

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.24+616.27]-07 «414.21»

СТАЦИОНАР «ОДНОГО ДНЯ» В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ

А. А. Вишневский, В. В. Борисов, И. П. Копейко, В. А. Федорова

*Отделение торакальной хирургии (зав.— проф. А. А. Вишневский) Института хирургии
им. А. В. Вишневского АМН СССР*

Р е ф е р а т. Проанализирована эффективность работы стационара «одного дня» — догоспитального обследования торакальных больных в амбулаторных условиях. Показано, что такая форма обслуживания больных значительно сокращает время постановки диагноза и пребывания больного в стационаре, а также позволяет увеличить оборот койки и повысить хирургическую активность стационара.

К л ю ч е в ы е с л о в а: торакальные больные, догоспитальная диагностика.

Результаты хирургического лечения заболеваний легких находятся в прямой зависимости от своевременности обнаружения патологических изменений. Наиболее информативные методы исследования являются и наиболее инвазивными, и применение их в поликлинике не всегда возможно. Эти соображения побудили нас заняться организацией специального звена на догоспитальном этапе, которое сочетало бы возможности массовости поликлинических приемов, с одной стороны, и безопасности применения всех необходимых методов исследования для получения точного диагноза — с другой.

В нашем институте развернут стационар «одного дня», цель которого — выполнение основных диагностических исследований и хирургических биопсий в амбулаторных условиях. Сроки пребывания в нем больного колеблются от нескольких часов до 3—5 дней, необходимых для установления морфологического диагноза. Такой стационар должен установить тесную связь как с поликлиникой, так и с торакальным отделением, иметь свою документацию, которая, наряду с информативностью, была бы несложной. Задачами стационара являются: 1) установление в кратчайший срок диагноза; 2) определение распространенности заболевания в легком; 3) выявление возможности для хирургического лечения, предполагаемый тип вмешательства и объем операции.

За 1979—80 гг. в диагностическом стационаре «одного дня» выполнено 1181 инструментальное исследование, в том числе бронхологических — 1017; пункционных биопсий легкого, плевры, средостения — 125; плевроскопий — 17, лапароскопий — 22. Высокая результативность биопсийных методик, отсутствие каких-либо серьезных осложнений позволили нам, начиная с 1981 г., в условиях стационара «одного дня» перейти к предварительному обследованию каждого больного с бронхолегочной патологией, направляемого в торакальное отделение.

Обследование больных проводится в два этапа. На первом этапе в поликлинике выполняется клиническое и лабораторное обследование, что позволяет поставить больному предположительный диагноз или составить дифференциально-диагностический ряд. В зависимости от предварительного диагноза, локализации и характера патологического процесса планируются дальнейшие диагностические мероприятия. Второй этап обследования проводится в стационаре «одного дня». Ведущими исследованиями являются эндоскопические методы. Манипуляции выполняются как в условиях наркоза и искусственной вентиляции легких, так и под местной анестезией.

При отрицательном результате цитологического исследования полученного материала, которое становится известным через 1,5—2 ч, больному производятся другие виды биопсий, такие как аспирационная или игловая биопсия легкого, средостения, биопсия плевры, плевроскопия, лапароскопия.

Для определения эффективности обследования на догоспитальном этапе была проведена сравнительная оценка двух групп больных. I группу составили 48 человек, поступивших в торакальное отделение без предварительного обследования; во II группу вошли 45 больных, предварительно обследованных в стационаре «одного дня».

Для сравнения были выбраны следующие критерии: 1) сроки пребывания в стационаре до установления диагноза; 2) процент оперированных больных; 3) количество пробных торакотомий; 4) процент неоперированных больных, причины отказа от операции; 5) количество койко-дней, проведенных в стационаре до момента операции.

Сроки пребывания больных 1-й группы в отделении до установления точного диагноза колеблются от 1—3 дней до месяца и более (в среднем 7—15 дней). Из 41 больного с центральной локализацией опухоли хирургическое лечение осуществлено лишь у 14, в том числе сделана 1 пробная торакотомия и 27 человек не оперированы. С периферическим расположением опухоли оперативному вмешательству подвергнуты 6 человек, не оперирован один. Итого из 48 больных радикально оперированы лишь 19. Произведена одна пробная торакотомия и 28 человек, которые провели в отделении 665 койко-дней, выписаны без операции. Среди последних наибольшую группу (19 человек) составили больные с запущенными формами рака легкого, у которых оперативное вмешательство было невыполнимо из-за распространения опухоли на трахею или ее бифуркации или прорастания опухоли в средостение. Показательны сроки пребывания этих больных в отделении после установления диагноза, то есть выполнения бронхологического исследования: 13 человек выписаны в ближайшие 5 дней, остальные 6 — в сроки от 7 до 10 дней. Это подтверждает состоятельность бронхологического исследования для установления полной иноперабельности этих больных.

Второй причиной отказа от хирургического лечения явилось наличие противопоказаний для выполнения операции со стороны других органов. Таких больных выписывали в сроки от 20 до 30 дней после морфологической верификации опухоли. Относительно сложные и многочисленные исследования позволили обнаружить функциональные изменения, не допускающие оперативное вмешательство. И, наконец, третьей причиной явились отказы больных от операции.

За два месяца 1981 г. в стационаре «одного дня» обследовано 136 больных с различной легочной патологией. В отделение для оперативного лечения госпитализировано 45 (33%), из них 26 — с диагнозом «рак легкого».

При установлении этого диагноза в стационаре «одного дня» важно выяснить все возможности для хирургического лечения больного: 1) точную локализацию опухоли; 2) распространенность по бронхам; 3) гистологический тип опухоли; 4) наличие или отсутствие отдаленных метастазов.

Последний из этих моментов — наиболее сложный. Учитывая частоту поражения метастазами рака легкого органов, расположенных ниже диафрагмы (ряд авторов считает, что они стоят на втором месте после средостения), в частности печени, части больных выполняется лапароскопия. Показания для этого исследования зависят от гистологического типа опухоли и наличия метастазов в лимфатических узлах средостения. Больные с морфологически подтвержденным недифференцированным и железистым раком вне зависимости от размеров первичной опухоли подвергаются лапароскопии. При плоскоклеточном раке лапароскопия показана при явном поражении лимфатических узлов средостения.

Из 26 человек радикально прооперирован 21. Помимо этого двум больным произведена пробная торакотомия. В обоих случаях опухоль прорастала через крупные сосуды, гистологический тип — недифференцированный рак. Три человека выписаны без операции — у одного из них противопоказанием для выполнения операции явился выраженный коронарокардиосклероз, у другого обнаружены метастазы в мозге. У одной больной округлое образование в верхней доле правого легкого было определено как периферический рак. Цитологическое исследование пунктата подтвердило злокачественное образование. Однако в дальнейшем диагностирован «рак почки», а образование в легком оказалось метастазом.

Таким образом, из 26 человек, обследованных в стационаре «одного дня» и госпитализированных для оперативного лечения, прооперировано 80%, в то время как из направленных в отделение без предварительного обследования оперативному вмешательству было подвергнуто лишь 40% больных.

Для обследования требуется в среднем 3 дня. Госпитализация больного в стационар для хирургического лечения с уже установленным диагнозом значительно сокращает время его пребывания на койке, позволяя увеличить оборот койки, повысить хирургическую активность стационара.

Поступила 24 августа 1981 г.