

в мае 207 чел.
в июне 153 „
в сентябре принято 191 чел. уволено 213.

Отсюда вытекает необходимость борьбы с текучестью, за твердый состав рабочих на заводе.

Таким образом наши наблюдения на заводе Пишмаш, после введения оптических очков и других рационализаторских мероприятий по технике безопасности, говорят о том, что глазной травматизм постепенно снижается, введенные мероприятия среди рабочих прививаются и сознательно ими выполняются.

Однако надо отметить, что такое снижение глазного травматизма мы считаем далеко недостаточным. Чтобы травматизм глаз довести до минимальных цифр, необходимо дальнейшее систематическое наблюдение над производством постоянного врача-окулиста.

Прежде всего необходимо, чтобы вновь поступающие на завод рабочие подвергались тщательному обследованию со стороны органа зрения и в зависимости от найденной остроты зрения направлялись в тот или иной цех, к тому или иному станку, а в случае аномалии рефракции, тут же снабжались корректирующими очками; таким образом будет достигнута правильная расстановка рабочих по состоянию зрения.

Наряду с этим необходимо всемерно внедрять в производство оправдавшие себя в жизни установки по технике безопасности и усовершенствования их применительно к специфическим особенностям завода.

(Из клиники ортопедии и травматологии Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани. Директор клиники—проф. М. О Фридланд).

Об эффективности использования стационарных коек больными.

Ассистент клиники **Н. В. Завьялова.**

Едва ли нужно доказывать значение целесообразного использования стационаров наших больниц и клиник, коечная емкость которых, несмотря на наше грандиозное больничное строительство, все еще недостаточна. Между тем, присматриваясь к тому, как фактически используются койки, мы видим, что здесь режим экономии далеко еще не претворен в жизнь. Фиксируя внимание на вопросе о койкодне, мы могли бы существенно повысить пропускную способность наших стационаров.

Как обстоит дело в этом отношении сейчас легко убедиться из элементарного анализа клинического материала. С этой целью мною выбраны свежие, закрытые неосложненные переломы диафизов бедра и костей голени, прошедшие через Казанскую клинику ортопедии и травматологии. Этого рода случаи, как объект исследования, удобны потому, что методы лечения их типичны, и сроки необходимого стационарного пребывания могут быть установлены со значительной точностью. План лечения, принятый для указанных видов повреждения в нашей клинике, таков.

При свежих, закрытых, неосложненных переломах диафиза бедра у детей до 8-летнего возраста накладывается вертикальное вытяжение по Schede. При отсутствии смещения костей по длине—вытяжение производится за надлодыжковую манжетку грузом в 1½ кило. Чаще всего мы поступаем так с детьми до 3—4-летнего возраста, у которых при переломе бедра надкостница остается по большей части целой (*fracture en bois vert*). В случае же, если тенденция к укорочению конечности значительна, накладывается липкопластырная повязка по всей длине

бедр и голени; груз, в зависимости от возраста, с таким расчетом, чтобы соименная стороне перелома ягодица не касалась койки. Лежание на вытяжении детей до 4-летнего возраста проводится в течение 20 дней, после чего дальнейшее лечение—легкая шина, массаж, теплые ванны—проводится больными, под амбулаторным наблюдением клиники, на дому.

Дети 4—8-летнего возраста, без смещения или с легко репозируемыми отломками бедра, освобождаются от вертикального вытяжения через 10—12 дней и выписываются в гипсовой повязке. При неликвидированном укорочении остаются на вытяжении до 20-22 дней, после чего также выписываются в хорошо отмоделированном гипсе, при минимуме мягкой подстилки или совсем без таковой.

