

# Сокращения

АД	—	артериальное давление	ОЖП	—	общий желчный проток
АЧТВ	—	активированное частичное тромбопластиновое время	ОЦК	—	объем циркулирующей крови
БСДК	—	большой сосочек двенадцатиперстной кишки	ПОН	—	полиорганная недостаточность
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека	СОЭ	—	скорость оседания эритроцитов
ГПП	—	главный панкреатический проток	УЗИ	—	ультразвуковое исследование
ДВС	—	синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	УФО	—	ультрафиолетовое облучение крови
ЖКТ	—	желудочно-кишечный тракт	ЦНС	—	центральная нервная система
ИБС	—	ишемическая болезнь сердца	ЧД	—	частота дыхания
ИВЛ	—	искусственная вентиляция легких	ЧСС	—	частота сердечных сокращений
КОС	—	кислотно-основное состояние	ЦВД	—	центральное венозное давление
КТ	—	компьютерная томография	ЭГДС	—	эзофагогастродуоденоскопия
МРТ	—	магнитно-резонансная томография	ЭЗП	—	энтеральное зондовое питание
НПВС	—	нестероидные противовоспалительные средства	ЭКГ	—	электрокардиография
			ЭПСТ	—	эндоскопическая папиллосфинктеротомия
			ЭРПХГ	—	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

# Предисловие

Неотложная хирургия органов брюшной полости в течение многих десятилетий была и до настоящего времени продолжает оставаться сложным и проблемным разделом клинической хирургии. Возросший уровень развития медицинской техники и значительный прогресс в обеспечении лечебных учреждений современными диагностическими средствами, такими как магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография, радиоизотопная и ультразвуковая аппаратура, многофункциональные эндоскопические приборы, позволяют получать большой объем информации о патологических изменениях внутренних органов. Все же в большей степени это касается специализированных больниц скорой медицинской помощи. Острые заболевания органов брюшной полости, хирургическая помощь при которых в массе своей является прерогативой городских и районных больниц, по-прежнему привлекают к себе пристальное внимание хирургов. Вполне естественно, что своевременная и достоверная диагностика данной патологии определяет и выбор соответствующей лечебной тактики.

Многие годы, являясь главным хирургом Министерства здравоохранения СССР, я могу с уверенностью утверждать, что большинство диагностических ошибок, которые неизбежно влекут за собой неправильную тактику лечения, предопределяя печальные исходы, совершается именно хирургами, оказывающими неотложную помощь пациентам с острой патологией органов брюшной полости. Наш опыт показывает, что основными причинами диагностических ошибок при подобной патологии являются поспешность в принятии решения, отсутствие соответствующего дифференциального подхода к проблеме диагноза, неполнота исследования, а порой и игнорирование методов, которые не только могут, но и должны быть применены в экстренных случаях. И лишь только затем ошибки диагностики заключаются в неправильной интерпретации тех или иных клинических проявлений самого заболевания. Хирург, оказывающий неотложную хирургическую помощь в режиме суточного дежурства и постоянно встречающийся с проявлениями тяжелой органной патологии, ограничен не только временными рамками для быстрого и правильного ее распознавания, но и возможностью получения консультативной помощи, а также использования целого ряда подсобных диагностических методов. Именно специфика диагностики и лечения пациентов с острой патологией органов брюшной полости требует от врача-хирурга не только разносторонних и глубоких спе-

циальных знаний, но и умения быстро ориентироваться даже в самых начальных признаках заболевания, правильно анализировать их совокупность и на основании этого ставить диагноз.

Наиболее часто подобные ошибки являются результатом необоснованного отступления от установленных правил и положений проведения диагностического поиска, так же как и дефекты в выполнении оперативных вмешательств есть результат нарушений соответствующих рекомендаций по объему и методам выполнения наиболее рациональных операций при оказании неотложной хирургической помощи.

Многолетний педагогический опыт работы в качестве ректора Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова и заведующего хирургической клиникой, непосредственно оказывающей больным неотложную хирургическую помощь, позволяет мне высказать мнение, что трудности как в плане диагностики, так и в плане реализации лечебной тактики, встречающиеся в работе молодых хирургов, не имеющих достаточного практического опыта, могут быть решены только за счет знания ими наиболее рациональной, проверенной временем стратегии принятия решения диагностических задач и тактики выполнения лечебных действий, включая и оперативные вмешательства.

