

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневиц

08.06. 2012 г.

Регистрационный № 066-0512

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ПРИ  
МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ  
РАНЕННЫХ И ПОСТРАДАВШИХ**

инструкция по применению

**УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:**

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**АВТОРЫ:** канд. мед. наук Трухан А.П., д-р мед. наук, проф. Жидков С.А.,  
канд. мед. наук, доц. Корик В.Е., Дударев Д.В., Федоров К.А.

Минск 2012

## **ПЕРИОДЫ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ**

Чрезвычайные ситуации часто сопровождаются массовыми санитарными потерями. При правильной организации эвакуационных мероприятий в ближайшие час-два в организации здравоохранения поступает большое количество раненых и пострадавших, многие из которых нуждаются в выполнении хирургических манипуляций и вмешательств, в том числе и по жизненным показаниям. При этом медперсонал отделений в вечернее, ночное время и в выходные дни представлен только дежурным персоналом, и для прибытия остальных врачей и медицинских сестер, даже при работающей системе оповещения, требуется некоторое время. Если же вследствие чрезвычайной ситуации произошло нарушение транспортного сообщения, то время, необходимое для сбора медперсонала, значительно увеличивается. Следовательно, на дежурную смену приходится большая нагрузка, так как количество раненых и пострадавших, нуждающихся в оказании хирургической помощи, может значительно превышать возможности имеющегося медицинского персонала. По мере прибытия работников отделения появляется возможность в полной мере использовать все ресурсы для оказания помощи.

Таким образом, в работе хирургического отделения в первые несколько часов после возникновения чрезвычайной ситуации условно можно выделить 2 периода:

Первый период (начальный) характеризуется недостатком медицинских работников для оказания помощи всем нуждающимся.

Второй период начинается после прибытия всего медицинского персонала.

### **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД**

Основные задачи дежурных врачей-хирургов в начальный период: прием первых пострадавших, их сортировка, а также оказание им необходимой помощи. При этом, в первые часы количество поступивших пациентов превышает возможности дежурной врачебной бригады, и такая ситуация будет сохраняться до прибытия основных сил персонала учреждения.

В этих напряженных условиях начального периода работы необходимо выделять 2 группы пострадавших:

- с жизнеугрожающими состояниями, требующими неотложной операции (пострадавшие направляются непосредственно в операционную);

- с возможностью отсрочки выполнения операции (пострадавшим проводится предоперационная подготовка).

Необходимо четко выявлять жизнеугрожающие последствия травмы, которые могут привести к гибели пострадавшего в ближайшие часы:

- асфиксия;

- продолжающееся внутреннее и наружное кровотечение;
- ранение сердца и крупных сосудов;
- напряженный пневмоторакс.

При этом выполнение чрезмерного объема хирургических манипуляций и вмешательств с участием всех дежурных врачей-хирургов не позволит контролировать новые поступления пострадавших вследствие чрезвычайной ситуации и их лечение. Возможно позднее поступление более тяжелых пострадавших в связи с извлечением их из-под завалов, труднодоступных участков. Поэтому необходимо соблюдение следующих принципов, предназначенных для работы именно в условиях несоответствия количества дежурных врачей-хирургов количеству поступающих.

Первый – «Принцип вынужденного ограничения объема оперативного вмешательства». Например, при выполнении операции по поводу внутрибрюшного кровотечения при разрыве селезенки ответственный врач-хирург после остановки кровотечения (спленэктомия) возвращается в отделение для оказания помощи поступающим пострадавшим, а второй врач-хирург заканчивает операцию с учетом принципа «*damage control*». При выявлении еще одного пострадавшего с жизнеугрожающим последствием травмы начинается выполнение хирургического вмешательства одним врачом-хирургом, а на основной этап операции привлекается второй врач-хирург. Сокращение объема операции в данной ситуации обусловлено не тяжестью состояния пострадавшего, не квалификацией врачей, а недостатком необходимого количества врачей-хирургов для организации контроля работы отделения.

Второй – «Принцип вынужденной отсрочки времени выполнения хирургического вмешательства». Возможность переноса сроков выполнения хирургических манипуляций и вмешательств на более поздний срок позволяет сосредоточить освободившиеся силы и средства на оказании помощи большему количеству пострадавших. Например, при наличии ранений мягких тканей без выраженного наружного кровотечения, остановленного наложением давящей повязки, без нарастающего отека мягких тканей, без признаков ишемии конечности при назначении антибактериальной терапии сроки выполнения первичной хирургической обработки могут быть отсрочены до 24 часов, что позволит более эффективно использовать медицинский персонал.

Следует подчеркнуть, что ключевым моментом этих принципов является их вынужденность, которая обусловлена не состоянием конкретного пострадавшего, а медико-тактической обстановкой и наличием сил и средств.

