Министерство Здравоохранения СССР
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

46 365

На правах рукописи

В. П. ДРАБОВ

РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕКОТОРЫЕ КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЕЁ В ПОСЛЕВОЕННЫЕ ГОДЫ (1949—1953)

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

МОСКВА—1955

46365

МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени М. Ф. ВЛАДИМИРСКОГО

Научный руководитель диссертанта—заведующий 1-й хирургической клиникой МОНИКИ, заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор Б. Э. ЛИНБЕРГ

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук, профессор ШАБАНОВ А. Н.
кандидат медицинских наук, доцент ВИНОГРАДОВ Н. А.

Защита диссертации состоится в ЦИУ, г. Москва, площадь Восстания, 1/2

«29» XI 1955 г. в 16 часов

Автореферат разослан «26» XI 1955 г.

ГОСУ ... ЦЕНСКАЯ
Мин ... ...ская
479253

Изучение качественных показателей хирургической помощи населению имеет важное значение при обобщении опыта работы медицинских учреждений на основе современных научных знаний. Достижения научной клинической хирургии, внедряемые в практику здравоохранения, тесно сочетаются с вопросами организации хирургической помощи и, взаимно обусловливая и дополняя друг друга, обеспечивают качество этой помощи.

Великий русский хирург Н. И. Пирогов на основании огромного опыта своей теоретической и практической деятельности писал: «я убежден из опыта, что к достижению больших результатов в военно-полевых госпиталях необходима не столько научная хирургия и врачебное искусство, сколько цельная и хорошо учрежденная администрация».

Опыт работы каждого практического врача повседневно подтверждает это положение и заставляет искать лучшие формы сочетания клинической хирургической работы с вопросами «администрации» или организации хирургической помощи населению в масштабах участка, района, области и т. д.

Нигде так, как в хирургии, сроки доставки больных для операции с острыми хирургическими заболеваниями, играют решающую роль в исходе заболевания.

Анализ летальности при хирургических операциях, в зависимости от сроков оперативного вмешательства, изучение причин осложнений после операций, анализ расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов позволяют вскрывать и устранять клинические и организационные ошибки и открывать новые пути к улучшению хирургической помощи населению.

В нашей работе мы поставили задачу изучить развитие хирургии в Московской области с момента организации земской медицины, показать широкое развитие хи-

рургической помощи населению в годы советского здравоохранения и, на основании углубленного изучения хирургической деятельности городских больниц, вывести и проанализировать некоторые качественные показатели хирургической помощи населению за пятилетний период (1949—1953).

В кратком историческом обзоре развития хирургии в Московской области, главным образом, в период Советского здравоохранения, нами были использованы сохранившиеся архивные материалы, журнальные статьи и научные работы, вышедшие из хирургических отделений больниц Московской области, анкетные данные, а также личные наблюдения и знакомство с работой городских больниц.

Качественные показатели хирургической работы городских больниц за пятилетний период, куда входили вопросы объема хирургической работы, хирургической активности, послеоперационной летальности, сроки доставки больных для операций по экстренным показаниям, послеоперационные осложнения, виды анестезии и т. д. разрабатывались по неразличным отчетам городских больниц, объяснительным запискам хирургов, актам обследований хирургической работы больниц научными сотрудниками областного научно-исследовательского клинического института (МОНИКИ), а также личным изучением работы хирургических стационаров. Для сравнительной оценки хирургической работы городских стационаров, были выделены и углубленно обследованы 20 хирургических отделений наиболее крупных больниц области.

Развитие хирургии в Московской области, как отдельной специализированной отрасли медицины, начинается с середины 90-х годов прошлого столетия. До этого времени сеть лечебных учреждений б. Московской губернии, в период начала организации земской медицины, представлялась крайне незначительной и насчитывала в 13 уездах губернии только 12 больниц на 262 койки.