Настоящая книга написана как пособие к практической деятельности хирурга, оказывающего неотложную помощь при острой патологии органов брюшной полости, в которой достаточно четко с позиций современного состояния хирургической науки систематизированы и изложены основные вопросы диагностики, методы оперативных вмешательств и лечебные мероприятия, проводимые в послеоперационном периоде, которые каждый хирург должен знать и уметь выполнять в совершенстве.

Хочется надеяться, что данная монография поможет хирургам, и особенно начинающим, в освоении принципов стратегии и тактики оказания помощи в неотложной хирургии органов брюшной полости и в которой они смогут найти ответы на наиболее важные вопросы этого всегда актуального раздела хирургии.

*Герой Социалистического Труда,  
лауреат Государственной премии СССР,  
заслуженный деятель науки РСФСР,  
академик РАМН,  
профессор* М. И. Кузин

# От автора

*Моим товарищам по работе,  
с которыми познавались  
радости побед и горечь поражений,  
посвящается*

В настоящее время при наличии большого количества различной медицинской литературы, в том числе и по неотложной хирургии органов брюшной полости, издание подобной монографии должно иметь достаточно мотивированное обоснование.

Опыт 40-летней хирургической работы в ряде больниц скорой медицинской помощи, а также преподавательской деятельности на хирургической кафедре медицинского университета позволил прийти к убеждению, что в неотложной хирургии органов брюшной полости универсальные схемы, к которым обычно сводится изложение общепринятых методов диагностики и лечения, в своей повседневной деятельности применяются хирургами без должной эффективности. Характерная особенность неотложной хирургии состоит в том, что каким бы ясным ни казался диагноз, никогда нельзя быть уверенным в его объективности, правильности принятых решений, а также возможности преодолеть внезапно возникшие осложнения. Попытки разобраться в сути причин подобной ситуации привели к мысли о том, что большинство вопросов в неотложной абдоминальной хирургии связано не столько с определенной нозологической формой, сколько с конкретным клиническим случаем. Подобное объясняется целым рядом объективных причин. Во-первых, сегодня больные с острой патологией органов брюшной полости поступают в хирургический стационар достаточно быстро. Хирургу приемного отделения предстоит найти ответы на ряд сложных вопросов: определить, что произошло с больным, из какого органа исходит заболевание, как поступить в данном случае, оперировать ли, и если «да», то когда и как. Решение всех этих вопросов неотложной хирургии, как правило, не терпит отлагательства. В то же время объективные, то есть морфологические, признаки патологии еще не всегда успевают полностью проявиться, что не дает возможности сделать вывод о наличии у пациента определенного заболевания, несмотря на то что субъективных и порой тяжелых его проявлений бывает вполне достаточно для правильной диагностики. В подобных ситуациях врач должен проявить свое клиническое мышление, умение проанализировать данный конкретный случай и выбрать соответствующий лечебно-диагностический алгоритм, то есть схему правильных действий. Именно на этом этапе объективно разобравшись с диагностикой конкретного патологического случая, быстро осуществить определенные необ-

ходимые лечебные действия бывает непросто и опытному хирургу, не говоря уже о хирурге начинающем. Не вызывает сомнения тот факт, что любые логические действия врача в каждом случае невозможны без наличия у него должного объема информации и знаний как о конкретном пациенте, так и имеющейся у него патологии.

Вторая причина заключается в том, что данные об основных клинических проявлениях и признаках патологии, как правило, основываются на классических, известных еще с начала прошлого века симптомах острых хирургических заболеваний, переходящих из одной монографии в другую без учета изменчивости организма, возникающей под воздействием целого ряда социальных, экологических и общепатологических причин. То, что в начале XX века являлось первичными признаками заболевания, сегодня может указывать на далеко зашедший патологический процесс, при котором предпринятое хирургическое вмешательство, как правило, запаздывает. Вполне понятно, что это неизбежно сказывается на непосредственных результатах хирургического лечения острых заболеваний органов брюшной полости, и в первую очередь больных пожилого возраста.

