

Лабораторная диагностика энтеровирусной инфекции осуществляется выделением в тканевых культурах вируса из фекалий, носоглотки, крови, спинальной жидкости, заражением новорожденных мышей и установлением нарастания вируснейтрализующих антител в сыворотках при повторных исследованиях в начале заболевания и в период выздоровления.

Специфического лечения пока нет. Используются лишь симптоматические приемы лечения.

Профилактика энтеровирусных заболеваний требует самого строгого проведения всего комплекса мероприятий против кишечных инфекций, особенно в детских учреждениях. Имеется подробная инструкция МЗ РСФСР по борьбе с энтеровирусными инфекциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баронян О. В., Гайлонская И. Н., Григорян И. К. Сов. мед., 1961, 1.—2. Жданов В. М. Эпидемиология, 1961.—3. Мельник Д. Ж., Кернен Э. Вирусные и риккетсиозные инфекции человека. Группа Коксаки. 1955.—4. Смирнова М. Ф., Шайхет Г. Х., Середа В. Е., Василенко С. М. Врач. дело, 1957, 9.—5. Шалупенко К. В., Грищенко В. В., Шаповаленко Е. А., Филиппская С. С. Сов. мед., 1961, 1.—6. Шапиро А. М. Там же.—7. Шекоян Л. А. Вопросы вирусол., 1961, 1.—8. Bach C., Seringe P. B., Bocquet L. Sem. Hop. Paris, 1961, 60.—9. Bergamini F., Bonetti F. Мед. реф. ж. 1961, III, 9.—10. Conolly J. H. Brit. med. J., 1961, 5229.—11. Dalldorf G., Bull N. G. Akad. Med., 1950, 26.—12. Dalldorf G. J. exp. med., 1957, 106, 69.—13. Dalldorf G., Sickles G. M. Science, 1948, 108, 61.—14. Dalldorf G., Weigand H. J. exp. med., 1958, 108, 605.—15. Eichenwald H. F., Abadio A., Arky A. M., Hartman A. P. J. Amer. med. Ass., 1958, 116, 1563.—16. Felici A., Archetti I., Russi F., Bellocchi C., Marzi T. Arch. ges. Virusforsch., 1962, 11, 4.—17. Hortsman D. M. Arch. intern. Med., 1958, 102, 115.—18. Klein J. O., Lerner A. M., Finland M. Amer. J. med. science, 1960, 6.—19. Lepow M. L., Corver D. N., Robbins K. C. Pediatrics, 1960, 1.—20. Lerner A. M., Klein J. O., Finland M. Мед. реф. ж., 1961, III, 8.—21. Macrae A. D. Brit. med. bull., 1959, 3.—22. Mc Allister R. M. Мед. реф. ж., 1961, III, 8.—23. Nation Fondation for Infant. Paralysis. Science, 1957, 122, 1187.—24. Ramos-Alvarez M., Sabin A. B. Amer. J. publ. Health., 1956, 46, 295; J. Amer. med. Ass., 1958, 167, 147.—25. Riordan J. T., Ledinko N., Melnick J. L. Amer. J. Hyg., 1952, 55, 339.—26. Robbins F. C., Enders J. F., Florentino G. L. Amer. J. Hyg., 1951, 54, 286.—27. Rudnai O. Мед. реф. ж., 1961, III, 3.—28. Schultz-Trautmann. Infektionskrankheiten, 1957, 218.—29. Tobin J. O. H. Brit. med. bull., 1953, 9.—30. Tyrrell D. A. I., Clarke S. K. K., Heath K. B., Curran R. C., Beswick T. S. L., Wolman L. Brit. J. exp. path., 1958, 39, 178.—31. Verlinde J. D. Fourth. Internat. Poliomyelitis Conference, 1958, 235.—32. Woodward Th. E., Mc Crumb F. K., Carey T. N., Togo I. Ann. intern. med., 1960, 6.

Поступила 10 декабря 1962 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОЛЬ СКОРОЙ ПОМОЩИ И САНИТАРНОЙ ПРОПАГАНДЫ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Канд. мед. наук М. А. Мессель

Ленинградская станция скорой медицинской помощи (главврач — В. Н. Голяков) и объединение больницы им. В. И. Ленина (главврач — К. А. Шеломенцева)

Среди обслуживаемых станциями скорой помощи известный процент занимают больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Основная и главная задача врача скорой помощи сводится прежде всего к распознаванию таких заболеваний и срочной госпитализации, ибо их исход зависит от своевременного оперативного вмешательства, или, иначе говоря, своевременной госпитализации.

