

Амбулаторна хірургія. Діагностика та обстеження амбулаторних хворих

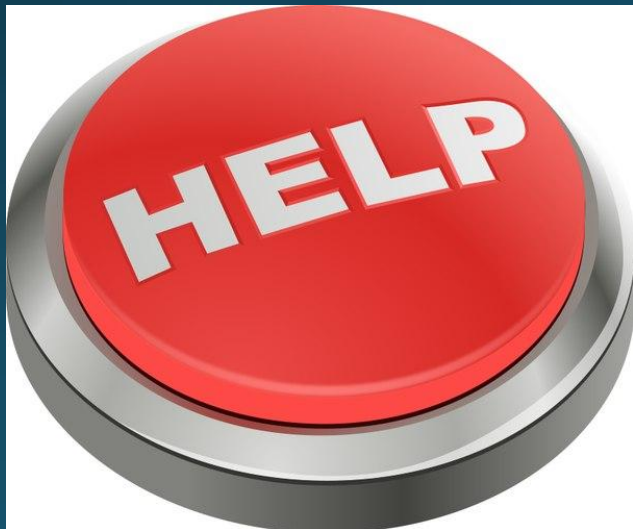


Амбулаторна хірургія



У хірургічних кабінетах амбулаторій і поліклінік лікуються близько 80% людей, які не потребують госпіталізації. Близько 50% хворих вперше звертаються за допомогою, тому основним завданням хірурга поліклініки є діагностика захворювань і визначення показань для госпіталізації.

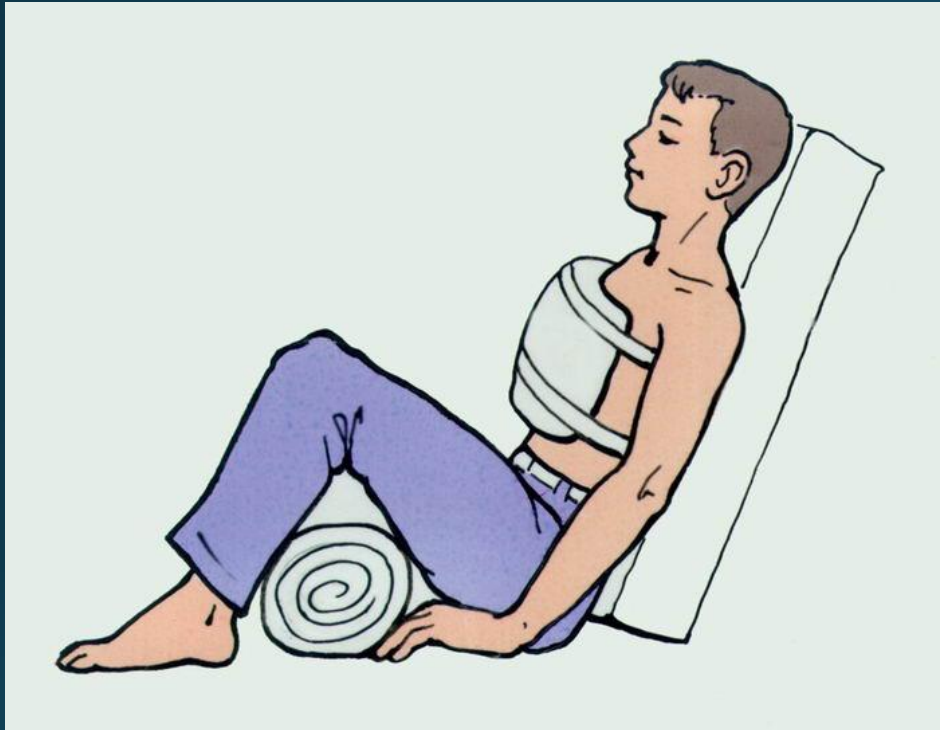
На хворих заповнюється амбулаторна карта, в якій стисло фіксуються скарги, анамнез захворювання і об'єктивні дані. За свідченнями призначаються лабораторні та спеціальні методи дослідження - рентгенологічні, ендоскопічні та ін.



У першу чергу оглядають хворих, які потребують невідкладної допомоги термінової госпіталізації. Терміново приймають хворих з пораненнями, гострими захворюваннями черевної порожнини і запальними захворюваннями, що протікають з високою температурою. Решту хворих приймають за чергової звернення, встановлюваної реєстратурою і хірургом.



