

скими наблюдениями. Предлагаемый комбинированный способ аутоаллодермопластики с использованием поперечных аутодермотрансплантатов является перспективным в терапии больных с обширными кожными дефектами.

УДК 618.13—089

Р. А. Осипов (Казань). Профилактика повторной облитерации после реконструктивных операций на маточных трубах

С целью профилактики инфекции и предотвращения слипания маточных труб с первых часов после окончания операции мы использовали непрерывную ирригацию труб. Для этого непосредственно перед операцией в цервикальный канал вводили самодержащийся наконечник, через который после вскрытия брюшной полости нагнетали стерильный физиологический раствор, окрашенный индигокармином (хромогидротубация), что позволяло во время операции более точно определять состояние маточных труб и контролировать степень восстановления проходимости. После окончания операции наконечник оставляли в матке на 5—7 дней. К нему присоединяли систему для капельного переливания жидкостей. Капельно вливали прокаин-фурациллиновую смесь (0,1 г фурациллина, 9 г хлористого натрия, 2,5 г новокаина, 1000 г воды дистиллированной). К исходному раствору добавляли 250 мг гидрокортизона и 1500 ед. гепарина, однако их дозу в последующие дни постепенно уменьшали. Скорость ведения раствора регулировали так, чтобы за сутки вводилось не более 1000 мл. При необходимости капельную систему отключали, и женщина могла вставать и ходить. Через неделю наконечник извлекали из матки. Если было нужно, гидротубации продолжали.

Под наблюдением находилось 20 женщин детородного возраста, которым произведено оперативное вмешательство на маточных трубах по поводу вторичного бесплодия. Реимплантация труб в матку сделана 10 женщинам, терминальная сальпингостомия — 8 и трансверзальная сальпингостомия — 2. При этом 6 больным произведен сальпинголизис.

10 женщинам 1-й группы для профилактики повторной облитерации в трубы вводили полиэтиленовые протекторы, а 10 женщинам 2-й группы производили ирригацию по описанной выше методике. Сравнение ближайших и отдаленных результатов у женщин обеих групп показало преимущество предложенного нами лечения. После оперативного восстановления проходимости маточных труб рецидив заболевания отмечен у 6 женщин 1-й и у 3 — 2-й групп. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 617—001—089.8

ОПЫТ РАБОТЫ МЕДСОВЕТА ПО ЭКСПЕРТИЗЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д. Г. Тахавиева

Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Одним из основных критериев состояния лечебной помощи является исход травм, а экспертиза отдаленных результатов лечения травм имеет существенное значение для улучшения организации травматологической помощи и повышения качества лечения больных.

В соответствии с приказом министра здравоохранения СССР № 480 от 15 июля 1970 г. в Татарии в 1974 г. создан Республиканский медсовет по экспертизе отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных. Заседания медсовета проводятся в плановом порядке во всех специализированных травматологических стационарах и травматологических пунктах г. Казани и республики. На экспертизу вызываются как взрослые, так и дети, перенесшие различные по локализации и характеру травмы опорно-двигательного аппарата, не ранее чем через год после окончания лечения.

На основании клинического и рентгенологического обследования вызванных больных, изучения медицинской документации определяются исходы повреждений, ошибки, осложнения и их причины. Во всех случаях членами совета по экспертизе де-

ляется обход больных травматологических отделений или травматологических палат, входящих в состав хирургических отделений, проводятся консультации больных, разбор ошибок и осложнений.

Объективная оценка качества лечения травматологических больных производится на основании изучения совокупности следующих факторов: тяжести повреждения, степени восстановления анатомической целостности и функции органа опоры и движения, сроков лечения и возвращения к труду. При экспертизе результатов лечения отмечаются правильность оси поврежденного сегмента, наличие или отсутствие укорочения, деформации, сращения, деформирующего артроза, остеомиелита, язв, свищей, отека, болевого синдрома и др. Для оценки результатов лечения травматологических больных нами используется пятибалльная система С. С. Гирголава. Отдельно учитываются анатомические и функциональные результаты, наряду с которыми по той же пятибалльной системе определяется и тактика лечения в зависимости от степени и характера повреждения.

Травматологическая служба в республике за годы работы медсовета значительно выросла. Если в 1976 г. она была представлена 12 специализированными отделениями (общее число травматологических коек — 910) и 7 травматологическими пунктами, то в 1982 г. в республике насчитывалось уже 17 специализированных ортопедо-травматологических отделений (общее число коек — 1110) и 9 травматологических пунктов. Число врачей-травматологов возросло за эти годы со 165 до 195 человек.

С развитием травматологической помощи в республике несколько улучшились и результаты лечения больных. Так, если в 1976 г. отличных и хороших результатов было 79,7%, удовлетворительных — 18,9%, плохих — 1,4%, то в 1982 г. соответственно 89,4, 9,8, 0,8%.

Экспертиза исходов травм показала, что лечение травматологических больных в республике как амбулаторное, так и стационарное в целом проводится грамотно.

