

Из Сарапупльской городской больницы (зав. хир. отд. П. П. Митрофанов).

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЙ.

П. П. Митрофанов.

Пневмония еще до сего времени является частым и неожиданным послеоперационным осложнением, дающим большой процент смертности. Относительно причин послеоперационных пневмоний (п.-о.п.) нет единого взгляда как среди наших, так и среди зарубежных хирургов.

Многие авторы признают основной причиной п.-о.п. общий наркоз — хлороформ и эфир. Геруланос, Левен и Протопопов считают основными факторами, способствующими легочным осложнениям (л.о.), следующие: аспирацию из полости рта во время наркоза, недостаточность отхаркивания в послеопер. периоде, гипостаз, эмболию и инфекцию по лимфатическим сосудам. По мнению Келлинга охлаждение кожи и брюшной полости во время операции является основной причиной п.-о.п. Лериш причиной п.-о.п. считает самую операцию, т.е. ту травму, которая наносится во время операции и которая способствует вазомоторным расстройствам. Боттэн, изучив большой материал легочных осложнений, приходит к следующим выводам: 1) сама операция может вызвать ряд л.о., 2) л.о. наблюдаются чаще у мужчин, чем у женщин, 3) времена года не имеют большого значения в появлении л.о., 4) состояние легких до операции имеет большое значение; при здоровых легких до операции — меньше послеопер. л.о.

Частота п.-о.п. у разных авторов не одинакова: Кюмель — 2,5%, Керте — 7,2%, Васильчук — 12%, Федоров — 26,7%. По данным проф. Петрова 15% всех послеоперационных смертей падает на послеоперационные пневмонии, статистика Рубашева дает до 17% смертности, Губер — 19%, Роделиус — 25%.

По приведенной мною статистике разных авторов видно, что частота п.-о.п. очень высока, а смертность от пневмоний достигает 25% и выше. Эти грозные явления п.-о.п. выдвигают на первое место вопрос о профилактике легочных осложнений.

Для выяснения причин п.-о.п. мы занялись разбором своего материала за время с 1926 по 1935 г. в 3538 операций, произведенных под разными видами обезболивания. Наш материал мы разделили по годам ведения разных методов послеопер. пер.: 1) с 1926 по 1933 г. — 2302 сл., 2) за 1934 г. — 634, где было применено в послеоперац. периоде раннее вставание, 3) в 1935 г. — 602 сл. с применением не только раннего вставания, но и гимнастических упражнений в послеоперац. периоде.

По нашим материалам (см. табл.), надо считать, что хлороформ и эфир дают наибольшее число случаев п.-о.п. — 2%, местное обезб. — 1%, спинномозговое — только 0,4%. До применения нами профи-

Методы ведения послеоперационного периода	Без раннего вст. и гимн.		Раннее вст.		Раннее вст. и гимнаст.		Всего	
	С 1923 по 1933 г.		1934 г.		1935 г.			
По годам								
Виды обезбол.	Кол. случ.	% пневмоний	Кол. случ.	% пневмоний	Кол. случ.	% пневмоний	Кол. случ.	% пневмоний
Общий хлороф. и эфир. наркозы.	523	2,6	173	1,9	146	1,5	842	2,0
Местн. обезбол.	1526	1,2	386	1,0	113	0,7	2025	1,0
Спинномозг. обезб.	253	0,8	75	0	343	0,3	671	0,4
	2302	1,53	634	0,97	602	0,83	3538	1,13

лактических мероприятий, раннего вставания и гимнастики, мы имели тяжелые случаи пневмонии, плохо поддающиеся лечению, с смертностью 30%. С 1934 г. нами было введено раннее вставание в послеоперационном периоде, что дало снижение п.-о. п., а в 1935 г. была введена гимнастика, давшая снижение л. о. до ничтожного процента, уже в 1934 г. от легочных осложнений мы не имели ни одного случая смерти.

Наши наблюдения говорят за то, что времена года (холодные м-цы) оказывают некоторое влияние на частоту л. о. В отношении места оперирования, на нашем материале, подтвердилось мнение большинства авторов о том, что при операциях в верхнем отд. бр. полости п.-о. п. бывают чаще, чем при операциях в нижн. отд.; два случая п.-о. п. наблюдалось даже при операциях, не связанных со вскрытием брюшной полости.

