* **, Содержание**

I Введение 2

1 Философия сестринского дела 2

2 История хирургии в России 3

3 Организация хирургической помощи в России 4

II Основная часть 5

1 Понятие о сестринском процессе (теоретическая часть) 5

2 Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями (практическая часть). 7

III Заключение 11

IV Список использованной литературы 12

V Приложение 13

# I Введение

## 1 Философия сестринского дела

Постановление правительства Российской Федерации от 05.11.97, №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» предусмотрено осуществление реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению в условиях формирования рыночных отношений.

Медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению и повышении качества и эффективности медицинских услуг сестринского персонала в ЛПУ. Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентами с целью полной реабилитации больного.

Первое определение сестринского дела дала всемирно известная медицинская сестра Флоренс Найтингейл. В своих известных «Записках об уходе» в 1859 г. она писала, что сестринское дело – это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению».

В настоящее время сестринское дело – неотъемлемая составная часть системы здравоохранения. Оно является многогранной медикоЭсанитарной дисциплиной и имеет медико-социальное значение, поскольку призвано поддерживать и охранять здоровье населения.

В 1983 г. в Голицино прошла I Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная теории сестринского дела. В ходе конференции сестринское дело рассматривалось как часть системы здравоохранения, наука и искусство, которые направлены на решение существующих и потенциальных проблем, касающихся здоровья население в условиях постоянно меняющейся окружающей среды.

Согласно международной договоренности, концептуальной моделью сестринского дела является структура, основанная на философии сестринского дела, включающей четыре парадигмы: сестринское дело, личность, окружающая среда, здоровье.

**Понятие личности** занимает особое место в философии сестринского дела. Объектом деятельности медицинской сестры является пациент, человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет рост, развитие и слияние его с окружающей средой.

Сестре приходится работать с разными категориями пациентов. И для каждого пациента сестра создает атмосферу уважительного отношения к его настоящему и прошлому, к его жизненным ценностям, обычаям и убеждениям. Она принимает необходимые меры безопасности пациента, если его здоровью угрожает опасность со стороны сотрудников или других людей.

**Окружающая среда** рассматривается как важнейший фактор, оказывающий влияние на жизнедеятельность и здоровье человека. Она включает в себя совокупность социальных, психологических и духовных условий, в которых протекает жизнедеятельность человека.

**Здоровье** рассматривается не отсутствие болезней, а как динамическая гармония личности с окружающей средой, достигаемая посредством адаптации.

**Сестринское дело** является наукой и искусством, направленным на решение существующих проблем, связанных со здоровьем человека в изменяющихся условиях окружающей среды.

Философия сестринского дела устанавливает основные этические обязанности специалистов по обслуживанию человека и общества; цели, к которым стремится профессионал; моральные качества, добродетели и навыки, ожидаемые от практикующих специалистов.

Основной принцип философии сестринского дела – уважение прав и достоинств человека. Он реализуется не только в работе сестры с пациентом, но и в ее сотрудничестве с другими специалистами.

Международным советом медицинских сестер был разработан кодекс поведения медицинских сестер. Согласно этому кодексу, фундаментальная ответственность медсестер имеет четыре главных аспекта: 1) содействие укреплению здоровья, 2) профилактика заболеваний, 3) восстановление здоровья, 4) облегчение страданий. Этот кодекс определяет также ответственность медицинских сестер перед обществом и коллегами.

В 1997 г. Российской ассоциацией медицинских сестер принят Этический кодекс медицинских сестер России. Составляющие его содержание принципы и нормы конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной сестринской деятельности.

## 2 История хирургии в России

Хирургия в России начинает свое развитие значительно позже, чем в западных странах. До XVII в. в России почти полностью отсутствовала профессиональная хирургическая помощь. Городскую знать обслуживали врачи-иностранцы, а большинству населения приходилось довольствоваться помощью знахарей и цирюльников, производивших простейшие хирургические вмешательства, такие как прижигание, вскрытие нарывов, пускание крови и др.

