

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА СУДАХ РЕЧНОГО ФЛОТА

Ю. М. Авров, Г. Л. Зеленцов, Ю. А. Горюнов

*Центральная бассейновая больница (главврач — А. Н. Ржевский) Верхне-Волжского
речного бассейна, г. Горький*

Вопросы оказания и организации хирургической помощи на судах речного флота в периодической печати раньше освещались крайне редко. Поэтому мы решили поделиться опытом работы судовых медицинских пунктов (СМП) Центральной бассейновой больницы Верхне-Волжского речного бассейна.

Все СМП укомплектованы хирургическим инструментарием, перевязочным и ампутным шовным материалом. Медпункты современных лайнеров для стерилизации материала оснащены сухожаровыми шкафами. Стерилизация при температуре $+160^{\circ}$ в течение 40 мин обеспечивает полную стерильность. На судах более старой постройки стерилизация производится в электрических стерилизаторах. С 1983 г. эти суда также снабжаются сухожаровыми шкафами. Ежедневно готовятся стерильные процедурно-перевязочные столики. Для оказания неотложной помощи существует сумка-укладка с кровоостанавливающими зажимами, жгутами, перевязочным материалом, шинами и противошоковым пакетом, в котором содержится все необходимое для первичной реанимации вплоть до ларингоскопа, воздуховода и интубационных трубок. Объем оказания хирургической помощи в СМП — первая врачебная или первая доврачебная помощь.

При необходимости госпитализации больного во время стоянки теплохода в городах судовой врач в машине скорой помощи направляет больного в хирургическое отделение дежурной больницы. Число таких больных за период навигации составляет 0,2—0,3% всех обратившихся за хирургической помощью. Первичная обращаемость больных с хирургической патологией в СМП в 1981—1984 г. оставалась почти на одном уровне — 25—27% всей первичной обращаемости.

Виды хирургической патологии у обратившихся за медицинской помощью больных представлены в таблице.

В структуре травм ушибы и раны составляют 78%, переломы и вывихи — 2,1%, термические и солнечные ожоги — 13%, повреждения связочного аппарата — 6,7%, сотрясение головного мозга — 0,3%. Большое число травм связано прежде всего с несоблюдением элементарных правил безопасности на судне (беготня по

палубам и трапам, игры детей без присмотра родителей). Детский травматизм (23,5%) наблюдается в основном на туристических линиях.

Больные с острыми гнойными заболеваниями мягких тканей, в частности кожи и подкожной клетчатки, занимают второе место по частоте обращаемости в СМП. Повышенная потливость в жаркое время года, использование различных кремов для загара приводят к закупорке волосяных фолликулов и потовых желез и к развитию фурункулов, карбункулов, гидраденитов (68,8%). Панариции, флегмоны и абсцессы составляют 30,4%. Основными причинами парапроктитов и маститов (0,8%) являются нарушения правил личной гигиены, пренебрежение к обработке микротравм антисептиками. Лечение острых гнойных заболеваний в основном проводится в СМП. При распространенном воспалительном процессе больных госпитализируют в стационары.

Больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, преимущественно желчевыводящих путей и поджелудочной железы (79,1%), занимают третье место по частоте обращаемости в СМП. К ним относятся в основном

**Частота хирургических
заболеваний**

Вид патологии	Число хирургических больных, %
Травматические повреждения	77
Острые гнойные заболевания мягких тканей	18
Острые хирургические заболевания живота	3
Заболевания вен нижних конечностей	1,3
Заболевания суставов	0,7

лица с хроническим рецидивирующим холециститом и хроническим панкреатитом, у которых возникает обострение заболевания в связи с нарушением диеты, режима питания, питьевого режима, так как на теплоходах организовать диетическое питание пока невозможно. Больные с острым аппендицитом (16,4%) нуждаются в оперативном лечении в условиях хирургических стационаров, с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии (2,4%) — в гемостатической терапии в СМП и последующем направлении больных в хирургический стационар, с острой кишечной непроходимостью (1,2%) и ущемленными грыжами (0,8%) — в экстренной госпитализации для оперативного лечения.

Тромбофлебиты, варикозная болезнь с трофическими язвами наблюдаются у 55% больных с заболеваниями сосудов, воспаление геморроидальных вен и геморроидальные кровотечения — у 45%. Основная масса этих больных получает лечение в СМП. Обострение хронических артрозов и артритов встречается у 0,7% больных, обратившихся в СМП.

Обострение хронических заболеваний органов брюшной полости, суставов, сосудов возникает чаще всего у туристов пожилого и старческого возраста, особенно во время первых и последних рейсов навигации.

В домах отдыха наряду с путевойкой отдыхающий обязан представить справку о состоянии здоровья. Это правило было бы целесообразно применять и к отдыхающим на теплоходах, в таком случае судовой врач мог бы проводить целенаправленную санитарно-просветительную работу, исходя из контингента пассажиров.

Всем больным с хирургическими заболеваниями в СМП была оказана необходимая медицинская помощь: только за одну навигацию произведено 2779 первичных хирургических обработок ран; проведено лечение 1120 больных с острыми гнойными заболеваниями; сделаны 13751 перевязка и 14282 различные инъекции: вправлены вывихи; выполнены новокаиновые блокады места перелома и иммобилизация; обработаны ожоговые поверхности.

Анализ первичной обращаемости больных с хирургическими заболеваниями в СМП показал, что судовые медики должны постоянно уделять внимание повышению уровня своих знаний и навыков для оказания своевременной и квалифицированной помощи больным. С этой целью на базе Центральной бассейновой больницы ежегодно в преднавигационный период работают курсы усовершенствования (288 часов), 46 часов отводятся повышению квалификации по хирургии. В результате улучшилось качество оказания неотложной помощи хирургическим больным, уменьшилось количество расхождений в диагнозах судовых медицинских работников и территориальных учреждений, четко соблюдаются принципы асептики и антисептики при оказании медицинской помощи.

Поступила 02.04.85.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 616.329—089.878

ОБ УДАЛЕНИИ ИЗ ПИЩЕВОДА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ СЛОЖНОЙ КОНФИГУРАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ЭЗОФАГОСКОПА

А. А. Авдеев

г. Казань

Мы наблюдали за 4 больными с инородными телами в пищеводе сложной крестообразной конфигурации. Длительность пребывания инородных тел в пищеводе до эзофагоскопии по различным причинам составляла 6, 9, 16, 23 дня. Во всех случаях рентгенологически инородные тела располагались во фронтальной плоскости над уровнем второго физиологического сужения пищевода и их концы выходили за пределы стенок пищевода. Сопутствующие осложнения и тяжесть состояния больных находились в прямой зависимости от длительности пребывания инородных тел в пищеводе. Всем больным под эндотрахеальным обезболиванием была проведена эзофагоскопия с целью удаления инородных тел.

У двух больных (16, 23-й день нахождения инородных тел в пищеводе) из-за развившихся периезофагитов не удалось выявить проксимальные концы инородных тел;