

ным хозяйством, специально делали посадки овощей, как необходимых продуктов питания для детей.

На основании моих, хотя немногочисленных, наблюдений, можно сделать следующие выводы:

1. Процент заболевания детей рахитом среди татарских детей по обследованному мною району значительно ниже, чем процент заболевания рахитом по городу других авторов (Кревер—48,2%, Агафонов 67%).

2. Рахит распространен больше среди девочек.

3. По тяжести случаев рахит распределяется в следующем процентном отношении: легких случаев 54,6%, средних—37,8% и тяжелых—7,6%.

4. Факт огромного значения—консультации в борьбе за здоровый быт.

Причиной незначительного распространения рахита являются по моему естественное вскармливание детей, раннее введение прикорма в виде яиц (желток), сливочного масла, как содержащих витамины. Также более или менее рациональное питание матери (употребление ею сливочного масла, яиц и т. д.); длительное пребывание ребенка в летнее время на воздухе.

Кроме того важно отметить, что обследование мною производилось в летние месяцы (июнь, июль, август) в период, когда тяжелые симптомы рахита увядают.

Таким образом, ясно, что необходимо широко поставить разъяснительную работу в колхозных крестьянских массах, в особенности среди матерей о значении и роли детских консультаций не только как лечебных, но и профилактических учреждений, что проводится еще недостаточно. В целях обеспечения грудных детей питанием, материнским молоком и правильным уходом необходимо на время летних полевых работ широко развить сеть полевых передвижных яслей и обеспечить их подготовленным к этой работе персоналом. Организация таких яслей (что выявлено в беседе с матерями) встречает с их стороны большое сочувствие.

В целях рациональной постановки работы ОММ на участке важно обратить серьезное внимание на подготовку кадров, понимающих всю ответственность этой работы,

Об условном обозначении хирургических операций¹⁾.

Заведывающий терапевтическим отделением Орловской 1-й б-цы

В. А. Бекенев.

Как видно из заглавия, настоящее сообщение касается области, в которой одинаково затрагиваются интересы хирурга и терапевта. В настоящее время, когда голоса в пользу более тесного сотрудничества этих двух обширных специальностей раздаются все сильнее, содержание нашей работы наиближайшим образом, как нам кажется, отвечает этому направлению. Как часто случается, что больные, обратившиеся за помощью к хирургу и подвергнувшиеся операции, снова обращаются к терапевту с теми же жалобами, но уже с рубцом на животе. Да это и неудивительно. Самый характер недугов подобных больных

¹⁾ Считая поднятый тов. Бекеневым вопрос „Об условном обозначении хирургических операций“ имеющим весьма важное практическое значение, в частности для терапевтов, ред. просит товарищей высказаться по данному вопросу на страницах Каз. мед. журнала.

настолько упорен, что или не поддается ножу, или дает рецидивы, или же вынуждает такого рода вмешательство, которое само по себе далеко не безразлично для больного и создает в организме его антрафизиологические условия. Таковы, например, рак и язва желудка со сложными и смелыми операциями и с последующими *ulcus pepticum* и *circulus vitiosus*, таковы нераспознанные заболевания и неуместные операции, которые были не нужны и не могли поэтому устраниТЬ основных и первоначальных жалоб больного.

И вот подобный больной снова является к терапевту, задача которого значительно усложняется. Перед ним больной с той-же болезнью, но с новыми явлениями от хирургического вмешательства, неизвестного терапевту, с рубцом, который может давать свои боли, с теми или другими последствиями, следами ножа, который разъединил то, что природой не было назначено к разъединению, и потому в данной области произвел непоправимые изменения, хотя и заросшие рубцовой тканью. Представим, напр. то смятение, которое могут произвести эти грубые рубцовые пучки и раньше их — нож в тонкой истройной клавиатуре, передающей ощущения из полостных органов на покровы в виде зон Head'a. Если мы вспомним о существовании истерогенных зон, которые, как и зоны Head'a, указывают на глубокую и далеко не изученную связь всех частей организма, как целого, то не трудно представить, какой сложный комплекс новых жалоб и извращенных рефлексов может прибавить оперированный больной к своей основной болезни.

А между тем терапевт не знает, что видел хирург и что он сделал. Была-ли здесь пробная лапаротомия с простым зашиванием брюшной стенки, или резекция желудка? Больному часто не говорят о технике операции, нередко ему и нельзя этого сказать, чаще всего он в этом ничего и не поймет. Блуждая от врача к врачу, он будет носить в себе две загадки, и это тогда, когда завеса была уже приподнята, когда опытный глаз хирурга видел то, чего нельзя увидеть со всеми средствами распознавания, вместе взятыми.

Очень часто хирурга нельзя ни увидеть, ни спросить о произведенной операции, особенно в той обстановке, где он может дать справку, и особенно годы спустя, в другом городе и даже в другой стране.