Начало организованной подготовки первых хирургов положил царь Алексей Михайлович, издавший в 1654 г. указ об открытии костоправных школ.

В 1704 г. в строящемся С.-Петербурге было положено начало аптекарскому делу, и был также сооружен первый в мире завод хирургического инструментария, последствии завод «Красногвардеец».

В 1706 г. Петр I издает указ о строительстве первого госпиталя в Москве (Лефортово) и открытии первой медико-хирургической школы.

В развитие отечественной хирургии огромный вклад внесли блестящие педагоги и хирурги П. Д. Погорецкий, К. И. Щепин, П. А. Загорский, И. Ф. Буш, И. В. Буяльский. С именами последних двух ученых связаны первые оригинальные отечественные руководства по хирургии.

Но основоположником русской хирургии как самостоятельной науки, не зависимой от влияния Запада, стал гениальный ученый и организатор Н. И. Пирогов. После окончания Московского университета он в возрасте 26 лет был избран профессором Дерптского университета, а в 1841 г. – возглавил впервые организованную кафедру госпитальной хирургии в Медико-хирургической академии.

Заслуги Пирогова в анатомии, хирургии, военной медицины огромны. Им создана новая наука – топографическая анатомия, без которой теперь немыслима подготовка квалифицированного хирурга. Большое внимание ученый уделял обезболиванию. Н. И. Пирогов разработал и обосновал основные принципы военно-полевой хирургии: сортировка раненных, создание пунктов первой помощи, резервных госпиталей, эвакуация раненных в тыловые условия. Н. И. Пирогов впервые во время осады Севастополя привлек к помощи раненным сестер милосердия. Он высоко оценил труд первых сестер, которые не только помогали при перевязках и во время операций, но также готовили лекарства и взяли на себя многие административные функции. Н. И. Пирогов разработал технику ряда операций, не потерявших значение и сегодня.

## 3 Организация хирургической помощи в России

Лечебные учреждения, в которых оказывается хирургическая помощь пациентам, делятся на два вида: амбулаторные и стационарные. К амбулаторным относятся поликлиники, в которых существуют хирургические кабинеты или отделения, а также станции скорой и неотложной помощи. Среди стационаров выделяют многопрофильные и специализированные.

На первом этапе больной сталкивается с врачами амбулаторных учреждений. В поликлинике проводятся консервативное лечение ряда заболеваний, перевязки и даже небольшие операции (удаление доброкачественных опухолей мягких тканей, вскрытие панариция и пр.) В последнее время при поликлиниках организуются центры амбулаторной хирургии, где выполняются несколько более сложные операции (при грыже, варикозном расширении вен нижних конечностей и других заболеваниях). В более сложных случаях для проведения специального обследования и операций больные направляются в стационары.

Стационары могут быть предназначены для оказания экстренной помощи (в них круглосуточно дежурят бригады специалистов) и для оказания помощи в плановом порядке.

# II Основная часть

## 1 Понятие о сестринском процессе (теоретическая часть)

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс – это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов.

**1. Сестринское обследование.** Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод – это физиологические, психологические, социальные данные о пациенте; релевантные данные об окружающей среде. Источником информации является опрос пациента, его физикальное обследование, изучение данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента.

Объективный метод – это физическое обследование пациента, включающее оценку и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). В обследование также входит измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Конечным результатом этого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации создание сестринской истории болезни, которая является юридическим протоколом – документом самостоятельной профессиональной деятельности медсестры.

**2. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза.** Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы – это те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные – те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов. Приоритеты классифицируются как первичные и вторичные. Первичным приоритетом обладают проблемы, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на больного.

Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский – основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем. Американская ассоциация медицинских сестер, например в качестве основных проблем, связанных со здоровьем выделяет следующие: ограниченность самообслуживания, нарушение нормальной жизнедеятельности организма, психологические и коммуникативные нарушения, проблемы, связанные с жизненными циклами. В качестве сестринских диагнозов они используют такие, например, словосочетания, как «дефицит гигиенических навыков и санитарных условий», «снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций», «беспокойство» и т. п.

