

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Тема: Заняття в операційній (2 години)

1. Актуальність теми.

Операційний блок є одним із головних структурних підрозділів хірургічного відділення. Від його роботи залежить якість операції і кількість оперованих хворих. Тут як не в одному з інших підрозділів повинні дотримуватись; асептики і антисептики, злагодженості роботи хірургічної бригади, чіткості роботи анестезіолога, знання кожного учасника операції своїх функціональних обов'язків. Якщо учасники операції працюють злагоджено, операція може проходити без єдиного слова. При необхідності про щось питає хірург, анестезіолог, операційна сестра роблять це в самій короткій формі, напівголоса. Нормальний хід та тривалість операції багато залежить від знань, вмінь, організаторських здібностей хірурга. Під час операції лікар, операційна сестра суворо виконують правила асептики, а при необхідності навчають молодих сестер.

2. Мета.

Знайомство з будовою, прибиранням, обладнанням, режимом роботи операційного блоку; закріплення навиків миття рук, одягання стерильною одягу, накривання стерильного стола, підготовка стола анестезіста, знайомство з роботою операційної бригади.

3. Базовий рівень знань:

- асептика і антисептика;
- принципи хірургічної деонтології;
- підготовка хворих до планових операцій;
- підготовка хворих до невідкладних операцій;
- правила доставки хворого в операційну;
- класифікації оперативних втручань;
- етапи прибирання операційної

4. Перелік контрольних знань і вмінь які отримує студент.

Вміти:

- обробити руки методом Спасокукоцького-Кочергіна, хлоргексидином, первомуром та ін ;
- обробити операційне поле по Гроссиху-Філончикову, спиртом, різними антисептиками;
- вдягти маску, шапочку, фартух, бахіли, стерильний халат і рукавички;
- накрити стерильний інструментальний стіл;
- підібрати інструменти для хірургічної операції;
- правильно подати інструменти під час операції.

Знати:

- обґрунтування основних санітарно-гігієнічних вимог до операції;
- організацію роботи ургентної та планової операційних;
- захист операційного блоку від проникнення інфекції;
- функціональні обов'язки членів хірургічної і анестезіологічної бригад;
- передстерилізаційну підготовку інструментів;
- хірургічний інструментарій;
- положення хворого на операційному столі в залежності від виду операції;

- контроль стерильності рук хірурга, операційної сестри, апаратури;
- документацію в операційному блоці.

Студент, знаходячись в операційній наочно спостерігає за роботою операційної бригади.

5. Основні положення теми.

Операційний блок повинен знаходитися вдалині від харчового блока, палат, санвузлів, ні на першому поверсі. Призначення його заключається в максимальному зменшенні небезпеки занесення екзогенної інфекції в операційну рану, створенні найбільш сприятливої обстановки для проведення операції і заживлення рани. Виділяють окремі операційні для невідкладних, планових, ендовідсохірургічних операцій. Операційний блок включає операційний зал, приміщення для передопераційної, автоклавно-стерилізаційної, матеріальної, а у великих хірургічних відділеннях додатково виділяють апаратну, наркозну, кімнати переливання крові, операційних медсестер, лікарів, душову, санвузол та ін.

З метою зменшення заносу екзогенної інфекції застосовують ряд заходів. Операційний блок відділяється від усіх підрозділів хірургічного відділення і постійно закритий. Умови асептики досягаються завдяки чіткому розділенню його підрозділів: стерильна зона - операційна, стерилізаційна, лабораторія штучного кровообігу, зона суворого режиму - передопераційна, апаратна, мийна (вхід до цих зон виділено червоною шириною 10 см.), зона обмеженого режиму - приміщення для медсестер, зберігання крові, чистої білизни; зона загального режиму - кабінети завідуючого, старшої медсестри, приміщення для забрудненої білизни.

Планування операційного блоку визначається кількістю ліжок та об'ємом роботи хірургічного відділення (районна лікарня, міська, клінічна, спеціалізовані хірургічні відділення, клінік та інститутів). Особливістю операційних блоків є в більшому ступені наповненість обладнанням (гіпсовально-перев'язочна кімната, рентгенкабінет та ін.).

