

При комбинированном доступе (больному 4 раза вскрывали под-диафрагмальный абсцесс: 1 раз через реберно-диафрагмальный синус и трижды трансплеврально) смерть наступила от септикопиемии и амилоидоза почек.

Из семи оперированных доступом, разработанным в нашей клинике, 6 больных выздоровело и один умер от осложнений вследствие просмотра перфорации диафрагмы и двенадцатиперстной кишки во время предыдущей операции.

В заключение следует отметить, что из всех оперативных доступов при этом страдании нам кажется более целесообразным предложенный и апробированный нашей клиникой, так как, во-первых, он предупреждает возникновение вентральных грыж, во-вторых, создает наилучший отток отделяемого и дает возможность тщательно промывать полость абсцесса с последующим введением антибиотиков.

Поступила 13 марта 1959 г.

ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ПРОЦЕССАХ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Н. А. Мифтахов

Главврач Ютазинского района ТАССР

Организация неотложной хирургической помощи в хирургических отделениях районных больниц сельской местности имеет свои особенности.

В Ютазинском районе более 100 населенных пунктов, 10 укрупненных колхозов, 3 совхоза, более десятка промышленных предприятий и др. объекты. Радиус обслуживания районной больницы доходит до 55—60 км. В районе 19 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, 2 фельдшерских здравпункта при промышленных предприятиях.

Хирургическое отделение больницы рассчитано на 25 коек и обеспечивает помощь весь район. В отделении работают 2 врача-хирурга, операционная и перевязочная сестры, дежурные сестры и младший медперсонал.

С 1/XI-59 г. отделение перешло на двухступенную систему обслуживания больных, что улучшило качество медицинской помощи.

Для того, чтобы в этих условиях больной мог в любое время суток получить нужную ему помощь, нами проведены следующие мероприятия. Из двух имеющихся хирургов никогда одновременно оба не отлучаются из поселка. Из числа средних медицинских работников подготовлены 3 операционные сестры, которые при необходимости подменяют друг друга. Медицинские сестры и санитарки хирургического отделения обучены правильному уходу за больными в до- и послеоперационном периодах. Все сестры хирургического отделения владеют техникой определения группы крови и переливания крови. В операционной всегда имеется достаточное количество стерильного материала. Отделение никогда не остается без запаса крови. Строгое выполнение правил хирургической деонтологии, чуткость, вежливость и культура в обращении к больным, являющиеся необходимыми элементами лечебного режима, положены в основу повседневной работы и нашего отделения.

Поскольку результаты экстренной хирургической помощи зависят в значительной мере от своевременного обращения больного за медицинской помощью, мы совместно со всеми врачами района начали проводить работу по обеспечению своевременной госпитализации всех

больных острой патологией живота. С этой целью врачи больницы выступают с санпросветительными лекциями и докладами среди населения. С врачами и средними медицинскими работниками района проводятся занятия и конференции по повышению их знаний и опыта в области распознавания заболеваний, требующих экстренной хирургической помощи. Исполком районного Совета депутатов трудящихся вынес решение, обязывающее всех председателей колхозов, директоров совхозов, РТС и промышленных предприятий о незамедлительном обеспечении таких больных транспортом.

С 1954 г. при больнице организовано круглосуточное дежурство санитарной автомашины с врачом и дежурным фельдшером.

Это дало свои положительные результаты.

С 1951 по 59 гг. включительно в хирургическое отделение поступило 7152 больных, из них оперировались 4063 чел. Из оперированных умерло 23 чел. (0,5%). Из 7152 поступивших в хирургическое отделение с острыми процессами в брюшной полости было 1349 чел. (18,89%).

Все хирургические операции проводятся под местной анестезией 0,25% раствором новокаина по Вишневскому. При проведении плановых операций мы широко применяем местное обезболивание в сочетании с нейроплегическими веществами (аминазин, димедрол, атропин, промедол).

Из 987 поступивших в хирургическое отделение с диагнозом острого аппендицита прооперировано 763 (77%). Диагноз на операции не подтвердился у 20; у одного обнаружена перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, у трех женщин оказалась внематочная беременность, у трех апоплексия яичника. У трех нам пришлось встретиться с перекрученной кистой яичника, в одном случае с непроходимостью кишечника, у 9 был пельвеоперитонит.