**3. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности.** План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

Формируя цели, необходимо учитывать действие (исполнение), критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего и кого). Например, «цель – пациент к 5 января с помощью медсестры должен вставать с кровати». Действие – вставать с кровати, критерий 5 января, условие – помощь медсестры.

Определив цели и задачи по уходу, сестра составляет письменное руководство по уходу, в котором должны быть подробно перечислены специальные действия медсестры по уходу, записываемые в сестринскую историю болезни.

**4. Реализация планируемых действий.** Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

*Зависимое сестринское вмешательство* осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением.Ѝ*Независимое сестринское вмешательство* предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Например, обучение пациента гигиеническим навыкам, организация досуга пациента и др.

*Взаимозависимое сестринское вмешательство* предусматривает совместную деятельность сестры с врачом, а также с другими специалистами.

При всех типах взаимодействия ответственность сестры исключительно велика.

**5. Оценка эффективности сестринского ухода.** Этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры. Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторык оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства; оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода служат следующие факторы: оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства; оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода; оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Важную роль в достоверности оценки результатов сестринского ухода играет сопоставление и анализ полученных результатов.

## 2 Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями (практическая часть).

В хирургическое отделение больные часто поступают на каталке в тяжелом состоянии. Сестринский персонал, оказывая помощь тяжелобольным, подвергается физическим нагрузкам.

Перемещение пациента в постели, подкладывание судна, передвижение носилок, каталок, а иногда и тяжелой аппаратуры может привести в конечном итоге и к повреждению позвоночника.

Наибольшей физической нагрузке подвергается сестра при перемещении пациента с носилок на кровать. В связи с этим никогда не следует выполнять эту манипуляцию одному. Прежде чем куда-либо перемещать пациента, задайте несколько вопросов, чтобы убедиться, насколько он сможет вам помогать.

Пациент должен знать весь ход предстоящей манипуляции.

Одной из важнейших задач ухода за пациентами является создание и обеспечение в отделении лечебно-охранительного режима. В основе этого режима лежит устранение или ограничение воздействия на организм пациента различных неблагоприятных факторов внешней среды. Создание и обеспечение такого режима входит в обязанности всего медицинского персонала отделения.

Во всей хирургической работе требуется соблюдение золотого правила асептики, которое формулируется так: все, что происходит в соприкосновение с раной, должно быть свободным от бактерий, т.е. стерильно.

***Проблема внутрибольничной инфекции в стационаре.***

Сестринский персонал должен знать о проблеме внутрибольничных инфекций, их влияния на течение заболевания, смертность.

Наиболее восприимчивыми к внутрибольничной инфекции являются пациенты хирургических отделений. Наибольший риск развития внутрибольничной инфекции наблюдается у пациента, страдающего тяжелым хроническим заболеванием, длительно находящегося в стационаре и имеющего самый прямой контакт с разными сотрудниками лечебного учреждения.

Не редко встречаются постинъекционные осложнения – инфильтрат и абсцесс. Причем причиной абсцессов являются:

1 загрязненные (инфицированные) руками сестринского персонала шприцы и иглы.

2 загрязненные (инфицированные) лекарственные растворы (инфицирование происходит при введении иглы через загрязненную пробку флакона).

3 нарушение правил обработки рук персонала и кожи пациента в области места инъекции.

4 недостаточная длина иглы для внутримышечной инъекции.

В связи с тем, что руки персонала очень часто являются переносчиком инфекции, очень важно уметь мыть руки и относиться к этому с должной ответственностью.

Пациентов с хирургическими заболеваниями беспокоят боль, стресс, диспептические нарушения, расстройства функций кишечника, суженные способности к самообслуживанию и недостаток общения. Постоянное присутствие рядом с больным медсестры приводит к тому, что медсестра становится основным связующим звеном между пациентом и внешним миром. Медсестра видит, что приходится испытывать пациентам и их семьям, и вносит в уход за больными сочувственное понимание.

Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности.

Способность к выполнению основных элементов самообслуживания у пациента с хирургической патологией сильно ограничена. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания становится первым шагом к реабилитации.

В процессе ухода важно помнить не только об основных потребностях человека в питье, еде, сне и т.п., но и о потребностях конкретного пациента – его привычках, интересах, ритме его жизни до начала болезни. Сестринский процесс позволяет грамотно, квалифицированно и профессионально решить как настоящие, так и потенциальные проблемы пациента, связанные с его здоровьем.

Компонентами сестринского процесса является сестринское обследование, постановка сестринского диагноза (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей и решение проблем), выполнение плана сестринских вмешательств и оценка полученных результатов.

Цель обследования пациента заключается в том, чтобы собрать, оценить и обобщить полученную информацию. Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Источником информации становится в первую очередь сам пациент, который излагает собственные предположения о состоянии своего здоровья. Источниками информации могут быть также члены семьи больного, его коллеги, друзья.

Как только медсестра приступила к анализу полученных в ходе обследования данных, начинается следующий этап сестринского процесса – постановка сестринского диагноза Швыявление проблем пациента).

В отличие от врачебного сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма на заболевание (боль, гипертермия, слабость, беспокойство и т.п.). Сестринский диагноз может изменяться ежедневно и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь. Сестринский диагноз предполагает сестринское лечение в пределах компетенции медсестры.

Например, под наблюдением находится 36 летний пациент с язвенной болезнью желудка. В данное время его беспокоят боль, стрессовое состояние, тошнота, слабость, плохой аппетит и сон, дефицит общения. Потенциальные проблемы – те, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени. У нашего пациента, который находится на строгом постельном режиме, потенциальными проблемами являются раздражительность, похудание, снижение тонуса мышц, нерегулярное опорожнение кишечника (запоры).

Для успешного разрешения проблем пациента медсестре необходимо их разделить на существующие и потенциальные.

Из существующих проблем первое, на что должна обратить внимание медсестра, это болевой синдром и стресс – первичные проблемы. Тошнота, снижение аппетита, плохой сон, дефицит общения – вторичные проблемы.

Из потенциальных проблем первичными, т.е. теми, на которые надо обратить внимание в первую очередь, является вероятность похудания и нерегулярное опорожнение кишечника. Вторичные проблемы – раздражительность, снижение тонуса мышц.

По каждой проблеме медсестра помечает себе план действий.

1. Решение существующих проблем: ввести обезболивающее средство, дать антацидные препараты, снять стрессовое состояние с помощью беседы, седативных средств, научить пациента максимально себя обслуживать, т.е. помочь ему адаптироваться к состоянию, чаще разговаривать с пациентом.
2. Решение потенциальных проблем: установить щадящую диету, проводить регулярное опорожнение кишечника, заниматься с пациентом лечебной физкультурой, проводить массаж мышц спины и конечностей, обучить членов семьи уходу за больными.

Потребность пациента в помощи может быть временной или постоянной. Возможно возникновение потребности в реабилитации. Временная помощь рассчитана на короткое время, когда существует ограничение самообслуживания при обострениях заболеваний, после хирургических вмешательств и т.д. Постоянная помощь требуется пациенту на протяжении всей жизни – после реконструктивных оперативных вмешательств на пищеводе, желудке и кишечнике и т.д.

Важную роль в уходе за пациентами с хирургическими заболеваниями играют беседа и совет, который может дать медсестра в определенной ситуации. Эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка помогает больному подготовиться к настоящим или к предстоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при обострении заболевания. Итак, сестринский уход нужен для того, чтобы помогать пациенту решать возникающие проблемы со здоровьем, не допускать ухудшения состояния и возникновения новых проблем со здоровьем.

