

слабость, общее недомогание. Это нас заставило перейти на более частые инъекции по 600 000 ед.

Из наблюдаемых нами в течение 3 лет 105 человек до профилактической терапии за последние 2 года были вспышки ревматизма у 52 (у 49,5%) и дали 1765 дней нетрудоспособности. С проведением профилактической противорецидивной терапии в первый год они наблюдались у 45,5% больных. После второго года вспышки отмечены у 16,2%. В течение третьего года рецидивы наблюдались лишь у 8,5%. Количество дней нетрудоспособности снизилось до 745.

Такую же закономерность постепенного снижения склонности к рецидивам мы наблюдали и в группе больных, диспансеризованных позже, с двухлетним сроком наблюдения.

Там, где противорецидивная профилактика осуществлялась наиболее полно (санация инфекционных очагов, противоревматическая и противoinфекционная комплексная терапия), эффект был более выраженным.

Интеркуррентные заболевания (309 за 3 года) послужили причиной к внесезонной активации ревматизма у 18,7% больных.

ВЫВОДЫ

1. Систематическая профилактическая противоревматическая «сезонная» терапия приводит к значительному снижению рецидивов ревматизма и уменьшению дней нетрудоспособности у страдающих сердечными формами ревматизма.

2. Больные ревматизмом должны иметь одного лечащего врача в лице ревматолога, который при показаниях должен направлять их к другим специалистам. Это даст возможность своевременно выявлять те или иные проявления ревматизма от или после интеркуррентных заболеваний, своевременно проводить противоревматическое лечение.

3. Необходимо поставить перед органами здравоохранения вопрос об обеспечении ревматологических кабинетов поликлиник соответствующими фондами медикаментов (бициллин и т. д.) для бесплатного применения их у диспансеризованных больных.

4. Для ликвидации задержки с санацией инфекционных очагов необходимо срочное увеличение коечного фонда в ЛОР-отделениях для больных ревматизмом и угрожаемых по ревматизму.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий В. К. Материалы 18 научн. конф. Рязан. мед. ин-та, 1960.
2. Кассирский И. А. и др. Клини. мед., 1960, 3.
3. Мазур М. М. Клини. мед., 1962, 1.
4. Мясоедов Е. С. Тер. арх., 1960, 8.
5. Нестеров А. И. Клини. мед., 1958, 5; Тер. арх., 1960, 8; Клини. мед., 1959, 3.
6. Пшетаковский И. Л. Клини. мед., 1960, 8.
7. Ясиновский М. А. Вопр. ревмат., 1961, 2.

Поступила 29 марта 1962 г.

ТРАВМАТИЗМ И ЕГО ИСХОДЫ ПО ЮТАЗИНСКОМУ РАЙОНУ ТАТАРСКОЙ АССР

З. А. Заринов

Уруссинская райбольница (и. о. главврача — Ф. Г. Гильмуллин) и Казанский институт травматологии и ортопедии (директор — канд. мед. наук У. Я. Богданович)

Нами изучены истории болезни и амбулаторные карты больных с механическими травмами, лечившихся в Уруссинской районной больнице Татарской АССР с января 1956 г. по декабрь 1961 г. Рассмотрены сведения ВТЭК и органов социального обеспечения о лицах, получивших стойкую утрату трудоспособности после травмы. Сведения заносились в разработанную нами карту-анкету.

Из лечившихся за этот период в стационаре 7450 хирургических больных с механическими травмами было 928 (12,5%).

Мужчин было 641, женщин — 287.

Травмы распределились следующим образом: переломы костей тела и конечностей — у 403, переломы черепа и сотрясения головного мозга — у 126, ушибы тела, головы, растяжения, вывихи, раны и т. п. — у 399 человек. В поликлинике за этот же срок были 4113 первичных больных с механическими травмами, в том числе — 516 (12,5%) имели повреждения костей.

Движение травматизма по годам показано в таблице 1, из которой видно, что в районе есть тенденция к постепенному снижению травматизма.

Заметный рост числа госпитализированных с травмами, особенно в 1959 г., объясняется расширением показаний к госпитализации.

Таблица 1

Распределение травм (на 1000 населения)	Годы						Средний показа- тель
	1956	1957	1958	1959	1960	1961	
По стационару	2,5	3,0	3,1	5,0	4,8	4,8	3,9
По поликлини- ке	19,4	24,3	21,5	13,8	11,7	12,1	17,1
Всего . . .	21,9	27,3	24,6	18,8	16,5	16,9	21

Распределение травм по месяцам показывает, что некоторое снижение количества травм наблюдается лишь в первом квартале, а с апреля по декабрь травматизм остается на высоком уровне, достигая наиболее высоких цифр в июле — августе (таблица 2). В эти месяцы рост числа легких травм преобладает над ростом более тяжелых.

