

10/X калий плазмы 21,5 мг%, рН 7,36. Стойко нормализовался электролитный баланс, а также гемодинамика. Пульс 100—110 при температуре 38,3°.

13/X, на 15-й день болезни, удалена трахеостомическая трубка и катетер из вены, так как полностью исчезли судороги. Индивидуальный врачебный пост снят, сестринский оставлен. Эвакуация бронхиального секрета продолжалась через трахеостомный свищ, что позволило успешно справиться с легочными осложнениями.

Температура снизилась до нормы лишь 19/X, на 22-й день болезни. Через 3 дня после этого закрылся трахеостомный свищ. В течение всего острого периода больная получала антибиотики, гормональные препараты (100—120 мг в день гидрокортизона, АКТГ), кардиотоники и витамины. Препараты в основном вводили внутривенно. Больная выписана 16/XI, через 1,5 месяца, в хорошем состоянии.

УДК 616.981.551—612.014.464

Ю. Н. Белокуров, Ю. А. Водолазов, А. Н. Каменный, Б. В. Попов, Б. Н. Кирсанов (Ярославль). Ингаляции кислорода под повышенным давлением при столбняке

Достигнутые в последние десятилетия успехи в изучении действия повышенного давления кислорода (ПДК) на организм позволили использовать этот метод при ряде хирургических инфекций. Первая попытка применения ПДК при столбняке оказалась удачной: из 16 больных удалось спасти 15. Поскольку опыт лечения столбняка таким способом еще очень мал, мы сочли целесообразным привести наше наблюдение.

С., 46 лет, 24/VIII 1969 г. был ранен дробью в правую половину шеи и спины. В районной больнице сделана первичная хирургическая обработка раны и введена профилактическая доза противостолбнячной сыворотки (3000 АЕ) и столбнячный анатоксин. На 7-е сутки с момента травмы у больного повысилась температура до 38°, в области раны появились сильные боли и судорожные подергивания мышц правого плечевого пояса. На следующий день состояние ухудшилось, судороги участились, стало трудно дышать. Больной с подозрением на столбняк переведен в хирургическую клинику.

При поступлении состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное (сидит в кровати, голова приведена к правому плечу). Дыхание затрудненное, до 40, поверхностное, умеренный цианоз губ. Пульс 80, АД 135/80. Кожа влажная, холодный пот. На шее справа обширная рана с рваными краями, уходящими в слой глубоких мышц спины. При ревизии раны под лопаткой обнаружен войлочный пыж и дробь. Рану расширили, инородные тела удалили. При малейшем прикосновении к коже и инъекциях возникают сильные судороги мышц плечевого пояса. Клинический диагноз: местный столбняк, инфицированная рана правого плечевого пояса после ранения дробью.

Начато лечение: ПСС по 300 000 АЕ в сутки внутривенно, кислород постоянно, анальгетики, антигистаминные и десенсибилизирующие средства. Состояние больного продолжало ухудшаться, местные судороги усиливались, на 3-и сутки появились судорожные сокращения жевательной мускулатуры, диафрагмы и мышц правой ноги. Во время судорог стал появляться ларингоспазм и кратковременный диффузный цианоз. Ввиду безуспешности проводимого лечения и генерализации процесса решено провести лечение ПДК. Проведен один 1,5-часовой сеанс ПДК с давлением O_2 до 3 атм. На следующие сутки прогрессирования симптомов не отмечено, дыхание стало свободнее, одышка уменьшилась до 24 в мин., но приступы судорог возникают при малейшем прикосновении к больному. Через день сеанс ПДК повторен. Состояние больного улучшилось, судороги редкие и только в мышцах плечевого пояса, дыхание ровное. В последующие дни прогрессивно наступало улучшение, и на 15-й день с момента поступления клинические проявления столбняка полностью исчезли. 22/X больной выписан с полным клиническим выздоровлением.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 617.55—089

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ПРОЦЕССАХ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА

М. В. Буйлин

Республиканская клиническая больница ТАССР

В организации хирургической помощи сельскому населению самым сложным вопросом является оказание неотложной хирургической помощи. Намечившееся общее направление к оказанию специализированной медицинской помощи в центральных

районных больницах не подкреплено еще четкими научно-практическими и методическими рекомендациями в отношении неотложной хирургической помощи.

