

В отделениях больниц устанавливаются также должности старшей медицинской сестры и сестры-хозяйки.

Кроме того, устанавливаются должности¹:

а) медсестер индивидуального ухода за тяжелобольными в отделениях до 60 коек — 0,5, а в отделениях на 60 и более коек — 1 должность;

б) процедурных медсестер в отделениях до 40 коек — 0,5; в отделениях от 40 до 70 коек — 1,0 должности;

в) санитарок-буфетчиц по две на отделение;

г) санитарок-уборщиц и санитарок-ванщиц по одной должности каждой на отделение.

Переход на новую систему обслуживания желательнее вводить постепенно, вначале в одном-двух отделениях, а затем, накопив необходимый опыт, осуществить переход по всей больнице.

ВЫВОДЫ:

1. До перехода на двухступенную систему обслуживания больных в стационарах важно определить потребность в палатных медицинских сестрах и санитарках.

2. Рекомендуемый способ расчета штатов позволяет легко и быстро установить количество палатных медсестер и санитарок-уборщиц, требуемое для перехода на новый метод обслуживания, при любом графике работы в отделении.

3. Дежурства палатных сестер и санитарок могут быть организованы без увеличения штата таким образом, чтобы в часы работы врача и выполнения назначений было наибольшее число дежурных в отделении.

4. Переход на новую систему обслуживания больных требует увеличения числа палатных медицинских сестер за счет уменьшения числа санитарок. При этом, однако, общее количество должностей палатных медицинских сестер и санитарок, вместе взятое, остается почти на уровне штатов, установленных ранее для трехступенной системы обслуживания.

5. При недостаточности штата лучше вводить новую систему обслуживания больных в стационарах постепенно, вначале в одном-двух отделениях.

Поступила 18 декабря 1959 г.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В РЕДАКЦИЮ

В. С. Нужина (Казань). Сопряженные нарушения функции желчевыделительного аппарата печени при хроническом аппендиците. (Сообщение 2)²

Клиницистам хорошо известно, что воспалительные процессы желчевыводящих путей нередко сопутствуют хроническому аппендициту или обнаруживаются через тот или иной срок после аппендэктомии. Механизмы, лежащие в основе происхождения и развития патологического процесса в желчевыводящих путях у больных хроническим аппендицитом, изучены недостаточно, что и побудило нас заняться этим вопросом.

Объектом исследования являлись те же самые больные, что и в первом сообщении.

После общего клинико-лабораторного исследования и изучения функций желудка методом Быкова — Курцина через сутки или двое производилось изучение желчно-дуденального рефлекса по методу Лайон-Мельцера. В последующем производилась холецистография в сочетании с комплексным рентгенологическим исследованием пищеварительного тракта.

Из 70 больных хроническим аппендицитом анамнестические и физикальные признаки заболевания желчного пузыря были у 21, у 7 имелись увеличение и пальпаторная чувствительность печени.

Наблюдения показали, что вовлечение желчевыводящих путей в патологический процесс происходит особенно часто, если хронический аппендицит осложнен спаечным процессом в илеоцекальной области. В то же время не выявлено зависимости степени и частоты двигательных и воспалительных изменений желчевыводящих путей от клинической картины или давности хронического аппендицита.

По-видимому, имеет значение не столько давность заболевания, сколько распространенность и выраженность спаечного процесса в илеоцекальной области.

Нам удалось установить, что клинической форме холецистита предшествует латентная стадия, обусловливаемая рефлкторными нарушениями двигательной функ-

¹ Из приказа Министерства здравоохранения СССР № 216 от 28/IV-59 г.

² Сообщение 1-ое — Каз. мед. журн., 1958, 3.

ции желчевыводящих путей, ведущими к застою желчи и облегчающими фиксацию инфекции в желчном пузыре.

Через 4—6 месяцев после аппендэктомии были проведены контрольные исследования желудочно-дуоденального рефлекса у 11 и холецистография — у 19 человек.

Было установлено, что двигательная функция желчного пузыря восстанавливается после операции у части больных до нормы. Воспалительные же изменения в желчном пузыре оказались более стойкими; исчезновение их через этот срок было констатировано только в единичных случаях. Так как аппендэктомия способствует обратному развитию двигательных нарушений желчевыводящих путей, в целях профилактики заболеваний желчевыводящего аппарата важно своевременно диагностировать хронический аппендицит и осуществить аппендэктомию.

