

Процесс выявил плохую организацию здравоохранения г. Любека и показал, как буржуазное здравоохранение заботится о детях трудового населения. Даже при обнаружении связи катастрофы с прививками в течение 2-х недель ничего не предпринималось к уменьшению размеров катастрофы, даже не был затребован обратно выданный прививочный материал.

Во время процесса проявилась недостаточная объективность некоторых экспертов, которые, чтобы выгородить своих коллег, запутывали дело и старались представить подсудимых в лучшем свете. Эта коллегиальность уже начала пугать некоторых и проф. Нейбнер возмущается случаем, который ему пришлось недавно пережить в суде, когда его коллеги эксперты старались освободить от наказания врача, вследствие недосмотра которого последовала смерть ребенка. Он говорит в своей речи на съезде врачей: *Ich glaube Sinn für Kollegialität zu haben, aber es gibt für mich eine höhere Verantwortlichkeit als diese. Auch in sonstigen Prozessen scheint nach Zeitungsberichten der an sich so sympathische Zug kollegialer Hilfsbereitschaft zuweilen als die höchste ethische Verpflichtung empfunden worden zu sein.*

Решение суда достаточно ярко показало характер буржуазного суда. Несмотря на очевидную виновность Klotz'a, суд не нашел возможным его осудить, да и Deucke и Alstaedt были осуждены только потому, что возбуждение родителей и общественности, даже буржуазной, было очень велико; велико было и давление части экспертов, считавших, что освобождение всех подсудимых еще больше оттолкнет население Германии от „школьной медицины“, и без того часто прибегающего к услугам знахарей.

Постановка дела здравоохранения у нас, лозунг: охрана здоровья трудящихся есть дело самих трудящихся, общественный контроль, самокритика делают невозможным что-либо подобное у нас и служат залогом успехов нашего здравоохранения.

XII-й съезд хирургов СССР.

Прив.-доц. И. Л. Цимхеса.

Съезд происходил в Москве с 25-го по 29-е мая 1932 года. По данным мандатной комиссии число членов съезда превышало 1700 человек.

Проф. Н. Н. Бурденко, открывая съезд от имени организационного комитета, отметил, что повестка съезда составлена соответственно задачам социалистического строительства сегодняшнего дня. На первый план выдвинута поэтому проблема трудоспособности, инвалидности и раннего восстановления трудоспособности. Наряду с этим выдвинуты также в качестве программных докладов вопросы оборонного значения: о переливании крови и об анаэробной инфекции. В связи с превращением нашей страны из земледельческой в индустриальную и изменением структуры общества (бесклассовое об-во) выплывают вопросы о подготовке кадров, о профиле советского хирурга; эти вопросы имеют также в повестке работы съезда. Одно заседание съезда посвящено вопросу об эндемическом зобе. Эта тема была предложена в качестве программной предыдущим съездом.

Председателем съезда был избран проф. Н. Н. Бурденко, товарищем председателя—проф. В. Н. Шевкуненко. В почетный президиум избрано Политбюро ЦК ВКП(б). В президиум вошли наркомы здравоохранения РСФСР тов. М. Ф. Владимирский, УССР и видные представители столичной и провинциальной хирургии. Секретариат составлен из 13 человек с д-ром Сакаяном во главе. Отдельные заседания съезда проходили под председательством одного из членов президиума, наиболее авторитетных по данному вопросу. Например, проф. Мартынов А. В.—на заседаниях о зобе, проф. Р. Р. Вреден—о травматизме и др.

Вступительное слово народного комиссара здравоохранения М. Ф. Владимира было посвящено наиболее актуальным задачам, стоящим перед хирургией. Нарком отметил, что хирургический съезд собрался в тот момент, когда органы здравоохранения подводят итоги работы первой пятилетки и намечают подступы ко второй. В основе работы органов здравоохранения ле-