Специализированная медицинская помощь населению отсутствовала. Лечение хирургических больных, главным образом, с травмами, проводилось в общих палатах больниц. Выделенных операционных и перевязочных, как правило, не существовало, да и сами больницы в большинстве своем находились в приспособленных зданиях, а больные содержались в примитивных условиях.

Развитие хирургии в Московской губернии связано с именами выдающихся врачей-хирургов земского периода: Вараввы И. П., впервые в губернии в 1875 году применившего Листеровский способ лечения ран; Архангельской А. Г., широко развившей хирургическую деятельность в Петровской больнице. Ею впервые в печати проводится идея необходимости внедрения специализации в медицине. Петровская больница явилась первой базой подготовки кадров специалистов хирургов в Московской губернии. В Дмитровской больнице врачом Гороховым Л. Е. были описаны и опубликованы в печати 50 научных работ по различным вопросам хирургии. За работу об экстирпации матки и придатков через влагалище он был удостоен степени доктора медицины. В Соболевско-Щелковской больнице врачом Кузьминым П. И. был глубоко разработан вопрос о лечении ретродевиаций матки укорочением круглых маточных связок, за что автор также получил степень доктора медицины. Широкой популярностью, как врачи-хирурги и организаторы земской медицины, в Московской губернии пользовались Орлов И. И., Дивавин Л. А., Дорф Д. Я. и др.

Однако, наряду с отдельными достижениями в развитии хирургии в земском периоде, состояние её и организация хирургической помощи были очень далеки от удовлетворения насущных потребностей населения.

Только после Великой Октябрьской социалистической революции и организации советского здравоохранения началось широкое развитие медицины и, в частности, хирургической помощи населению Московской области.

К 1940 году общий коечный фонд в лечебно-профилактических учреждениях Московской области, по сравнению с 1914 годом увеличился в 5 раз. В специализированных хирургических отделениях было развернуто 3140 коек, а количество специалистов хирургов составило 352 человека. К 1954 году, несмотря на большие разрушения медицинской сети в годы Великой Отечественной войны, коечный фонд в хирургических отделениях, благодаря проведенной органами здравоохранения восстановительной работой превысил довоенный уровень на 500 коек, а количество специалистов хирургов увеличилось на 229 человек, что составляет 165% к довоенному уровню.

В годы борьбы за социалистическую индустриализацию страны (1926—1929) бурное развитие промышленности в Московской области повлекло за собой организацию здравпунктов на фабриках и заводах. Широко развертываются профилактические мероприятия по борьбе с травматизмом. Успешно развивается специализированная травматологическая помощь, как важнейшая составная часть общей хирургии. К началу 1930 г. в области уже насчитывается 218 здравпунктов на производствах, количество которых непрерывно растет и достигает к концу этого года 517, в том числе 332 врачебных. Большой размах приобретают мероприятия по организации дела переливания крови. Количество станций переливания крови, которых к моменту I областной конференции по переливанию крови, состоявшейся в 1938 году, было только 15, в последующие годы увеличивается больше чем вдвое. В 1930 годах быстро развивается также и сеть станций скорой и неотложной помощи и к 1940 г. количество их достигает 55 со штатом 148 врачей. С 1924 г. широко развиваются мероприятия по повышению квалификации врачебных кадров на базе больницы им. Бабухина, ныне МОНИКИ. В годы Великой Отечественной войны эвакогоспитали Московской области проделали огромную работу по лечению и возвращению в строй воинов Советской Армии. По окончании войны после реорганизации эвакогоспиталей в госпитали для инвалидов Отечественной войны, уже к 1951 г. в основном было закончено ортопедо-хирургическое лечение инвалидов.

В 1948 г. в Московской области было в основном завершено объединение городских больниц с поликлиниками: из 130 больниц 125 работали по объединенному принципу. Положительным результатом объединения явились: повышение квалификации амбулаторных хирургов, начавших работать в стационаре, уменьшение расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, улучшение оперативной техники.