У містах з населенням 200 000 чоловік, а в обласних центрах на кожні 100 000 жителів при одній з поліклінік створено **травматологічний пункт** з цілодобовим чергуванням травматолога. У менших населених пунктах амбулаторна допомога травматологічним хворим здійснюється **травматологом** або **хірургом** поліклініки, на селі - в амбулаторії дільничної або районної лікарні.



На фельдшерсько-акушерських пунктах надають невідкладну долікарську допомогу, виробляють реанімаційні заходи, тимчасову зупинку кровотечі, транспортну іммобілізацію переломів і вивихів і направляють хворих, страждаючих гострими хірургічними захворюваннями і потребують хірургічної допомоги, в хірургічні стаціонари.



У поліклініках є окремий хірургічний кабінет, залежно від кількості прийнятих хворих їх може бути один або два. У невеликих районних поліклініках виділяють дві кімнати: кабінет для прийому хворих і перев'язувальну, в крупніших поліклініках три: кабінет для прийому хворих, перев'язувальну і операційну.



Операційна використовується для чистих амбулаторних - хірургічних, очних і отоларінгологічних операцій. Обробка ран і перев'язки виробляються в **перев'язочній**. Там же, якщо немає травматологічного кабінету, накладають і знімають шини та гіпсові пов'язки при переломах кісток.



Обладнання хірургічного кабінету передбачає необхідний мінімум для невідкладних діагностичних процедур і маніпуляцій.





- Оснащення операційній:
- операційний стіл
 - пересувний столик для інструментів
 - столик для медикаментів
 - шафа для зберігання інструментів та медикаментів
 - наркозний апарат
 - столик наркотизатор
 - стерилізатор
 - гвинтові табурети
 - джерело світла



- Оснащення перев'язувального кабінету:
- невеликий стіл для стерильних інструментів і перев'язувального матеріалу
 - кип'ятильник
 - стіл для перев'язок і невеликих гнійних операцій
 - 2 табурета
 - шафа для зберігання медикаментів перев'язувального матеріалу та інструментів
 - умивальник, відра з кришкою, поліетиленові мішки для використаного матеріалу
 - набір для масочного наркозу, наркотичні засоби (ефір, хлоретил)





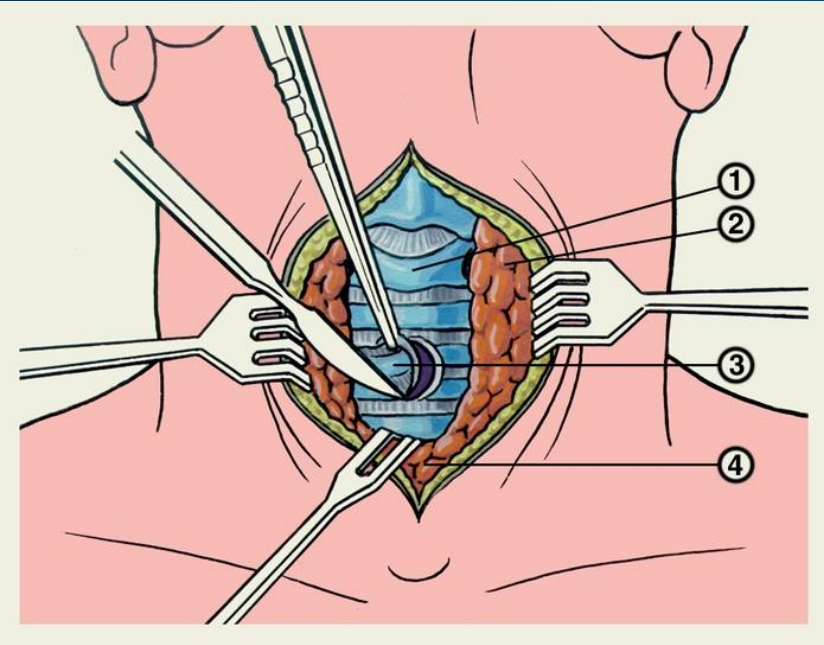
Обладнання хірургічних кабінетів:

- стіл для хірурга або фельдшера, сестри, що ведуть прийом
- табурети, стільці й кушетки для огляду хворих
- ширми



Прийом в хірургічному кабінеті ведуть хірург і медична сестра. Хірург оглядає хворого, веде основну документацію, сестра здійснює перев'язки, маніпуляції. Планові операції проводять в певні дні та години. У цей час інших хворих не приймають.