Планування та обладнання операційного блоку повинні виключати можливість накопичення пилу, забруднень, забезпечити ефективно миття підлоги, стін, стелі. Підлогу стіни краще облицювати кахелем чи пластмасовою плиткою, стіни та стелю можна викрасити масляною фарбою. Вікна повинні бути великими з фрамугами, що відкриваються всередину, і у південних районах виходити на північ або північно-захід для профілактики перегрівання. Площа операційної зали на 1 операційний стіл повинна бути не менше 40 м².

Обладнання операційної залежить від профілю хірургічного відділення і складається з операційного столу, безтіньової лампи, безтіньового передвижного світильника, наркозного апарату, великого інструментального столу, передвижного столика для інструментів, біксів на підставках з педальним пристроєм, настінних чи скляних безтіньових бактерицидних ламп, хірургічного інструментарію, апаратів для електрокоагуляції, газів та ін. Централізовано підведені кисень, закис азоту, стиснуте повітря, вакуум.

В передопераційній є кран з холодною і гарячою водою, велике дзеркало, бікс зі стерильними шапочками і масками, стійка з фартухами, тази для миття рук.

В матеріальній кімнаті знаходяться шафа для інструментарію, білизни та інших необхідних для операції предметів, ванни.

Головним джерелом інфекції у операційному блоці є людина. Перед початком роботи кількість мікробів у повітрі операційної не повинна бути вище 500 колоній на 1м^3 , під час роботи - 1000 колоній на 1м^3 , при цьому мають бути відсутні патогенні стафілококи. Співробітники повинні бути одягнені у спеціальний одяг, вихід у якому за межі операційного блоку суворо заборонений. Лікарі, консультанти, курсанти, студенти одягають 4-х шарову маску. Вбирають волосся під шапочки, знімають шерстяний та синтетичний одяг, вдягають бахіли. Для зменшення ризику інфікування обмежують кількість сторонніх осіб, виключають розмови, ходіння по операційній. Кращим є спостереження за ходом операції по екрану телевізора, що встановлений в учбовій кімнаті або через скло стелі над операційною.

Власна гігієна співробітників операційного блоку повинна бути дуже високою. Вони регулярно проходять бактеріологічний контроль, а при необхідності санують хронічні вогнища інфекції.

У склад операційної бригади входять хірург, асистент, операційна медична сестра, молодша медична сестра, анестезіолог, сестра - анестезист. Вони підлягають встановленій санітарно-гігієнічній обробці напередодні операції.

Планова операція виконується вдень, невідкладна - в будь який час доби.

Догляд за операційною і її утримування забезпечується постійним контролем старшої операційної медичної сестри.

Розрізняють 4 види прибирання: початковий (вранці), поточний (під час операції прибирають інструменти, марлеві шарики та ін., що впали на підлогу, витирають кров та ін), проміжний (після кожної операції видаляють з тазів їх вміст, обробляють церату операційного столу та підлогу), заключний (у кінці робочого дня), генеральний (планово 1 раз на тиждень у день вільний від операцій). Прибирання здійснюється вологим способом різними розчинами (1% розчин хлораміну Б, 3% або 6% розчин перекису водню з 0,5% розчином миючих засобів таких як "Лотос" та ін., 0,2% розчин дезоксону - 1, 2% розчин дихлор - 1, 0,5% розчин гембару, розчин 1% мильно-содовий, потім 3% розчин хлорного вапна).

Вранці горизонтальні поверхні (підвіконня, підлога, обладнання) протирають вологою ганчіркою. Під час генерального прибирання всю операційну (стелю, стіни, підлогу та ін.) миють гарячою водою з милом, 3% - 6% розчином перекису водню з 0,5% розчином миючих засобів, або 1% розчином хлораміну В, 0,5% розчином гембару, 1% мильно-содовим розчином, а потім 3% розчином хлорного вапна.

Кондиціонування повітря проводиться централізованим способом спеціальними і шинками, що забезпечують найбільш оптимальні умови: коливання температури повітря від 20° до 22°C , при вологості 50-60%, що забезпечує обмін повітря до 3-4 разів на 1 годину.

