

Н. М. Блинничев, А. В. Андрианов (Куйбышев-обл.). Случай сочетания рака прямой кишки, аномалии почек и неполного обратного расположения внутренних органов

Ш., 63 лет, поступила в клинику в плановом порядке 18/IV 1979 г. с направительным диагнозом: постхолецистэктомический синдром. Жалуется на боли постоянного характера в области правого подреберья, усиливающиеся при приеме пищи, запоры, периодически примесь крови в кале, частые позывы на стул.

Боли в области правого подреберья появились у Ш. в 1975 г. Получала лечение по поводу хронического холецистита. В 1977 г. подверглась холецистэктомии. Через полгода у нее появились запоры, частые позывы на стул, примесь крови в каловых массах; к врачам не обращалась. В сентябре 1978 г. возник острый приступ болей в правом подреберье. В стационаре диагностирован постхолецистэктомический синдром, исследование толстой кишки не проводилось. В течение 20 лет Ш. страдает гипертонической болезнью.

Данные объективного исследования: избыточно развит подкожный жировой слой, АД 32/21,3 кПа, легкая болезненность в области правого подреберья. При ректороманоскопии на высоте 11 см обнаружена плотная бугристая легко кровоточащая циркулярно расположенная неподвижная опухоль (гистологически — аденокарцинома). Диагноз: рак прямой кишки T4NXMX; постхолецистэктомический синдром; гипертоническая болезнь 2—3 ст.

25/IV — операция Гартмана. Сигмовидная кишка короткая, расположена справа, тип строения сосудов брыжейки рассыпной, в ней два плотных лимфатических узла. Слепая кишка больших размеров, имеет длинную брыжейку, подвижна, расположена в левой подвздошной ямке. Левая почка отсутствует, правая несколько увеличена, расположение и форма ее обычны. Сердце и печень на обычном месте. Опухоль размером 6×8 см, малоподвижная, прорастает тазовую брюшину. Единственный мочеточник выделен и взят на турникеты. Перевязаны внутренние подвздошные артерии. Перевязана и пересечена верхняя прямокишечная артерия. Прямая кишка мобилизована, выполнена внутрибрюшная резекция пораженного участка кишки. Дистальный конец кишки ушит в три этажа и оставлен под брюшиной малого таза, проксимальный выведен на брюшную стенку в виде противостоического одноствольного заднего прохода. Выполнена цекопексия. Послеоперационное течение гладкое.

Наше наблюдение подтверждает необходимость повышения онкологической настороженности по отношению к больным пожилого возраста и указывает на возможность аномалии расположения толстой кишки в сочетании с аномалией числа почек. Отсутствие второй почки, пожилой возраст больных и сопутствующие заболевания должны ориентировать хирурга на выполнение наименее травматичной, но достаточно радикальной операции, какой, по нашему мнению, является операция Гартмана.

УДК 614.8

Ф. Ф. Сафин, З. Х. Хатыпова, В. С. Колпаков (Казань). Травматизм и травматологическая помощь на заводе фотоматериалов

Нами изучен травматизм с потерей трудоспособности и его связь с социально-гигиеническими факторами на заводе, выпускающем кинофотоматериалы. На специальные карты были выкопированы сведения о возрасте, стаже, времени и обстоятельствах травмы и оказанной помощи и др. из амбулаторных карт травмпункта при поликлинике медсанчасти завода, из больничных листов и актов о несчастном случае. Все 202 рабочих и служащих, получивших травму, вызваны для изучения отдаленных результатов.

47,5% пострадавших от травм — мужчины, хотя удельный вес их в коллективе намного меньше — 33%. Чаще травмы регистрируются у рабочих старших возрастных групп (от 50 до 59 лет), что можно объяснить некоторым пренебрежением к соблюдению правил безопасности.

Сроки лечения, нетрудоспособности, а также исходы травмы зависят в основном от характера повреждения, своевременности и качества медицинской помощи. У основной массы пострадавших — 99 человек — были ушибы и растяжения связок, при которых сроки нетрудоспособности составили соответственно 7,2 и 6,6 дня. У 30 больных были различные переломы с потерей трудоспособности в среднем на 50,3 дня. Раны наблюдались у 23 больных (потеря трудоспособности на 2,5 дня). Ожоги, вывихи, множественные и сочетанные повреждения встречались значительно реже. Средний срок потери трудоспособности составил: при сочетанных или множественных повреждениях — 59,7 дня, при всех повреждениях — 19,9 дня.

