# Введение

Структура хирургического отделения поликлиники варьирует в зависимости от количества обслуживаемого населения. В средних по величине поликлиниках должны быть как минимум кабинет заведующего, хирургический кабинет, операционная, чистая перевязочная, гнойная перевязочная, стерилизационная с материальной, автоклавная и ожидальня. В крупных поликлиниках, кроме того, развертываются предоперационная, травматологический кабинет с гипсовальной комнатой, кабинет уролога, онкологический кабинет.

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 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. Доброкачественные опухоли других локализаций после удаления подлежат гистологическому исследованию в плановом порядке.

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, в частности грыжами разных локализаций, варикозным расширением вен нижних конечностей, трофическими язвами голени, посттромбофлебитическим синдромом, доброкачественными опухолями молочной железы, трещинами заднего прохода, параректальными свищами. 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. 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 (форма № 30/у).

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 само вмешательство и правильно вести больного в послеоперационном периоде.

амбулаторная хирургия хирургическое отделение

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 (форма № 025/у).

При ряде острых заболеваний хирург поликлиники оказывает лишь первую врачебную помощь и срочно направляет больного в хирургический стационар. Показания для срочной госпитализации следующие.

1. Невозможность оказать полноценную помощь в условиях поликлиники при показаниях к срочной операции и интенсивном стационарном лечении.

2. Острые гнойные заболевания, требующие больших оперативных вмешательств и продолжительного стационарного лечения.

3. Острые хирургические заболевания и травмы органов брюшной и грудной полостей.

4. Состояние после проведенных реанимационных мероприятий.

5. Острые окклюзионные поражения магистральных сосудов.

В плановом порядке направляют на госпитализацию: больных с хроническими хирургическими заболеваниями, которые не подлежат лечению в амбулаторных условиях; при отсутствии эффекта амбулаторного лечения, а также больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким операционным риском, нуждающихся в хирургических вмешательствах в объеме малой хирургии.

Показания для госпитализации могут быть расширены или сужены в зависимости от условий в поликлинике и от уровня профессиональной подготовки хирурга. Объем амбулаторных оперативных вмешательств зависит также от возможности временной квартирной госпитализации после произведенной операции. По показаниям таких больных отвозят домой санитарным транспортом. Временная госпитализация их в домашних условиях предусматривает возможность ухода за больным, а также периодическое посещение его на дому медицинской сестрой и хирургом поликлиники.

**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.

В первую очередь осматривают больных, нуждающихся в неотложной помощи срочной госпитализации. Срочно принимают больных с ранениями, острыми заболеваниями брюшной полости и воспалительными заболеваниями, протекающими с высокой температурой. Остальных больных принимают по очередности обращения, устанавливаемой регистратурой и хирургом.

В городах с населением 200 000 человек, а в областных центрах на каждые 100 000 жителей при одной из поликлиник создан травматологический пункт с круглосуточным дежурством травматолога. В меньших населенных пунктах амбулаторная помощь травматологическим больным осуществляется травматологом или хирургом поликлиники, на селе - в амбулатории участковой или районной больницы. На предприятиях эту помощь оказывают в амбулаториях или поликлиниках медико-санитарных частей.

На фельдшерско-акушерских пунктах оказывают неотложную доврачебную помощь, производят реанимационные мероприятия, временную остановку кровотечения, транспортную иммобилизацию переломов и вывихов и направляют больных, страдающих острыми хирургическими заболеваниями и нуждающихся в хирургической помощи, в хирургические стационары.

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.

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)

Оборудование хирургических кабинетов:

* стол для хирурга или фельдшера, сестры, ведущих прием
* табуреты, стулья и кушетки для осмотра больных
* ширмы

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.

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.

Доброкачественные опухоли других локализаций после удаления подлежат гистологическому исследованию в плановом порядке.

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.

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.

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.

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.

При ряде острых заболеваний хирург поликлиники оказывает лишь первую врачебную помощь и срочно направляет больного в хирургический стационар.

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.

В плановом порядке направляют на госпитализацию:

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.

Показания для госпитализации могут быть расширены или сужены в зависимости от условий в поликлинике и от уровня профессиональной подготовки хирурга.

Объем амбулаторных оперативных вмешательств зависит также от возможности временной квартирной госпитализации после произведенной операции. По показаниям таких больных отвозят домой санитарным транспортом.

Временная госпитализация их в домашних условиях предусматривает возможность ухода за больным, а также периодическое посещение его на дому медицинской сестрой и хирургом поликлиники.

**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** 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.

Надо стремиться получить документальное подтверждение о характере перенесенного прежде хирургического вмешательства (выписка из истории болезни, справка).

Выясняют особенности работы, профессиональные вредности, перенесенные в течение жизни заболевания, наследственность. Учитывают вредные привычки и степень интоксикации (злоупотребление алкоголем, курение).

Тщательно собирают аллергологический анамнез, сведения о переносимости антибиотиков и лекарств.