Общезвестно, что острые хирургические заболевания брюшной полости часто возникают в результате неудовлетворительной постановки дела с плановым диспансерным наблюдением за больными язвенной болезнью желудка, грыжами, спасчным процессом брюшной полости, желчнокаменной болезнью и т. д. Однако вопрос о методах диспансеризации таких больных не разработан и диспансерное наблюдение не внедрено повсеместно в сельское здравоохранение.

В своей работе мы поставили задачу рассмотреть следующие вопросы: роль различных звеньев сельского здравоохранения в организации неотложной хирургической помощи при некоторых острых заболеваниях брюшной полости; особенности тактики хирурга в зависимости от патологии; роль диспансерного наблюдения в снижении острой хирургической патологии брюшной полости; привлечение среднего медицинского звена к решению этой проблемы; организация школ передового опыта на базе лучших фельдшерских пунктов и их роль в осуществлении неотложной хирургической помощи в радиусе обслуживания фельдшерского пункта.

На материалах Пестречинского района ТАССР нами изучена роль различных звеньев органов здравоохранения за 1958—1967 гг.

С 1958 по 1962 г. весь район был разделен на участки. В обязанности участковых больниц входило обеспечение населения всеми видами медицинской помощи, включая и неотложную хирургическую помощь.

Хирургические больные с острыми процессами в брюшной полости поступали в участковые больницы (кроме зоны участка районной больницы — больных этого участка фельдшера направляли непосредственно в районную больницу), где решался вопрос: направить больного в районную больницу или пригласить хирурга на место. В результате больных часто оперировали с большим опозданием.

С 1963 по 1967 г. медицинская помощь больным с хирургической патологией осуществлялась только хирургическим отделением центральной районной больницы. Фельдшерам было вменено в обязанность разъяснять населению опасность острых хирургических заболеваний.

В районе были организованы школы передового опыта, на базе которых все фельдшера обучались по разделу неотложной хирургии.

Больных с острой хронической патологией фельдшера направляли непосредственно в центральную районную больницу. В участковых больницах были сохранены операционные блоки, где районный хирург проводил операции тем больным, которым противопоказана транспортировка.

Руководство и контроль за организацией неотложной хирургической помощи были сосредоточены в руках заведующего хирургическим отделением центральной районной больницы.

Решением районного Исполнительного комитета депутатов трудящихся за каждым фельдшерским пунктом был закреплен дежурный транспорт. Систематический контроль и руководство неотложной хирургической помощью населению привели к улучшению показателей этого раздела хирургической службы (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Диагноз	1959—1961 гг.			1962—1964 гг.			1965—1967 гг.		
	доставлены в сроки			доставлены в сроки			доставлены в сроки		
	от 6 до 12 час.	от 12 до 24 час.	позже 24 час.	от 6 до 12 час.	от 12 до 24 час.	позже 24 час.	от 6 до 12 час.	от 12 до 24 час.	позже 24 час.
Острый аппендицит	24	265	85	25	468	69	12	244	66
Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	1	4	1	4	9	—	—	4	—
Непроходимость кишечника	—	3	3	1	10	2	—	2	2
Ущемленная грыжа	2	4	3	1	7	1	11	6	2

Неотложная помощь больным с острой хирургической патологией брюшной полости на селе является больше организационной проблемой, нежели клинической, и нуждается в серьезном усовершенствовании именно в этой ее части.

Сегодня на селе первым видит больного фельдшер, от уровня грамотности, сознательности, настойчивости которого к ургентным случаям и зависит дальнейшая судьба больного. По нашим данным, в 91% случаев острой хирургической патологии первым устанавливал диагноз и направлял больного в хирургическое отделение фельдшер.

