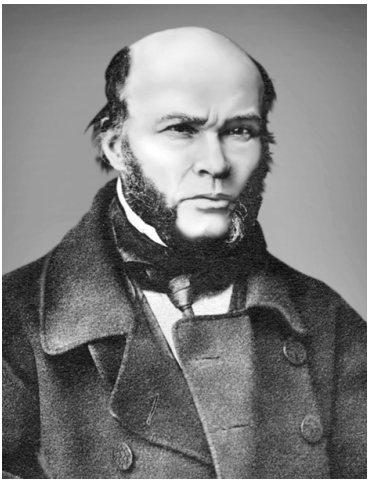
Открытие групп крови (Л. Ландштейнер, 1900; Я. Янский, 1907) дало хирургам эффективное средство борьбы с острой кровопотерей. Французский физиолог К. Бернар (1813—1873) создал экспериментальную медицину.

В России хирургия начала развиваться значительно позже, чем в странах Западной Европы. До XVIII в. в России хирургическая помощь почти полностью отсутствовала. Такие манипуляции, как кровопускание, прижигание, вскрытие нарывов, выполняли знахари и цирюльники.

При Петре I в 1725 г. были открыты Петербургская академия наук, военные сухопутные и адмиралтейские госпитали. На базе госпиталей стали создаваться школы, которые в 1786 г. были преобразованы в медико-хирургические училища. В 1798 г. были организованы медико-хирургические академии в Петербурге и Москве. В 1755 г. по инициативе М. В. Ломоносова был открыт Московский университет, а в 1764 г. при нем — медицинский факультет.

Первая половина XIX в. дала миру таких замечательных русских ученых, как П. А. Загорский, И. Ф. Буш, И. В. Буяльский, Е. О. Мухин, Ф. И. Иноземцев, И. Н. Сеченов, И. П. Павлов, Н. Е. Введенский, В. В. Пашугин, И. И. Мечников, С. Н. Виноградский, Н. Ф. Гамалея, Л. И. Лукашевич, Л. О. Гейденрейх, М. С. Субботин, М. Я. Преображенский, А. А. Бобров, П. И. Дьяконов и др.

Основоположником русской хирургии по праву считается великий хирург и анатом Н. И. Пирогов (1810—1881). С помощью методов замораживания трупов и их распилов он подробно изучил все области человеческого тела и написал четырехтомный атлас по топографической анатомии, который долгое время являлся настольной книгой хирургов. Н. И. Пирогов заведовал кафедрой хирургии в Дерптском университете, кафедрой госпитальной хирургии и патологической анатомии в Петербургской меди-



Николай Иванович
Пирогов (1810—1881)

Николай Васильевич
Склифосовский (1836—1904)

ко-хирургической академии. Н. И. Пирогов раньше Л. Пастера предположил наличие в гнойной ране микроорганизмов, выделив с этой целью в своей клинике отделение для «зараженных госпитальными миазмами». Именно Н. И. Пирогов первым в мире использовал эфирный наркоз во время Кавказской войны (1847). Будучи основоположником военно-полевой хирургии, ученый разработал принципы организации помощи раненым — сортировки в зависимости от срочности оказания помощи, эвакуации, госпитализации. Он внедрил качественно новые методы иммобилизации, лечения огнестрельных ран, ввел неподвижную гипсовую повязку. Н. И. Пирогов организовал первые отряды сестер милосердия, которые оказывали помощь раненым на поле боя.

Н. В. Склифосовский (1836—1904) разработал операции при раке языка, зобе, мозговых грыжах.

В. А. Оппель (1872—1932) — военно-полевой хирург, основоположник учения об этапном лечении раненых, был одним из основоположников эндокринной хирургии в России. В. А. Оппель много занимался изучением болезней сосудов, хирургией брюшной полости.

С. И. Спасокукоцкий (1870—1943) работал во многих областях хирургии, разработал высокоэффективный способ подготовки рук хирурга к операции, новые способы операций при паховых грыжах. Он был одним из пионеров грудной хирургии, а также стал одним из первых применять скелетное вытяжение при лечении переломов.

Владимир Андреевич Оппель
(1872 — 1932)

Сергей Петрович
Федоров (1869 — 1936)

С. П. Федоров (1869 — 1936) явился родоначальником отечественной урологии и желчной хирургии.

П. А. Герцен (1871 — 1947) был одним из основоположников советской клинической онкологии. Он предложил методы лечения грыж, впервые в мире успешно выполнил операцию по созданию искусственного пищевода.