жит—приблизить медицину к трудящимся. Здравпункт стал ведущим и исходным пунктом нашей работы. Розмах и развитие оздоровительных мероприятий изменили к лучшему и лечебную работу. Хирургические отделения всегда были образцами, по которым создавались другие отделения больниц. В настоящее время каждое наше учреждение получило важное хозяйственное значение. Особенно важно, чтобы были образцово поставлены во всех отношениях хирургические отделения, но для этого каждому врачу-хирургу необходимо стать ближе к хозяйству, которое он обслуживает. Здесь, к сожалению, мы, работники здравоохранения, сильно отстали. В наших учреждениях организация труда стоит еще не на должной высоте. Опыт западно-европейской медицины должен быть изучен и широко использован в отношении управления хозяйством больницы. Дальше тов. Владимирский отметил, что актуальная задача сегодняшнего дня, снижение травматизма, зависит от правильности теоретических основ, уменьшения организовать это дело и наших кадров. Значение науки в нашей работе велико, и эта огромная работа может быть выполнена, если в основу будет положена марксистско-ленинская методология. Необходимо поднять научно-исследовательскую работу в ВУЗах.

Первое заседание 25 мая было посвящено программному докладу проф. В. С. Левита об эндемическом зобе в СССР. Докладчик отметил, что на международном съезде в Берне в 1927 году не было почти совершенно сведений о распространении зоба в СССР. Вманию съезда была представлена географическая карта распространения эндемического зоба в Союзе. На основании анкетного материала и своего личного опыта докладчик отмечает, что зоб в низменных местностях преимущественно одиночный, узловатый, в гористых—например на Урале—паренхиматозный, коллоидный. В эндемических очагах резкой разницы относительно пола и возраста больных не отмечается. Кретинизм встречается чаще там, где тяжелее эндемия зоба, но значительно реже, чем в Швейцарии. Тяжелые формы зобов, какие встречаются в Швейцарии, у нас (Мариобласть, Сибирь) крайне редки (не больше 5%). Изучение щитовидных желез на трупном материале позволяет определить статическое и динамическое состояние всей ткани железы и наличие первоначальных особенностей, характерных для эндемического зоба. Эндемический зоб в СССР является результатом общей для всех очагов поражения причины. Внешние и внутренние факторы, связанные с социально-бытовыми географическими условиями, обуславливают некоторые особенности в течение эндемического зоба в разных районах. Характер и степень эндемии выявляется ярче всего в детском и юношеском возрасте, а потому изучение зоботости должно начинаться прежде всего с этих возрастных групп, легче всего реагирующих на экзогенные вредности. Борьба с эндемией зоба и профилактика его должна заключаться в широких профилактических мероприятиях в виде улучшения бытовых санитарно-гигиенических условий, применения микродоз иода и др.

Показанием к хирургическому вмешательству являются расстройства сердечно-сосудистой деятельности, затруднение дыхания вследствие сдавления трахеи и косметические моменты. Лучшим методом операции по поводу зоба следует считать *hemistrumectomy*. В местах поражения зобом рекомендуется перевязывать с обеих сторон артерии щитовидных желез, что значительно снижает рецидивы (3 1/2%). *Tetania* чаще встречается при перевязке всех сосудов, не избежать это можно более осторожно и тщательно анатомической препаровкой. Энуклеация иногда сопровождается последующим кровотечением, поэтому лучше перевязывать сосуды. Пункция, а тем более впрыскивания, неуместны и показаны пункции лишь при асфиксии с немедленной последующей операцией. Лучше оперировать под местной инфильтрационной анестезией.

Наличие эндемии зоба в ряде индустриально-промышленных районов (Урал, Алтай, Прибайкалье и др.) выдвигает перед органами здравоохранения вопрос о методически правильном изучении собираемых данных. В первую очередь в местах пораженных зобом необходимо обследование всех детей школьного возраста и ФЗУ. Также необходимо подобное обследование в местах, видимо свободных от зоба, где такой повторный осмотр может выявить неизвестные еще до сего времени очаги эндемического зоба. Материал, собираемый по одной выработанной схеме, необходимо концентрировать в одном пункте, что дает возможность быстрее и точнее изучить эндемию и принять соответствующие профилактические мероприятия.

Доклады, связанные с программной темой.

