

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ЯНВАРЬ
ФЕВРАЛЬ

1989

1

ТОМ
LXX

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 616—089 (470.41)

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И ПУТИ ЕЕ УЛУЧШЕНИЯ В ТАТАРИИ

В ТАССР хирургическую помощь оказывают в 75 лечебно-профилактических учреждениях, в том числе в РКБ, РБ-2, ДРКБ, 11 городских больницах, 39 ЦРБ, 2 районных, 14 участковых больницах, 3 медсанчастях, 3 диспансерах.

Обеспеченность населения врачами хирургического профиля в 1987 г. составляла 3,6 на 10 000 населения (в 1978 г. — 2,95), хирургическими койками — 18,9 на 10 000 населения (в 1978 г. — 16,8). В ТАССР отмечается недостаточная обеспеченность травматологическими койками — 2,6 (в РСФСР — 4,0), онкологическими — 1,8 (в РСФСР — 2,3), проктологическими — 0,4 (в РСФСР — 0,6). Среднее число дней работы коек в 1987 г. для хирургических больных равнялось в городских больницах 332, в сельских — 327.

В перестройке хирургической службы Министерство здравоохранения ТАССР придает большое значение рациональной специализации кадров и коечного фонда, потому что только она позволяет сконцентрировать средства и силы для обеспечения высококвалифицированной помощи. Удельный вес специализированной помощи в ТАССР равняется 42,2%. Наиболее мощная специализированная сеть сконцентрирована в Казани. В столице республики находятся Всесоюзный центр вертебрологии, межобластные центры нейрохирургии, детской хирургии, проктологии, Республиканский центр кардиохирургии.

В РКБ функционируют ожоговое, торакальное, микрохирургическое, урологическое, сосудистое, травматологическое, гастроэнтерологическое отделения. В гг. Казани и Набережных Челнах имеются лаборатории экстракорпоральной детоксикации.

Специализированную помощь травматологическим больным оказывают в г. Казани, а также в 10 районах (гг. Азнакаево, Альметьевск, Бавлы, Бугульма, Елабуга, Занинск, Зеленодольск, Лениногорск, Набережные Челны, Нижнекамск); нейрохирургическим — в 3 районах (гг. Альметьевск, Бугульма, Набережные Челны). В республике сосредоточено 36 травматологических пунктов и кабинетов. Создана республиканская межведомственная комиссия по снижению и предупреждению автодорожного и детского травматизма, организована республиканская травматологическая ВТЭК. Широко внедрены в практику компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами Илизарова, в том числе в амбулаторных условиях в г. Набережные Челны.

В течение 1978—1987 гг., то есть за 10 лет, в стационарах ТАССР были выполнены 1293132 операции (послеоперационная летальность составила 0,93%). Данный показатель уменьшился в 1987 г. по сравнению с 1978 г. при остром аппендиците с 0,3 до 0,1%, непроходимости кишечника — с 9,6 до 6,1%, прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки — с 4,4 до 3,8%, ущемленной грыже — с 4,4 до 2,9%, остром холецистите — с 10,2 до 4,4%, внематочной беременности — с 0,1 до 0,06%.

Правильная организация дооперационной диагностики, выполнение адекватных заболеланию оперативных вмешательств, наблюдение за больными в послеоперационном периоде, обеспечение медикаментозной терапией, реанимационными мероприятиями позволили улучшить качественные показатели. Послеоперационная летальность в Азнакаевском, Актанышском, Альметьевском, Алексеевском, Бавлинском, Буинском, Елабуж-

ском, Заинском, Куйбышевском, Лаишевском, Лениногорском, Мамадышском, Мензелинском, Муслимовском, Октябрьском, Тетюшском, Черемшанском районах составляла в 1987 г. от 0 до 0,6%. Следует особо подчеркнуть, что в таких крупных городах, как Набережные Челны и Нижнекамск, где выполняются сложные оперативные вмешательства (гастрэктомии, резекции желудка, операции на головном и спинном мозге, органах грудной клетки и др.) летальность колеблется от 0,57 до 0,63%. В то же время высоки показатели летальности в г. Казани (1,7%), г. Зеленодольске (1,4%), с. Апастово (1,55%).