# III Заключение

Внедрение сестринского процесса:

* способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов. Приоритетными проблемами являются проблемы безопасности (операционной, инфекционной, психологической); проблемы связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем; проблемы связанные с сохранением достоинства, так как ни в полной другой области медицины пациент не оказывается столь беззащитным, как в хирургическом отделении во время операции.
* определяет план действий медсестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей хирургической патологии.
* с его помощью оценивается эффективность проведенной хирургической работы, профессионализм хирургического вмешательства.
* гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать. Именно в хирургии наиболее значимо применение стандартов хирургического вмешательства.

# IV Список использованной литературы

1. С. А. Мухина, И. И. Тарковская «Теоретические основы сестринского дела» часть I – II 1996г., Москва
2. В. М. Кузнецов «Сестринское дело в хирургии», Ростов-на-Дону, Феникс, 2000г.
3. Стандарты практической деятельности медсестры России том I – II
4. С. И. Двойникоова, Л. А. Карасева «Организация сестринского процесса у больных с хирургическими заболеваниями» Мед. Помощь 1996 №3 С. 17-19.
5. Иванова Л. Ф. с соавторами «Сестринский процесс в геронтологии и гериатрии» г. Чебоксары 1996−1999гг.

# V Приложение

**Объяснительная записка к годовому отчету I хирургического отделения МУЗ «Новочебоксарская городская больница» за 2000г.**

I хирургическое отделение развернуто на 65 коек (55 хирургических и 10 онкологических). В штате 7 врачей-хирургов, которые работают по систее чередования. Чистое хирургическое отделение – экстренная хирургия гнойное хирургическое отделение.

Основные показатели работы отделения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **1999** | **2000** | **2001** |
| **1** | Число коек | 60 (50–110 ) | 65 (65–110) |  |
| **2** | Поступило больных | 1144+88 | 1191+107 |  |
| **3** | Выписано больных | 1254+136 | 1314+122 |  |
| **4** | Пользованные больные | 1200+113 | 1253+118 |  |
| **5** | Выполнение койко-дней | 16463+2159 | 15414+1712 |  |
| **6** | План выполнения койко-дней | 102%  96,9%  67,5% | 97,1%−53,5% |  |
| **7** | Средняя длительность пребывания на койке | 13,7%  14,2%  19,1% | 12,4 14,5 |  |
| **8** | Работа койки в году | 329,3  310,4  215,9 | 302,9  263  171,2 |  |
| **9** | Оборот койки | 24  21,8  11,3 | 24,4  22,8  11,8 |  |
| **10** | Умерло | 41 (31х+10он) | 27 (19х+8он) |  |
| **11** | Общая летальность с реанимацей | 2,28 (0,75х+1,76о) | 1,55х – 6,78он |  |
| **12** | Умерло после плановых операций | 1 онк. | 6 (1х+5онк) |  |
| **13** | Летальность после плановых операций | 0,25% | 1,55% (0,31%) |  |
| **14** | Умерло после экстренных операций | 24 (21х+3онк) | 18 (16х+2онк) |  |
| **15** | Летальность экстренных операций | 4,2% | 2,9% |  |
| **16** | Операций всего:  А) Плановые  Б) Экстренные | 969  390  579 | 1005 (68 онк)  387  618 |  |
| **17** | Количество послеоперационных осложнений  А) Плановых  Б) Экстренных | 27 (3%)  8 (2%)  9 (3,3%) | 19 (1,9%)  8 (2,1%)  11 (1,8%) |  |
| **18** | Послеоперационная летальность | 25 (2,57%) | 24 (2,4%) |  |
| **19** | Хирургическая активность  А) Хирургическая  Б) Онкологическая | 73,8%  70,3%  58,4% | 73,3%  68,8%  52,7% |  |
| Летальность после ОХЗОБП | | | | |
| **1** | Острый аппендицит | 1 | − |  |
| **2** | Непроходим. кишечника | 1 | 1 |  |
| **3** | Прободная язва | 2 | 1 |  |
| **4** | Ущемленная грыжа | 3 | − |  |
| **5** | Острый холецестит | 2 | − |  |
| **6** | Острый панкреатит | 3 | 3 (2 тер) |  |
| **7** | Язвенное кровотечение | − | − |  |
| Поздняя доставка больных с ОХЗОБП  (позднее 24 час от начала заболевания) | | | | |
| **1** | Острый аппендицит | 8,8% | 12,9% |  |
| **2** | Непроходим. кишечника | 13,1% | 22% |  |
| **3** | Прободная язва | 3,5% | 2,6% |  |
| **4** | Ущемленная грыжа | 17,4% | 22,2% |  |
| **5** | Острый холецестит | 24,2% | 21,8% |  |
| **6** | Острый панкреатит | 16,6% | 30% |  |
| **7** | Язвенное кровотечение | 40% | 27,7% |  |