## **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПЕРИОД**

При работе во второй период, когда прибывает основная часть медицинских работников отделения, может наблюдаться даже избыток медицинского персонала, когда количество формируемых хирургических бригад превышает количество операционных и перевязочных столов. Важно грамотно и

рационально организовать их работу (составить четкий график), чтобы качественно и своевременно оказать хирургическую помощь всем нуждающимся. Необходимо выполнение следующих мероприятий:

1. Назначение врача-координатора (это, как правило, заведующий отделением). Его задача – координация движения раненых и пострадавших внутри отделения. Именно он в соответствии с диагнозом и сортировочным решением, выставленным при первичном осмотре (в приемном отделении или непосредственно в хирургическом отделении) контролирует размещение пациентов в отделении, очередность подачи пострадавших в операционные и перевязочные, возвращение их обратно в палаты, участвует в сборе информации о количестве пострадавших и их диагнозах.

2. Назначение врача-хирурга-консультанта из наиболее подготовленных по данным вопросам врачей-хирургов, имеющих клинический опыт лечения пациентов с этой патологией. Его задача – оказание консультативной помощи оперирующим врачам-хирургам, контроль качества оказания помощи, а при необходимости – непосредственное участие в наиболее сложных этапах операции. Назначение врача-хирурга-консультанта связано с тем, что одной из основных проблем, возникающих при операциях по поводу огнестрельных ранений, и взрывной травме в том числе, является недостаточный опыт большинства врачей-хирургов в лечении пострадавших с данной патологией. Это может приводить к ошибкам (чаще тактическим) в оказании медицинской помощи в связи с незнанием особенностей огнестрельных и минно-взрывных ранений. К сожалению, часто у врачей-хирургов имеются ошибки по определению жизнеспособности различных тканей и необходимости их удаления (сохранения), а также по способам завершения операции. Поэтому необходима коррекция их работы, чтобы избежать грубых тактических и диагностических ошибок. Назначение врача-хирурга-консультанта позволит не только повысить уровень оказываемой помощи, но и поможет придерживаться единых принципов лечения.

3. Формирование хирургических бригад:

- двухврачебные бригады для работы в операционной;
- одноврачебные бригады для работы в перевязочной.

В операционных двухврачебными бригадами целесообразно выполнять полостные операции. Хирургические вмешательства небольшого объема, в том числе хирургическую обработку ран конечностей, при большом количестве пострадавших, возможно выполнять одноврачебными бригадами в перевязочной, на нескольких перевязочных столах. Для ускорения процесса можно привлекать нескольких медицинских сестер для снятия и наложения повязок, а также анестезиолога для внутривенного наркоза.

4. Запись протокола операции и диагноза под диктовку врача-хирурга непосредственно во время операции. Сложности с формулировкой клинического диагноза и записью протокола операции связаны с тем, что при поступлении большого количества пострадавших, требующих выполнения хирургических вмешательств, одна бригада врачей-хирургов выполняет

несколько операций подряд, не выходя из операционной, а документация оформляется после их завершения. При этом, в последующем могут возникнуть трудности в описании локализации повреждений и степени их тяжести у пострадавших, оперированных первыми. Особенно это затруднено при множественных и сочетанных повреждениях, которые характерны для взрывной травмы. При повторном же осмотре пациента можно и «не вспомнить» точный характер повреждений, особенно при наличии повязок. Помимо этого, одной из особенностей работы при оказании помощи пострадавшим в результате террористического акта является необходимость быстрой подачи данных о пациентах, как администрации лечебного учреждения, так и работникам следственных органов.

Для записи протокола операции привлекается свободный медицинский работник, владеющий основной терминологией, даже из числа среднего или младшего медперсонала. На чистом листе бумаги либо на вкладыше из истории болезни указываются данные о пациенте (фамилия, инициалы, номер истории болезни), а затем, со слов врача-хирурга, записываются локализация выявленных повреждений, протокол операции с указанием основных ее этапов, а также формулировка диагноза. Учитывая то, что запись протокола операции занимает намного меньше времени, чем ее выполнение, то данный медработник может вести запись нескольких вмешательств, выполняемых в одной операционной или перевязочной. Затем этот лист вкладывается в историю болезни. Таким образом, уже при возвращении пациента в палату есть четко сформулированный диагноз и основа протокола операции. После окончания операций врач-хирург, при необходимости, может скорректировать оформление протокола операции, что намного легче, чем записывать его «с чистого листа».

5. Отдельное размещение пострадавших в рядом расположенных палатах. Это облегчает наблюдение медицинского персонала за ранеными, требующими повышенного внимания, особенно в течение первых-вторых суток. Кроме этого, следует учитывать частые посещения пострадавших родственниками, работниками следственных органов, журналистами, представителями общественных организаций. Эти визиты создают определенные неудобства для других пациентов, чего можно избежать при их отдельном размещении.

Необходимо ежедневно определять сортировочно-эвакуационное предназначение пациентов на случай возникновения чрезвычайной ситуации для осуществления быстрого перемещения и выписки пациентов.

6. Назначение врача-специалиста, который будет заниматься остальными пациентами, находящимися на лечении в отделении. При наличии повышенного внимания медицинского персонала к пострадавшим, не следует забывать о других пациентах, многие из которых требуют серьезного внимания, чтобы своевременно диагностировать ухудшение их состояния и скорректировать лечение.