

предприятия. После окончания санации данного цеха врачи меняются местами, и второй направляется на санацию следующего по плану цеха (отдела). Если на предприятии работает один врач, то он выделяет определенные дни для профилактической работы и saniрует в первую очередь больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, ревматизмом, тонзиллитом, с частыми катарамы верхних дыхательных путей, а также беременных женщин.

Лечение полости рта рабочим производств, не имеющих своих постоянных стоматологов, осуществляется бригадами врачей из районных поликлиник путем организации передвижных стоматологических кабинетов. Бригада, как правило, состоит из 2 врачей и медицинской сестры. До начала работы бригады на предприятии проводятся соответствующие разъяснительные беседы. За 1 месяц такая бригада saniрует 300—350 чел. При существующей же в настоящее время организации стоматологического обслуживания рабочих промышленных предприятий врач, работающий на здравпункте, профилактически saniрует в год только 600—700 чел., а остальное время проводит текущую лечебную работу.

В процессе работы бригады выявляется количество рабочих, нуждающихся в протезировании. На отдельных предприятиях Москвы, Ивановской, Кировской, Курганской, Орловской областей, Северо-Осетинской АССР и др. санация полости рта включает и протезирование зубов.

В г. Новокузнецке Кемеровской области полтора года назад в территориальной поликлинике стоматологи начали работать по участковому принципу. Такая форма организации стоматологической помощи значительно улучшила качественные показатели. Если в 1963—1964 гг. на одного первичного больного в поликлинике приходилось 4 повторных, то при участковой системе — 2,6. Снизилось и среднее количество посещений на одну наложенную пломбу с 2,5 до 1,2. Число больных, которым в среднем один врач проводил санацию полости рта, возросло с 32 до 60 в месяц. Число случаев осложненного кариеса уменьшилось в два с лишним раза.

Все эти новые формы организации стоматологической помощи являются эффективными и должны шире внедряться в поликлиниках и медико-санитарных частях промышленных предприятий.

УДК 616.366—002

УЧАСТИЕ ХИРУРГА В ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ¹

В. В. Завьялов

(Калуга)

По материалам А. Я. Губергрица (1962) и М. Ю. Ронинсона (1962), среди терапевтической группы больных лица с заболеваниями желчевыводящих путей составляют от 9,3 до 11,7%.

По нашим исследованиям в последние годы отмечается некоторый рост числа лечившихся в стационарах по поводу желчнокаменной болезни. Так, если в 1956 г. в Калуге больные с желчнокаменной болезнью составляли 1,7% всех больных, леченных в стационарах, то в 1964 г. — 4,4%. В 1961 г. было 4,0% больных острым холециститом, в 1964 г. — 5,8%.

Следует отметить, что больные с острым холециститом поступают в хирургические отделения, как правило, в отягощенном состоянии, с нарушениями функций сердечно-сосудистой и других систем, нередко с грубыми деструктивными изменениями в желчном пузыре и окружающих органах, с перитонитом. Тяжелое состояние больных, безусловно, отражается на исходе оперативных вмешательств.

Известно, что даже первый приступ острого холецистита таит в себе большую угрозу для больного. Так, А. Е. Норенберг-Чарквиани (1960) среди больных, поступивших с первым приступом острого холецистита, из 114 оперированных у 102 нашел деструктивные изменения желчного пузыря, в том числе флегмону желчного пузыря — у 56, гангрену — у 34 и прободение — у 12 больных. Поэтому среди данной категории больных, леченных в хирургических стационарах, послеоперационная летальность довольно высока — 6—8% (В. И. Стручков, 1965) и больше.

Анализируя причины поздней госпитализации и летальных исходов после операций по поводу острого холецистита, а также малого количества поступающих для опера-

¹ Должено на XVI научной сессии Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР. Казань, 1965.

тивного вмешательства лиц с хроническим холециститом, мы пришли к выводу, что участие хирургов в диспансерном наблюдении за указанной группой больных недостаточно.