Фельдшерские пункты еще длительное время будут играть большую роль, а их деятельность предопределяет показатели хирургической службы. Поэтому в течение

последних 5 лет (1963—1967) мы четко отработали вопросы неотложной хирургии, касающиеся фельдшерских пунктов. Это вопросы диагностики, оказания первой доврачебной помощи, транспортировки, контроля и диспансерного наблюдения за хроническими больными.

Наряду с проведением и изучением организационных мероприятий по данному разделу мы проанализировали и обобщили клинический материал по Пестречинскому району за 10 лет — с 1958 по 1967 г. Из 1512 больных, прооперированных в нашем учреждении за эти годы по поводу острой хирургической патологии брюшной полости, у 1286 (81%) был острый аппендицит. Большое преобладание острого аппендицита над другими видами патологии побудило нас провести ряд организационных мероприятий. На базовых фельдшерских пунктах ежегодно проводились семинары по острому аппендициту. Для врачей и фельдшеров были разосланы рекомендованные Ю. Ю. Джанелидзе еще в 30-х годах, измененные и дополненные применительно к селу, памятки об остром аппендиците и его формах. Были разработаны соответствующие тексты лекций и бесед для населения и разосланы участковым врачам и фельдшерам.

Наиболее удобным и приемлемым видом обезболивания при аппендицитах в сельских районах является местная анестезия. Мы ее применили в 91%. Эфирный наркоз давали только детям до 6 лет.

Мы считаем, что в сельских районных больницах тактика хирурга при остром аппендиците должна быть активной. Выжидание в сомнительных случаях в этих условиях неприемлемо, так как невозможно обеспечить систематический контроль хирурга за больным в течение суток. Допустимо наблюдение не дольше 3—4 часов. Если в течение этого времени точного диагноза установить не удастся и не исключается острый аппендицит, надо оперировать.

На основании своих наблюдений мы пришли к заключению, что все больные с установленным диагнозом острого аппендицита подлежат оперативному лечению. Противопоказанием надо считать инфильтрат у взрослых; у детей и инфильтрат не может служить противопоказанием.

Попытка консервативного лечения под контролем хирурга допустима только при тяжелых сопутствующих заболеваниях, когда риск для жизни больного во время операции слишком велик.

По нашим данным, при правильной организации диагностики и лечения больных аппендицитом можно не допустить летальных исходов при этом заболевании (табл. 2)

Т а б л и ц а 2

Формы острого аппендицита	1959—1961 гг.						1962—1964 гг.						1965—1967 гг.						летальность		
	доставлено				летальность		доставлено				летальность		доставлено				летальность				
	до 24 час.		позже 24 час.				до 24 час.		позже 24 час.				до 24 час.		позже 24 час.						
	число		%		число		%		число		%		число		%		число			%	
	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%			
Катаральная	238	88,8	30	11,2	—	—	155	84,7	28	15,4	—	—	128	90,1	14	9,9	—	—			
Флегмонозная	86	79,6	22	20,3	—	—	84	80,8	20	19,2	—	—	57	86,4	9	13,6	—	—			
Гангренозная	8	42,1	11	57,8	—	—	20	64,5	11	35,4	—	—	17	80,9	4	19,0	—	—			
Перфоративная	6	17,6	28	82,4	4	11,8	8	47,0	9	52,9	1	5,9	15	78,9	4	21,0	—	—			

Осложнение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки прободением в настоящее время имеет стойкую тенденцию к снижению.

Прободение чаще встречается в молодом возрасте. На нашем материале 85,7% всех прободений падало на возраст от 20 до 30 лет и 14,3% — на возраст от 40 до 50 лет. Снижению этого грозного осложнения в значительной мере способствует активное выявление и лечение больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. В настоящее время всякое прободение надо расценивать как чрезвычайное происшествие, как дефект в медицинском обслуживании этих больных.

Большую сложность в лечении перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки на селе представляет их своевременное распознавание и своевременная доставка больных в хирургическое отделение.

В отношении тактики хирурга при прободении гастродуоденальных язв до сих пор ведется спор. Мы полагаем, что при ранней доставке больного (не позднее суток) и удовлетворительном общем состоянии, при отсутствии противопоказаний надо производить резекцию желудка. После ушивания мы наблюдали повторные прободения.