**Анализ летальности**

Всего умерло: 27, из них: по возрасту:

1. ОХЗОБП – 5 до 20 лет – –
2. Злокачественные заболевания – 8 21 – 30 лет – –
3. Терапевтические – нет 31 – 40 лет – 3
4. Прочие хирургические – 13 41 – 50 лет – 6
5. Плановые хирургические – 1 51 – 60 лет – 4

61 – 70 лет – 6

71 – 80 лет – 7

81 – 90 лет – 1

**Оперативная деятельность за 2000 год.**

Всего операций: 1005 а) Плановые 387

б) Экстренные 618

в) Вскрытие абсцессов и флегмон.

1. Операция на щитовидной железе – 6
2. Резекция желудка: 24 а) По поводу язвы – 10

б) Жел. кровотеч. – 7

в) по поводу рака – 7

1. Гастроэктомия – нет
2. Ушивание перфорат. язвы желудка и 12 п/к – 38
3. Диагностическая лапоротомия – 8
4. Холецистэктомия: 162 а) при остром – 80

б) при хроническ. – 82 из них

в) лапароскопическая холецистоэктомия – 31

1. Аппендэтомия: 287 а) при остром – 287

б) при хроническ. – нет

1. Грыжесечение: 225 а) при неущемл. – 198

б) при ущемлен. – 27

1. Операция на венах н/конечностей – 33
2. ПХО ран – 26
3. Операц. на женск. пол. органах – 11
4. Лапаратомия при травмах из них: – 56

а) ушивание тонкого, толстого кишечн., желудка – 17

б) ушивание ран печени – 11

в) спленэктомия – 4

г) ушивание ран почки – –

д) ушивание ран аорты, н/п вены, подвздушной артерии – 4

е) Ревизия органов бр. Полости – 12

ж) Ушивание разрыва брыжейки кишечника – 3

з) Ушивание ран мочевого пузыря – 1

1. Торактолия при травмах – 20

а) ушивание ран сердца перикарда – 1

б) ушивание ран легкого – 12

в) ушивание межреберной артерии – 4

г) ушивание разрыва диафрагмы – 3

1. Ушивание раны наружной сонной артерии
2. Ампутация нижней конечности
3. Иссечение геморроидальных узлов
4. Прочие – 31

**Операция при онкологических заболеваниях**

1. Рак желудка: а) Резекция желудка – 7

б) Гастроэнтероанастасия – 1

в) Пробная лапаротомия – 4

г) Гатротомия

1. Рак печени, поджелудочной железы, желчного пузыря

а) Пробная лапаротомия – 1

б) Холецистоанастамоз по

Шалимову – 3

в) Холецистэктомия

1. Рак толстого кишечника:

а) Гемиколэктомия

б) Выведение п/естественного

заднего прохода – 3

в) Операция Гартмана – 3

г) Прочие – 3

1. Доброкачественные опухли из них:

а) Атерома – 5

б) Липома – 11

в) Папиллома – 4

г) Кондиллома

д) Киста

е) Биопсия лимф. узла.