Гуревич М. Ф. (Киев). *Динамическая морфология эндемического зоба*. Докладчик видит первичное проявление морфологического нарушения статики и динамики щитовидной железы в соединительнотканном аппарате железы, т. е. сосудистонервной системе. Общая причина приводит к склерозу соединительнотканного аппарата железы, что морфологически ясно наблюдается в гистологических препаратах. В начальных стадиях это проявляется в пресклеротических застойных явлениях со стороны, главным образом, лимфоаппарата. И эффективное действие иода при зобе следует объяснить антисклеротическим действием иода вообще и на щитовидную железу в частности.

Асланашвили (Тифлис). Поделится данными распространения зоба в Грузии. Обнаружено за 7 лет около 10 000 зобов, $\frac{2}{3}$ из них среди женщин.

Резюмировавший прения, председательствовавший на данном заседании проф. А. В. Мартынов обратил внимание съезда на актуальность затронутого вопроса о зобности и большую ценность материала, представленного докладчиком. Проф. Левит представил географическую карту распространения зоба в Союзе; конечно, она не исчерпывающая, но ценность ее велика. Большую ценность также составляют представленные кривые. Со своей стороны проф. Мартынов также считает, что среди экзогенных факторов надо обратить внимание на санитарно-гигиеническую сторону. Нельзя обойти молчанием доклад Гуревича, который видит первичные изменения при зобе в нервах и сосудах; преждевременно, конечно, судить о ценности такой точки зрения. Борьба с эндемией зоба должна вестись по линии санитарно-гигиенических мероприятий. Необходима профилактика иодом (в тех местностях, где есть доказательство недостатка иода). Оперирование во всех случаях эндемического зоба не рационально, а лишь в указанных докладчиком случаях.

Вечернее заседание было посвящено докладам проф. В. П. Вознесенского. *„Режим больных после операций на желудочно-кишечном тракте“* и д-ра М. А. Кимбаровского *„О раннем вставании оперированных больных и его значение для целей эвакуации“*.

Проф. Вознесенский разбирал *послеоперационный режим при операциях на желудочно-кишечном тракте* с общей и специальной стороны. Общий режим включает в себя правила общего содержания больного: положение больного в кровати, раннее вставание, психический режим. В специальном режиме особое внимание привлекает вопрос о питании больных после операций на желудочно-кишечном тракте, в особенности после операций на желудке. Необходимо возможно раньше начинать питание больных через рот. Послеоперационная диета должна быть построена на основе учета калорийности и усвояемости пищи и с учетом привычного для больного пищевого режима. Видное место в питании больных должны занимать питательные клизмы. К вопросу о питании больных тесно примыкает вопрос об опорожнении кишечника. С точки зрения послеоперационного ацидоза нет необходимости стремиться к раннему опорожнению кишечника в смысле дачи слабительных. Преждевременно ранняя дача слабительных, в особенности после операции на толстых кишках, представляет прямую опасность в смысле расхождения швов на кишках. Клиническая проверка послеоперационного ацидоза показала докладчику, что значение этого показателя несколько преувеличено. После операций на желудочно-кишечном тракте наблюдается наибольшее количество осложнений со стороны легких. Мерами профилактики против этих осложнений в смысле послеоперационного режима являются: тренделенбургское положение, ранние движения в кровати, раннее вставание, активная легочная гимнастика, изгнание из практики стесняющих дыхание повязок на грудь и живот. Из лечебных мероприятий: вдыхание углекислоты, аутогемотерапия, впрыскивание эфира, эвкалиптола, диплококковая серотерапия, банки, морфий. Сердечнососудистая система является одним из главных факторов, определяющих течение и исход операций на желудочно-кишечном тракте, причем особое внимание следует обратить на периферическое сердце (операционный шок). Для определения состояния сердца в обиход клинической практики должны быть широко введены так называемые „функциональные сердечные пробы“. Из обычных лекарственных средств, применяемых для поддержки деятельности сердца, докладчик выделяет адреналин и морфий. Вдыхание углекислоты и ранние движения также оказывают самое благоприятное действие на работу сердца. В ряде случаев операция на желудочно-

кишечном тракте является лишь одним из этапов в истории болезни и эффект этой операции в значительной степени зависит от тех условий труда и быта, в которых будет находиться больной после выхода из лечебного учреждения. Необходимость дальнейшего наблюдения за оперированным больным выдвигает проблему диспансеризации этих больных, ставит задачу выработки норм питания и трудового режима для этой категории больных, правильной организации диетстоловых. В целях рациональной постановки всех этих вопросов необходима тесная связь хирургических учреждений с Институтом питания, в задачу которого входит разрешение проблемы массового питания в самом широком масштабе.