Для операцій при яких ризик інфікування може мати фатальні наслідки, використовують операційні з ламінарною течією стерильного повітря, де відбувається обмін повітря до 500 разів за 1 годину, що знижує у 10 разів вміст бактерій у порівнянні зі звичайною операційною. Для особливо складних операцій на органах кровообігу створені бароопераційні, де операції проходять в умовах підвищеного атмосферного тиску.

В операційному блоці проводиться велика робота по профілактиці повітряно-крапельної інфекції, контактної, імплантаційної з залученням центрального стерилізаційного відділення.

6. Ситуаційні індичі.

Приклад № 1

В ургентному порядку госпіталізували хворих з защемленою паховою килою, гострим апендицитом, абсцесом сідниці, флегмоною кисті. В якому порядку їх необхідно оперувати?

- флегмона, абсцес, гострий апендицит, защемлена кила;
- абсцес, флегмона, защемлена кила, гострий апендицит;
- защемлена кила, гострий апендицит, абсцес, флегмона;
- гострий апендицит, защемлена кила, флегмона, абсцес.

Приклад № 2.

Хворого з проривною виразкою дванадцятипалої кишки на каталці транспортують в операційну. Де необхідно його перекласти на іншу каталку для подальшого транспортування?

- в операційній залі;
- в передопераційній;
- в санпропускнику;
- в матеріальній.

Приклад № 3.

Яка з операцій є найбільш оптимальною для хірургічного лікування хворого з гострим деструктивним холециститом у віці 65 років з тяжкою супутньою патологією?

- екстрена;
- невідкладна;
- планова;
- ендовідеохірургічна.

7. Тести самоконтролю знань-умінь:

а) який спосіб обробки рук хірурга є найбільш швидким?

- Спасокукоцького-Кочергіна;
- хлоргексидином-біглюконатом;
- первомуром;
- церигелем;
- за Бруном.

б) під час операції хірург випадково голкою проколов рукавичку. Що треба зробити?

- перемити руки;
- змінити рукавичку,
- продовжувати оперувати;
- одягти додаткову рукавичку.

в) де категорично, з міркувань асептики, неможливо знаходитися в операційній залі під час операції?

- за спиною хірурга на відстані 0,4 м.;
- між анестезіологом і крапельницею;

- між операційним столом і біксами;
- між головним кінцем операційного стола та дверима.

Джерела інформації:

1. Гостищев В К. Общая хирургия.-2-е изд.перераб и доп- М.: Медицина, 1997 –
2. Загальна хірургія /Заред. С.П.Жученка, М.Б.Желіба, С.Д.Хіміча- К.: Здоров'я, 1999 - 188 с.
3. Общая хирургия. Учебник для медицинских вузов /Под ред. П.Н.Зубарева, М.И. Лыткина, ЕВ.Епифанова-СПб.: СпецЛит, 1999-472с.
4. Петров С.В. Общая хирургия.- СПб. Изд-во "Лань", 1999 - 672 с.
5. Черенько М.И., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія - К.: Здоров'я, 1999- 680с.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Тема: Заняття в поліклініці (2 години)

1. Актуальність теми.

Більшість хворих (85-90%) з різними захворюваннями вперше звертаються в поліклініку, де розпочинається їх лікування. Робота лікаря на хірургічному прийомі характеризується особливостями, які в значній мірі визначають не тільки якість лікувально-діагностичної допомоги амбулаторним хворим, але і багато показників діяльності хірургічного стаціонару. Про це свідчить повнота обслідування в поліклінічних умовах хворого, яким необхідне планове оздоровлення, їх відбір на стаціонарне лікування, своєчасне виявлення та госпіталізація хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини і травмами. Крім того, після виписки хворого із стаціонару в поліклініці проводиться подальше лікування та реабілітація, що в значній мірі визначає тривалість тимчасової та стійкої непрацездатності.

На протязі короткого проміжку часу в спілкуванні хірурга з хворим в хірургічному і кабінеті необхідно оцінити дані анамнезу та різних методів обстеження, поставити діагноз та визначити план лікування. Робота в поліклініці потребує високої теоретичної підготовки, уміння раціонально поєднувати хірургічні методики лікування з фізіотерапевтичними, санаторно-курортними, лікувальною фізкультурою. Крім того, хірургу поліклініки необхідно проводити диспансеризацію населення, лікувати хворих на дому, проводити планову профілактику, санітарно-освітню та оздоровчу роботу.