А. В. Вишневский (1874 — 1948) разработал различные виды новокаиновых блокад, занимался вопросами гнойной хирургии, уро-

Хирурги — первые академики Академии медицинских наук СССР (1944 г.):

1 ряд — В. П. Филатов (1); С. С. Гирголав (2); С. С. Юдин (4); Н. Н. Бурденко (5);
2 ряд — В. Н. Шевкуненко (6); Ю. Ю. Джанелидзе (8); П. А. Куприянов (12)

логии, нейрохирургии, был организатором Института хирургии АМН СССР в Москве.

Н. Н. Бурденко (1876—1946), хирург широкого профиля, в годы Великой Отечественной войны был главным хирургом Красной Армии. Он стал одним из основоположников советской нейрохирургии и первым президентом Академии медицинских наук СССР.

А. Н. Бакулев (1890—1967) был одним из основоположников сердечно-сосудистой и легочной хирургии — подразделов грудной хирургии в СССР.

Александр Николаевич Бакулев (1890—1967)

С. С. Юдин (1891—1954) в 1930 г. впервые в мире перелил трупную кровь человека. Также он предложил метод создания искусственного пищевода. С. С. Юдин долгое время был главным хирургом Института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского.

В настоящее время российская хирургия продолжает успешно развиваться. Большой вклад в развитие современной отечественной хирургии внесли выдающиеся хирурги академики В. С. Савельев, В. Д. Федоров, М. И. Кузин, А. В. Покровский, М. И. Давыдов, Г. И. Воробьев и др. Перспективными направлениями являются операции в барокамерах, микрохирургия, пластические операции, трансплантация органов и тканей, операции на открытом сердце с применением аппарата искусственного кровообращения и др. Работы в этих направлениях успешно продолжаются. Постоянно совершенствуются уже отработанные методики, активно внедряются новые технологии с применением современнейших инструментов, приспособлений и приборов.

1.3. Организация хирургической помощи в России

В России создана стройная система оказания хирургической помощи населению, обеспечивающая единство профилактических и лечебных мероприятий. Хирургическую помощь оказывают несколько видов медицинских учреждений.

1. Фельдшерско-акушерские пункты в основном обеспечивают экстренную первую доврачебную помощь, а также проводят профилактику заболеваний и травматизма.

2. Участковые больницы (поликлиники) оказывают экстренную и неотложную хирургическую помощь при некоторых заболеваниях и травмах, не требующих расширенных оперативных вмешательств, также руководят работой фельдшерско-акушерских пунктов.

3. Хирургические отделения центральных районных больниц (ЦРБ) обеспечивают оказание квалифицированной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях и травмах, а также проведении планового лечения наиболее распространенных хирургических заболеваний (грыжесечение, холецистэктомия и др.).

4. Специализированные хирургические отделения многопрофильных городских и областных больниц помимо полного объема общехирургической помощи оказывают специализированные виды помощи (урологическую, онкологическую, травматологическую, ортопедическую и т.д.). В крупных городах специализированную помощь могут оказывать в стационарах, полностью профилированных в соответствии с тем или иным видом хирургической помощи.

5. В хирургических клиниках медицинских вузов и институтах последипломной подготовки оказывают как общехирургическую, так и специализированную хирургическую помощь, проводят научную разработку различных направлений хирургии, обучение студентов, интернов и повышение квалификации врачей.

6. Научно-исследовательские институты оказывают специализированную хирургическую помощь в зависимости от их профиля и являются научными и методическими центрами.

Выделяют экстренную (неотложную) и плановую, амбулаторно-поликлиническую и стационарную хирургическую помощь.

Неотложную хирургическую помощь в городских условиях в дневное время обеспечивают участковые хирурги поликлиник либо врачи скорой помощи, которые оказывают ее круглосуточно. Они устанавливают диагноз, оказывают первую врачебную помощь и при необходимости обеспечивают транспортировку больных в дежурные хирургические отделения, где осуществляется квалифицированная и специализированная хирургическая помощь по срочным показаниям.

В сельской местности неотложную помощь оказывают в фельдшерско-акушерском пункте или участковой больнице. При отсутствии хирурга при подозрении на острую хирургическую патологию больного необходимо транспортировать в районную больницу или ЦРБ. На этом этапе квалифицированную хирургическую помощь оказывают в полном объеме, а в некоторых случаях транспортируют больных в областной центр или же вызывают соответствующего специалиста из областного центра.

Плановая хирургическая помощь оказывается как в хирургических отделениях поликлиник, где выполняют небольшие и несложные

операции на поверхностных тканях, так и в стационарах. В системе обязательного медицинского страхования (ОМС) больной должен быть направлен на плановую операцию в течение 6—12 мес после обращения в поликлинику и установления диагноза.

Амбулаторно-поликлиническая хирургическая помощь населению является самой массовой и состоит в проведении диагностической, лечебной и профилактической работы. Эта помощь больным с хирургическими заболеваниями и травмами оказывается в разном объеме в хирургических отделениях и кабинетах поликлиник, амбулаториях участковых больниц, травмпунктах. Доврачебная помощь может быть оказана в фельдшерских здравпунктах и фельдшерско-акушерских пунктах.