Другой докладчик по этому же вопросу д-р М. А. Кимбаровский представил большой материал (около 2000 чревосечений) относительно *раннего вставания оперированных больных*. После грыжесечений и аппендэктомий больных уносили с операционного стола на ногах. После резекции желудка больные начинали ходить на 2--3 день после операции. Такое чрезмерно раннее вставание больных после операций аудитория было встречено несколько сдержанно, все же члены съезда высказывались за переход к более раннему вставанию больных после операций, чем это имело место до сих пор.

Огромное внимание членов съезда привлекло заседание, посвященное *промышленному и сельскохозяйственному травматизму*.

Программный доклад проф. Б. В. Гориневской *„Борьба с промышленным травматизмом и его последствиями“* представлял научно обработанный огромный статистический материал, наглядно рисующий нам характер кривой травматизма за последние годы в нашей стране. Докладчика увязала директива партии и правительства по плану соцстроительства с задачами снижения и ликвидации травматизма в нашей стране. В основу практических мероприятий по борьбе с травматизмом должно лечь выяснение причин его. Это возможно при правильной постановке учета, охватывающего все виды травматизма в СССР как с потерей, так и без потери трудоспособности. До недавнего времени регистрация травматизма велась одновременно тремя организациями (НКЗдрав, ГКТруд и ЦУССТрах). Докладчика приветствует постановление коллегии НКЗдрава (от XI—1931 г.) об унификации регистрации и учета травматизма и сосредоточении это дела в руках здравпунктов. Основной базой борьбы с травматизмом является здравпункт, мимо которого не должна пройти ни одна травма, полученная рабочим в период его пребывания на предприятии. При помощи сигнализационной статистики, быстро выявляющей очаги травматизма в том или ином агрегате данного цеха, врач здравпункта должен также на месте выявить прорыв и принять необходимые меры для предупреждения травматизма на данном участке.

Академический подход к изучению травматизма, выразившийся в голом констатировании большего или меньшего травматизма в нашей промышленности на основании обезличенных средних чисел с нанизыванием цифр, без достаточного анализа причин и без указания практических мероприятий к их упразднению, должен быть изжит. Это происходило вследствие того, что большинство научных работников не овладели единственно научным методом материалистической диалектики и не учитывали ни новых форм социалистического труда (соцсоревнование, ударничество), ни всех возможностей охраны труда в пролетарском государстве, ни своеобразия рационализации труда и новой расстановки сил в новых условиях.

В вопросах изучения травматизма особое значение приобретает партийность науки: малейший наш промах учитывается и раздувается нашими классовыми врагами. Необходима борьба в первую очередь с правым оппортунизмом, который без всяких оснований утверждает, что индустриализация нашей страны неминуемо повлечет за собой рост травматизма—травматическую эпидемию (Вигдорчик, Поленов и др.). Анализ статистических данных, имеющихся в распоряжении НКЗ, о состоянии травматизма как по отдельным крупным предприятиям, так и по отдельным отраслям промышленности показывает определенную тенденцию к снижению травматизма. По данным ЦУССТраха за 1927—1930 г.г. ‰ травматизма по всем отраслям промышленности на 1.000 застрахованных снизился с 180,3 до 175,0. Таким образом, пророчество правых оппортунистов относительно роста травматизма в СССР в связи с индустриализацией страны ничем не подтверждается даже на данном этапе.