Больные старше 8 лет лечатся у нас, как правило, так же, как и взрослые. При отсутствии смещения отломков бедра—проволочная шина, часто в комбинации с продольным вытяжением за надлодыжковую манжетку небольшим грузом (от 1½ до 2½ кило); через 1—3 суток, как только спадет вызванный травмой отек и несколько рассосется экстравазат, накладывается гипсовая повязка. В ней через 3—5 суток больному разрешается ходить с помощью костылей, так что больной через 10—14 дней пребывания в клинике может быть выписан для дальнейшего амбулаторного лечения.

Взрослые больные со смещением отломков бедра подвергаются постоянному скелетному вытяжению в функциональном положении конечности значительными грузами (на бедро до 8 кг, на голень до 4 кг.) в течение 15—20 суток, после чего иногда присоединяется еще продольное вытяжение за голеностопную манжетку в течение 5—7 суток. По истечении указанного срока больному накладывается гипс, в котором разрешается через 2—3 дня ходить. Таким образом эта категория больных выписывается из клиники через 28, максимум 30 суток. Что касается закрытых переломов голени, то при отсутствии смещения, а также в тех случаях, где имеющееся смещение удается сразу прочно репозировать, конечность, независимо от возраста больного, фиксируется в проволочной шине; через сутки начинается массаж (поглаживание), а через 2—4 суток, по исчезновении отека, проволочная шина заменяется циркулярной гипсовой повязкой или даже гипсовой лонгетой (последняя применяется, когда перелом касается не обеих, а одной из костей голени, преимущественно малоберцовой). Больному разрешается ходить на костылях, опираясь на стопу, и он выписывается из клиники обычно на 8—10 день.

При смещенных, трудно репозируемых и имеющих тенденцию к рецидиву смещения закрытых переломах голени накладывается постоянное вытяжение в полусогнутом положении коленного сустава при помощи липкопластырных полос по всему длинику голени или посредством Scherzer'евского кляммера за пяточную кость в течение 15—20 суток. В последующем—циркулярная гипсовая повязка; в ней больному разрешается ходить с помощью костылей, не наступая на пораженную ногу, а держа ее согнутой в колене. Общая продолжительность стационарного пребывания определяется сроком в 20—25 суток.

Таким образом максимальные сроки стационарного лечения рассмотренных нами категорий травматиков укладываются, согласно плана лечения нашей клиники, в следующие цифры:

Категория	Характеристика относящегося к данной категории повреждения	Срок стационарного лечения
1.	Свежие, закрытые, неосложненные переломы диафиза бедра у детей до 4-летнего возраста	20 суток
2.	То же у детей от 4 до 8-летнего возраста при отсутствии смещения отломков	12 "
3.	То же и у того же возраста при наличии смещения отломков	22 "
4.	То же повреждение бедра у взрослых, без смещения отломков бедра	14 "
5.	То же у взрослых, со смещением отломков бедра	30 "
6.	Свежие, закрытые, неосложненные переломы диафиза голени, без смещения отломков, у больных всякого возраста	10 "
7.	То же при наличии смещения отломков	25 "

В среднем 19 дней

Обратимся теперь к архиву клиники. Я отобрала из общего количества 3207 больных, прошедших через стационар за последние 8 лет 171 историю болезни, касающуюся больных с закрытыми неосложненными переломами диафиза бедра и голени; из них 71 случай—переломы бедер, 100—переломы голени. По полу: 108 мужчин, 63 женщины.

Эти 171 больных провели в клинике в общей сложности 3628 дней, что в среднем, на каждого больного составляет 21,2 дня. Данная цифра всего на 2,2 дня выше средней цифры, указанной выше, как нормальная средняя для всех семи категорий рассматриваемых мною травматиков. На самом деле разрыв между цифрами, однако, гораздо больше. Суть в том, что количественный состав различных категорий травматиков различен: он больше всего там, где мы наблюдаем высокую залеживаемость на койке. Это видно из следующей таблицы:

Категория	Количество больных, прошедших через клинический стационар	Общее колич. проведенных ими дней	Колич. дней на 1 б-ого, в среднем	Излишек дней на каждого б-ого
1	20	442	22,1	2,1
2	11	318	28,9	16,9
3	10	278	27,8	5,8
4	11	325	29,5	15,5
5	19	587	30,9	0,9
6	93	1481	15,0	5,0
7	7	197	28,1	3,1
Всего	171	3628	В среднем 21,2 дней	В среднем 7 дней

Отсюда мы видим, что средняя залеживаемость каждого больного составляет 7 суток, т. е. прибавляет 37% к нормально потребному количеству койко-дней.