Доц. Е. И. Зайцева (Смоленск). О значении функциональных изменений печени при лечении сном язвенной болезни

Многие стороны метода лечения сном еще не достаточно оценены.

Во-первых, нельзя полагать, что при лечении медикаментозным сном создаются только оберегающие нервные клетки условия, — одновременно происходят той или иной силы сдвиги в биохимических процессах (а, следовательно, и в функциях) тканей всех органов и систем. Они не обходят и ткань мозга, и это сказывается на кортико-висцеральных отношениях. Сдвиги в организме, вызываемые наркотическим сном, иной раз бывают настолько значительны, что способны сами вызвать болезненные проявления.

Во-вторых, совершенно очевидно, что в возникновении болезни повинны не только изменения в центральной нервной системе, и нельзя считать обоснованным применение с лечебной целью искусственного торможения во всех стадиях и при различных проявлениях заболевания.

В-третьих, снотворные вещества вносят изменения в течение всех процессов в организме во время лечения и тем влияют на результаты лечения.

Для выявления противопоказаний к проведению лечения сном при язвенной болезни нами была прослежена зависимость результатов этого метода от функционального состояния печени у данных больных.

Наше исследование охватывает 120 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в возрасте от 20 до 40 лет. У 40 из них в клинической картине болезни отчетливо выступали симптомы и признаки поражения печени и желчных путей. У 40 больных явных признаков подобного рода не было, у них преобладали явления невроза. У остальных 40 больных язвенная болезнь протекала без выраженного преобладания в поражении той или другой системы.

В каждой из этих трех групп одна половина больных (20) лечилась медикаментозным (удлиненным и прерывистым) сном, другая (20) — условнорефлекторным сном. В качестве снотворного применялся барбитал. Удлиненный медикаментозный сон поддерживался по 18—20 часов ежедневно, в течение 20 дней. При этом разовая доза снотворного была 0,15—0,2, краткость приемов — 4—5, суточная доза — 0,6—1,0, „курсовая“ доза — 15—20,0. Прерывистый медикаментозный сон проводился четырьмя пятидневными циклами, между которыми были пятидневные перерывы в приеме снотворного. Суточная доза барбитала та же, „цикловая“ доза — 3—4,0, „курсовая“ доза 12—18,0. Условнорефлекторный сон поддерживался стереотипом обстановки и процедур, подкреплялся небольшими дозами барбитала (0,1). Длительность сна — 12—15 часов в сутки в течение 15—18 дней. За курс лечения больные получали в среднем 2,45 барбитала. Оценка течения и исходов лечения сном проводилась по ряду показателей, из которых избирательно представляется динамика функций печени. Функциональное состояние последней изучалось с помощью белковых проб (пробы Вельтмана, фуксина-сулемова проба), путем качественного определения уробилина в моче (по Гервену) и пробой с бензойно-натриевой солью (проба Квика—Пытеля). Исследования проводились до лечения, в ходе лечения сном (в разные его периоды) и после прекращения дачи снотворного.

Необходимо отметить, что наличие и глубина функциональных расстройств печени зависит не только от давности язвенной болезни, но и от частоты и количества обострений, исходного состояния организма, — от фона, на котором возникает и развивается заболевание. Вот почему при назначении лечения сном больным язвенной болезнью первым и обязательным условием должна быть детализация их анамнеза в целях выявления исходного состояния.

Исследования печени у больных язвенной болезнью 1-й группы выявляют уже на ранних стадиях болезни легкие функциональные расстройства печени. Лечение этих больных медикаментозным сном (удлиненным и прерывистым) сопровождается обычно усилением диспептических явлений, появлением тошноты и рвоты. После прекращения дачи барбитала возобновляются утихнувшие во время лечения боли, остаются диспептические явления, нарастают секреция желудка и кислотность желудочного содержимого, эвакуация из желудка замедляется, рубцевание язвы происходит редко. Даже спустя продолжительное время (3—6 мес.) после лечения, несмотря на стихание основных проявлений язвенной болезни, остаются усиленная секреция же-