

СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральным законом от 25.12.2018 №489-ФЗ было решено изменить последовательность и качественное наполнение исходного принципа построения организации хирургической помощи с базового алгоритма: «порядки — стандарты — клинические рекомендации» на более логичный, динамичный и в целом существенно более прогрессивный: «порядки — клинические рекомендации — стандарты» (рис. 2).

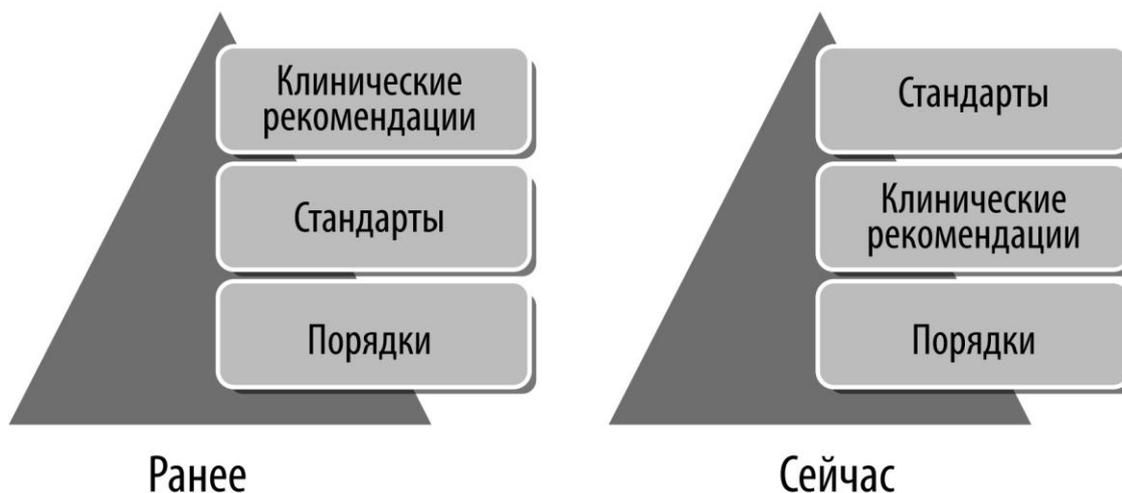


Рис. 2. Пирамида базового принципа организации хирургической помощи в Российской Федерации

Правовые основы оказания хирургической помощи в Российской Федерации регламентированы Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 922 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия"».

Согласно Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия» в нашей стране она может оказываться в следующих условиях:

- **амбулаторно** (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- **в дневном стационаре** (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- **стационарно** (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Медицинская помощь по профилю «хирургия» оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Что касается других значимых дополнений организации безопасности и минимизации рисков в практику национальной хирургии, то, согласно изменениям в ФЗ-323, организация оказания медицинской помощи (ст. 37) отныне предполагает, что медицинская помощь (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) организуется и оказывается:

1) в соответствии с Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

2) в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

3) на основе клинических рекомендаций;

4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических рекомендаций, одобренных и утвержденных в соответствии с настоящей статьей, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения.

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Структура хирургической помощи в России:

- фельдшерско-акушерские пункты;
- участковые больницы (поликлиники);
- хирургические отделения ЦРБ;
- специализированные хирургические отделения многопрофильных городских и областных больниц;
- хирургические клиники медицинских ВУЗов;
- научно-исследовательские институты.

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

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.

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.

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.

Правила организации деятельности кабинета врача-хирурга

Кабинет врача-хирурга медицинской организации (далее - Кабинет) создается для осуществления консультативной, диагностической и лечебной помощи по профилю «хирургия».

Структура и штатная численность Кабинета устанавливаются руководителем медицинской организации, в которой создается Кабинет, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения.

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Врач-хирург	1 на 10000 прикрепленного взрослого населения
2.	Медицинская сестра	1 на 1 врача-хирурга
3.	Санитар	1 на 3 кабинета

В Кабинете рекомендуется предусматривать:

- помещение для осмотра больных;
- помещение для медицинских манипуляций.

Оснащение Кабинета осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением N 3 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия".