Выход из этого положения можно было бы найти.

Можно было бы выдавать на руки больному особое свидетельство об операции с кратким, но достаточным описанием нужных сведений. Но, думается, нельзя обойти здесь двух неудобств: во первых, в интересах больного не все можно ему сказать, что нужно сказать врачу; например, значительной части больных, неудобно сообщить, что у них рак желудка, неудобно сообщить иногда больному также о пробной лапаротомии, когда, за неимением органических изменений в органах, рану просто пришлось зашить и операция вообще была излишня; мы уже не говорим об ошибках диагноза, повлекших ненужную операцию.

Поэтому, в настоящем сообщении я взял на себя смелость предложить разработку темы — „Об условном обозначении хирургических операций“.

Понимая, как сложна разработка подобных условных знаков, о которых речь будет ниже, в которых лаконичность так необходимо сочетать с полнотой, я не предрешаю путей и перспектив этой сигнализации, так как здесь затрагиваются вопросы хирургической техники, хотя и предлагаю свою схему, но я хотел-бы дать примерные образцы по областям тех ответов, которые хотел-бы прочесть на коже подобных больных всякий врач.

1. Рубец *in regio epigastrii*.
1. Пробная лапаротомия без органических изменений.
2. Рак или язва.
3. Вид операции.
 - a. Передняя гастроэнтеростомия
 - b. Задняя г.-э.-стомия
 - c. Пилоропластика
 - d. Резекция желудка.

Хотя операций на желудке значительно больше, но все они, за некоторыми исключениями, могут быть сведены к этим 4-м типам.

Представим себе тот нередкий случай, когда лапаротомия не обнаружила органических изменений, и рану пришлось зашить просто.

Как много знание этого факта дало бы врачам, к которым больной обратится после операции.

Во-первых, эти врачи будут знать, что органической болезни желудка не обнаружено. Во-вторых, что болезненное расстройство, бывшее до операции не устранено ножем. В 3-их, что операцией не созданы новые неестественные условия, на счет которых могли бы быть отнесены новые жалобы. В 4-х, что эти жалобы отчасти могут быть объяснены рубцом.

И все эти драгоценные сведения можно перечерпнуть из какого-нибудь про-
стого условного знака!

С другой стороны, предположим, что хирургом обнаружена язва желудка и произведена задняя гастро-энтеростомия. Предположим, что последующие врачи ничего об этом не знают. Как они могут оценить жалобы больного после опе-
рации? По поводу чего сделана операция? Что видел хирург? Что он сделал? По истине, для этих врачей больной носит две загадки—основную болезнь и искусственную, вызванную операцией.

А что будет, если последующий врач обо всем этом будет осведомлен?

Он с полной убежденностью знает, что была язва желудка. Он знает поэтому, чего можно скорее ожидать из последовательных заболеваний в зависимости от операции—рецидива язвы, ulceris peptici jejunii, circuli vitiosi, или гастро-энтеростомического комплекса.

Насколько может интересовать врача язва желудка во всех ее стадиях в до и послеоперативном периоде, указывает следующая статистика, приведенная Майзелем в его монографии об язве желудка: Из 193 человек, оперированных по поводу язвы желудка—duodenii, 153 оперировано по 1-му разу, 31—по 2 раза, 5—по 3 раза, 4—по 4 раза, таким образом по статистике санатории, куда проникли далеко не все желающие, более $\frac{1}{4}$ оперированных подверглись, вследствие неизлечимости болезни, вторичной операции, не говоря о тех, которые продолжали лечиться у терапевтов, т. е. те же 153 человека, попавшие в санаторию.

Да это и неудивительно, если вспомнить слова нашего хирурга проф. Федорова: „Не надо забывать, что оперативное лечение язв желудка—duodenii является только одним из моментов лечения этого заболевания вообще и что оно и после операции должно сопровождаться строгим терапевтическим и диетическим лечением“.(Федоров. Клинические лекции).

Каково же положение терапевта, который не знает ни что видел хирург у подобного больного, ни что он сделал.

II. Рубец in regio ileo-coecalis.

1. Пробная лапаротомия без удаления здорового червеобразного отростка.
2. Тоже+удаление здорового червеобразного отростка.
3. Удаление больного свободного ч. отростка.
4. Удаление его с разделением спаек.

Был ли при вскрытии живота обнаружен аппендицит? Если нет, а отросток удален так, между прочим, то не ясно ли, что расстройства, с которыми обращался больной до операции, не устранины ножем, и нужно искать других объяснений, естественных в таком случае послеоперационных жалоб больного.

III. Рубец in regio inguinalis.

1. Простое грыжесечение.
2. Грыжесечение с резекцией кишки (при ущемленной грыже).

