

## Структура расходов больниц различного профиля

Наименование расходов	Городские больницы		Детские больницы		Инфекционные больницы		Родильные дома	
	годовая стоимость содержания койки, руб.	удельный вес, %	годовая стоимость содержания койки, руб.	удельный вес, %	годовая стоимость содержания койки, руб.	удельный вес, %	годовая стоимость содержания койки, руб.	удельный вес, %
Заработная плата с начислениями	797—52	56,4	812—80	57,6	749—70	60,3	835—20	61,2
Питание больных	275—15	19,4	315—30	22,3	244—00	19,6	238—50	17,5
Медикаменты . . .	163—87	11,6	107—00	7,6	81—40	6,5	76—21	5,6
Приобретение мягкого инвентаря . . . . .	45—02	3,2	50—30	3,6	57—30	4,6	63—30	4,6
Прочие расходы	133—20	9,4	126—30	8,9	111—40	9,0	152—10	11,1
Итого . . .	1414—76	100,0	1411—70	100,0	1243—80	100,0	1365—31	100,0

## ВЫВОДЫ

1. Объем деятельности поликлиники заметно сказывается на стоимости содержания койки и койко-дня в объединенных больницах: чем выше число посещений в поликлинике, тем выше затраты на содержание койки в больнице.

2. Стоимость содержания койки неодинакова в больницах различного профиля. Расходы на заработную плату относительно выше в детских больницах и родильных домах, а расходы на медикаменты, наоборот, выше в больницах общего профиля.

3. На стоимость дневного содержания больного в стационаре в значительной степени влияет годовая занятость койки, снижающаяся чаще всего из-за длительности ремонта помещений.

4. В структуре расходов больниц заработная плата, питание больных и приобретение медикаментов составляют 84—87%.

5. Учет всех перечисленных особенностей будет способствовать правильному распределению бюджетных ассигнований по отдельным больницам, а также среди терапевтических, хирургических и других отделений внутри больницы.

## РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616—005—616.34

## МЕТОД ОЦЕНКИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА

О. С. Кочнев и А. Ф. Агеев

Кафедра хирургии (зав. — проф. П. В. Кривченко) | на базе Казанской ж.-д. больницы (нач. — В. Г. Колчин) и кафедры нормальной физиологии (зав. — проф. И. Н. Волкова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Мы предлагаем объективный метод оценки кровоснабжения любого участка желудочно-кишечного тракта. Он заключается во введении в артерию обследуемого участка кишечника слабо концентрированных водных растворов красителей (индигокармина, метиленовой сини, конгорота).

В 10 острых опытах на собаках мы медленно вводили через тонкую иглу 1,5—2,0 мл раствора красителя в одну из магистральных артерий тонкого кишечника. Через 2—3 сек. после начала опыта кровоснабжаемый этой артерией участок кишки окрашивался в соответствующий цвет. Длина сегмента варьировалась, в зависимости от величины магистрального сосуда, в пределах 6—15 см. Пульсация артерии после введения краски ослабевала на 1—2 мин., а затем восстанавливалась. Место укола при-

жимали марлевым тампоном. Окрашивание исчезало постепенно, через 7—8—10 мин. Четкое контрастное окрашивание изолированного участка кишки и наиболее быстрое рассасывание наступали после введения водного 0,4% раствора индигокармина. Им мы пользовались в большинстве опытов.

Для выяснения влияния введенного индигокармина на кровоснабжение соответствующего участка кишки мы провели 5 хронических опытов. Под морфинно-тиопенталовым наркозом вскрывали брюшную полость животного. Описанным выше способом в артерию вводили 0,4% раствор индигокармина. Сегмент кишки окрашивался в синий цвет. Границы окрашивания мы отмечали прошивными лигатурами и закрывали брюшную полость наглухо. Через 2—3 дня производили повторную лапаротомию. Резиция кишечника устанавливала, что отмеченный сегмент ничем не отличался от других участков кишки, а пульсация пунктированной ранее артерии была совершенно отчетливой.

Чтобы подтвердить хорошее кровоснабжение избранного в результате цветного окрашивания участка кишки, проделано 4 опыта с пересадкой кишечного трансплантата. Кишечный трансплантат длиной от 6 до 15 см мы выкраивали в пределах цветного окрашивания сегмента кишки. При этом отчетливо контурировались окрашенные в синий цвет сосуды брыжейки и лимфатические пути. Целостность кишки после выкраивания трансплантата восстанавливали конец в конец двухрядным швом. Далее на расстоянии 30—40 см от этого анастомоза пересекали петлю тонкой кишки и пересаживали сюда выкроенный трансплантат. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Вскрытия на 4—6—9-й дни показали хорошее приживление пересаженной кишки. Пульсация сосудов трансплантата была отчетливой.

В следующей серии опытов у 4 животных кишечный трансплантат выкраивали с одной стороны на 3—4 см длиннее окрашенного сегмента. В условиях, подобных предыдущей серии опытов, производили его пересадку на расстоянии в петлю тонкой кишки. Неокрашенный участок во время операции не отличался от других отделов кишки. Через 2—2,5 суток все животные погибли. Смерть наступила в результате развившегося перитонита на почве недостаточности межкишечного анастомоза, наложенного с той стороны, где трансплантат был длиннее, чем окрашенный сегмент кишки.

Предлагаемым методом, который назван «цветной ангиоскопией», можно пользоваться в практической хирургии для определения границ хорошего кровоснабжения сегмента кишки и ее жизнеспособности. Этот метод может найти применение при выкраивании трансплантатов из любых отделов кишечника, а также для определения границ резекции его при различных патологических состояниях.

УДК 618.146

## НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ СПАЗМОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ШЕЙКУ МАТКИ

*И. И. Фрейдлин и А. А. Ахунзянов*

*И кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) и кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Спазмолитические препараты миотропного и невротропного действия широко применяются в различных отраслях медицины, в том числе и в акушерстве. Однако оценка влияния этих препаратов на шейку матки чаще всего основана на субъективных ощущениях исследователя, который отмечает степень податливости шейки к расширению. Необходимость объективных методов оценки действия спазмолитических препаратов очевидна. Удобной моделью для подобных исследований является изучение сопротивляемости тканей шейки матки к расширению шеечного канала расширителями Гегара при проведении операции искусственного прерывания беременности ранних сроков (до 12 недель).

Изучая спазмолитическое действие пентамина, мы пользовались некоторыми методами оценки этого действия, дающими возможность судить о спазмолитическом эффекте и других препаратов.

Мы сравнивали сопротивляемость тканей шейки матки расширению шеечного канала при искусственном аборте у двух групп ранее рожавших женщин. В одной операции осуществляли под общепринятой парацервикальной анестезией раствором новокаина (М. С. Малиновский, 1955; П. В. Маненков и Н. В. Андресен, 1956 и др.), а в другой к раствору анестетика добавляли исследуемый спазмолитический препарат. По остальным признакам (по возрасту, сроку беременности и т. д.) женщины обеих групп существенно не различались. После общепринятой подготовки, анестезии и зондирования делали попытку без насилия ввести расширитель № 10. Если же это не удавалось, мы пытались ввести расширитель № 9 (строго избегая всякого насилия!),