У хірургічному кабінеті проводять такі невідкладні операції:



1. Реанімаційні заходи: ШВЛ, інкубація трахеї, трахеостомія, зовнішній масаж серця.
2. Первинну хірургічну обробку невеликих поверхневих ран і зупинку кровотечі в рані.
3. Переважають втручання з приводу ліпом, атером.

4. Розтин панариція, гнійного маститу, флегмони кисті.
5. Досить часто виконують операції з приводу врослого нігтя, вальгусного викривлення I пальця стопи.
6. Розтин абсцесів сідничної області
7. Втручання при ліктьовому бурситі, контрактурі Дюпюїтрена.
8. Кілька рідше роблять операції з приводу сухожильного ганглія, молоткообразних пальця, розриву сухожилля пальцем кисті, стенозуючого лігаментіти, поверхнево розташованих сторонніх тіл, куприкової кістки, а також розтин поверхневих абсцесів і флегмон інших локалізацій.



У амбулаторних умовах НЕ можна видаляти:

- пігментні пухлини (меланоми),
- лейкоплакії губ,
- пухлини молочних залоз,
- поліпи прямої кишки, тому що в цих випадках необхідно проводити термінове гістологічне дослідження видалених препаратів.



Відомо, що в поліклініках хірурги не тільки займаються малої хірургією, а й продовжують лікування хворих, виписано зі стаціонару після великих операцій і важких травм. Вони беруть на облік і здійснюють динамічне спостереження за хворими з деякими хронічними хірургічними захворюваннями:

- грижами різних локалізацій,
- варикозним розширенням вен нижніх кінцівок,
- трофічними виразками гомілки,
- посттромбофлебітичний синдромом,
- доброякісними пухлинами молочної залози,
- тріщинами заднього проходу,
- параректальних норицями



Важливо дотримуватися і правові норми. Операцію можна проводити тільки при згоді на неї самого хворого, а для дітей до 14 років необхідна згода батьків або опікунів. Відмова хворого від невідкладної операції слід з його підписом занести в індивідуальну карту амбулаторного хворого.

При ряді гострих захворювань хірург поліклініки надає лише першу лікарську допомогу і терміново направляє хворого в хірургічний стаціонар.

Обстеження хірургічного хворого



Обстеження хірургічного хворого складається з
детального розпитування і
об'єктивного дослідження
(огляд, перкусія, аускультация).

Розпитування хворого включає
з'ясування скарг, історію
розвитку справжнього
захворювання і історію життя.



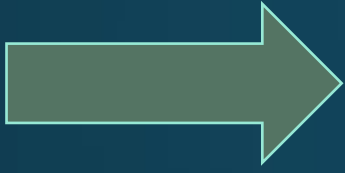
Анамнез важко зібрати під час сильного больового нападу. Якщо хворий перебуває в несвідомому стані, інформацію про перебіг хвороби прагнуть отримати від родичів. Деякі хворі навмисне перебільшують хворобливі прояви (аггравация) або придумують ознаки хвороби (симуляція).

Хворі з психічними захворюваннями можуть ненавмисно симулювати ознаки різних захворювань. Іноді хворий намагається приховати ознаки хвороби (диссимуляція) через страх перед можливим хірургічним втручанням. Така поведінка частіше спостерігається у дітей. Збираючи анамнез, необхідно уважно слухати хворого і вміло направляти його розповідь.



Скарги хворих залежать від характеру захворювання. У хірургічній клініці найбільш часто пред'являють скарги на болі різної локалізації. Необхідно з'ясувати локалізацію і поширення болів. Слід визначити час появи болів, їх тривалість, зв'язок з їжею, фізичним навантаженням.

Треба прагнути отримати документальне підтвердження про характер перенесеного перш хірургічного втручання (виписка з історії хвороби, довідка).



З'ясовують особливості роботи, професійні шкідливості, перенесені протягом життя захворювання, спадковість. Враховують шкідливі звички і ступінь інтоксикації (зловживання алкоголем, куріння).