Стационарную хирургическую помощь осуществляют в хирургических отделениях общего профиля, специализированных отделениях и высокоспециализированных центрах.

Хирургические отделения организуются в составе районных и городских больниц (цв. вклейка, рис. 1). Они обеспечивают основными видами квалифицированной стационарной хирургической помощи бóльшую часть населения страны. В хирургических отделениях более половины больных составляют пациенты с острой хирургической патологией и четверть — с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Ежегодно неотложная хирургическая помощь оказывается в среднем одному из 200 жителей России. В крупных больницах хирургические отделения реорганизуются в специализированные: травматологические, урологические, колопроктологические и т.д. В лечебных отделениях без специализации выделяют профилированные койки.

Хирургические отделения организуются, как правило, на 60 коек. Число коек в специализированном отделении может быть уменьшено до 25—40 шт. Оказание неотложной хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости составляет бóльшую часть работы хирургических стационаров. Число хирургических коек, необходимых для оказания неотложной помощи, рассчитывается по нормам 1,5—2,0 койки на 1 000 чел. Оказание неотложной хирургической помощи в крупных отделениях с обеспечением круглосуточной работы лабораторной, рентгенологической, эндоскопической служб значительно улучшает результаты лечения.

1.4. Роль фельдшера в лечении хирургических больных

Средний медицинский работник — фельдшер — является ближайшим и непосредственным помощником врача. В ряде случаев от правильности и оперативности работы фельдшера зависит жизнь

пациента. В сельских больницах на фельдшера может быть возложено суточное дежурство по стационару или приемному отделению.

Около трети своего рабочего времени фельдшер посвящает хирургической деятельности. Ему необходимо знать основы хирургии и владеть определенными манипуляциями, которые фельдшер обязан при необходимости применить в любой период своей деятельности. Он должен уметь:

- своевременно диагностировать острые хирургические заболевания, большинство хирургических болезней и при подозрении на них направлять больных в больницу;
- быстро ориентироваться при несчастных случаях и повреждениях;
- быстро и квалифицированно оказывать доврачебную медицинскую помощь;
- организовать правильную транспортировку пострадавшего в лечебное учреждение (правильно выбрать вид транспорта и положение больного во время транспортировки).

Участие фельдшера в лечении хирургического больного не менее важно, чем участие хирурга. Результат операции зависит не только от проводимой средними медицинскими работниками тщательной подготовки больного к операции, но и от организации выполнения лечебных назначений и ухода за больным в послеоперационном периоде и в период реабилитации (восстановления работоспособности и ликвидации последствий перенесенной операции).

При работе с хирургическими больными всегда следует помнить о *деонтологии*. Основные деонтологические принципы сформулированы в клятве Гиппократа. К деонтологии относится сохранение врачебной тайны.

Медицинским работникам необходимо профессионально и деликатно общаться с пациентами. Неправильные действия, неосторожно сказанное слово, результаты анализов или история болезни, ставшие доступным больному, могут привести к психологическому дискомфорту, боязни заболевания, а нередко и служить причиной жалоб или даже судебных разбирательств.

Характер деятельности фельдшера различен и зависит от того, в каком медицинском подразделении он работает.

Работа фельдшера в составе бригады скорой медицинской помощи. Выездные бригады делятся на фельдшерские и врачебные, которые в учебнике рассмотрены не будут. Фельдшерская бригада состоит из двух фельдшеров, санитара и водителя и оказывает необходимую медицинскую помощь в пределах профессиональной компетенции. Она решает следующие задачи:

- немедленный выезд и прибытие на место вызова;
- установление диагноза, оказание скорой медицинской помощи;

• осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению состояния пациента, и по показаниям доставка пациента в хирургический стационар;

• передача пациента и соответствующей медицинской документации дежурному врачу стационара;

• обеспечение медицинской сортировки больных и пострадавших, установление очередности и последовательности медицинских мероприятий при массовых травмах и других чрезвычайных ситуациях.

Работа фельдшера в хирургическом стационаре. В хирургическом стационаре фельдшер может выполнять обязанности палатной, процедурной или перевязочной сестры, сестры-анестезисты или сестры отделения реанимации.

В день поступления каждый больной должен быть осмотрен лечащим (дежурным) врачом и медицинской сестрой (палатной или дежурной), ему обязательно назначаются необходимые обследования, соответствующая диета, режим и лечение. Если позволяет состояние пациента, фельдшер знакомит его с правилами внутреннего распорядка.