Все це потребує від хірурга відповідних знань і досвіду не тільки в галузі хірургії, але й суміжних спеціальностей.

2. Мета.

Ознайомитись з організацією хірургічної допомоги в поліклініці, роботою хірурга, операційного блоку та перев'язувальної; методикою обстеження хворого в умовах хірургічного поліклінічного прийому і проведення хірургічних втручань.

3. Базовий рівень.

- знати устрій і організацію роботи хірургічного стаціонару;
- володіти принципами медичної деонтології та лікарської етики;
- знання асептики та антисептики;
- знання розділів та схеми написання медичної картки;
- володіти методикою загального клінічного обстеження хворого;

- знання питань діагностики та лікування основних гнійно-септичних захворювань.

4. Перелік контрольних знань і вмінь які отримусь студент.

Вміти.

Для реалізації поставленої мети, необхідно:

- навчитись коротко, але ємко описувати в амбулаторній картці дані анамнезу та об'єктивних методів дослідження;
- засвоїти методику клінічного обстеження хворих в амбулаторних умовах;
- приймати участь в записах в амбулаторній карті, заповнення статистичного талону, виписування рецептів, роботі в перев'язочній;
- асистувати при розтинах панарицію, абсцесу, флегмони, видалення доброякісних пухлин, сторонніх тіл та ін.

Знати:

- структуру хірургічної служби поліклініки;
- функціональні обов'язки хірурга, медичної сестри;
- перелік і ведення необхідної медичної документації,
- перелік не підкладних операцій,
- перелік планових операцій;
- показання для планової та екстреної госпіталізації.

5. Основні положення теми.

Задачі, які стоять перед хірургічним відділенням поліклініки.

Надання населенню кваліфікованої медичної допомоги та проведення оздоровчих профілактичних заходів в районі діяльності поліклініки. Надавати медичну допомогу хірург повинен як в поліклініці, так і на дому.

Робота хірурга в поліклініці має свої особливості. По-перше, хірург в більшості випадків працює один, не маючи можливості одержати консультацію у свого колеги, як це буває в стаціонарі. Це, безсумнівно, вимагає від нього значних знань хірургічних хвороб; по-друге, велика кількість хворих під час прийому, обмежує час для постановки діагнозу та вибору правильного методу лікування. Крім того, хірург в поліклініці не може вести динамічного погодинного спостереження за хворими; по-третє, хірург не завжди своєчасно може одержати дані спеціальних методів дослідження із-за того, що діагностичні кабінети працюють по своєму графіку. Нерідко необхідну інформацію він одержує наступного дня; по-четверте, черговість прийому хворих часто порушується появою різнопланових хворих, які потребують негайної допомоги.

Структура хірургічного відділення може бути різною і залежить від кількості відвідувань. В невеликих районних поліклініках хірургічне відділення складається із кабінету лікаря і перев'язочній, яка розташована поруч. При великій кількості відвідувань, крім згаданих приміщень, необхідно мати операційну для проведення асептичних операцій (операції при запальних процесах можуть виконуватись в перев'язочній).

В відповідності з нормами та правилами лікувально-профілактичних закладів, площа кабінету лікаря повинна бути 10-15 м², перев'язочній - 15-16 м², причому, на кожний стіл добавляється 8 м². Розміри операційного залу не менше 3,2 x 4,5 м.

В хірургічному кабінеті необхідно мати стіл, два-три стільці, кушетку для огляду хворого (для зручності при роздяганні та одяганні хворого кушетку слід відгородити ширмою), негатоскоп для рентгенограм; в перев'язочній - стіл для стерильного інструмента, столик для медикаментів і розчинів, які застосовуються при роботі; шафа для зберігання ліків і перев'язувальних матеріалів, підставка для біксів із стерильною білизною та перев'язувальним матеріалом, два стільці. Також в ній необхідно мати все, що потрібно для миття рук, а також невелику тумбочку для зберігання гіпсових бинтів та інструментів для зняття гіпсових пов'язок.

Обладнання операційної передбачає наявність операційного столу, пересувного столика для хірургічного інструменту, 2-4 гвинтових табурети, підставок для біксів зі стерильною білизною та перев'язувальним матеріалом, сухожарової шафи для стерилізації хірургічного інструменту, малого операційного набору або загального хірургічного інструментарію.