Чаще других травмируется нижняя конечность (44,1%, из них 18,8 — стопа). У 16,9% больных были повреждения кисти, у 14,9% — плеча, предплечья и суставов верхней конечности, у 6,5% — грудной клетки или позвоночника. Множественные и сочетанные повреждения были у 1,5% больных, травма головы — у 3,5%.

Только 78,3% пострадавших явились в лечебные учреждения в течение первых

6 ч после травмы, а 8,6% обратились через 1—2 сут, что послужило причиной удлинения сроков лечения и нетрудоспособности.

Изучение исходов показало, что 90% получивших травму приступили к прежней работе, 8,5% нуждались во временном переводе на другую работу, 1,5% пострадавших установлена инвалидность.

На основании материалов исследования нами были даны следующие рекомендации.

1. Для предотвращения утомления практиковать короткие (5—10 мин) перерывы с производственной гимнастикой в последние часы смены (за 2 ч до окончания смены).

2. В целях рационального трудоустройства и использования остаточной трудоспособности рабочих, получивших легкую травму, и дальнейшего улучшения условий труда организовать врачебно-инженерную бригаду.

3. Для обеспечения своевременной медицинской помощи пострадавшим расширить сеть здравпунктов, активизировать санитарно-просветительную работу среди рабочих и улучшить работу санпостов.

4. Провести активную диспансеризацию рабочих, в первую очередь аппаратчиц и слесарей, на долю которых приходится 39,4% всех случаев травм.

Результаты наших исследований, а также рекомендации сообщены служебным письмом руководству предприятия и профсоюзным органам. На предприятии строится новый здравпункт, начала функционировать врачебно-инженерная бригада, организован университет здоровья, где проводятся лекции и беседы о профилактике травматизма, оказании первой помощи.

Совместная работа инженерно-технических и медицинских работников по улучшению охраны труда, техники безопасности, в том числе и претворение в практику наших предложений позволили добиться снижения числа дней нетрудоспособности на 100 работающих с 37,3 в 1978 г. до 23,8 в 1979 г.

УДК 614.8

Н. Ф. Ким (г. Гусь-Хрустальный, Владимирская обл.). Мероприятия по снижению производственного травматизма на стекольном заводе

До настоящего времени мероприятия по профилактике производственного травматизма на предприятиях стекольной промышленности недостаточно разработаны. Мы решили поделиться опытом организации профилактической работы на стекольном заводе.

С целью снижения производственного травматизма нами за период с 1970 по 1978 г. проведены следующие мероприятия: вводный инструктаж всех поступающих на работу, в том числе специальный медицинский инструктаж по оказанию первой медицинской помощи, разработанный нами; инструктаж на рабочем месте и текущий инструктаж; с травмированными рабочими проводили повторный инструктаж, независимо от срока последнего инструктажа; при повторных травмах ставили вопрос о переводе на другую работу, если травма произошла по вине пострадавшего; на заводе внедрен опыт трехступенчатого контроля по технике безопасности; практикуется день профилактики производственного травматизма один раз в квартал. Разработаны и внедрены памятки по профилактике и оказанию первой помощи при резаных ранах пальцев кисти для транспортировщиков и резчиков стекла, памятка фельдшеру по оказанию первой травматологической помощи на здравпунктах.

Заменены или дополнены необходимыми средствами применительно к предприятиям стекольной промышленности цеховые аптечки; рабочие обучены правилам оказания само- и взаимопомощи при резаных ранах и легких производственных травмах; созданы уголки наглядной агитации; широко использовалась заводская печать; регулярно проводились занятия в цехах с медработниками здравпункта.

С целью профилактики гнойных осложнений от легких травм (ран, ссадин и др.) широко использовались клей БФ-6, раствор церигеля. Проводилась санитарно-просветительная работа по улучшению качества медицинской помощи и предупреждению травматизма.

Созданная на заводе комиссия по профилактике производственного травматизма особое внимание уделяла учету несчастных случаев и расследованию их на рабочем месте, проверяла выполнение рекомендованных мероприятий по снижению травматизма, занималась анализом причин несчастных случаев и эффективности проводимых в жизнь мероприятий, поиском более совершенных форм организации и профилактики травматизма, осуществляла контроль за качеством лечебно-профилактической помощи, за своевременным использованием остаточной трудоспособности и др.

Была налажена постоянная связь между травматологическим отделением, отделом техники безопасности и здравпунктом.

Для изучения эффективности профилактических мероприятий была подвергнута анализу динамика производственных травм за 1970—1978 гг. Оказалось, что производственный травматизм снизился в 1978 г. по сравнению с 1970 г. в случаях на 100 работающих на 67,2%, а в днях нетрудоспособности — на 49,6%.