Больше всего обязанностей и ответственности у палатной сестры (фельдшера). В предоперационном периоде, когда больной проходит обследование, фельдшер следит за своевременным проведением диагностических исследований, соблюдением всех предписанных врачом правил подготовки к ним. Любая неточность при проведении исследования может привести к ошибочным результатам, неправильной оценке состояния больного и, как следствие, стать причиной неблагоприятного исхода лечения.

Исход операции может зависеть от того, насколько точно фельдшер проводит перед операцией назначаемые врачом различные лечебные процедуры. Например, неправильно выполненная очистительная клизма у больного с заболеванием толстой кишки может стать причиной расхождения наложенных швов и перитонита, что в большинстве своем заканчивается его смертью.

Особое внимание фельдшер должен уделять оперированному больному. Фельдшер должен своевременно выявлять возникающие в послеоперационном периоде осложнения и уметь оказывать необходимую в каждом конкретном случае помощь. Своевременно принятые меры при малейшем ухудшении состояния больного позволяют предотвратить опасные и даже смертельные осложнения. Легче предотвратить осложнения, чем их лечить, поэтому при малейшем ухудшении состояния больного — изменении пульса, артериального давления (АД), дыхания, поведения, сознания — фельдшер обязан немедленно доложить об этом врачу.

Фельдшер должен ухаживать за больными, кормить тяжелобольных, проводить санитарную обработку хирургических больных при поступлении. По назначению врача фельдшер наклады-

вает все виды бинтовых повязок, делает подкожные инъекции и вливания, внутримышечные инъекции, ставит клизмы, выполняет венепункцию и внутривенные инфузии. Под наблюдением врача фельдшер может катетеризировать мочевой пузырь мягким катетером, делать перевязки, осуществлять зондирование желудка.

Фельдшер является активным помощником врача при пункции полостей и удалении из них экссудата, наложении повязок, венепункции и внутривенных вливаниях, переливании крови, катетеризации центральных вен.

Работа фельдшера на фельдшерско-акушерском пункте. Фельдшерско-акушерский пункт — это первичное доврачебное медицинское учреждение, оказывающее медико-санитарную помощь сельскому населению в пределах компетенции и прав фельдшера и акушерки под руководством участкового врача. В данном случае фельдшер оказывает населению основную помощь. Он ведет амбулаторный прием населения; оказывает медицинскую помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях; занимается ранним выявлением заболеваний и своевременным направлением на консультацию и госпитализацию; проводит экспертизу временной нетрудоспособности и выдает больничные листы; организует и проводит профилактические осмотры; отбирает больных для диспансерного наблюдения.

Работа фельдшера в поликлинике. Плановые больные поступают в стационар частично или полностью обследованными, с установленным клиническим или с предварительным диагнозом. Для плановой госпитализации необходимо выполнить стандартный минимум обследования. Фельдшер выписывает пациенту направления для сдачи общего анализа крови, общего анализа мочи, анализа для определения времени свертывания крови, анализов крови на билирубин, мочевины, глюкозы, для определения группы крови и резус-фактора, на антитела к ВИЧ-инфекции, HBs-антиген. Также фельдшер направляет больного на крупнокадровую флюорографию (если в течение года она не выполнялась), ЭКГ с расшифровкой, консультацию терапевта (при необходимости также и других специалистов) и для женщин — гинеколога.

После постановки диагноза, оценки операционного риска, выполнив все необходимые обследования и убедившись в необходимости госпитализации больного, хирург поликлиники пишет направление на госпитализацию, в котором обязательно указываются название страховой компании и все необходимые реквизиты.

После выписки из стационара больного направляют для долечивания в поликлинику по месту жительства, а работающих пациентов после ряда оперативных вмешательств (холецистэктомия, резекция желудка и др.) — непосредственно из стационара в санатории (профилактории) для прохождения курса восстановитель-

ного лечения. В послеоперационном периоде главными задачами фельдшера являются профилактика послеоперационных осложнений, ускорение процессов регенерации, восстановление трудоспособности.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение хирургии. Назовите основные особенности современной хирургии.
2. Какие основные виды хирургических заболеваний вам известны?
3. Назовите наиболее известных истории медицины зарубежных хирургов, в чем состоят их заслуги?
4. Кто является основоположником русской хирургии? Перечислите основные заслуги этого ученого перед мировой и отечественной хирургией.
5. Назовите выдающихся российских хирургов современности.
6. Перечислите медицинские учреждения, которые оказывают помощь хирургическим больным.
7. Назовите виды хирургической помощи. Где оказывается неотложная хирургическая помощь?
8. Сформулируйте основные принципы организации стационарной хирургической помощи.
9. Что должен уметь фельдшер при оказании помощи больному с острым хирургическим заболеванием?
10. В чем состоят особенности хирургической работы фельдшера в составе бригады скорой помощи, в хирургическом стационаре, на фельдшерско-акушерском пункте, в поликлинике?