

лишь 50—60 м выше водозабора, что совершенно недостаточно, учитывая мощность водозабора и санитарно-топографическую обстановку в месте водозабора. Увеличение размеров I пояса потребует сноса ряда существующих объектов. Кроме того, такая зона санитарной охраны преградила бы всякий доступ населения г. Набережные Челны и строящегося нового города к водоему с целью отдыха, физкультуры и спорта. В связи с развитием речного порта г. Набережные Челны санитарная обстановка в окрестности водозабора резко ухудшится. Наибольшую опасность в этом отношении представляет влияние аванпорта на качество воды в месте водозабора. И. А. Кибальчич (1961) отмечает, что в случаях, когда водозабор оказывается в зоне влияния аванпорта, как это имеет место у г. Перми, исключается возможность обеспечить надлежащий режим I пояса зоны санитарной охраны. Таким образом, в условиях водохранилища санитарная надежность водонесточника в месте существующего водозабора также будет резко понижена. Последнее усугубляется еще и тем, что в условиях водохранилища в 10—15 км выше водозабора будут эксплуатироваться 136 нефтяных скважин, попадающих в зону затопления. Создание мощного куста нефтедобывающих устройств в непосредственной близости от существующего водозабора представляет реальную угрозу массивного загрязнения воды в зоне водозабора нефтью. При крупных авариях загрязнение водоема нефтью может намного превышать уровень возможной очистки воды на сооружениях водопровода.

Учитывая вышеизложенное, авторы пришли к выводу о нецелесообразности дальнейшего развития водозабора у г. Набережные Челны как источника хозяйственно-питьевого водоснабжения нефтеносных районов Татарии. При реконструкции камского водопровода следует настаивать на переносе водозаборных сооружений выше г. Набережные Челны. Особую актуальность этот вопрос приобрел в связи со строительством в районе г. Набережные Челны комплекса заводов по производству дизельных грузовых автомобилей большой грузоподъемности — нового мощного потребителя камской воды. В лучших условиях в сравнении с ожидаемой перспективой у г. Набережные Челны оказывается водозабор при размещении его примерно в 28 км выше челнинского водозабора. С учетом санитарных особенностей Нижней Камы рекомендовано забор воды осуществлять из правобережной струи, что обеспечит лучшее качество исходной воды. Качество водопроводной воды будет также зависеть от эффективного проведения мероприятий по охране р. Белой от загрязнения промышленными стоками. Для этого необходимо: утверждение зоны санитарной охраны водопровода КамАЗа в Совете Министров РСФСР с установлением жестких требований условий спуска в р. Белую сточных вод Уфимского промышленного узла.

Наши рекомендации приняты проектной организацией, и в настоящее время ведется строительство водозабора возводимого Камского автомобильного завода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кибальчич И. А. В кн.: Гигиена водохранилищ. Медгиз, М., 1961.—
2. Крепкогорский Л. Н. и др. Тр. науч. конф. по вопр. изучения водных ресурсов ТАССР и гигиены водоснабжения. Казань, 1964.— 3. Почкин Ю. Н. Там же; Гиг. и сан., 1967, 5.— 4. Станкевич Е. Ф. Тр. науч. конф. по вопр. изучения водных ресурсов ТАССР и гигиены водоснабжения. Казань, 1964.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

ПРОСТОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ПАЛАТЫ «ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