Третья, не менее важная причина кроется в стремлении хирурга любой ценой получить максимально достоверный и полный диагноз имеющейся у больного органной патологии. Для достижения этой цели врачи, не имеющие достаточного клинического опыта, все чаще стараются использовать весь возможный комплекс имеющихся в их распоряжении вспомогательных инструментальных и лабораторных методов исследования. Это объясняется не столько отсутствием необходимых знаний, сколько чувством собственной неуверенности и попыткой переложить ответственность за принятое решение на специалистов соответствующих диагностических служб. В то же время увеличение числа любых, выполненных без реальной необходимости тестов, как правило, приводит к получению значительного числа ложноположительных результатов, а это вновь побуждает врача к новому поиску патологии, которой на самом деле у больного не существует. Наряду с этим многие диагностические исследования не только небезопасны, но что самое главное, всегда приводят к промедлению в осуществлении необходимого лечения. Как правило, этот путь мало приемлем для хирургов учреждений, основной

задачей которых является систематическое и круглосуточное оказание неотложной хирургической помощи. И хотя правильная субъективная оценка врачом общей картины заболевания, тщательно собранный анамнез, методически правильно произведенное физикальное обследование, а также динамическое прослеживание изменений симптоматики патологического процесса не исключают значимости инструментальных и лабораторных методов, все же именно индивидуальная комплексная клиническая картина каждого конкретного случая острого заболевания органов брюшной полости была и есть основным и ведущим критерием определения истинного характера патологии и выбора правильного метода ее лечения, в том числе и хирургического.

Основным мотивом написания данной книги явилось желание в предельно лаконичной форме изложить оптимальные принципы диагностики и лечения основных острых заболеваний органов брюшной полости, предоставляя читателю возможность с их учетом выработать собственное суждение о выборе может быть более правильного пути оказания действенной хирургической помощи больному человеку. В какой степени это удалось автору, судить благосклонному читателю.

Надеемся, что эта книга, обобщающая не только наш личный опыт, но и коллективный опыт ряда скорпомощных хирургических клиник, в которых автору пришлось работать, поможет хирургам, и в первую очередь начинающим, избежать досадных ошибок в их диагностических суждениях и хирургических действиях. Так как данная книга отражает лишь ту систему взглядов, которая сложилась у автора, и при этом

она ни в коей мере не претендует на универсальность в решении всех вопросов неотложной абдоминальной хирургии, мы заранее признательны читателям за конструктивные критические замечания, которые могут возникнуть у них при ознакомлении с данной работой.

Эта книга, посвященная актуальным вопросам неотложной абдоминальной хирургии, является результатом наблюдений за большим числом больных в период нашей работы на клинических базах кафедр общей хирургии лечебного факультета 2-го Московского медицинского института, впоследствии Российского государственного медицинского университета. За 4 десятилетия работы в данном направлении нам пришлось встречаться со многими коллегами хирургами, анестезиологами, эндоскопистами, патологами, совместная деятельность с которыми позволяет им иметь моральное право быть соавторами этой книги.

Кроме того, считаю своим долгом принести дань глубокого уважения моим учителям профессорам Ю. Е. Березову и В. М. Буянову, которые были не только подлинными учеными и талантливыми хирургами, но и людьми удивительного обаяния и редкой душевной щедрости, личный вклад которых во многом способствовал развитию отечественной школы неотложной абдоминальной хирургии.

*А. И. Ковалев,  
доктор медицинских наук,  
профессор кафедры общей хирургии  
Российского государственного медицинского  
университета им. Н. И. Пирогова,  
академик РАЕН*

# Введение

Оказание неотложной хирургической помощи является неотъемлемой частью повседневной практической деятельности врача. Неотложная хирургия вообще, а абдоминальная в частности, является «медициной спасения», в отличие от других ее разделов, которые в основном направлены на улучшение качества жизни.

С приобретением определенного профессионального опыта к большинству врачей приходит понимание того, что главным в медицине является постановка диагноза и выбор оптимального метода лечения. Без знания точного диагноза невозможно проведение больному никаких эффективных лечебных мероприятий. Сама по себе диагностика ни в коей мере не может подменить основного предназначения врача — выбора и реализации наиболее оптимального варианта лечения для каждого конкретного больного. В целом принятие решения в хирургии складывается из анализа данных о характере патологического процесса, особенностях его течения, общего состояния организма и возможного его изменения после проведения того или иного оперативного вмешательства. Как показывает опыт авторитетных хирургических клиник, наилучшие результаты лечения острой абдоминальной патологии достигаются только при всестороннем охвате частными алгоритмами всего лечебного процесса от момента поступления больного в стационар до его выздоровления.