Из хирургических отделений больниц Московской области за годы Советского здравоохранения вышло много научных работ и ценных практических предложений, способствовавших развитию советской хирургии. Ряд научных работ, вышедших из Ногинской больницы (Хандриков), Глуховской (Дивавин), Орехово-Зуевской (Тома), Кунцевской (Линдеман) и др. в период 1923—1927 года,

способствовали внедрению в хирургическую практику операций аппендицита в остром периоде, не производившихся до этого времени в больницах области. Работы Кокина Г. А. (Клинская б-ца), Шитова (Подольск), впервые в области (1918—1920) применивших операции резекции желудка при раке и язве, способствовали широкому внедрению этого метода в хирургическую практику в больницах Московской области. Работами Нарбекова (Павлово-Посад), Бронникова (Орехово-Зуево), Кокорина (Озеры) внедрялся в хирургическую практику глухой шов брюшной полости при прободных язвах желудка, перфоративном аппендиците, являвшийся прогрессивным методом, идущим на смену тампонады ран.

Ряд научных работ, посвященных профилактике травматизма и профессиональных заболеваний вышли из Ногинской, Глуховской, Коломенской, Дмитровской и др. больниц, способствуя развертывающемуся в то время профилактическому направлению в медицине. Обобщению хирургической деятельности больниц за длительный период времени, проведенное рядом хирургов области (Залога, Дивавин и др.) развивало и внедряло в практику работы метод научного анализа, способствуя развитию самокритического отношения к своей работе. В работе ряда хирургических отделений больниц (Серпуховская, Раменская, Орехово-Зуевская, Кунцевская и многие др.) вопросы теории и практики хирургии, тесно переплетаясь с научными основами организации здравоохранения, обеспечивали приближение хирургической помощи к населению. Однако в дальнейшем развитии хирургической помощи населению Московской области имеется ряд недостатков, а именно:

а) слабое развитие узких хирургических специальностей (травматология, урология, онкология). Экстенсивные показатели профилизации коечного фонда по этим специальностям в 1953 году составили по травматологии 1,41, онкологии 1,75, урологии 0,16, а количество врачей специалистов едва охватывает 1/3 районов Московской области;

б) недостаточное развитие хирургической сети в подмосковных районах (Люблино, Перово и др.) явившееся в результате отставания медицинской организации от бурного роста промышленности и городского строительства в Московской области;

в) отсутствие хирургических коек в 73% сельских участковых больниц I—II—III категории, развертывание которых согласно приказу Министерства здравоохранения СССР № 278 от 27/III—51 г. является обязательным;

г) отсутствие больниц и хирургических стационаров в пяти сельскохозяйственных районных центрах (Михнево, Кривандино и др.), когда функции районных больниц несут маломощные участковые больницы, удаленные от районных центров до 15 километров;

д) недостаточное оснащение транспортом станций скорой помощи и пунктов неотложной помощи, особенно по группе городских поселений, где оно составляет 0,7 единицы транспорта на 1 учреждение;

е) недостаточная квалификация хирургических кадров, из которых, согласно аттестации, 61,1% хирургов отнесены к IV и V категориям.

II.

Произведенный нами анализ хирургической работы в городских больницах области за пятилетний период 1949—1953 годов показывает увеличение общего количества произведенных операций на 31% и в том числе в 2 раза по экстренным хирургическим показаниям, при непрерывном снижении послеоперационной летальности.

Это объясняется:

1) Ростом общего культурного уровня населения, улучшением санитарного просвещения и развитием диспансерного обслуживания населения в целях выявления ранних форм заболеваний.

2) Улучшением ранней диагностики хирургических заболеваний в результате применения более совершенных методов исследования.

3) Увеличением объема хирургических операций и повышением хирургической активности хирургов.

4) Увеличившейся госпитализацией больных с острым аппендицитом в результате внедрения в практику хирургической работы методика ранних и более расширенных показаний для оперативных вмешательств при нем.

5) Расширением фонда хирургических коек в больницах.

За пятилетний период отмечается увеличение количества операций струмэктомий в 3,5 раза, что объясняется большим овладением в городских больницах техникой

этих операций, ранее производившихся, главным образом, в областном институте (МОНИКИ).