Становление хирургической службы в ТАССР связано прежде всего с деятельностью таких ученых, как А. В. Вишневский, М. О. Фридлянд, Н. В. Соколов, Ю. А. Ратнер, И. Ф. Харитонов, И. В. Домрачев, Р. А. Вяселев, Л. И. Шулушко и др. Славные традиции Казанской хирургической школы успешно продолжают профессора А. А. Агафонов, В. И. Евсеев, В. Ф. Жаворонков, Р. А. Зулкарнеев, О. С. Кочнев, В. А. Кузнецов, А. Л. Латыпов, В. Н. Медведев, Н. П. Медведев, В. Г. Морозов, Л. И. Николшин, М. Р. Рокицкий, И. А. Салихов, М. З. Сигал, Э. Н. Ситдыков, Е. М. Шульман, доценты С. И. Бельх, Р. Х. Галеев, А. А. Назипов, Л. Н. Нечунаев.

Большой вклад в развитие хирургической службы вносят практические хирурги республики — это Г. В. Альшевский, М. С. Аппаков, А. Д. Ашмарин, У. Ш. Гайнуллин, Ф. А. Давлеткильдеев, И. И. Дворкин, Г. Г. Исмагилов, С. Н. Коломенский, В. Н. Кондаков, С. Я. Кнубовец, В. П. Крупин, В. Е. Мамаев, Ю. А. Менялкин, М. М. Минигалеев, Н. Н. Морозов, М. Г. Мустафин, В. Ф. Наумов, И. Е. Никитин, С. А. Обыденнов, В. М. Поляков, А. Н. Русаков, Б. В. Семенов, К. А. Ситдииков, А. А. Соловьев, Н. М. Уразгильдеев, И. А. Хабибуллин, В. Г. Чуприн, И. З. Шафиков, С. П. Шварев, В. В. Широких и др.

Прогрессивной формой внедрения достижений науки в практику являются научно-практические конференции, семинары. Ежегодно совместно с учеными Казанского медицинского института, ГИДУВа, НИИТО проводится 6 конференций по актуальным проблемам неотложной гнойной хирургии, нейрохирургии и несколько семинаров.

30,3% хирургических коек, выделенных для лечения больных гнойными заболеваниями, размещены в специализированных отделениях.

В структуре радикальных вмешательств 14,5% приходится на операции, произведенные детям, при этом послеоперационная летальность составляет 0,25%. Весьма показательным следует считать, что 79% оперированных детей получили квалифици-

рованную помощь в специализированных детских хирургических стационарах.

Наряду с рентгенологическими методами обследования для диагностики ряда заболеваний широкое распространение получили эндоскопические методы, радиоизотопная диагностика, ангиография. Определенных успехов в диагностике добились эндоскопии Р. Ф. Бахтиозин, Ф. Ф. Калимуллин, В. Ю. Муравьев, Р. Ш. Сафин и др. Выявлены значительные диагностические возможности сканирования различных органов.

Прогрессу хирургической службы способствует развитие анестезиолого-реанимационной службы. Во всех крупных больницах введены круглосуточные дежурства врачей-анестезиологов. Если в 1978 г. удельный вес общего обезболивания в структуре всех видов обезболивания был равен 46,1%, то в 1987 г. он достиг 71,2%. В анестезиологической практике применяются эпидуральная и спинномозговая анестезия, внутривенное и местное обезболивание. Положительной оценки заслуживает работа анестезиологов-реаниматологов В. Х. Алханова, Б. М. Гольдштейн, Ф. Н. Казанцева, З. Ф. Красиковой, С. А. Михеева, Л. И. Набиуллина, В. П. Панковой, Г. А. Садкова и др.

Доля экстренной хирургической помощи в хирургической деятельности стационаров составляет 40,3%. Среди хирургических вмешательств по поводу острых заболеваний органов брюшной полости первое место занимают аппендэктомии (73,2%), далее следуют операции по поводу внематочной беременности (3,4%), ущемленной грыжи (2,2%), прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (1,5%), острого холецистита (1,8%), непроходимости кишечника (1,3%), прочих заболеваний (16,6%).