Оптимальным решением большинства проблем, возникающих при оказании неотложной хирургической помощи, является максимально четкое определение стратегии и тактики действий при каждой конкретной патологии с соблюдением двух базовых принципов: синдромизации и алгоритмизации.

Под термином «стратегия» следует понимать наличие и реализацию всего плана обследования и лечения патологии, наиболее часто встречающейся в повседневной практике хирурга, включая и методики выполнения стандартных оперативных вмешательств. Одним из важнейших элементов хирургической стратегии является реальная оценка показаний и противопоказаний к оперативному вмешательству в каждом конкретном случае с учетом степени операционного риска. Наряду с этим в хирургической стратегии большое значение имеет выбор оптимального срока выполнения операции, что определяется целой совокупностью факторов, из которых в конечном счете и складывается операционный риск. К таким факторам относятся время и интенсивность развития основной хирургической патологии, сроки возникновения ее осложнений и компенсаторные возможности организма. Кроме того, проведение перед операцией консервативного лечения, как, впрочем, и реализованная целенаправленная предоперационная подготовка, также являются важными компонентами хирургической стратегии в целом. Под «тактикой» подразумевается

весь объем основных принципов и методов выполнения оперативного вмешательства в целом и выбор оптимального пути решения интраоперационных проблем, возникающих на отдельных этапах его осуществления.

Несомненно, разработать точную схему диагностики и лечения различных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости во всем многообразии их проявления и течения невозможно, но соблюдение принципа выделения ведущего клинического синдрома и знание алгоритма необходимых действий значительно упрощает решение этих задач. Принятие решений в отношении выбора метода лечения может осуществляться уже на основании выявленного синдрома, диагностика которого, как правило, проще, чем конкретного заболевания. Синдромологическая диагностика не требует столь значительных временных затрат и дефицитной аппаратуры, как диагностика основного заболевания, которое включает в себя этот синдром, но позволяет своевременно начать необходимое лечение. И хотя хирург в данный момент может точно не знать характер заболевания, но, обнаружив у больного синдром, требующий экстренной операции, обязан ее осуществить. Так, обнаружение истинного напряжения мышц передней брюшной стенки однозначно диктует необходимость выполнения лапаротомии или как минимум диагностической лапароскопии. В хирургической практике достаточно часто истинная природа самого заболевания уточняется уже в процессе реализации первичных хирургических действий, выбор которых обусловлен диагностированным синдромом.

Второй неотъемлемой составляющей принятия правильных решений в неотложной хирургии является четкая последовательность врачебных действий, то есть алгоритмизация. Использование апробированных опытом и временем схем, правил и принципов в большинстве случаев помогает максимально реализовать необходимые лечебно-диагностические возможности. По сути дела, алгоритмы содержат установочные положения, обязательные для выполнения, либо перечень действий, реализация которых наиболее целесообразна или, напротив, недопустима, что в совокупности позволяет врачу-хирургу методично и последовательно осуществить весь комплекс необходимых диагностических мероприятий и, поставив диагноз, правильно составить план лечения в любой клинической ситуации.

Подобных правил в хирургии великое множество, и, чтобы изучить их и применять в своей повседневной работе, требуются время и немалый труд. Нами предпринята попытка изложить некоторые из этих правил, знание которых формирует клиническое мышление, и без их соблюдения трудно избежать лечебно-диагностических ошибок, даже работая в крупном лечебном

учреждении. Клиническое мышление — это способность проанализировать всю совокупность данных анамнеза и результатов диагностических исследований при одновременном сопоставлении их с предшествующими наблюдениями и знаниями, полученными из научной литературы, но в полном объеме оно не может быть реализовано без соблюдения основопо-

лагающих принципов и подходов к обследованию и лечению. Пока существует неотложная хирургия, ее фундаментальные правила и принципы остаются неизменными, а знание и умение применить в их повседневной практической работе служат путеводной нитью хирурга на пути его профессионального становления.