Последнее обстоятельство отчетливо подтверждается данными Ленинградского научно-исследовательского института скорой помощи. Эти данные показывают, что смертность от острого аппендицита у оперированных в первые 12 часов едва достигала 0,1%; прободные язвы желудка, оперированные в первые 6 часов после прободения, давали 2,9% смертности; при ущемленных грыжах, если операция сделана в первые 12 часов, смертность составляла 1,9%; при оперативном вмешательстве по поводу острой кишечной непроходимости по истечении 6—8 часов от начала заболевания смертность не превышала 6%.

Для этой последней формы заболевания получены еще более благоприятные исходы с 1947 г. по 1952 г. За этот период в Ленинградский институт скорой помощи доставлено и оперировано 220 больных с острой кишечной непроходимостью, из них умерло 11, то есть летальность составляла 4,9%. За 1948 г. на 42 оперированных по поводу острой кишечной непроходимости не было ни одной смерти.

Если в довоенные годы ленинградская скорая помощь госпитализировала в первые сутки 62,2% больных острыми аппендицитами, то в послевоенные годы процент госпитализированных в первые 12 часов достиг 70, поднявшись в 1959 г. до 72,3.

Аналогичную картину мы имеем при ущемленных грыжах: процент госпитализированных в первые 6 часов с 45,8 в довоенные годы поднялся до 57,7 в 1945—1946 гг. и до 64,3 в 1959 г.

Число больных с острой кишечной непроходимостью, госпитализированных в первые 12 часов, возросло с 35,5% в довоенные годы до 37,3% в 1945—1946 гг., а в 1959 г. до 51,5%.

При перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, когда грозное начало — резкие боли заставляют больного или окружающих сразу обращаться в скорую помощь, процент госпитализированных в первые 6 часов более высок по сравнению с остальными группами острых заболеваний органов брюшной полости.

В довоенные годы процент больных перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, госпитализированных в первые 6 часов, составлял 63,2%; в 1945—1946 гг. достиг уже 70,8, а в 1959 г. — 88,2%. Соответственно резко уменьшилось число госпитализированных в последующие сроки — через 6—12 часов, 12—24 часа и 24—48 часов.

Своевременная госпитализация, естественно, сказалась на уменьшении смертности.

По данным Ленинградского института скорой помощи, в 1932 г. в первой группе в 500 больных острым аппендицитом смертность составляла 3,2%; вторая группа в 1500 больных в 1933 г. и в 1934 г. дала 1,8% смертности, и в группе больных 1934—1938 гг. смертность упала до 0,94%, а за период 1947—1957 гг. — до 0,1%, о чем упоминалось выше.

Резко снизилась смертность и по остальным формам острых заболеваний органов брюшной полости.

Понятна огромная роль скорой помощи в снижении смертности от указанных заболеваний.

Однако в деле госпитализации больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости скорая помощь, как и неотложная еще не заняли у нас должного места.

Так, из общего числа больных с указанными заболеваниями, госпитализированных в течение 1957—1958 гг. в больницу им. В. И. Ленина, направлено: врачами скорой помощи — 3,3%, неотложной помощи — 24,6%, амбулаторно-поликлинических учреждений — 72,1%, из них участковыми — 7,9%.

Из всех госпитализированных с этими заболеваниями в лечебные учреждения в 1957—1958 гг. врачами скорой помощи направлено 4,9%, что почти совпадает с соответствующим процентом госпитализированных врачами московской скорой помощи (5,3%).

Таким образом, подавляющее число такого рода больных направляется через амбулаторно-поликлинические учреждения.

В довоенные годы из общего количества госпитализированных с этими формами заболеваний на долю амбулаторно-поликлинических учреждений приходилось 73,9%; скорой помощи — 15,5%; участковых врачей — 5,1%, прочих — 5,5%.

Хотя по сравнению с довоенным временем роль скорой и неотложной помощи резко возросла в госпитализации больных острыми заболеваниями органов брюшной полости, однако процент госпитализируемых с этими формами заболеваний амбулаторно-поликлиническими учреждениями продолжает оставаться еще высоким.

Так как при острых заболеваниях органов брюшной полости «врач должен идти к больному», а не наоборот, мы должны отметить, что этот принцип еще не достаточно осуществляется. Это объясняется в значительной мере недостаточным ознакомлением населения с допустимыми и запрещенными способами самолечения.

В пропаганде опасных последствий этих заболеваний можно рекомендовать использовать такие приемы, как печатание на сигнатурках лекарств, выпускаемых аптеками, советов: «при болях в животе немедленно обращайся к врачу», «при болях не принимай без совета врача слабительных», «не ставь грелок».

Совершенно очевидна необходимость дальнейшего углубления и развития санитарной пропаганды. Улучшению санитарно-просветительной работы среди населения принадлежит важное место в профилактической деятельности станций скорой помощи, так как широкое ознакомление населения с наиболее часто встречающимися формами перечисленных выше заболеваний будет способствовать ранней обращаемости населения к врачам, своевременной госпитализации и тем самым снижению смертности от этих заболеваний.