нашего строительства. Целый ряд заводов (завод АМО в Москве, Красный Путиловец в Ленинграде, на Урале—завод им. Молотова, Верхнеисетский, Надеждинский и др.), выполнивших и перевыполнивших премфинплан, являются первыми по снижению травматизма. На первом месте в этом отношении стоит нефтяная промышленность, где число повреждений от производства сократилось почти вдвое. Проведение санминимума уже дало большое снижение травматизма на местах. Однако, уже левым загибом была бы недооценка опасности травматизма на данном этапе нашего строительства, в период новостроек, в момент пуска гигантов, когда к станку становятся огромные массы еще недисциплинированного населения, не имеющего пролетарской трудовой закалки и необходимых навыков. Механизация труда, мероприятия по технике безопасности, уничтожение обезлички, текучести рабочей силы, улучшение бытовых условий работы — все это при объединении врачебных, инженерно-технических сил и рабочей общественности — верный путь к дальнейшему падению травматизма.

Кроме предупреждения самой травмы в задачу борьбы с травматизмом входят: 1) предупреждение осложнений и последствий травм, 2) снижение тяжести и длительности течения этих осложнений и, наконец, 3) предупреждение инвалидности на почве травм. Осуществление этих задач возможно только при плановой организации лечебной помощи травмикам. Лечебная помощь травмику должна осуществляться по единому плану и методу с момента травмы на предприятии до полного выздоровления и возвращения на работу. Каждый травмик должен пройти несколько этапов (первая помощь на здравпункте, транспорт и квалифицированная районная помощь), деятельность которых должна быть тесно связана между собой и объединиться единым руководством специального травматологич. института или отделения.

Необходимо чаще применять первичное иссечение краев и дна раны с последующими швами в первые 6—22—24 часа. Наложение швов на кожу не следует производить без удаления разможенных тканей. Наиболее выгоден функциональный метод лечения.

Опыт борьбы с травматизмом должен способствовать укреплению знаний и подготовке медицинских кадров, готовых к обороне страны.

В стране строящегося социализма социальный заказ определяет направление и развитие научной мысли вообще и медицины в частности. Снижение травматизма, борьба за уничтожение инвалидности, за сохранение и быстрее восстановление рабочей силы — вот социальный заказ, который должна выполнить травматология.

Другой доклад был сделан проф. Б. Э. Лимбергом на тему: *„Сельскохозяйственный травматизм и наши задачи в борьбе с ним“*. Докладчик обратил внимание съезда на актуальность затронутого вопроса и на важность проведения точного учета. Учет должен проводиться на всем протяжении с/х. работ в конкретных условиях каждого территориального участка по общепринятой форме, чтобы облегчить последующий анализ причин, синтез и обобщающие выводы. Докладчик представил съезду 2 формы карточек учета с/х. травматизма по двум направлениям: 1) запись индивидуальной травмы на карте, предложенной НКЗ и 2) запись характеристики данного хозяйства по прилагаемой форме. Учет и изучение с/х. травматизма должны проходить в организованной связи периферии с центральными учреждениями по общему плану. Основной задачей изучения с/х. травматизма является изучение профилактики его, с целью ликвидации травматизма в кратчайший срок. Известно, что основная причина травматизма находится в непосредственной связи с организацией труда, поэтому наши профилактические мероприятия должны быть сосредоточены главным образом на правильной организации трудовых процессов в совхозах и колхозах и усилении надзора по технике безопасности в связи с механизацией труда. Докладчик предлагает, чтобы в школах преподавались основные положения по организации труда и овладении техникой производства с/х. работ.

С целью борьбы с последствиями с/х. травматизма необходимо в плановом порядке развить сеть рационально организованных П.П.П. на местах производства работ, а также приблизить к совхозам и колхозам квалифицированную хирургическую помощь. Желательно для повышения квалификации участковых врачей в вопросах травматологии организовывать в местных академических центрах, особенно перед началом полевых работ, соответствующие курсы. Опыт показал, что большую помощь во время полевых работ оказывают вы-

ездные бригады, особенно в состав которых введен хирург, но однако плохо налажено последующее закрепление результатов работы. Лечебно-профилактические учреждения должны выдвинуть перед собой вопросы о способе наилучшего лечения пострадавших рабочих, сокращая насколько возможно показания к первичной ампутации конечностей.