Таблица 2

Вид травматизма	Месяцы												Всего	В про- центах
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII		
Производственный	12	8	8	23	6	18	16	21	17	22	21	19	191	20,6
Сельскохозяйственный	2	7	7	7	8	14	13	12	13	20	12	9	124	13,3
Уличный и транспортный	7	7	4	14	13	19	18	18	15	8	9	11	143	15,4
Детский	8	9	9	18	13	11	29	19	14	12	10	9	161	17,4
Прочий	19	20	16	16	26	26	42	43	20	24	33	24	309	33,3
Итого	48	51	44	78	66	88	118	113	79	86	85	72	928	100

Производственный травматизм, как видно, имеет одинаково высокий уровень в июне — декабре, сельскохозяйственный — в июне — октябре, уличный (в основном вызываемый движущимся транспортом) — в апреле — сентябре и детский — в апреле, июле и августе, то есть главным образом в период каникул.

Распределение травматологических больных по роду занятий приведено в табл. 3.

Таблица

Род занятий	Количество больных	В процентах
Рабочие промышленных пред- приятий	333	35,9
Служащие	40	4,3
Рабочие совхозов	78	8,4
Колхозники	163	17,5
Дети, пенсионеры и прочие	314	33,9

Из таблицы 3 видно, что преобладающее число больных с травмами (66,1%) заняты производительным трудом.

Если рассмотреть распределение травм по возрастам, то оказывается, что получившие травмы в возрасте от 20 до 60 лет составляют 63,7%, дети до 15 лет — 18,5%, юноши от 16 до 19 лет — 9,1% и пожилые в возрасте 60 лет и старше — 8,7%.

Изучение распределения пострадавших по роду занятий и возрастам указывает на необходимость проводить профилактическую работу по предупреждению травматизма в равной степени как на производстве, сельском хозяйстве, так и в быту среди взрослого населения и среди детей. Это подтверждается и данными таблицы 2, где выявляется, что после травм, связанных с промышленным и сельскохозяйственным производством, на втором месте стоят бытовые травмы.

Причинами производственного травматизма были: невнимательность и падение работающих — 72 случая, ушибы производственными предметами и деталями — 93,

авто- и жел. дор. транспорт — 26, среди пострадавших у 8 было алкогольное опьянение.

При сельскохозяйственных работах травмы были получены от животных в 44 случаях, при невнимательности и падении работающих — 19, при работе на тракторе и прицепах — 13, на электропиле — 12, при перемещении тяжестей — 11, при работе с телегами и санями — 9, от автотранспорта — 10, при работе на комбайнах и других машинах — 6. Среди пострадавших у 12 было алкогольное опьянение. Транспортный травматизм: от мотоцикла — 48 случаев, от автомашины — 41, от железнодорожного транспорта — 12, от трактора — 5. У 15 было алкогольное опьянение.

Причинами бытовых травм нередко были хулиганские поступки, совершенные в пьяном виде.

Локализация травм, послуживших поводом к стационарному лечению: голова — 246, грудь — 130, позвоночник — 41, таз — 46, бедро — 65, голень — 181, стопа — 52, плечо — 54, предплечье — 56, кисть — 50, живот — 7.

Таблица 4

Последствия у больных с переломами костей

Показатели	Локализация										Всего
	голова	грудь	позво- ночник	таз	бедро	голень	стопа	плечо	пред- плечье	кисть	
Количество больных	126	69	20	18	51	106	23	33	48	35	529
Количество дней стационарного лечения . .	1688	514	513	454	1962	1330	144	353	302	284	
Среднее число дней пребывания на койке . .	13,3	7,4	25,6	25,2	38,5	12,5	6,0	10,7	6,1	8,1	
Среднее число дней нетрудоспособности . . .	63	23	84	106	127	74	33	72	40	26	

Некоторые лица полностью исключаются из трудовой жизни вследствие инвалидности, а в отдельных случаях дело кончается смертельным исходом. Так, из 252 больных, находившихся в стационаре по поводу переломов, получили инвалидность 29 человек (11,8%). В том числе I группу инвалидности получил один, II — 23 и III — 5 человек (из 529 больных исключены дети и колхозники, не получающие пенсию и не освидетельствованные). Скончалось 7 пострадавших (2,8%).

При лечении больных с переломами в основном применялись консервативные методы лечения, и только 20% больных подверглись оперативным вмешательствам (оперированы 107 больных из 529).