**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**

Рентгенологические методы можно условно разделить на обязательные и специальные. Так, всем больным независимо от характера заболевания производят рентгеноскопию грудной клетки (флюорография).

В зависимости от предполагаемой патологии планируется исследование органов брюшной полости: обзорная рентгеноскопия (при непроходимости кишечника), рентгеноскопия желудка (при раке и язве желудка), контрастное исследование мочевых путей (при почечной патологии), контрастное исследование желчных путей (при хроническом холецистите).

**Эндоскопические методы исследования**

Осмотр полостей и органов при помощи оптических приборов (эндоскопов) дает важную информацию для постановки диагноза.

**Диагностическая пункция**

Диагностическая пункция применяется для определения характера содержимого в плевральной, брюшной полостях и в суставах. Микроскопия осадка, извлеченной жидкости позволяет уточнить характер заболевания. По количеству белка в жидкости можно отличить транссудат (выпот) от экссудата (воспалительный выпот).

**Биопсия**

Биопсия - это исследование удаленных при жизни больного тканей. В последние годы особое значение придается пункционной биопсии.

**Зондирование**

Зондирование применяется для уточнения хода раневого канала, свищевого хода, по которому отделяется гнойное содержимое. Зондирование осуществляют металлическим зондом. Для более точного определения свищевого хода используют фистулографию - заполнение хода рентгеноконтрастным веществом (йодолипол, кардиотраст).

**Измерения**

Обследование хирургического больного включает подсчет частоты пульса, количества дыхательных движений (обычно не менее чем за 30 с), измерение артериального давления, температуры тела.

**Температура тела**

Температура тела может быть нормальной (36 - 36,9 С), субфебрильной (37-38 С), лихорадочной (выше 38 С). По типу колебаний температуры различают лихорадку постоянную, перемежающуюся, обратную, послабляющую. При повышении температуры на 1С пульс учащается на 10 в минуту.

**Преимущества амбулаторного лечения**

В чем преимущество амбулаторного лечения?

* 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

Какие заболевания можно лечить амбулаторно?

* Хирургия всех видов грыж (паховых, пупочных и др.), включая рецидивные, послеоперационные с применением самых совершенных способов пластики, в том числе с имплантацией сетки.
* Операции при варикоцеле, водянке яичка.
* Лечение варикозной болезни нижних конечностей, хронической венозной недостаточности
* Удаление доброкачественных новообразований мягких тканей (родинки, невусы, липомы, атеромы, дерматофибромы, гемангиомы) с обязательным гистологическим исследованием.
* Лор-хирургия (лечение храпа и др.)
* Операции при вросшем ногте, в том числе рецидивном.

# Заключение

Операционное вмешательство, реанимация, пребывание в стационаре. Несколько лет назад именно в такой последовательности происходило перемещение в стенах больницы пациентов, перенесших хирургическое вмешательство. В настоящее время, путь большинства прооперированных лежит мимо реанимационного отделения с кратковременной задержкой в палате на несколько часов или дней. А затем они отправляются домой, где и проходит их окончательное выздоровление.

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.

Категорическими противопоказаниями к амбулаторным операциям являются простудные заболевания в острой форме, такие, как грипп или ОРЗ, нарушение свертываемости крови, выраженная аллергия на лекарственные препараты.

В остальных случаях амбулаторно можно оперировать грыжи передней брюшной стенки живота (пациент выписывается домой в день хирургического вмешательства), лапароскопическую холецистэктомию, когда через небольшой прокол в брюшной полости удаляют желчный пузырь. В случае всех этих операций больной может покинуть стационар уже через 2-3 дня.

Если же операцию проводят с использованием местной анестезии, больного выписывают уже через несколько часов. К таковым относятся доброкачественные опухоли кожи и жировой клетчатки, папилломы, вросшие ногти. Большой популярностью пользуется минифлебэктомия. Эту операцию по удалению пораженных вен можно применять в случаях варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей.

Многие боятся после выписки из амбулаторного центра оказаться оставленными на произвол судьбы. Однако, эти опасения абсолютно не обоснованы. В течение всего реабилитационного периода, а в среднем он длится около десяти дней, больной находится под строгим контролем специалистов, хотя и дома.

# Список использованной литературы

1. Амбулаторная хирургия, Гриценко В.В., Игнатова Ю.Д. - электронный учебник
2. <http://www.smclinic.ru/articles/ambulatornaya-hirurgiya-197.html> - Интернет-портал "Здоровье"
3. [http://health. wild-mistress.ru/wm/health. nsf/publicall/6B504574767D8E8FC32575C3007615CF](http://health.wild-mistress.ru/wm/health.nsf/publicall/6B504574767D8E8FC32575C3007615CF) - интернет-журнал "Амбулаторная хирургия" 2010-2
4. [http://www.profklinik.ru/ambul\_hirurgia. htm](http://www.profklinik.ru/ambul_hirurgia.htm) - Сайт "Профессорская клиника"