**Результаты бикисследования внешней среды по операционному отделению за 2000 год.**

1. Смывы на кишечную палочку – 204 отр
2. Смывы на патогенный стафилококк –
3. Воздух на ОМИ – 24 в №
4. Шовный материал – 16 стерильно
5. Смывы на стерильность – 531/6–не стерил.
6. Смывы на спорообразную флору – 16 в №

**Отчет хирургического отделения за 2000г. по бак. контролю**

1. Смывы на кишечную пал. и стафил – 138 отр
2. Смывы на стерильность
3. Азоприновая проба (самоконтроль): – 455 (3 пол)

иглы, шприцы, инструменты, системы

**СЭС**

1. Кишечная палочка – 47 – отр
2. Стафилококк – 37 – отр
3. Азоприновая проба – 26 – отр
4. Воздух на стафилококк – 11 – отр
5. Фенолфтал. проба
6. Йодокрахмальная проба – 22

#### Осмотр на педикулез

**Отчет по заболеванию за 2000 год:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование заболеваний | Кол. больн | Кол. дней | Ср. кол. дней |
| 1. Аппендицит | 283 | 3239 | 11,4 |
| 2. ФРК | 40 | 159 | 3,9 |
| 3. Ущемл. Грыжа | 27 | 286 | 10,6 |
| 4. Грыжа | 207 | 1733 | 8,4 |
| 5. О. холецестит | 106 | 1506 | 14,2 |
| 6. Хр. холецестит | 79 | 1206 | 15,3 |
| 7. Непрох. кишечника | 21 | 225 | 10,7 |
| 8. Спаечная болезнь | 22 | 213 | 9,7 |
| 9. Панкреатит | 42 | 523 | 12,5 |
| 10. Цирроз печени | 1 | 26 | 26 |
| 11. Язвенная болезнь желудка | 102 | 1653 | 16,2 |
| 12. Жел./киш. кровотечение | 17 | 254 | 14,9 |
| 13. Перфориров. язва | 36 | 463 | 12,9 |
| 14. Гастрит | 34 | 270 | 7,9 |
| 15. Варикозная болезнь | 34 | 374 | 11,0 |
| 16. Тромбофлебит | 45 | 639 | 14,2 |
| 17. Обл. эндартерит | 67 | 1149 | 17,1 |
| 18. Нож. ранен. бр. полости | 27 | 383 | 14,2 |
| 19. Нож. ранен. грудной клетки | 18 | 202 | 11,2 |
| 20. Непроникающ. ранение | 17 | 102 | 7,1 |
| 21. Рак желудка | 34 | 615 | 18,1 |
| 22. Рак кишечника | 10 | 102 | 10,2 |
| 23. Прочие раковые заболев. | 28 | 438 | 15,6 |
| 24. Доброкачеств. опухли | 19 | 155 | 8,2 |
| 25. Прочие хир. заболев. | 76 | 924 | 12,2 |

**Отчет**

по переливанию крови и кровезаменителей I хирургического отделения за 2000 год

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование трансфузионной среды** | **Остаток на 01.01.00г.** | **Получено за год** | **Использовано за год** | **Забраковано** | **Остаток на 2001г.** | **Кол-во б-х получивших переливан. первично** | **Число переливаний** |
| Кровь консервированная | − | − | − | − | − | − | − |
| Эритромасса | − | 3900 мл | 3900 мл | − | − | 19 | 16 |
| Плазма нативная | − | 19595 мл | 19595 мл | − | − | 72 | 152 |
| Плазма сухая | − | − | − | − | − | − | − |
| Полиглюкин | − | − | − | − | − | − | − |
| Реополиглюкин | 1600 мл | 26400 мл | 28000 мл | − | − | 48 | 81 |
| Гемодез | 2000 мл | 13600 мл | 15600 мл | − | − |  |  |
| Аминокровин, альбумин протени, гидролизат казеина | − | 1200 мл | 1200 мл | − | − | 3 | 3 |

Количество посттранфузионных реакций: слабых – 4, средних – 1 сильных - нет

Определена резус принадлежность у 471 больных, из них внесено отметок в документы

На занятиях по переливанию крови охвачено: врачей 5, ср. медработников – 3.

Зав. хир. отд. Карпов В.И.