В Зеленодольской ЦРБ, больнице № 2 г. Нижнекамска и больнице № 4 г. Брежнева медсоветом были осмотрены не только пострадавшие с изолированными переломами, но также больные с тяжелыми множественными и сочетанными повреждениями. Экспертиза результатов лечения и этой группы больных показала, что необходимая специализированная помощь в указанных выше стационарах им была оказана правильно и на современном уровне.

Наиболее благоприятные результаты отмечены среди амбулаторной группы больных. Так, у всех осмотренных в травмпункте при детской поликлинике № 13 Московского района г. Казани были только отличные результаты. Также отличные и хорошие результаты со значительным преобладанием отличных имели место у больных, леченных в травмпункте Советского района г. Казани и в детской поликлинике г. Зеленодольска. Положительными были показатели лечения и в других травмпунктах.

По данным экспертизы, худшие результаты лечения, как и следовало ожидать, оказались в тех стационарах, в которых не было специализированных травматолого-ортопедических отделений и больных лечили в хирургических отделениях.

К ошибкам в диагностике и лечении, в большей или меньшей степени неблагоприятно сказавшимся на исходах, были отнесены: 1) неполная, неправильная, запоздавшая диагностика; 2) недостаточная репозиция отломков; 3) неправильное или запоздавшее лечение; 4) необоснованное укорочение сроков лечения; 5) технические погрешности при выполнении операций; 6) недостаточно обоснованный выбор метода лечения; 7) недостаточное и несвоевременное применение методов лечебной физкультуры и физиотерапии в комплексе лечения.

Наиболее распространенной ошибкой в лечении являлось отсутствие или недостаточная репозиция отломков. Последняя чаще наблюдалась при тяжелых переломах голеностопного сустава, при переломах лучевой кости в типичном месте. Как правило, эти ошибки были обусловлены недостаточным рентгенологическим обследованием пострадавшего при поступлении или в процессе лечения.

Рентгеновский снимок нередко выполнялся только в одной переднезадней проекции. По нему при тяжелых переломах голеностопного сустава было невозможно выявить неустраненный подвывих стопы кзади и расхождение дистального межберцового синдесмоза. Необходимых же при исследовании тяжелых повреждений голеностопного сустава рентгеновских снимков в боковой и полукосой проекциях не производилось.

При переломах лучевой кости в типичном месте с отрывом шиловидного отростка и смещением в лучевую сторону и подвывихом головки локтевой кости, как правило, рентгеновский снимок при поступлении больного делался только в боковой проекции.

Естественно, такое рентгеновское обследование не давало полного представления о характере смещения отломков.

Деформация лучевой кости при переломах ее в типичном месте в ряде случаев являлась следствием вторичного смещения отломков в гипсовой повязке из-за отсутствия рентгеновского контроля в процессе лечения.

В единичных наблюдениях при наличии рентгенограмм, свидетельствующих о явном смещении отломков лучевой кости, репозиция не производилась, что можно объяснить неправильной оценкой картины перелома и вытекающей отсюда необоснованной врачебной тактикой.

Отмеченные ошибки в диагностике и лечении тяжелых переломов голеностопного сустава и смещенных переломов лучевой кости в типичном месте повлекли за собой серьезные поздние осложнения (деформация, стойкая отечность, нарушение функции сустава), которые стали причиной длительной нетрудоспособности больных.

При переломах вертлужной впадины из-за недостаточного рентгеновского обследования больных в ряде случаев не был распознан задний вывих бедра. При поступлении в стационар таким пострадавшим производилась только обзорная рентгенограмма таза без дополнительной укладки, в результате чего ошибочно диагностирован центральный вывих бедра. За ошибкой в диагностике последовало неправильное лечение с вытекающими отсюда тяжелыми осложнениями, которые привели к стойкой инвалидности.

Ошибки в диагностике имели место при компрессионных переломах позвоночника у детей. Они были обусловлены тем, что рентгеновское обследование позвоночника ограничивалось только одним его отделом, из-за чего оказался невыявленным перелом позвонка на другом уровне. Как известно, в детском возрасте нередки одновременные переломы тел позвонков на разных уровнях. С учетом этого у детей при подозрении на повреждение тел позвонков необходимо производить рентгенографию позвоночника на всем его протяжении.

Среди наблюдавшихся ошибок в диагностике следует также отметить случаи недиагностированного подвывиха акромиального конца ключицы.

К ошибкам в лечении относится необоснованное укорочение сроков иммобилизации гипсовой повязкой, скелетного вытяжения, функционального лечения компрессионных переломов позвоночника. В частности, необоснованное сокращение сроков функционального лечения компрессионных переломов позвоночника до 2 и даже до 1,5 мес имело место во многих стационарах.

В ряде наблюдений неправильно ставились показания к тому или иному методу лечения. Так, при винтообразном переломе обеих костей голени со смещением была произведена одномоментная репозиция с фиксацией гипсовой повязкой, которая оказалась неэффективной.