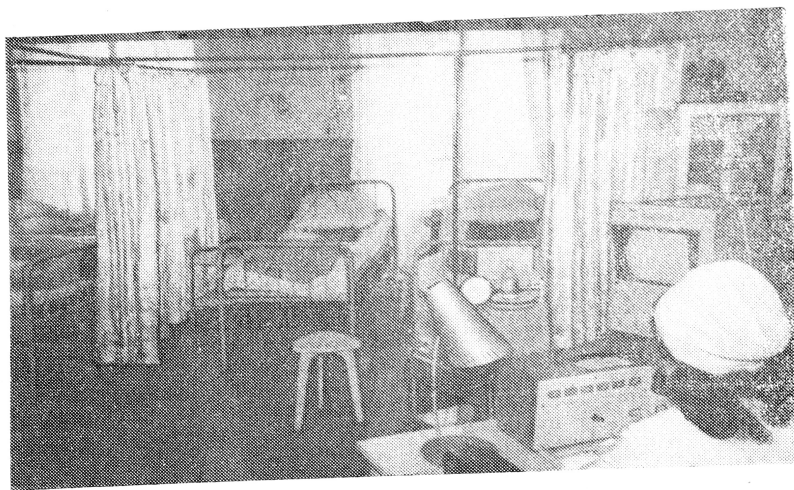
А. М. Бродская, А. В. Тимченко

Кафедра терапии № 1 (зав.— проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина

В улучшении исходов инфаркта миокарда необходимым условием является система так называемого «интенсивного наблюдения» на протяжении острого периода. Интенсивность наблюдения обеспечивается круглосуточным дежурством медперсонала непосредственно в палате, возможностью постоянного инструментального контроля (ЭКГ) и немедленного включения приборов воздействия (дефибриллятор, электростимулятор и т. д.). Сложность и высокая цена импортной специальной аппаратуры ставит задачу создания более простых приспособлений к имеющейся серийной аппара-

туре (векторэлектрокардиоскоп, электрокардиограф), могущих обеспечить интенсивность наблюдения в обычных условиях терапевтического отделения.

В этих целях в терапевтической клинике № 1 Казанского ГИДУВа выделена палата площадью 42 м², в которой размещено 6 коек. Койки разделены задерживающимися занавесками из плотной ткани, прикрепленными к металлическим стойкам, что позволяет изолировать больных при проведении различных манипуляций, а также госпитализировать в палату лиц мужского и женского пола. У каждой койки стоит стол-каталка. В центре находится пост дежурной медсестры, подготовленный к работе дефибрилятор, электростимулятор. Имеются 2 шкафа для медикаментов, хирургического инструментария, лабораторного набора. На хирургическом столике — стерильные шприцы, система для капельных внутривенных вливаний, ампулы с медикаментами для экстренной помощи. Палата имеет централизованное снабжение кислородом с выводом к каждому больному.



Общий вид палаты.

Технические приспособления:

а) Индивидуальные щитки. Над койками укреплены щитки, на которые заводятся сигналы от электродов, закрепленных на теле больного. На этом же щитке расположены входы выносных кнопок сигнализации для вызова больным медсестры, розетки на 220 в для подключения дополнительных приборов (дефибрилятор и др.) и переключатель дневного и ночного освещения.

б) Пульт управления. Все прикроватные щитки системой экранированных проводов соединены с пультом управления, находящимся в этой же палате на столе дежурной медсестры. На передней панели пульта размещены 6 сигнальных табло с цифрами, соответствующими порядковому номеру койки, ручной переключатель кнопки сигнализации. При вызове больным медсестры загораются лампочки на щитке и пульте.

Пульт управления соединяется с векторэлектрокардиоскопом ВЭКС и электрокардиографом ЭКСЧ-4 экранированным кабелем. С помощью ручного переключателя на экране векторэлектрокардиоскопа последовательно просматриваются ЭКГ всех 6 больных. Одновременно с просмотром ЭКГ на экране ее можно зарегистрировать на одноканальном чернильнопишущем электрокардиографе, который переключается на каждого больного вместе с векторкардиоскопом.

в) Сигнализация. На пульте управления находятся клавиши вызова дежурного врача и сигнала «тревога». При нажатии на клавишу «тревога» для реанимации и других сложных мероприятий вызывается весь дежурный медперсонал с помощью световых и звуковых сигналов, подведенных к каждому посту в клинике.

г) Переговорное устройство. Связь с дежурным врачом осуществляется также с помощью переговорного устройства по симплексной системе «говоря — слушаю». Пульт руководителя установлен в палате, пульт абонента — в комнате дежурного врача.