Розрахункові норми навантаження лікаря хірургічного профілю в поліклініці на 1 годину роботи складають: для хірурга - 9, травматолога і ортопеда - 7, уролога - 5, онколога - 5 хворих. Хворі, які звертаються вперше, як правило, складають до 50% від загальної кількості відвідувань хірургічного кабінету. Робота хірурга на дому - 10-12% від робочо дня.

Основним завданням хірурга в поліклініці є прийом, обстеження, постановка діагнозу та лікування хворих, яким не потрібна госпіталізація. Крім того, проводиться долікування хворих, виписаних з стаціонару.

При обстеженні хворих використовуються всі необхідні методи: фізичні (огляд, пальпація, аускультация), інструментальні (рентгенологічні, ендоскопічні, ультразвукові), лабораторні (аналізи крові, сечі, кала, бактеріологічне та серологічне дослідження цитологічне дослідження зіскобів пунктів, промивних вод).

Для лікування хворих застосовуються як консервативні, так і оперативні методи. Як правило, операції бувають невеликими за об'ємом і короткотривалі. Вони можуть виконуватись як в екстреному, так і в плановому порядку. Для планових операцій необхідно виділяти окремий день.

Кожну амбулаторну операцію потрібно виконувати при достатньому знеболюванні. В більшості хворих застосовується місцева новокаїнова анестезія, але при маститах, парапроктитах, глибоких формах панарицію, флегмонах кисті та інших таке знеболювали неефективне. В таких випадках треба застосовувати загальну анестезію з участю підготовленого анестезіолога.

Операції та маніпуляції в поліклініці можуть, бути невідкладні та планові.

До невідкладних операцій відносяться:

- реанімаційні заходи (штучне дихання, інтубація трахеї, трахеотомія, закритий масаж серця);
- зупинка кровотеч (тимчасова та кінцева);
- первинна хірургічна обробка ран (крім проникаючих);
- розтин поверхньо розташованих абсцесів підшкіряної основи (крім ділянки шиї),

фурункулів, що абсцедують, гідраденітів, панариців (операції при гнійних процесах необхідно виконувати при відсутності у хворого ознак тяжкої загальної гнійної інтоксикації та цукрового діабету).

Планові операції наступні:

- видалення невеликих доброякісних пухлин м'яких тканин (атерома, ліпома, гідрома та ін.) і обов'язковим направленням препарату для гістологічного дослідження. Хворі з пігментними пухлинами шкіри, лейкоплакіями, кератозами губ, гемангіомами, новоутвореннями молочних залоз, поліпами та фіброзними вузлами промежини та анального отвору повинні оперуватись в умовах стаціонару.

- висічення слизових сумок при ліктьових та препателлярних бурситах;
- видалення врослого нігтя;
- діагностика та лікування пункції суглобів;
- видалення поверхньо розташованих організованих гематом, якщо є впевненість,

що вона не пульсує;

- накладання на рану вторинних швів;

- видалення поверхньо розташованих і пальпованих сторонніх тіл.

Підготовку операційного поля, рук хірурга, обробку інструментів операції потрібно проводити в суворій відповідності до правил асептики.

Велике значення в роботі хірурга поліклініки має своєчасна госпіталізація хворого в стаціонар.

Показаннями для екстреної госпіталізації є:

1) гострі хірургічні захворювання, які потребують невідкладної операції і не і не можуть бути виконані в умовах поліклініки;

2) ушкодження органів, при яких неможлива амбулаторна медична допомога;

3) гостра хірургічна інфекція, яка потребує великого за об'ємом хірургічного втручання або постійного догляду за хворими;

4) госпіталізація при підозрі на гостре хірургічне захворювання з метою динамічного спостереження.

Планова госпіталізація проводиться, в випадках:

1) лікування захворювання погребує значного об'єму операційного втручання;

2) лікування хронічних захворювань в умовах поліклініки неефективно;

1) обстеження хворих потребує спеціальної апаратури, або особливих умов обстеження;

2) малі операції у тяжкохворих.