В литературе и соответствующих руководствах отсутствуют указания по организационным формам участия хирургов в диспансерном наблюдении за больными с хроническими холециститами. Имеющиеся методические указания (Методическое письмо МЗ СССР № 21) отводят хирургу пассивную роль — он привлекается в случае поступления больного в отделение с острым приступом холецистита или же когда больной с хроническим холециститом направляется к хирургу на консультацию по усмотрению терапевта. К сожалению, последнее наблюдается, как правило, только тогда, когда больному надоест испытывать на себе всевозможные методы стационарного и курортно-санаторного лечения, проводимого несмотря на приступообразные и постоянные боли в правом подреберье и клинически ясную картину камня желчного пузыря, а нередко и общего желчного протока. Все это говорит о неудовлетворительном взаимодействии хирургической и терапевтической служб в отношении больных с хроническим холециститом.

Работ, освещающих участие хирургов в диспансерном наблюдении за больными с хроническими холециститами, почти нет. Это заставило нас обратить внимание на поиски приемлемых в повседневной практике форм взаимодействия хирурга с терапевтом при диспансерном наблюдении за больными с хроническими холециститами.

В 1959—1962 гг. роль хирурга в диспансеризации больных с хроническим холециститом была пассивной. За это время было выявлено и оперировано небольшое количество больных с данным заболеванием.

В 1963 г. по нашему предложению Калужский областной отдел здравоохранения издал методическое указание о взаимосвязи хирургической и терапевтической служб при диспансеризации больных с хроническим холециститом, об обязательном совместном осмотре таких больных хирургом и терапевтом. Вошли в практику систематические освидетельствования этой группы диспансеризуемых больных. Комиссия в составе заведующих хирургическими и терапевтическими отделениями в присутствии лечащего врача осматривала больного, изучала его историю болезни по амбулаторной карте и определяла необходимость применения того или иного метода лечения или обследования.

В 1963 г. предложенный нами метод совместной работы хирурга, терапевта и лечащего врача проверялся, а с 1964 г. вошел в обязательный объем работы хирургической и терапевтической служб по диспансерному наблюдению за больными с хроническими холециститами.

В 1964 г. в городах и районах Калужской области было осмотрено таким образом 376 больных с хроническим холециститом (мужчин — 101, женщин — 275).

В возрасте до 30 лет было 6,9%, от 31 до 40 лет — 45,7%, от 41 до 50 лет — 28,7%, от 51 до 60 лет — 12,7% и старше 60 лет — 5,8%.

С длительностью заболевания до 1 года было 14,0%, до 3 лет — 25,0%, до 5 лет — 24,7%, более 5 лет — 26,6%.

Всего среди диспансерной группы лечилось по поводу холецистита 247 больных, из них в стационарах — 189 и на курортах — 58. Большая группа больных, находящихся на диспансерном наблюдении у терапевтов, не получала очень важного лечения — стационарного и санаторно-курортного, что связано с недостаточным вниманием к таким больным.

В результате проведенной работы за 1964 г. было выявлено нуждающихся в хирургическом лечении 66 чел., из них оперировано 33. У всех оперированных больных, за исключением одного, были обнаружены деструктивные изменения желчного пузыря и камни в нем. Лишь у одного больного была дискинезия желчного пузыря.

В процессе совместной работы с терапевтами повышается качество диспансерного наблюдения за этой группой больных, устраняются недостатки обследования и лечения, вырабатывается единый взгляд на лечение того или иного больного.

В ближайшем послеоперационном периоде до трудоустройства больного курируют хирург и терапевт (диетическое лечение, трудоустройство, санаторно-курортное лечение) и при отсутствии жалоб через год его снимают с учета хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бархаш П. А. Ежедневник Мосгорздравотдела, 1925, 15. — 2. Губергриц А. Я. Методические указания по лечению и профилактике хронических воспалительных заболеваний желчных путей. Донецк, 1962. — 3. Данилюк И. Г. Сов. мед., 1960, 9. — 4. Заболотников П. В. Тр. VIII съезда хирургов Украинской ССР. Киев, 1955. — 5. Методические письма МЗ СССР № 21, № 16—6/58, 1954. — 6. Норенберг Чарквани А. Е. Хирургия, 1960, 12. — 7. Посяда С. Д. Нов. хир. арх., 1956, 5. — 8. Стручков В. И. XXXIII Всесоюзн. съезд хирургов, Москва, 1965.