

в 1958 г. участковыми врачами в кабинет кишечных инфекций направлено 112 лиц с неустойчивым стулом. Среди них выявлено 28,9% больных хронической дизентерией и 2,9% больных стертыми ее формами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гедзе Г. И. Тр. Казанского НИИЭГ, 1957, вып. 3. — 2. Гольштейн И. М., Горайнова З. П., Лакиза П. И. Гиг. и сан., 1957, 3. — 3. Гуслиц С. В. Эпидемиология и профилактика дизентерии, Медгиз, 1956. — 4. Донская Р. Б., Вайман Е. И. Тр. Казанского НИИЭГ, 1957, вып. 3. — 5. Немшилова Н. А., Вайман Е. И. Там же. — 6. Токарь С. Х. ЖМЭИ, 1955, 3. — 7. Цимбалист Д. Ф., Моравкин Н. С., Курочкин И. Д. и Каменская З. Х. ЖМЭИ, 1957, приложение за 1956 г.

Поступила 22 июля 1959 г.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### ОПЫТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Канд. мед. наук У. Я. Богданович*

Из Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Настоящее сообщение посвящено обобщению опыта диспансеризации больных с различными переломами конечностей, лечившихся в институте в течение последних лет.

Весь курс лечения больные проходили стационарно или амбулаторно. Для контроля одновременно проводился учет исходов лечения аналогичных больных, которые после первой помощи на травмпункте или в стационаре института последующее лечение получали в поликлиниках города, где диспансеризации не было.

Взятые под диспансерное наблюдение больные вызывались в институт 1—2 раза в месяц (в зависимости от характера и вида перелома), где производилось полное клиническое и рентгенологическое их обследование. Результаты обследования заносились в специальную «Карту диспансерного обследования травматологического больного», разработанную в институте. Вызовы и обследование продолжались вплоть до восстановления трудоспособности и выхода на работу.

Такое наблюдение было проведено С. А. Тинчуриной над больными с переломом плечевой кости.

Она установила, что постоянное наблюдение специалиста-травматолога с относительно ранней разработкой функции суставов, своевременная и методически правильно проведенная физио- и механотерапия привели к значительному сокращению сроков нетрудоспособности больных с переломом плечевой кости.

Диспансерные наблюдения А. Ю. Подвального над больными, имевшими различные виды переломов дистального конца лучевой кости, сравненные с результатами лечения больных с аналогичными повреждениями в поликлиниках города, также подтверждают, что сроки восстановления функции значительно сокращаются, а функциональные результаты получаются при диспансеризации гораздо лучше.

Диспансерное обследование в одном из районов Казани 192 детей, имевших переломы различных сегментов скелета, показало (Г. М. Михайлова), что у всех, за исключением одного, лечившихся в стационаре института или весь период лечения находившихся под наблюдением

специалистов-травматологов, результаты лечения оказались хорошими. В то же время у 4,6% лечившихся в поликлиниках по месту жительства после первичной обработки перелома в институте отмечено ограничение движений в суставах поврежденной конечности, что объясняется тем, что после периода иммобилизации им не была проведена необходимая механотерапия.

Введенная в практику института сигнализация в виде экстренного извещения, которое пересылалось в ДЛПО после поступления ребенка с травмой на травматологический пункт, желаемого эффекта не дала. Отсутствие в ДЛПО специалистов по физиотерапии и лечебной физкультуре, а подчас даже и хирурга, препятствовало правильной организации лечения травматологических больных.

Продолжая работу, мы совместно с А. Н. Френкель в течение 1957—58 гг. вели диспансерное наблюдение за 42 больными (29 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 18 до 57 лет с закрытыми переломами обеих костей голени со смещением отломков, лечившимися консервативно в нашем институте (скелетное вытяжение с последующей гипсовой иммобилизацией или одномоментная репозиция отломков с последующей гипсовой иммобилизацией). Эти больные вызывались на обследование один или 2 раза в месяц. В день осмотра проводилось полное клинорентгенологическое обследование и давались конкретные рекомендации по дальнейшему лечению, выполнение которых контролировалось. В отношении больных, постоянно находившихся под наблюдением, в некоторых случаях (например, при правильном расположении отломков и хорошем репаративном процессе) допускались несколько укороченные сроки иммобилизации, и ни в одном из них не наблюдалось вторичного смещения.