Планово госпіталізуються хворі, яким хвороба не загрожує життю і вони можуть бути всебічно обстежені в поліклініці.

Під час прийому значну частину часу хірург проводить в перев'язочній. При наявності однієї перев'язочної чисті перев'язки потрібно робити в першу чергу, гнійні – вдругу.

Робота лікаря-хірурга поліклініки містить, в собі лікування хворих, виписаних зі стаціонару, експертизу тимчасової або стійкої втрати працездатності, диспансеризація хворих. Крім того, він заповнює амбулаторну карту, лікарняний листок та листок обліку, виписує рецепти, призначає консультацію спеціалістів і обстеження.

Успіх багатопланової роботи хірурга залежить від рівня професійної підготовки медичної сестри. Медсестра може самостійно виконувати більшість перев'язок, але не одна перев'язка не повинна виконуватись без нагляду лікаря-хірурга.

6. Ситуаційні задачі.

1. Хворий, 54 р., хворіє цукровим діабетом протягом 10 років. Три дні тому на

потилиці з'явився твердий болючий інфільтрат. Температура тіла - 38,5° С. При огляді шкіра в ділянці потилиці гіперемована, в центрі її болючий інфільтрат 4 x 3 см, на якому 3 невеликі гнійні пухирці. Обгрунтуйте Ваш діагноз? Лікування. Тактика.

2. Хворий, 30р., звернувся за допомогою в хірургічний кабінет зі скаргами на різкий

біль в ділянці другого пальця лівої кисті, порушення функції пальця, загальну слабкість, підвищення температури. Захворів 3 дні тому після того, як поранив палець. Об'єктивно: стан хворого задовільний. Пульс 90 в за хвилину, АГ 120/80 мм рт.ст. температура тіла - 37,5°С. Середня фаланга другого пальця лівої кисті різко збільшена розмірах, деформована. Шкірні покрови напружені, ціанотичні. Активні рухи не в повному об'єму. При пальпації в центрі фаланги визначається інфільтрат, по середині якого шкіра пом'якшена. Діагноз? Лікування. При необхідності оперативного втручання, яке потрібної знеболювання?

3. Хвора, 51р., на хірургічному прийомі скаржилася па новоутворення на тім'яній

ділянці, яке поступово росте, заважає розчісувати волосся, інколи виникають подряпини після розчіски, які болять. Хворіє біля 10 років. Останні 2-2,5 роки новоутворення збільшується. Об'єктивно в тім'яній ділянці закругленої форми пухлина 4 x 5см, рухома, щільна, безболісна, не пов'язана з кісткою. Регіональні лімфовузли не збільшені. Діагноз? Лікування.

7. Тести самоконтролю знань-умінь.

1) Диспансеризація - це система заходів, направлена на активне виявлення, діагностику, лікування й профілактику захворювань. Яке з перелічених слів є ключове в цій формулюванні:

- а) діагностика;
- б) виявлення;
- в) лікування;
- г) профілактика.

2) Який з перерахованих панариціїв найчастіше ускладнюється пандактилітом?

- а) підшкірний;
- б) сухожильний;
- в) кістковий;
- г) пароніхій;
- д) суглобовий.

3) Який відсоток робочого часу використовує дільничий хірург для відвідування

пацієнтів на дому:

- а) 10%;
- б) 20%;
- в) 25%;
- г) 30%;
- д) 50%.

4) Який з перерахованих підрозділів хірургічного відділення поліклініки є не обов'язковим:

- а) гнійна перев'язочна;
- б) операційна;
- в) оглядова;
- г) чиста перев'язочна;
- д) ендоскопічний кабінет.

Джерела інформації:

1. Загальна хірургія Під ред. С.П.Жученко, М.Д.Желіба, С.Д.Хіміча, Київ, 1999 р.
2. Чсренько М.П., Воврик Л.М. Загальна хірургія. Київ. 1999 р.
3. Петров С.В. Общая хирургия С. Петербург, 1999 г.
4. Гостищев В.К. Общая хирургия. Москва, 1999 г.
5. Пауткин Ю.Ф., Малярчук В.И. Поликлиническая хирургия. Москва, 2000 г.
5. Мазурик М.Ф., Демянюк Д.Г. Амбулаторная хирургия Киев, 1988 г.