Ошибкой при оперативном лечении переломов являлся неправильный подбор фиксатора при накостном остеосинтезе.

В большинстве лечебных учреждений недостаточно или совсем не проводилось восстановительное лечение. Хорошо поставлено восстановительное лечение там, где для этих целей широко используются профилактории промышленных предприятий (Нижекамская и Елабужская ЦРБ).

Обходы в травматологических отделениях показали недостаточное применение в лечении больных таких наиболее современных и прогрессивных методов, как компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову, оперативное лечение компрессионных переломов позвоночника с помощью стяжек, накостный компрессионный остеосинтез и др.

На неблагоприятные исходы, связанные с ошибками в диагностике и лечении, безусловно, повлияли следующие факторы: неуккомплектованность кадрами (особенно травмпунктов), недостаточная оснащенность лечебных учреждений травматологическим оборудованием, лечение травматологических больных в условиях хирургического стационара и в ряде случаев все еще имеющая место недостаточная квалификация врачей по травматологии, особенно в области рентгенодиагностики повреждений костей и суставов.

Таким образом, участие медсоветов в изучении отдаленных результатов лечения травматологических больных позволяет объективно оценивать уровень лечения в каждом учреждении и в целом по республике и на основании этого давать конкретные рекомендации для органов здравоохранения по устранению выявленных недостатков.

При систематической плановой работе и возможно большем охвате осмотром травматолого-ортопедических больных, леченных в стационарных и амбулаторных условиях, медсоветы по экспертизе отдаленных результатов лечения должны сыграть

важную роль во внедрении научных достижений в практику, в повышении качества лечения, снижении плохих исходов, инвалидности, в сокращении сроков восстановления трудоспособности при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

Поступила 10 мая 1983 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 362.156:616—084

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ СО СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РОДДОМАХ

А. Г. Хисамутдинов, В. Е. Григорьев, Р. У. Мухамедова,
Н. В. Пигалова, Ф. С. Шамсутдинова, В. П. Петровская,
Л. А. Губайдуллина

Кафедра эпидемиологии (зав.— проф. А. Г. Хисамутдинов) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина, отдел здравоохранения (зав.— канд. мед. наук Ш. С. Каратай) Казанского горисполкома

В последние годы в нашей стране ведутся упорные поиски основных причин роста частоты гнойно-воспалительных заболеваний стафилококковой этиологии среди наиболее угрожаемого контингента населения — новорожденных. Успешная борьба с данной патологией невозможна без четко налаженной организационной работы [1—3]. К сожалению, до сих пор отсутствует единый подход к регистрации и учету гнойно-воспалительных заболеваний, что мешает установить закономерности возникновения и течения эпидемиологического процесса, а также планировать научно обоснованные профилактические и противоэпидемические мероприятия.

С 1980 г. в г. Казани была введена официальная регистрация гнойно-воспалительных заболеваний стафилококковой этиологии с выделением их малых форм и сепсиса. Уделялось внимание современной экстренной сигнализации (форма № 38), которую должен осуществлять врач, впервые поставивший диагноз (врач родовспомогательного учреждения, участковый педиатр, терапевт, хирург и др.). Эти извещения передаются в эпидемиологический отдел территориальной санэпидстанции. С получением извещений все данные должны быть занесены в журнал инфекционной заболеваемости (форма № 60). Обязательной регистрации (даже по предварительным диагнозам) подлежат 25 форм заболеваний стафилококковой этиологии. Отметим, что случай заболевания новорожденного какой-либо формой сепсиса в течение месяца с момента рождения относится к тому родильному дому (отделению), в котором родился ребенок. При проведении анализа и установлении причинно-следственных связей заболеваемости новорожденных нами были изучены данные перечисленных выше документов, а также карт эпидемиологического обследования очага, амбулаторных карт и историй родов. Учитывались также данные актов обследования санитарно-гигиенического и противоэпидемического состояния роддомов, лабораторного обследования, ежедневных медицинских осмотров персонала.

Анализ показал, что в 1981 г. по сравнению с 1980 г. частота малых форм гнойно-воспалительных заболеваний среди новорожденных снизилась на 25,3%, в то время как удельный вес сепсиса в структуре заболеваний стафилококковой этиологии увеличился. Однако рост последних, вероятно, является лишь статистическим, так как были организованы более точный учет и регистрация септических форм заболеваний, активизированы все звенья медицинской службы в плане раннего выявления больных.

В роддомах города гнойно-септические заболевания новорожденных составляют в среднем $\frac{1}{3}$ всех зарегистрированных гнойно-воспалительных и на педиатрических участках наблюдаются в 2 раза чаще, чем в роддомах ($P < 0,01$). Сепсис и малые формы гнойно-воспалительных заболеваний по городу соотносятся в среднем как 1 : 2,6, по роддомам — 1 : 2, по педиатрическим участкам — 1 : 2,9.

Сопоставляя данные уровня заболеваемости в роддомах и педиатрических участ-