Мы полагаем, что комментарии к этим пунктам не нужны.

IV. Рубец in regio epigastri dextri.

1. Пробная лапаротомия.
2. Вскрытие желчного пузыря.
3. Пузирно-кишечное союзье.
4. Изсечение желчного пузыря.
5. Эхинококк.

Как иллюстрацию, приведем возможные случаи распознавания холецистита, когда желчный пузырь удален.

V. Рубец in regio lumbalis.

1. Околопочечный абсцесс.

2. Разрез почки.

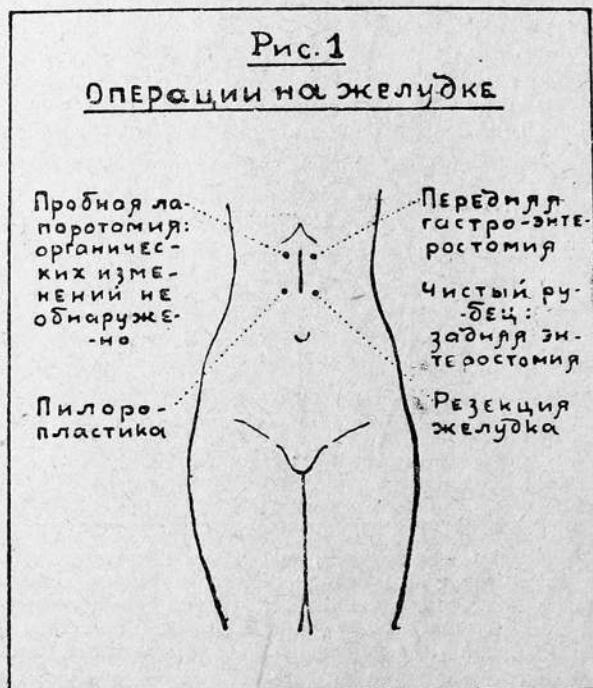
3. Удаление почки.

Точно так-же конечно требуют обозначения операции, предпринятые в порядке экстренной помощи, напр. прободной перитонит, непроходимость кишок и т. п., хотя в большинстве случаев характер болезни и экстренность оперативного вмешательства говорят сами за себя и легко могут быть выяснены из анамнеза.

Возвращаясь к главной теме нашей работы, т. е. „Об условном обозначении хирургических операций“, мы полагаем, что условность эта должна быть принята в общем масштабе и обязательном порядке.

Мне казалось-бы, что не измененный чистый рубец необходи-мо-бы оставить для обозначения типичной в данной области операции, начи-ща-е производимой, или такой, относительно которой согласились-бы принять ее за типичную; напр., в операции на желудке—задняя гастроэнтеростомия, в операции аппендицита—обычный неосложненный аппендицит и т. д.

Условные обозначения для других операций казалось-бы лучше производить термокаутером, как это видно из прилагаемых рисунков (рис. 1 и 2)



Наконечник термокаутера, проникший в corium кожи, оставит навсегда небольшой точечный рубец, который для самого больного едва ли будет заметен, т. е. едва-ли обратит на себя внимание больного.

Обозначение: каким-нибудь другим более грубым способом, напр., татуировкой, носило-бы слишком преднамеренный характер и могло-бы внушать мнимельным больным какие-нибудь опасения, недоумения и даже неудовольствия.

Как видно из наших схем—нашим обозначением мы не причиняем больному никаких беспокойств.

Предлагая указанные схемы, мы не думаем, что обошли все подводные камни. Жизнь шире всякой схемы, всегда возможны различные усложнения, непредвиденные обстоятельства. Поэтому, считая приведенные схемы достаточными для простых случаев, мы полагаем их отправным пунктом для дальнейшего обсуждения, последнее и решающее слово в котором скажет хирург.

Подобное условное обозначение хирургических операций имеет тройное значение.

Во-первых оно имеет принципиальное значение. Медицина, научная мысль, которая во всем стремится к ясности и определенности, в своей обычной практике в данном вопросе этой ясности и определенности не имеет.

С принятием условной схемы обозначений этот недостаток будет устранен. Во-вторых, несомненно этот метод послужит практической пользе.



Особенно это очевидно тем врачам, через руки которых проходят оперированные больные. Удобство этого метода очевидно. Обозначение типа операции и запоминание его чрезвычайно несложно, чтение рубца просто, никто ничем не связан, метод не вынуждает со стороны хирурга и больного никаких усилий и жертв, необходимые сведения передаются, можно сказать, автоматически.

Наконец, в этом кратком штрихе будет чувствоватьться и чисто эмоциональный элемент, та надстройка, которая всюду сопровождает деятельность врача. Этот точечный рубчик будет лишним знаком участия хирурга к дальнейшей судьбе нашего больного.