Выросло количество операций холецистэктомий в 1,6 раза, оперируемых, главным образом, по экстренным показаниям.

Имеет место динамическое снижение количества операций гастроэнтеростомий, как паллиативного вмешательства, с заменой их радикальными резекциями желудка при раке и язвенной болезни.

Однако количество операций резекции желудка при раке в раннем периоде остается недостаточным, при одновременно высоком проценте (до 50%) инноперабильных случаев, устанавливаемых при пробных лапаротомиях. Это объясняется недостаточно проводимой диспансеризацией населения для выявления ранних форм рака желудка подлежащих радикальному хирургическому лечению.

Благодаря улучшению материальных условий жизни и непрерывного роста благосостояния народа, при одновременном улучшении качества лечения и профилактических мероприятий, снизилась как общая, так и послеоперационная летальность в больницах области.

В 1953 г. послеоперационная летальность хирургических больных снизилась до 1,5% против 2,45% в 1949 году. Снижение послеоперационной летальности происходит по ряду важнейших хирургических операций:

а) при резекциях желудка по поводу язвенной болезни с 6,4% до 5,3%;

б) при резекциях желудка по поводу рака — с 15,1% до 13,5%.

Однако послеоперационная летальность при резекциях желудка по поводу рака остается еще высокой; это объясняется, главным образом, запущенностью оперируемых случаев;

в) послеоперационная летальность при струмэктомиях снизилась в 4 раза - с 6,1% в 1950 году до 1,4% в 1953 году.

Несмотря на значительное снижение летальности при струмэктомиях, она остается еще на высоких цифрах. Внедрение методики минимальной травматизации тканей при операции, минимальной кровопотери, более совершенной местной анестезии и минимальное оставление ткани щитовидной железы—как профилактика послеопе-

рационного токсикоза — дает возможность снизить послеоперационную летальность в значительной степени.

Продолжает оставаться также высокой и летальность при холецистэктомиях (11,5%), что объясняется поздним поступлением больных в стационар для операций в остром периоде и часто нерешительностью хирурга оперировать на высоте приступа, предпочитая в этих случаях консервативное лечение.

Преимущественным методом обезболивания при хирургических операциях в городских лечебных учреждениях Московской области является местная анестезия. В 1953 году число операций, произведенных под местной анестезией, составило 77,8%, что является выше среднего показателя по СССР (72,52%). Применение общего наркоза при операциях уменьшается из года в год, составляя в 1953 году 18% к числу всех операций.

Наибольшее количество операций, проводимых под местной анестезией, падает на резекции желудка (74,8%), гастроэнтеростомии (71,1%), струмэктомии (88,2%), оставаясь в пределах до 50% при операциях холецистэктомии (43,6%), экстирпации матки (24%) и т. д.

Применение спинномозговой анестезии при различных операциях не превышает 7—10%, кроме операций экстирпации матки, где её применение составляет 30,6%.

Послеоперационные осложнения, в среднем по всем видам операций, составляют 5,3% на 131515 операций, произведенных в городских лечебных учреждениях.

Количество осложнений после операций в отдельных лечебных учреждениях имеет отклонение в большую или меньшую сторону от среднего показателя: от 1,7% на 10000 операций в Коломенской больнице до 9% на 2500 операций в Сталиногорской больнице.

Наибольшее количество послеоперационных осложнений составляют нагноения и инфильтраты ран (3,07%) и пневмонии (0,56%).

Количество послеоперационных осложнений, в виде нагноений и послеоперационных пневмоний, имеет снижение по большинству нозологических форм. При аппендэктомиях количество нагноений снизилось более чем в 2 раза — с 5,4% в 1949 году до 2,3% в 1953 году.

Послеоперационные осложнения пневмоний при резекциях желудка снизились до 2,5% против 4,7% и при аппендэктомиях до 0,4% против 0,8%.