Ретельно збирають алергологічний анамнез, відомості про переносимість антибіотиків і ліків.

Об'єктивне обстеження хірургічного хворого



Об'єктивне обстеження хірургічного хворого включає детальний огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию.

Починають з огляду хворого . Відзначають положення хворого: активне, пасивне, вимушене. Визначають забарвлення шкірних покривів, вони можуть бути інтенсивно жовтими (механічна, паренхіматозна жовтяниця), при вадах серця - ціанотичний, при анемії - бліді, при раку - землісті. Шкіра може Профарбовують лікарськими препаратами.

Звертають увагу на пігментацію шкіри, вологість, тургор і еластичність, особливо на обличчі, животі, кінцівках.



Визначають набряки явні, місцеві і загальні; стан лімфатичних вузлів по областях; розвиток м'язової тканини; зміни кісток (деформації, викривлення, укорочення) і суглобів.

Фіксують ознаки порушення кровообігу в шкірі (петехії, пурпура) і пошкодження, розчухи в результаті тривалого свербіжу, шкірні рубці, їх положення, розміри.

Відзначають стан вен, наявність трофічних виразок на гомілці, крижах, стопах.

Детально визначають стан слизових оболонок очей, губ, зіву, порожнини рота; їх колір (Бліді, рожеві, синюшні, пігментовані).

Стан підшкірної жирової клітковини оцінюють в цілому і по окремих областях (живіт, стегна).



Метод аускультатції має основне значення в діагностиці захворювань серця, легенів. Іноді дає цінну інформацію про моториці кишечника. При захворюванні великих судин вислуховується систолічний шум над ураженою ділянкою артерії.



При пальпації виявляють м'язову напругу, патологічні утворення, больові точки, збільшені лімфатичні вузли. Пальпація необхідна при травмі кінцівок і захворюванні судин.



Метод перкусії полягає в вистукуванні грудної клітки або черевної порожнини. Застосовується для визначення скупчення рідини (плеврит, кровотеча в порожнину) і зміни кровонаповнення органу (запалення легенів), розмірів печінки, селезінки при порушенні кровообігу. Перкусія дозволяє також виявити больові точки.



Лабораторні дослідження

здійснююють залежно від передбачуваного діагнозу і майбутнього хірургічного втручання.



Рентгенологічні методи можна умовно розділити на обов'язкові та спеціальні. Так, всім хворим незалежно від характеру захворювання роблять рентгеноскопію грудної клітини (Флюорографія). Залежно від передбачуваної патології планується дослідження органів черевної порожнини: оглядова рентгеноскопія (при непрохідності кишечника), рентгеноскопія шлунка (при раку і виразці шлунка), контрастне дослідження сечових шляхів (при нирковій патології), контрастне дослідження жовчних шляхів (при хронічному холециститі).



Ендоскопічні методи дослідження

Огляд порожнин і органів за допомогою оптичних приладів (ендоскопів) дає важливу інформацію для постановки діагнозу.

Діагностична пункция

застосовується для визначення характеру вмісту в плевральній, черевній порожнинах і в суглобах. Мікроскопія осаду, витягнутої рідини дозволяє уточнити характер захворювання. За кількістю білка в рідині можна відрізнити транссудат (випіт) від ексудату (запальний випіт).





Біопсія - це дослідження віддалених за життя хворого тканин. В останні роки особлива значення надається пункційної біопсії.



Зондування застосовується для уточнення ходу ранового каналу, свищового ходу, по якому відділяється гнійний вміст. Зондування здійснюють металевим зондом. Для більш точного визначення свищового ходу використовують фістулографія - заповнення ходу рентгеноконтрастні речовини (йодоліпол, кардіотраст).

Вимірювання



Обстеження хірургічного хворого включає підрахунок частоти пульсу, кількості дихальних рухів (зазвичай не менше ніж за 30 с), вимірювання артеріального тиску, температури тіла.



Температура тіла може бути нормальною (36 - 36,9 C), субфебрильною (37-38 C), гарячкової (вище 38 C). За типом коливань температури розрізняють лихоманку постійну, переміжну, зворотну, попускає. При підвищенні температури на 1C пульс частішає на 10 в хвилину.