Из оперированных по поводу острого аппендицита умерло двое от разлитого гнойного перитонита (они поступили на шестые сутки с момента заболевания).

Удаление червеобразного отростка мы производим по способу А. В. Вишневского. Случаев соскальзывания лигатуры, внутреннего кровотечения и кровотечения в просвет кишечника ни разу не наблюдали.

При явных деструктивных формах аппендицита и выпоте в брюшной полости вводим в последнюю пенициллин от 200 000 до 500 000 ед. в разведении 20—30 мл раствора новокаина и обязательно вставляем резиновые выпускники, которые удаляем на 2—5 сутки, в зависимости от характера послеоперационного периода. Их введение предупреждает образование гнойных карманов и инфильтратов.

При аппендикулярных абсцессах больные подвергались операции, при инфильтрате проводилось консервативное лечение. Смертельных случаев не было.

При аппендиците у беременных мы — за оперирование в первые месяцы беременности. Нами прооперировано 56 беременных с острым аппендицитом.

Из 20 оперированных по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки одному произведено ушивание язвы с наложением заднего гастроэнтероанастомоза, через 2 года ему проделана дегастроэнтеростомия; 11 произведено ушивание язвы с подведением сальника на ножке (из них умерло трое), 8 — резекция желудка. У двоих, у которых после ушивания язвы через год перфорация повторилась, сделана резекция желудка с хорошим исходом.

При выборе метода оперативного вмешательства при перфоративных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки исходом, в первую очередь, из общего состояния больного, его возраста, длительности заболе-

вания, срока поступления в отделение, локализации, характера язвы и квалификации хирурга.

Нами прооперировано 7 больных острым холециститом с благоприятным исходом. Мы полагаем, что показания к экстренным операциям в остром периоде при холециститах должны быть расширены.

С проникающими ранениями брюшной полости мы наблюдали 27 больных, все оперированы с хорошим исходом.

Больных с закрытыми травмами живота с повреждением внутренних органов нами оперировано 14, у двоих был разрыв мочевого пузыря, у 7 — разрыв кишечника, у 3 — разрыв кисты яичника, у двоих разрыв почки. Умерла одна больная с разрывом почки через 2 часа после операции от кровопотери и шока.

Нами прооперировано 78 больных с внематочной беременностью с благоприятным исходом.

83 больных поступили в отделение с диагнозом «непроходимость кишечника», из них оперативное вмешательство произведено 27, из которых после операции умерло 3 больных, поступивших в стационар на 4—5 сутки от начала заболевания. Среди оперированных по поводу кишечной непроходимости было 7 детей. Умер 1 ребенок 6 месяцев с инвагинацией, поступивший в отделение на 3 сутки от начала заболевания. Подвесная энтеростомия накладывалась в 6 случаях. У 29 больных была динамическая кишечная непроходимость, 3 больным была произведена лапаротомия, а у остальных 26 непроходимость ликвидировалась в результате консервативных мероприятий.

Из 30 оперированных по поводу ущемленной грыжи умер один от разлитого перитонита. У двух отмечалось ущемление в грыжевом мешке червеобразного отростка.

Четверо беременных оперированы по поводу разрыва матки. Смертности после ампутации матки не было.

В послеоперационном периоде широко применялись антибиотики и сульфаниламиды в комплексе с общеукрепляющим и симптоматическим лечением.

В последние годы широко начали применять переливание крови. Если в 1951 г. 6 больным было сделано 7 переливаний крови, то в 1959 г. — 104 больным 204 переливания.

Следует отметить, что количество больных, поступивших в хирургическое отделение в поздние сроки от начала заболевания, остается высоким. Это объясняется удаленностью больницы от населенных пунктов. Несмотря на это, смертность оперированных по поводу острых процессов в брюшной полости снижается. Повседневная работа с кадрами, санитарно-просветительная работа среди населения и повышение техники хирургов позволяют значительно улучшить показатели неотложной хирургической помощи.

Поступила 17 февраля 1960 г.

О ФУНКЦИИ ПОЧЕК В РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. Ф. Бурмистрова

Из кафедры урологии (зав. — доц. Н. Х. Ситдыков) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина

Аденома предстательной железы — распространенное и тяжелое заболевание пожилого возраста.

Среди изменений в организме при этом страдании большое значение имеют симптомы почечной недостаточности, вплоть до уремии.