Уменьшение послеоперационных осложнений объясняется более строгим соблюдением асептики и антисептики при операциях, улучшением оперативной техники, широким применением антибиотиков, значительным улучшением послеоперационного ухода за больными.

Средне-областной показатель расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов при хирургических заболеваниях составляет 8,4%.

В результате мероприятий по повышению квалификации хирургов и, в первую очередь привлечения амбулаторных хирургов к работе в стационарах, отмечается снижение расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов по большинству городских больниц: в Глуховской б-це — 5% против 16,6% в 1949 году, Орехово-Зуевской—8,8% против 14,2% в 1951 году и т. д.

Отмечается также снижение расхождений клинических и поликлинических диагнозов по большинству городских больниц области: в Подольской больнице — до 1,5% против 7,4% в 1949 году, Пушкинской — 8% против 10% в 1950 году, Глуховской — 1,2% против 3,6% в 1946 году и т. д.

Анализ обращаемости больных с травмами в поликлинические отделения городских больниц показывает рост механических травм за последнее пятилетие. Увеличение количества травматических больных происходит за счет крупных городов с развитой промышленностью и уличным движением (в Сталиногорске на 61%, Ногинске на 62% и т. д.).

По виду механических повреждений преобладают случаи бытовой травмы (47%) и травмы, связанной с уличным движением (31,8%). Таким образом, на этот вид травм, взятых вместе, падает 78,1%. Обращает на себя внимание высокий уличный травматизм (31,8%) с учетом развитого уличного движения в Московской области.

Производственная травма составляет 19,1% и спортивная травма — 2,1%.

Средний областной показатель летальности при всех видах травм составляет 2,2%, причем летальность при травмах без повреждения костей и суставов составляет 0,5% и при повреждениях костей — 4,6%.

Рост травматизма в целом по области, большой удельный вес травматических больных в стационарах, резкие колебания в летальности в сопоставимых больницах, недо-

статок квалифицированных кадров траматологов, требуют усиления внимания к этому разделу хирургической работы путем расширения существующих и организации новых травматологических отделений, и повышения квалификации как травматологов, так и общих хирургов городских больниц.

III

Экстренная хирургическая помощь занимает большой удельный вес в работе хирургических отделений, составляя только по 5 основным формам экстренных хирургических вмешательств в брюшной полости 20% ко всему числу произведенных операций. Среди них, по удельному весу, на первом месте стоят экстренные операции при остром аппендиците, составляющие 75,8%. На втором месте — внематочная беременность — 9,3%, на третьем — ущемленные грыжи — 6,4%, на четвертом — острая кишечная непроходимость — 4,6% и на пятом месте — прободная язва желудка и 12-перстной кишки — 3,9%.

Наибольшее число операций за 5 лет отмечается: при остром аппендиците, количество которых увеличилось в 2,6 раза; при внематочной беременности — в 1,6 раза; при прободной язве желудка и 12-перстной кишки и ущемленной грыже — в 1,2 раза.

Количество операций при острой кишечной непроходимости за этот же период снизилось в 1953 году, по сравнению с 1949 годом, на 20%.

Рост экстренных хирургических операций, идущих, главным образом, за счет острого аппендицита, объясняется выросшей культурой населения, своевременно обращающегося за медицинской помощью, улучшением диагностики острых хирургических заболеваний, широким внедрением в практику хирургической работы методики ранних и более расширенных показаний для оперативных вмешательств, особенно при остром аппендиците.

Рост числа операций по поводу аппендицита как в остром, так и хроническом периоде, идет с превалированием числа операций, производимых в остром периоде, составляя 65,9% от общего числа аппендэктомий.

Стремление хирургов оперировать аппендицит в остром периоде, когда клиническая картина заболевания выражена более ярко, чежели в хроническом периоде, где симптоматология бывает не ясна и расплывчата,

подтверждается преобладанием оперативных вмешательств в остром периоде над числом операций в периоде латентного состояния заболевания.