Среди острых хирургических заболеваний брюшной полости ущемленные грыжи встречаются не так часто. В группе умерших от этих заболеваний страдавшие грыжами составили 12,2%. 50—60% ущемленных грыж приходится на паховые, 20—30% — на

бедренные, 15% — на пупочные, 5% — на грыжи белой линии. Вентральные, диафрагмальные и другие виды грыж крайне редки.

Паховая грыжа наблюдалась в 62% у мужчин и в 9% у женщин, бедренная — в 2% у мужчин и в 10% у женщин.

Наш опыт показывает, что при правильной организации медицинской службы на селе можно избежать летальных исходов при ущемленных грыжах и сократить частоту ущемлений грыж.

Острая кишечная непроходимость представляет собой самый сложный вид острой хирургической патологии. Ее удельный вес в группе острых хирургических заболеваний брюшной полости был равен 2,5%. Летальность при этом заболевании остается самой высокой. По нашим данным за 10 лет она составила 21,7%.

На наш взгляд, необходимо создать специализированные межреспубликанские центры по лечению кишечной непроходимости.

Большая координирующая и организационная роль в экстренной хирургической помощи сельскому населению отводится областным и республиканским клиническим больницам.

Хирурги областных и республиканских больниц, работая в тесном контакте с главным хирургом района, составляют текущий и перспективный план по разделу хирургии, разрабатывают мероприятия по повышению хирургических знаний врачей других профилей, фельдшеров, внедряют новые методы диагностики, лечения, организуют школы передового опыта.

ВЫВОДЫ

1. Неотложная хирургическая помощь сельскому населению является проблемой больше организационной, чем клинической. Качество этого раздела хирургической помощи находится в прямой зависимости от налаженности этого дела на местах — в центральных районных больницах, фельдшерских пунктах.

2. Большая роль в раннем выявлении и ранней доставке больных с острой хирургической патологией должна быть отведена фельдшерским пунктам. Для повышения уровня работы на фельдшерских пунктах необходимо создать базы передового опыта, призванные проводить плановое и систематическое обучение всех фельдшеров района.

3. Плановые мероприятия, проводимые в районе по активному выявлению, диспансерному наблюдению и активному лечению больных с гастродуоденальными язвами, грыжами, спаечным процессом в брюшной полости, привели к сокращению количества больных с острой хирургической патологией в брюшной полости.

4. По нашим данным острый аппендицит превалирует среди острой хирургической патологии брюшной полости. Еще встречаются запущенные деструктивные формы с летальными исходами.

5. Осложнение гастродуоденальных язв прободением в настоящее время имеет стойкую тенденцию к снижению. Проведение в плановом порядке активного выявления, диспансерного наблюдения и активного лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является надежным путем к резкому сокращению гастродуоденальных прободений.

На нашем материале все эти больные в последние пять лет доставлялись на ранних сроках (до суток) Операцией выбора при гастродуоденальных прободениях на ранних сроках и удовлетворительном общем состоянии в условиях села надо считать резекцию желудка.

6. Ущемленные грыжи, имея небольшой удельный вес среди острой хирургической патологии брюшной полости, все еще дают высокий процент летальности. Проведение в плановом порядке организационных мероприятий по выявлению больных ущемленными грыжами, диспансерному наблюдению и активному лечению позволило нам значительно улучшить положение.

7. Кишечная непроходимость представляет собой самую сложную форму острой хирургической патологии. Необходимо создать республиканские и межреспубликанские центры по лечению острой кишечной непроходимости, что позволит обобщить и изучить вопросы диагностики, клиники и лечения. Особенно это касается самой распространенной формы кишечной непроходимости — спаечной.

8. Важным фактором в снижении летальности при острых хирургических заболеваниях является создание при всех центральных районных больницах отделений или станций переливания крови и организация двухэтапного забора и переливания крови, с обязательным наличием дежурных доноров.

9. Большим координирующим фактором в вопросе организации специализированных служб является перспективное планирование как в районе, так и в республике или области.