д) Система телевизионно-визуального контроля. Для наблюдения за состоянием больных дежурным врачом и в учебных целях (демонстрация в аудитории) используется телевизионная установка. В палате на кронштейне закреплена телевизионная передающая камера с широкоугольным объективом. Последняя специальным кабелем соединена с видеоконтрольным устройством (телевизор), нахо-

дающимся в комнате дежурного врача или в аудитории, откуда осуществляется включение телевизионной системы. Передающая камера приводится в движение поворотным механизмом с дистанционным управлением, позволяющим видеть на экране телевизора любого больного.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 616—089.23 (092 Владимиров)

ВЛАДИМИР ДМИТРИЕВИЧ ВЛАДИМИРОВ

С. Г. Дукельский

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

В. Д. Владимиров (1838—1903 гг.) родился в семье мелкого чиновника в г. Томске. В 1855 г. он поступил на медицинский факультет Казанского университета, который блестяще закончил в 1860 г. За выдающиеся способности он был оставлен ординатором госпитальной хирургической клиники, а в 1865 г. по представлению проф. Ф. О. Елачича получил командировку на 2 года за границу для подготовки к профессорскому званию. В Берлине он слушал лекции и посещал клиники профессоров Лангенбека, Люшке, занимаясь в библиотеках.

В 1867 г. В. Д. Владимиров был досрочно отозван в Казань и приступил к преподаванию оперативной хирургии. Одновременно он работал ординатором хирургического отделения земской больницы. Сочетание клинической и научной деятельности, богатая эрудиция привлекали к нему значительное количество слушателей, занятия со студентами продолжались даже в каникулярное время.

В. Д. Владимиров принимал активное участие в деятельности общества врачей г. Казани, в котором занимал различные выборные должности, выступал с докладами по клинической хирургии, редактировал учебник для фельдшеров, написанный его учеником, впоследствии известным профессором Н. И. Студенским. В «Трудах» общества В. Д. Владимиров опубликовал ряд научных статей: «Уранопластика» (1870), где он описал способ закрытия дефекта твердого неба, о лечении холеры (1871), «Об образовании мочевого камня в результате попадания инородного тела в мочевой пузырь» (1871), «Несколько новых остеопластических операций на нижней конечности» (1872). Последняя работа послужила темой его докторской диссертации. В работе предлагались три новых оригинальных вмешательства, разработанные на основе знаменитой операции Н. И. Пирогова. Первое из них принесло ее автору широкую известность.

• Впервые В. Д. Владимиров применил свой оперативный способ 2/III 1871 г. при туберкулезе костей голеностопного сустава. Цель вмешательства состояла в удалении пораженных тканей и сохранении опорной функции конечности. Сущность операции заключалась в том, что были резецированы таранная и пяточная кости, а затем опилены дистальный участок голени и задние поверхности ладьевидной и кубовидной костей. После соединения вновь образованных поверхностей была сформирована «конская стопа». Ортопедический эффект, по мнению автора, был вполне удовлетворительным: конечность была укорочена на 6 см, больной ходил без палки, закладывая под пальцы эластическую подкладку.

Показаниями для своей операции В. Д. Владимиров считал в первую очередь травмы костей стопы, в том числе огнестрельные ранения и различные заболевания (туберкулез, злокачественные новообразования). Остальные операции В. Д. Владимирова представляли собой модификации первой на коленном суставе.

7/V 1872 г. В. Д. Владимиров успешно защитил диссертацию и получил ученое звание доктора медицины.

К сожалению, вскоре В. Д. Владимиров был вынужден покинуть Казань. Он работал в Пензенской земской больнице, где много и успешно оперировал, но условия для научной работы у него не было. Последние годы своей жизни В. Д. Владимиров провел в г. Калуге, в одиночестве, испытывая тяжелые материальные затруднения. В 1903 г. он скончался от гангрены стопы.

Как известно, в 1880 г. Микулич предложил операцию, тождественную способу Владимирова, она вошла под его именем в руководство по хирургии того времени и получила значительное распространение за границей. В защиту истинного положения вещей в 1884 г. на VIII Копенгагенском съезде врачей выступил проф. Н. В. Склифосовский, после чего приоритет отечественного автора был восстановлен.

Более широко операция Владимирова — Микулича в России начала применяться лишь в 1900—1905 гг. Ряд авторов (Р. В. Бутц, М. М. Трофимов, Р. И. Венгловский)