Послеоперационная летальность при остром аппендиците из года в год неуклонно снижается и составляет по области 0,2% на 12718 операций, произведенных в 1953 году, а при хроническом аппендиците в 1952 году на 6993 операции не было ни одного случая летальности и в 1953 году на 6538 операций она составляла 0,03% (2 случая).

Полная ликвидация послеоперационной летальности при остром аппендиците зависит от дальнейшего сокращения сроков оперативных вмешательств от начала заболевания и, главным образом, от улучшения диагностики со стороны участковых терапевтов.

Количество операций при ущемленной грыже составило в 1953 году 14,9% ко всему числу грыжесечений. Соотношение числа операций при ущемленной и вправимой грыже не дает планомерного снижения количества ущемленных грыж, послеоперационная летальность при которых стоит на высоком уровне (2,8%). Это объясняется недостаточностью проводимой диспансеризации населения, направленной на выявление и широкое оперирование вправимых грыж, при которых летальность не превышает 0,02%.

Послеоперационная летальность при острой кишечной непроходимости стоит на высоких цифрах, составляя в среднем за 5 лет на 2241 операцию 22,2%. Снижение летальности при этом заболевании находится в прямой зависимости от сроков оперативного вмешательства. В 1953 г. было госпитализировано и оперировано в сроки до 24 часов от начала заболевания 72,1% больных против 68,4% в 1949 году. В снижении послеоперационной летальности при острой кишечной непроходимости имеет значение вид обезболивания применяемого при операции. Применение местной новокаиновой анестезии при этих операциях, с блокированием рефлексогенных зон в брюшной полости, дает меньшую летальность после операции, чем при применении общего эфирного наркоза. Местная анестезия при острой кишечной непроходимости применялась в лечебных учреждениях области в 43,7%. В целях снижения послеоперационной летальности при острой ки-

шечной непроходимости должны применяться комплексные мероприятия, направленные на:

а) улучшение диагностики заболевания и раннее оперативное вмешательство;

б) широкое применение местной новокаиновой анестезии, с обильной инфильтрацией брыжейки кишок, с целью блокирования патологических импульсов, идущих из рефлексогенных зон в центральную нервную систему;

в) борьбу с токсическим шоком, как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде;

г) тщательность ухода за больными в послеоперационном периоде.

Послеоперационная летальность при прободной язве желудка и 12-перстной кишки за пятилетний период снизилась в 3 раза: с 10% в 1949 году до 3,6% в 1953 году.

Снижение послеоперационной летальности в основном зависело от сроков ранней доставки больных в стационар для операции. В 1953 году в первые 24 часа от начала заболевания было оперировано 93% больных против 88% в 1949 году.

Основным методом операции при прободной язве желудка в лечебных учреждениях области является ушивание прободного отверстия. Улучшение диспансерного наблюдения за больными с хронической язвенной болезнью желудка, эффективное терапевтическое лечение их и своевременное оперативное лечение могут дать дальнейшее снижение числа прободных язв желудка, количество которых все еще увеличивается из года в год.

ВЫВОДЫ

1. Развитие хирургии в Московской области, как отдельной специализированной отрасли медицины, начинается с 90-х годов прошлого столетия.

2. Наряду с отдельными достижениями в развитии хирургии в земском периоде, состояние ее и организация хирургической помощи населению были очень далеки до удовлетворения насущных потребностей населения.

3. Только после Великой Октябрьской социалистической революции и организации советского здравоохранения началось широкое развитие хирургической помощи населению в Московской области.

4. В годы Советского здравоохранения ряд городских больниц Московской области явились центрами развития хирургической помощи населению в области. К ним относятся: Ногинская, Глуховская, Орехово-Зуевская, Подольская, Дмитровская, Коломенская, Серпуховская, Кунцевская, Раменская и другие больницы.