Из оперативных методов вмешательства на трубчатых костях применялись по показаниям следующие способы: ауто-, гомо- и гетеротрансплантация кости, внутрикостное штифтование металлическим штифтом и кровяная репозиция отломков.

Некоторого снижения травматизма в последние годы мы добились благодаря ряду мер по повышению санитарной грамотности населения, по предупреждению травматизма и своевременному оказанию медицинской помощи. Врачи и средние медицинские работники регулярно выступают с лекциями и докладами на объектах и населенных пунктах. В районе созданы и укомплектованы 70 санитарных постов. В каждом колхозе, бригаде, цехе, объекте установлены аптечки. Проводится работа по обеспечению аптечкой каждого агрегата.

Для повышения квалификации регулярно проводятся врачебные конференции и конференции среднего медперсонала. Ежемесячно проводятся совещания с фельдшерами фельдшерско-акушерских и здравпунктов.

Исполком райсовета депутатов трудящихся вынес решение, обязывающее всех председателей колхозов, директоров совхозов, РТС и промышленных предприятий незамедлительно выделять транспорт больным.

В осеннее, зимнее и весеннее время практикуется госпитализация пострадавших путем вывоза на себя и от себя, то есть из населенных пунктов пострадавший отправляется на грузовой машине, тракторе, телеге, а навстречу выезжает санитарный транспорт.

Следует, однако, отметить, что несмотря на профилактическую работу, травматизм в районе остается высоким и нередко приводит к инвалидности и смертельным исходам.

Анализ травматизма по району позволяет сделать вывод, что снижения травматизма можно добиться дальнейшим повышением санитарной грамотности и общей культуры населения, пропагандой против злоупотребления алкоголем, повышением и улучшением мер по охране труда и технике безопасности.

Поступила 15 мая 1961 г.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ И НОВЫЕ МЕТОДЫ

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РЕАНИМАЦИИ

А. М. Окулов

(Казань)

В. А. Неговский условно выделяет три фазы терминального состояния — предагональную, агонию и клиническую смерть. Лучшие результаты лечения терминального состояния получаются у тех больных, у которых к оказанию помощи приступают в предагональном состоянии. Здесь необходимо экономить не минуты, а секунды, так как уже через 5—6 минут после остановки дыхания и кровообращения наступают такие изменения клеток центральной нервной системы, при которых восстановление их функций, а следовательно, и жизни невозможно. Поэтому основной задачей при оказании помощи человеку в терминальном состоянии является поддержание дыхания и кровообращения.

Если прямой массаж сердца или подключение аппаратов для искусственного кровообращения и дыхания осуществимы лишь в операционной, оборудованной всем необходимым для вскрытия грудной клетки и управляемого дыхания, то чем можно помочь во всех тех многочисленных случаях, когда терминальное состояние наступило на производстве, на улице, дома, в машине скорой помощи и даже в палате больницы?

Коуэнковен, Джуд и Никербокер (1960) предложили при наступлении терминального состояния в таких условиях применять непрямой массаж сердца с одновременным искусственным дыханием через трубку «изо рта в рот» (или «изо рта — в нос»). Этот метод оказался эффективнее прежних приемов искусственного дыхания, почему получил быстро всеобщее признание. Необходимо, чтобы не только медицинские работники, но и широкие слои населения освоили эту методику.

Упомянутые авторы отметили, что у человека в терминальном состоянии грудная клетка отличается такой эластичностью, что при нажатии на нижнюю часть грудины удаётся толчками смещать ее по направлению к позвоночнику, и в этот момент артериальное давление в сердце и в крупных грудных сосудах поднимается до 60—100 мм.

Для искусственного дыхания «изо рта в рот» или «изо рта в нос» оказывающий помощь после глубокого вдоха делает выдох через трубку в рот пострадавшего, зажимая его нос, или в нос, закрывая его рот. При этом не следует стремиться выдыхать весь запас воздуха своих легких, но и не следует делать вдувание воздуха медленно или с задержкой.

Выдыхаемый человеком воздух содержит углекислоту и достаточный запас кислорода; следует учитывать, что углекислота при этом является естественным стимулятором дыхательного центра, а вместе с ним стимулируется и сосудодвигательный центр.

При оказании такой помощи пострадавший укладывается на жесткую поверхность (пол, широкую скамью и др.) на спину с максимально запрокинутой назад головой. Оказывающий помощь становится сбоку от больного и кладет ладонь одной руки на нижнюю треть грудины, ладонь другой — на тыльную поверхность первой (см. рис. 1). Давление на грудину осуществляется проксимальной частью ладони в виде быстрого толчка с ритмом 60 раз в минуту. Руки после надавливания отнимаются от