Каковы же причины этой растраты дорого стоящего больничного койко-дня?

Одной из них является задержка с оказанием нужной в данный момент лечебной помощи со стороны курирующего врача. Чаще всего это касается наложения гипсовой повязки. В ожидании ее больные проводят в ряде случаев лишние 5—6—7 дней на вытяжении или в проволочных шинах. Аналогичные проволочки наблюдаются при переводе больных с лежачего на ходячий режим. Отмечаются даже такие случаи, когда травматик остается в течение первых нескольких дней без достаточно тщательного исследования, вследствие чего происходит запоздание с назначением наиболее эффективного метода лечения.

Иногда больные продолжают занимать койку, несмотря на то, что по своему клиническому состоянию вполне могут быть переведены на амбулаторное лечение. Опоздание с выпиской подобного рода больных на несколько дней—довольно обычное явление со стороны курирующих врачей. Часто создают препятствия для выписки сами больные или их ближайшие родные по причинам бытового характера. Особенно это касается больных, которые по характеру травмы, хотя и могут большую часть лечебного периода провести амбулаторно, но требуют некоторого ухода со стороны домашних; преимущественно это больные 2 и 4 категории.

Большую обузу для стационара составляют больные, залеживающиеся из-за транспорта. Сюда относятся прежде всего больные, приехавшие водным путем и лошадьми из районов. Их задерживает в клинике закрытие навигации, ледоход, распутица на значительные сроки; в отдельных случаях на 20—30 суток.

Наконец, часть больных задерживается в клинике по соображениям академического порядка, как материал для преподавания.

Чтобы устранить отмеченные недостатки необходимо прежде всего, по возможности, исчерпывающе исследовать больного в первый же день его поступления в клинику. В последующем—ежедневное тщательное наблюдение за ходом болезни с немедленным оказанием того вида лечебно-технической помощи, которая в данный момент всего более показана. По наложении гипсовой повязки необходимо стремиться перевести больного в ближайшие же дни на ходячий режим. Чем выше качество гипсовой техники врача, тем скорее, считая с момента травмы, может быть наложена гипсовая повязка и тем скорее, следовательно, больной может быть переведен в разряд амбулаторных. Мы вправе сказать, что экономия койкодней есть вопрос повышения качества лечения, в первую очередь.

Далее, необходимо строго следить за тем, чтобы больные, не нуждающиеся более в коечном лечении, были своевременно выписываемы из клиники. Те из них, которые не могут в течение продолжительного времени покинуть клинику по причинам бытового характера или вследствие транспортных затруднений, должны быть переводимы в учреждения типа патроната.

Труднее бороться с залеживаемостью больных, используемых с учебной целью. Однако и здесь можно многое сделать путем календарной передвижки соответствующих занятий во всех тех нередких случаях, где преподавание от этого не страдает.

Что перечисленные мероприятия действительно эффективны, показывает опыт нашей клиники за последний год, в течение которого они проводятся. Наша цель—полная ликвидация залеживаемости больных. По достижении этого идеала мы добьемся огромной экономии не только у рассмотренной нами группы травматиков, но и у всех больных вообще, так как дефекты в использовании койко-дня—явление общего характера. Оно, несомненно, имеет в большей или меньшей степени место во многих других лечебных учреждениях. С этой точки зрения выводы нашей самокритики могли бы оказаться бесполезными и за пределами нашей клиники.