Стол рабочий	Аппарат лазерный для резекции и коагуляции	Столик инструментальный	Бестеневая лампа	Шина транспортная для нижних конечностей
Кресло рабочее	Мешок Амбу	Столик манипуляционный	Весы	Головодержатель (воротник Шанца)
Стул	Аспиратор хирургический	Малый хирургический набор	Сейф для хранения лекарственных препаратов	Переносной набор для реанимации
Кушетка	Тонометр	Стерилизатор для инструментов	Персональный компьютер	Шпатель
Шкаф для перевязочных средств	Радиохирургический нож	Сухожаровой шкаф для стерилизации	Стетофонендоскоп	Сантиметровая лента
Шкаф для медицинских документов	Контейнер для хранения стерильных инструментов	Холодильник	Шина для лечения переломов ключицы	Медицинский термометр
Ростомер	Стол операционный	Негатоскоп	Шина для фиксации кисти и пальцев	Емкости для дезинфекции
Настольная лампа	Стол перевязочный	Бактерицидный облучатель воздуха	Шина проволочная	







Операции и манипуляции, проводимые в амбулаторных условиях

- 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.
- 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.

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.

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 анестезиста
- стерилизатор
- винтовые табуреты
- источник света



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.

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.

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.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Стационарная хирургическая помощь оказывается в хирургических отделениях трёх видов: общего профиля, специализированных и высокоспециализированных (центрах).

Общехирургические отделения организуются в составе районных и городских больниц. Они обеспечивают основными видами квалифицированной стационарной хирургической помощи большую часть населения страны. Здесь лечат различные заболевания, среди которых более 50% приходится на острую хирургическую патологию и 20-40% на повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата.

Специализированные отделения открываются в областных, городских больницах и обслуживают от 50 тыс. до 3 млн населения. Они предназначены для оказания больным хирургической помощи по соответствующей специальности. В

основе организации специализированных отделений лежат аналогичные принципы, способствующие концентрации больных по определённому признаку:

- *по заболеванию одной системы органов* - отделения хирургии сосудов, хирургии лёгких, проктологические, урологические и т.п.;
- *по нозологическим формам, с учётом локализации* - ожоговые отделения, хирургии мочевого пузыря и костно-суставного туберкулёза и т.п.;
- *по разделам хирургической патологии* - онкологические отделения, неотложной хирургии, гнойной хирургии и т.п.

Правила организации деятельности хирургического отделения

Хирургическое отделение медицинской организации (далее - Отделение) создается как структурное подразделение медицинской организации.

Отделение возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создано Отделение.

Структура и штатная численность Отделения утверждаются руководителем медицинской организации, в составе которой создано отделение, и определяются исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и коечной мощности с учетом рекомендуемых штатных нормативов.

Основными функциями Отделения являются:

- ✓ оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, путем выполнения операций с применением хирургических (в том числе микрохирургических) методов на основе стандартов медицинской помощи;
- ✓ подготовка и проведение диагностических процедур в стационарных условиях;
- ✓ освоение и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний и состояний, требующих лечения методами хирургии;
- ✓ разработка и внедрение новых медицинских технологий, относящихся к лечению больных с заболеваниями по профилю "хирургия";
- ✓ разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы в отделении хирургии;
- ✓ осуществление реабилитации больных с заболеваниями по профилю "хирургия" в стационарных условиях;
- ✓ осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;
- ✓ оказание консультативной помощи врачам-специалистам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения заболеваний и патологических состояний, нуждающихся в лечении методами хирургии;
- ✓ ведение учетной и отчетной документации, предоставление в установленном порядке отчетов о деятельности Отделения, ведение которых предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Обязанности палатной медсестры хирургического отделения

- Организовать и поддерживать лечебно-охранительный режим в отделении.
- Принять вновь поступившего больного и проводить его в палату. Обеспечить больного чистыми постельными принадлежностями, познакомить его с распорядком дня и устройством отделения.

- Следить за чистотой в палатах и подсобных помещениях, за выполнением всеми больными распорядка дня и режима работы отделения.
- Пунктуально выполнять все назначения врача больному: процедуры и манипуляции, в том числе инъекции подкожные, внутримышечные, внутривенные; брать кровь из вены (для биохимических анализов); определять группу крови и резус-фактор; определять совместимость по группе и по резусу.
- Измерять температуру тела больным и отмечать её в истории болезни.
- Контролировать артериальное давление и пульс тяжелобольным.
- Знать в полном объёме методики подготовки больных к операции (экстренной, срочной и плановой) и осуществлять уход за больными после операции.
- Уметь оказывать первую медицинскую помощь больному при неотложных состояниях до прихода врача (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, остановка кровотечения и др.).
- Руководить работой младшего медицинского персонала.