Одновременно нами было проведено обследование 40 больных с аналогичными переломами, находившихся после выписки из стационара под наблюдением городских поликлиник.

Анализ материала показал, что средний срок восстановления трудоспособности больных с закрытыми переломами голени, находившихся под диспансерным наблюдением института, составляет 156 дней, в то время как у 28 из 40 наблюдавшихся после выписки из стационара поликлиниками города (без диспансеризации) трудоспособность восстановилась в среднем лишь через 195 дней, а 12 из них получили инвалидность на срок от 6 до 12 и более месяцев. Значительно лучше оказался и функциональный результат лечения у диспансеризованных (большой объем движений в суставах поврежденной конечности, меньший процент деформаций и т. д.).

В поликлиниках не обеспечивается необходимое комплексное долечивание травматологических больных, в первую очередь, из-за отсутствия в их штатах физиотерапевтов, специалистов по массажу и лечебной физкультуре, почему даже имеющееся для физиотерапии и лечебной гимнастики оснащение во многих поликлиниках не используется. Такое положение создалось потому, что указание Министерства здравоохранения СССР об укреплении участковой сети выполнено в Казани за счет врачей «узких специальностей» путем ликвидации в поликлиниках должностей врачей по лечебной физкультуре и почти полного сокращения штатов физиотерапевтов. К тому же и хирурги поликлиник, в большинстве случаев не имея специальной подготовки по травматологии, не могут оказать должного внимания долечиванию травматологических больных.

#### ВЫВОДЫ:

Для осуществления в поликлинической сети диспансеризации больных с травмами конечностей в первую очередь необходимо:

1. Восстановить в штатах поликлиник должности врачей-физиотерапевтов и специалистов по лечебной физкультуре.

2. Принять меры к лучшему выполнению приказа Минздрава СССР № 108 от 18/VII-57 г. в отношении укрепления штатов травматологов.

3. Медицинские работники всех звеньев, которые оказывают помощь травматологическим больным, должны проходить специальную подготовку и усовершенствование по травматологии.

Поступила 12 июня 1959 г.

## ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

---

### ВАСИЛИЙ ИВАНОВИЧ РАЗУМОВСКИЙ

(1857—1935)

(К 25-летию со дня смерти)

*А. М. Окулов*

(Казань)

Выдающийся хирург конца XIX — начала XX века и основоположник крупной хирургической школы, популярный педагог и общественный деятель В. И. Разумовский вырос на медицинском факультете Казанского университета в тяжелые годы царской реакции.

Сила и цельность характера В. И. Разумовского проявились уже в юношеские годы, когда он, увлекшись идеями Добролюбова, Писарева, Чернышевского, Сеченова, осуществил, несмотря на целый ряд трудностей и преград, свое решение покинуть самарскую бурсу и переехать в Казань для получения высшего медицинского образования.

Здесь первыми его учителями (1875—1880) были такие известные профессора, как гистолог К. А. Арнштейн, физиолог Н. О. Ковалевский, патолог В. В. Пашутин, фармаколог И. И. Догель, терапевт Н. А. Виноградов, офтальмолог Е. В. Адамюк, дермато-венеролог А. Г. Ге.

Но особенно В. И. Разумовский увлекся хирургией, в которой его руководителями были проф. Л. Л. Левшин, избранный в 1893 г. в признание его заслуг на кафедру госпитальной хирургии Московского университета, организатор первого в России ракового института, и проф. Н. И. Студенский. Еще в студенческие годы под их руководством В. И. Разумовский сделал свои первые операции; он готовился быть земским врачом. Следует отметить, что к деятельности земских врачей В. И. Разумовский всегда относился с огромным уважением; это неоднократно проявлялось в его жизни и деятельности.

Выдающиеся способности студента В. И. Разумовского и его интерес к хирургии были отмечены проф. Л. Л. Левшиным, вследствие чего он и был по получении врачебного диплома оставлен ординатором госпитальной хирургической клиники.

Напряженная работа В. И. Разумовского в годы ординатуры, его выступления с сообщениями привлекли внимание хирургов, и по окончании ординатуры он был зачислен так называемым профессорским стипендиатом на 3 года с правом выбора темы и места выполнения докторской диссертации по своему усмотрению.

В. И. Разумовский выехал в Петербург и там в Военно-медицинской академии через 3 года упорного труда успешно защитил (1884) доктор-