## Раздел 1

# *Общие вопросы организации оказания неотложной помощи больным с острой хирургической патологией органов брюшной полости*

## Глава 1

# Организационно-правовые и деонтологические аспекты неотложной хирургии

---

Неотложная хирургическая помощь осуществляется персоналом хирургических отделений многопрофильных больниц и специализированных учреждений скорой медицинской помощи. Качество лечебной помощи в значительной мере зависит от организации медицинской службы данного лечебного стационара. В связи с этим особое внимание необходимо уделять комплектованию и распределению обязанностей между членами дежурной хирургической бригады. Как правило, в ее состав входят ответственный хирург, один-два хирурга, обеспечивающие прием и лечение экстренных хирургических больных, и хирург, осуществляющий наблюдение и оказывающий помощь тяжелобольным, находящимся в клинике.

### ► Принципы организации работы дежурной хирургической бригады

Особенность бригадного метода дежурства заключается в том, что при коллегиальном проведении лечебно-диагностических мероприятий окончательное решение в любом сложном или неясном случае принимает ответственный дежурный хирург, юридически являющийся должностным лицом со всеми вытекающими последствиями персональной правовой ответственности за свои действия.

*Ответственный дежурный хирург* обеспечивает и несет персональную ответственность за своевременность, объем и качество оказания медицинской помощи всем поступающим больным, а также пациентам, оперированным ранее, за которыми по дежурству необходимо динамическое наблюдение. Ответственный дежурный хирург определяет метод лечения экстренных больных, вид оперативных вмешательств, очередность их выполнения, объем и длительность проведения

предоперационной подготовки, порядок осуществления необходимых диагностических и лечебных процедур, дополнительных инструментальных и лабораторных исследований, а также целесообразность проведения тех или иных консультаций и консилиумов. Он распределяет обязанности между дежурными хирургами, комплектует оперирующие бригады, контролирует качество заполнения документации, в том числе и историй болезни всех экстренно поступающих хирургических больных.

Основной задачей *дежурного хирурга приемного отделения* является своевременная диагностика у поступающих больных острых хирургических заболеваний или их исключение. Хирург, осуществляющий прием экстренных больных, должен хорошо знать клиническую диагностику и хирургическую тактику при различных видах острой патологии и в полном объеме владеть техникой выполнения различных оперативных вмешательств. На хирурга приемного отделения возлагается проведение всего комплекса диагностических, тактических и организационных мероприятий, необходимых для оказания помощи больным с экстренной хирургической патологией. Четкая работа приемного отделения требует соблюдения ряда определенных установок. Как правило, в приемном покое больной с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости должен находиться не более 1 ч. За этот период времени правильный диагноз должен быть подтвержден либо снят, а пациент госпитализирован в хирургическое отделение для динамического наблюдения и уточнения диагноза, а в случае необходимости направлен в операционную для выполнения экстренного оперативного вмешательства. При первичном врачебном осмотре не всегда представляется возможным установить достоверный диагноз или решить вопрос о не-



обходимости госпитализации больного по профилю имеющейся у него патологии. В подобном случае пациент после осмотра хирургом и ответственным дежурным хирургом госпитализируется на диагностическую койку приемного отделения для динамического наблюдения и уточнения диагноза.

Врач-хирург приемного отделения в обязательном порядке должен проводить первичный осмотр всех поступивших больных с хирургической патологией и заполнять соответствующую медицинскую документацию (амбулаторный журнал, историю болезни).

Все поступающие больные, состояние которых оценивается как тяжелое, должны быть сразу же переведены в отделения реанимации или интенсивной терапии. Наблюдение за этой категорией больных в приемном покое является грубой ошибкой. Объем помощи больным, находящимся в диагностических палатах, должен быть минимальным и включать лишь самые необходимые врачебные процедуры, такие как промывание желудка, постановку клизм, проведение инъекций и необходимой инфузионной терапии. Срок пребывания больных на диагностических койках приемного отделения не должен превышать одни сутки. В трудных и неясных случаях вопросы дифференциально-диагностического характера, как и принятие решения о направлении больного в соответствующее отделение, выносятся на консилиум.