Отмечается тенденция к росту заболеваемости непроходимостью кишечника с 1,0 на 10 000 населения в 1978 г. до 1,3 в 1987 г., острым аппендицитом — с 45,4 до 48,2, ущемленной грыжей — с 2,1 до 2,3, острым холециститом — с 1,0 до 2,5, внематочной беременностью — с 2,3 до 4,3; несколько снизилась заболеваемость прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки — с 1,4 до 1,2.

Анализ данных показателей позволяет планировать коечный фонд. Тенденция к снижению послеоперационной летальности, наблюдаемая с 1978 г., сменилась за последние 4—5 лет стабилизацией данного показателя, а в ряде случаев даже его ухудшением, что свидетельствует об отсутствии прогресса в разработке эффективных мер профилактики, своевременного выявления и оздоровления больных в плановом порядке, методов борьбы с перитонитом, парезом кишечника, послеоперационными осложнениями.

Важными показателями хирургической

Динамика послеоперационной летальности

Заболевания	Годы									
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Непроходимость кишечника	9,6	13,4	14,8	9,8	10,9	6,9	7,9	6,2	6,1	6,1
Острый аппендицит	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Прободная язва	4,4	4,8	6,9	6,5	3,8	2,6	3,3	3,1	2,6	3,8
Ущемленная грыжа	4,4	2,4	3,5	4,2	4,5	2,5	2,3	2,5	3,4	2,9
Острый холецистит	10,7	11,6	10,7	9,3	8,9	6,2	5,6	4,7	3,8	4,4
Внематочная беременность	0,1	0,1	0	0,2	0,2	0	0,3	0	0	0,06

Таблица 2

Связь сроков поступления больных с момента начала заболевания с послеоперационной летальностью

Заболевания	Число госпитализированных больных									
	общее число	до 6 часов			от 6 до 24 ч			позже 24 ч		
		поступили	умерли	%	поступили	умерли	%	поступили	умерли	%
Непроходимость кишечника	5085	1523	21	1,4	2224	97	4,4	1338	186	13,9
Острый аппендицит	131887	37579	14	0,04	76558	69	0,1	17750	195	1,1
Прободная язва	3683	2264	34	1,5	1145	56	4,9	274	77	28,1
Ущемленная грыжа	6439	2906	15	0,5	2533	34	1,3	1000	160	16,0
Острый холецистит	16597	3463	16	0,5	7750	61	0,8	5384	222	4,1
Внематочная беременность	7600	4733	5	0,1	1619	2	0,1	1248	3	0,2

Таблица 3

Процент доставленных больных после 24 ч с момента заболевания

Заболевания	Годы									
	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Непроходимость кишечника	22,5	26,3	29,4	24,1	34,2	24,0	25,7	24,4	27,0	30,5
Острый аппендицит	13,1	14,7	14,3	13,3	12,2	11,8	14,7	13,1	16,7	17,8
Прободная язва	7,1	6,5	8,0	7,2	7,2	9,7	8,6	4,8	8,8	11,1
Ущемленная грыжа	17,9	16,5	15,0	15,0	13,2	14,0	15,6	16,9	19,3	18,4
Острый холецистит	32,0	35,5	32,6	30,7	30,4	30,2	32,7	33,4	34,0	39,2
Внематочная беременность	12,6	16,3	21,0	17,3	16,7	15,5	16,5	15,8	20,0	20,6

службы являются сведения о сроках доставки больных в стационары с момента заболевания, требующего экстренного хирургического вмешательства (табл. 2).

Как видно по данным табл. 2, чем больше времени проходит с момента заболевания, тем выше бывает летальность. Анализ причин поздней госпитализации больных показал, что на первом месте стоит несвоевременное обращение больных за медицинской помощью (75,2%). Ошибки врачей скорой медицинской помощи имели место в 7,1% случаев, ошибки фельдшеров фельдшерско-акушерского и фельдшерских пунктов — в 7,8%; плохим состоянием дорог объяснялось позднее поступление больных в 7,5% случаев, у 2,4% больных причин установить не удалось.

Несмотря на работу, которую ведет республиканский Дом санитарного просвещения,

а также использование всех доступных средств массовой информации, практически отсутствует положительная динамика в сторону снижения процента поздней доставки больных острыми заболеваниями органов брюшной полости (табл. 3).