5. Из хирургических отделений городских больниц Московской области в период советского здравоохранения вышло много ценных научных работ, способствовавших развитию советской хирургии. К ним относятся:

а) разработка и освоение методики операций резекции желудка при раке и язвенной болезни, с внедрением этих операций в практику впервые в Московской области;

б) внедрение в практику работы хирургических отделений операций аппендицита в остром периоде, не производившихся до этого в больницах области;

в) научная разработка и внедрение в практику лечебных учреждений глухого шва брюшной полости при перфорациях желудка, деструктивных формах аппендицита и др., как прогрессивного метода, идущего на смену тампонады ран;

г) разработка вопросов профилактики травматизма;

д) обобщение и анализ хирургической деятельности больниц.

6. В результате повышения культурного уровня населения и ранней обращаемости его за медицинской помощью, улучшения качества диагностики, выросшей хирургической активности и расширения объема хирургических вмешательств, за пятилетний период (1949—1953) количество хирургических операций в городских лечебных учреждениях Московской области увеличилось на 31%.

7. Травматические больные в хирургических отделениях больниц составляют значительный удельный вес — от 25 до 30%. Рост числа травматических больных происходит за счет увеличения количества бытовой и уличной травмы, составляющих 78,1% всех видов травм.

8. Снизилась летальность хирургических больных по всем основным нозологическим формам заболеваний как при плановых хирургических операциях, так и при операциях по экстренным показаниям.

9. Снижение послеоперационной летальности стоит в прямой зависимости от сроков оперативных вмешательств

от начала заболевания. Сроки ранней госпитализации улучшились по большинству из основных хирургических заболеваний органов брюшной полости.

10. Продолжает еще оставаться высокой послеоперационная летальность при резекциях желудка по поводу рака в результате поздно предпринимаемых операций, при наличии большого количества инноперабильных случаев.

11. Высокая летальность при холецистэктомиях обусловлена поздними сроками поступления больных в стационар при остром приступе и не всегда решительностью хирургов оперировать на высоте приступа, предпочитая в этих случаях консервативное лечение.

12. Послеоперационная летальность при острой кишечной непроходимости стоит на высоких цифрах (21%) и зависит от позднего поступления больных в стационар для операции. В снижении летальности, помимо сроков оперативного вмешательства, имеет важное значение комплексность лечения больного и широкое применение местной анестезии при операции.

13. Снизилось количество послеоперационных осложнений по большинству нозологических форм хирургических заболеваний.

14. Снизилось количество расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, составляя в среднем по городским больницам 8,4%.

15. Снизилось среднее число дней пребывания хирургического больного на койке при массовых операциях: при аппендэктомиях до 10,6 и грыжесечениях до 12,1, являющихся ниже средних показателей по больницам СССР.

Остается высоким показатель пребывания больного на койке до операции, что может быть устранено налаженным контролем за работой хирургических отделений и обследованием больных в поликлинике до поступления их в стационар.

16. Преимущественным видом обезболивания при хирургических операциях является местная анестезия по методу А. В. Вишневского, применяемая в 77,8%.

17. Дальнейшее развитие хирургической помощи населению Московской области может быть обеспечено следующими мероприятиями:

а) всемерным развитием узких хирургических специальностей (травматологии, онкологии и урологии);

б) дальнейшим расширением существующих и организацией новых хирургических отделений в городах и городских поселениях Подмосковного района (Перово, Люблино и др.), а также в сельскохозяйственных районных центрах (Михнево, Кривандино и др.) и в сельских участковых больницах;

в) подготовкой и усовершенствованием специалистов хирургов по общей хирургии и узким хирургическим специальностям;

г) улучшением ранней диагностики хирургических заболеваний и сокращением сроков оперативных вмешательств от начала заболеваний;

д) дальнейшим расширением объема хирургических операций в стационарах области;

е) ликвидацией послеоперационной летальности при массовых операциях аппендэктомий и грыжесечений;

ж) дальнейшим снижением послеоперационной летальности, в особенности при острой кишечной непроходимости.

Е 79253.

Л 102209 23/IX 1955 г. Зак. 2534. Объем 1 п. л. Тираж 100 экз.

Типография ХУСМ РСФСР