У каждого больного, поступающего в приемное отделение, в обязательном порядке измеряют температуру, пульс и артериальное давление, берут на анализ мочу и кровь. Для уточнения диагноза острого хирургического заболевания или травматического повреждения, а также для выявления распространенности патологического процесса необходимо: определить резус-фактор и группу крови, гемоглобин, гематокрит, число лейкоцитов и лейкоцитарную формулу, СОЭ, провести биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, остаточный азот, глюкоза, билирубин и его фракции, амилаза), исследовать ее ионный состав (калий, натрий, хлориды) и показатели свертываемости, а также сделать общий анализ мочи, анализ мочи на сахар, ацетон и диастазу. Наряду с этим должна быть возможность круглосуточного определения показателей КЩС и газов крови. При жалобах на боли в животе пациенту в обязательном порядке выполняется ректальное, а у женщины и вагинальное исследование, или в экстренном порядке ей назначается консультация гинеколога. При необходимости больному производят обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки. У лиц старше 40 лет при поступлении в приемное отделение с подозрением на острую патологию органов брюшной полости необходимым является выполнение ЭКГ.

Дети до 15 лет, поступающие в приемное отделение с жалобами на боли в животе, после осмотра и установления диагноза по мере возможности переводятся для дальнейшего лечения в специализированное отделение детской хирургии, а при отсутствии такой

возможности — в обязательном порядке госпитализируются, даже при первичном исключении у них острой хирургической патологии.

Исключение диагноза острого хирургического заболевания органов брюшной полости при однократном осмотре пациента хирургом приемного отделения без привлечения для консультации ответственного хирурга и других специалистов чревато тяжелыми последствиями и считается грубой ошибкой. Больной с хирургическим заболеванием всегда должен быть обследован с обязательным учетом динамики патологического процесса. Следует помнить, что состояние мнимого благополучия, наблюдаемое при поступлении больного, может в последующем стремительно измениться, вплоть до развития у него крайне тяжелого состояния. Время — беспощадный диагност и часто раскрывает истину тогда, когда уже упущены возможности достижения положительного результата от примененного хирургического вмешательства, а следовательно, и полного выздоровления.

В приемном отделении должен быть «Журнал отказов от госпитализации», в котором в случае отказа пациента отражается клиническая картина его заболевания, данные проведенного ему обследования и лабораторно-клинические показатели. Наряду с этим в журнале делается отметка о телефонограмме, отправленной в поликлинику по месту жительства больного для обязательного посещения его врачом на дому. Отказ пациента от госпитализации при наличии у него острой хирургической патологии регистрируется в журнале с обязательной распиской больного (или родственников) об отказе и информировании его об опасных последствиях данного поступка.

В обязанности *хирурга, дежурного по стационару*, входит оказание помощи тяжелобольным, находящимся в различных хирургических отделениях больницы, а также проведение лечебно-консультативной работы с пациентами, переданными под наблюдение дежурной бригаде лечащими врачами отделений. Регистрация этих больных с перечнем мероприятий, выполнение которых необходимо осуществить в вечернее и ночное время, производится лечащими врачами в специальном журнале. Следует отметить, что, приступая к дежурству, хирург должен стремиться к тому, чтобы передача наиболее тяжелых и требующих наблюдения больных проводилась лечащими врачами непосредственно у их постели. Дежурный хирург стационара, помимо динамического наблюдения за тяжелобольными и пациентами с неясным диагнозом, совместно с ответственным дежурным хирургом между 20 и 22 часами, а также 6 и 7 часами проводит обход всех хирургических отделений. Во время обхода осматриваются все больные, оставленные под наблюдение, пациенты, которым в этот день было выполнено любое оперативное вмешательство, а также больные с высокой температурой или предъявившие какие-либо жалобы во время обхода. В историях болезни всех оставленных под наблюдение и осмотренных пациентов дежурным хирургом должны быть подробно запи-

саны данные вечернего и утреннего обхода. По распоряжению ответственного дежурного хирурга врач, дежурящий по стационару, может быть привлечен к осмотру вновь поступающих больных, проведению мероприятий, направленных на установление диагноза, к заполнению истории болезни и участию в операциях. В основном это наблюдается при одномоментном поступлении в приемное отделение нескольких больных или при занятости остальных членов бригады выполнением экстренного оперативного вмешательства.