Таким образом, интенсивное санитарное просвещение населения не приносит должных результатов. По-видимому, требуется проведение специальных социологических исследований для выявления глубинных причин поздней обращаемости населения за экстренной хирургической помощью.

Министерством здравоохранения ТАССР принято решение: наиболее тяжелый контингент больных из районов ТАССР концентрировать в РКБ. Такая мера позволила снизить летальность в этой группе больных с 23% в 1985 г. до 12,3% в 1987 г.

Улучшению качества оказания хирургиче-

ческой помощи способствуют совершенствованию хирургического мастерства (ежегодно проходят специализацию и усовершенствование около 100 врачей хирургического профиля, проводятся зональные и республиканские научно-практические конференции, семинары), оснащение стационаров новейшим оборудованием, развитие анестезиолого-реанимационной службы.

Отмечая определенные положительные тенденции в становлении хирургической службы, нельзя не указать, что за последнее время хирургическая помощь не полностью удовлетворяет растущие потребности населения. Встречаются жалобы на врачей хирургического профиля, допустивших нарушения принципов деонтологии, проявивших в отношении больных грубость, чванство, невниманье, порой граничащее с халатностью.

Хирургические стационары и кабинеты поликлиник недостаточно обеспечены качественной медицинской техникой. В ряде лечебных учреждений отсутствуют эндоскопы с волоконистой оптикой, лапароскопы, аппараты ультразвукового исследования, травматологические столы, сухожаровые шкафы, бактерицидные лампы, качественный шовный материал и т. п.

Хирургические отделения РКБ являются центрами специализированной помощи и одновременно базой для подготовки врачей и среднего медперсонала. Однако еще не удалось добиться использования РКБ как стационара для наиболее сложных и тяжелых больных. Нередко врачи ЦРБ направляют больных, которые могут пройти лечение на месте. Еще более остро этот вопрос стоит относительно амбулаторно-консультативной поликлиники РКБ, которая ни в коей мере не должна подменять поликлиники ЦРБ.

К сожалению, в республике отсутствуют специализированные ортопедические, детские онкологические отделения, отделение костной онкологии. До настоящего времени в гг. Набережные Челны, Нижнекамске, Альметьевске, Бугульме не организованы онкологические диспансеры. В большинстве ЦРБ нет детских хирургов.

Важнейшей задачей следует считать постоянное обучение врачей хирургического профиля, врачей скорой медицинской помощи, фельдшеров. Необходимо повысить качество амбулаторно-поликлинической помощи, создать диагностические центры, оснастить поликлиники диагностической аппаратурой, добиваться снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, преемственности в работе между стационарами и станциями скорой медицинской помощи. Одним из критериев качества хирургической помощи является отсутствие жалоб и претензий к медицинским работникам со стороны больных и их родственников.

Перестройка в хирургии — это прежде всего изменение мышления и подходов к своей деятельности со стороны каждого врача, повышение ответственности за качество лечебно-диагностического процесса. Перед хирургами республики поставлены конкретные задачи по улучшению качества плановой и экстренной хирургической помощи населению, развитию специализированных видов помощи. Дальнейшее совершенствование хирургической службы возможно лишь при условии объединения усилий организаторов здравоохранения, руководителей хирургических служб и ученых на базе полного использования имеющихся резервов.

М. Ю. Розенгартен,
Л. Д. Семенова (Казань)

ПРАКТИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.13/.16+616.839—053.71—037

ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

М. Ф. Исмагилов

*Кафедра невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики
(зав.— доктор мед. наук М. Ф. Исмагилов) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Нарушение функции вегетативной нервной системы — распространенное и чрезвычайно разнообразное по клинике явление. Большинство таких нарушений обозначено понятием «вегетативная дисфункция», или «вегетососудистая дистония», которая не имеет нозологической самостоятельности

[5]. Этот универсальный синдром сдвигов гомеостаза часто проявляется в критические периоды онтогенеза и служит сигналом неполного благополучия. Одним из таких периодов является пубертатный возраст — время интенсивного роста и морфофункциональной перестройки организма [2,