На основе своих наблюдений мы считаем, что основной причиной л. о. является безусловно сама операция, приковывающая больного к кровати на продолжительное время. Оперированный, находящийся в состоянии длительного покоя, не имеет возможности производить свободных движений грудной клетки, что ведет к ограничению дыхательных экскурсий и создает возможность гипостатических пневмоний. Из других причин л. о., по нашим случаям, необходимо отметить общий наркоз — хлороформ и эфир; чем длительнее наркоз, тем чаще случаи л. о.

При лечении п.-о. п. все медикаментозные средства, какими мы располагаем, не давали ободряющих результатов. Учитывая причины л. о. и малую успешность медикаментозного лечения, мы ввели в свою практику в 1934 г. раннее вставание в послеоперационном периоде. При операциях пупочных, эпигастральных грыж, проведенных под инфильтрац. обезбол., больные возвращаются пешком из операционной; при паховых грыжесечениях, аппендэктомиях разрешается садиться и ходить на вторые сутки, а в 1935 г. эти больные из операционной возвращаются пешком. Конечно, это не касается тех больных, которым было произведено спинномозг. обезболивание, в этих случаях ходить разрешается

на другой день после операции. При желудочных операциях разрешается ходить на вторые сутки, за исключением ослабленных больных; больные с операциями на печени, почках ходят на третьи сутки.

В 1935 г. нами введена гимнастика в хирург. отд. для всех больных. Все оперированные и неоперированные больные, по возможности выполнения гимнастических упражнений, разделяются на две группы: сидячих и лежачих. Больные проделывают пять упражнений. Все упражнения имеют целью усилить работу и развить грудные, межреберные, шейные, спинные мышцы, тем самым увеличить дыхательную экскурсию. Каждое упражнение связано с глубоким вдохом и выдохом.

Профилактическая гимнастика. Для сидячих больных.

1-е упраж. При команде — «приготовьтесь!» р...а...з—поворот головы налево, с глубоким вдохом, — два...—поворот головы обратно, прямо—с глубоким выдохом; р...а...з—поворот головы направо, с глубоким вдохом, два...—поворот головы прямо, с глубоким выдохом.

2-е упраж. Команда: «руки в бедра!» руки, согнутые в локтях, кладутся на гребешки подвздошн. костей, р...а...з—откидывание головы назад, при глубоком вдохе; два...—выпрямление головы и медленное опускание ее вперед, с упором подбородка на грудь, с глубоким выдохом.

3-е упраж. Команда «Руки вперед!» р...а...з—поворот обеих рук влево, при глубоком вдохе; два...—поворот рук прямо, при выдохе; р...а...з—поворот рук направо,—вдох, два...—поворот рук прямо — выдох.

4-е упраж. Команда «Руки вверх!» р...а...з—вытянутые руки постепенно откидываются назад, с перегибом назад головы и шеи, при глубоком вдохе; два...—постепенное приведение рук, головы в вертикальное положение и опускание рук, головы и шеи вперед, вниз, до соприкосновения пальцев рук с кроватью, при глубоком выдохе. Каждое упражнение повторяется по 5 раз.

Для лежачих — слабых больных 5-е упражнение состоит в глубоком вдохе и выдохе. При общей команде р...а...з слабые больные делают глубокий вдох до отказа, при команде два...—глубокий выдох. Гимнастика для сидячих и лежачих больных продолжается пять минут. Гимнастические упражнения проводятся ежедневно в 8 часов утра дежурной сестрой, по каждой палате отдельно. Профилактическая гимнастика нравится больным и охотно выполняется. Гимнастика у нас введена как профилактическая процедура, знание ее проведения обязательно для врачей и среднего персонала хир. отд.

Выводы:

1. Медикаментозное лечение п.-о. п. не дает положительных результатов.

2. Необходимыми профилактическими мероприятиями следует признать: по возможности исключение общего наркоза, замену его местным и спинномозговым обезболиванием и раннее вставание и гимнастику.