При организации работы во время дежурства необходимо учитывать, что ночное время является наиболее трудным периодом для выполнения оперативных вмешательств, что обусловлено естественной усталостью медицинского персонала, замедлением реакции, скорости принятия решения и, следовательно, большей вероятностью совершения ошибок и неправильных действий. В связи с этим оперировать ночью следует только по экстренным показаниям. Срочные операции могут быть отложены на утренние часы, а ночное время до начала оперативного вмешательства следует использовать для более полного обследования пациента и проведения интенсивной предоперационной подготовки, что должно быть отмечено в истории болезни. Однако следует заметить, что решение об отсрочке операции должно быть обосновано и не приводит к ухудшению состояния пациента. Принципиальной ошибкой является выполнение отсроченных операций в вечернее и ночное время, что неизбежно сказывается на качестве полученных результатов.

Учитывая плановый характер дежурств, необходимо организовывать последующий рабочий день дежурных хирургов таким образом, чтобы они по возможности не являлись участниками плановых операций, тем более в качестве операторов.

Важным мероприятием в работе больницы, оказывающей неотложную помощь, является проведение утренней врачебной конференции с обязательным докладом дежурной бригады о завершившемся дежурстве. Для этого соответствующим образом оформляется вся необходимая документация: журналы передачи дежурств, сводка о движении больных, истории болезни поступивших и наблюдаемых по дежурству пациентов. На утренней врачебной конференции дежурный хирург приемного отделения докладывает о вновь поступивших больных, количестве свободных мест в отделениях, характере и особенностях выполненных по дежурству оперативных вмешательств, о консультациях в других отделениях больницы. Хирург по оказанию помощи тяжелобольным докладывает о динамике состояния оставленных под наблюдение пациентов за период дежурства и о факте и характере выявленных изменений или осложнений у других больных. В подготовке обоих докладов непосредственное участие принимает ответственный дежурный хирург, отвечая за объем и достоверность всей представленной на конференции информации. Завершается доклад дежурной бригады отчетом дежурного анестезиолога-реаниматолога

о состоянии больных, находящихся на лечении в отделении реанимации или интенсивной терапии. В работе утренней конференции отводится время для доклада о больных, которым в этот день предстоят плановые оперативные вмешательства, а также представляется информация о характере и особенностях плановых операций, выполненных в предыдущий день. Конференцию должен проводить непосредственно старший хирург, независимо от его официального статуса, будь то руководитель кафедры или клиники, отдела НИИ, заместитель главного врача по хирургии или заведующий хирургическим отделением. Работа утренней врачебной конференции проходит максимально эффективно, если председательствующий на конференции старший хирург до ее начала уже осмотрел поступивших и тяжелых пациентов, находящихся в стационаре, а накануне получил вечерний телефонный рапорт от ответственного дежурного хирурга о состоянии больных в стационаре.

На утренней конференции анализируется деятельность дежурной бригады хирургов, рассматриваются допущенные в ходе диагностического и лечебного процесса организационные, тактические и технические ошибки, а также причины задержки операции. Наряду с этим ведущий конференцию контролирует качество оформления историй болезни как экстренно поступивших больных, так и больных, которым предполагается выполнение плановых оперативных вмешательств в текущие сутки. Протоколы утренних конференций заносятся в специальный журнал, в котором фиксируется информация о поступивших и выбывших больных за дежурство по каждому отделению, количество, характер и объем экстренных оперативных вмешательств, а также отмечаются изменения, произошедшие в состоянии тяжелобольных, наблюдавшихся во время дежурства. В этом же журнале излагается и заключительное слово председателя конференции.

## ► Вопросы правовой ответственности медицинского персонала

В настоящее время в здравоохранении происходит процесс формирования нового правового поля, и это оправдывает выделение самостоятельной отрасли — медицинского права и медицинского законодательства. Основными правоустанавливающими документами в сфере здравоохранения являются «Конституция Российской Федерации», «Гражданский кодекс Российской Федерации», «Уголовный кодекс Российской Федерации», а также «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в которых регулируются отношения, возникающие между гражданином и медицинским персоналом при оказании любых видов медицинской помощи, включая и экстренную. Медицинская деятельность, в том числе и хирургическая, имеет ряд специфических социальных отличий.

[ . . . ]