Все дальнейшие доклады и выступления с мест в прениях показали, сколько творческой инициативы, энергии и желания вложено на местах, особенно на новостройках, в дело борьбы за сохранение здоровья трудящихся.

Д-р С. Я. Фрейдин в своем докладе *„Задачи здравоохранения в борьбе с травматизмом“* отметил, что основным звеном здравоохранения является здравпункт. На здравпункт падает предупреждение травм, регистрация, первая помощь и транспорт. Основная работа врача здравпункта состоит в ограждении от травм, расследовании на месте несчастного случая, санитарная пропаганда (плакаты), вовлечение в дело здравоохранения рабочего актива—бригадиров здоровья и диспансеризация лиц повторно травмируемых, широко организовывать в цехах самопомощь и взаимопомощь. Аптечки должны быть снабжены стерильными пакетиками. Транспорт из цеха на здравпункт должен быть организован в зависимости от вида травмы. Для временных профессиональных травматиков необходимо создавать специальные санатории. Опыт Германии показал, что таким путем сокращается срок нетрудоспособности на 20—30%. Для регулирования дела борьбы с травматизмом рекомендует докладчик создавать инспекторат по борьбе с травматизмом при краевых, областных и республиканских здравотделах. С целью оказания рациональной первой помощи при бытовых, уличных травмах, докладчик предлагает снабдить постовых милиционеров шкафчиками первой помощи.

Д-р А. Д. Каплан в своем докладе *„Вопросы хирургической помощи на здравпункте“* отметил, что до сих пор не существует профиля здравпунктов. Главным и основным объектом хирургической помощи на предприятиях является промышленная травма. Основным предопределяющим исход травмы этапом в системе учреждений, оказывающих хирургическую помощь при промышленной травме, является пункт здравоохранения на предприятии. Здравпункт в разрезе своей хирургической работы должен отвечать запросам, формам, методам и темпам реконструкции промышленности и коллективизации сельского хозяйства. Основной задачей здравпункта в хирургическом отношении является с организационной стороны—приближение рациональной и квалифицированной хирургической помощи к месту и моменту происшествия и сокращение времени, затрачиваемого на получение хирургической помощи, а с лечебной стороны—предупреждение осложнений и последствий травмы.

На здравпунктах, оказывающих лишь первую помощь при травме и обслуживающих перевязкой лишь тех пострадавших, которые не потеряли трудоспособности, методика и техника хирургического воздействия должны быть специфическими для этого учреждения, максимально типизированными, стандартизированными и при наибольшей консервативности и простоте выполнения максимально эффективными. Организация хирургической помощи на предприятии должна предусмотреть все моменты и этапы ее подачи: организованное взаимобслуживание и медпомощь на месте происшествия, первую помощь на цеховом и центральном пункте, а также бесперебойное обслуживание и связь со стороны соответствующего лечебного учреждения, эвакуацию и транспорт. Необходимо: 1) чтобы врачебная помощь была действительно таковой, а не вместо врачебной, 2) чтобы помощь в хирургических случаях, оказываемая не специалистом, была также помощью до хирурга, а не вместо него. Цеховая аптечка, цеховой пункт, центральный пункт должны быть правильно территориально планированы, хозяйственно, технически и медицински оборудованы и бесперебойно снабжены соответствующими каждой отдельной точке рационализированным и стандартизированным инвентарем, предусматривающим простоту, быстроту и качество первой помощи, в частности асептику. Докладчик представил съезду планы оборудования здравпунктов, способы хранения и применения стерильного материала.

На долю среднего медперсонала падает большая часть технической стороны подачи первой помощи и притом в отсутствии врача на пункте, что обязывает принять меры к обеспечению здравпунктов сестрами должной квалификации.

Для лучшего обслуживания предприятий в хирургическом отношении здравпункт обязательно должен быть обеспечен, в зависимости от местных условий, консультацией и руководством соответствующего хирургического учреждения (отделения или кабинета). К делу борьбы с травматизмом должна быть привлечена широко рабочая общественность.

Особое внимание съезда привлек доклад д-ра Б. В. Дмитриева „Травматизм на Коломенском машиностроительном заводе и борьба с ним“. Он привел богатый статистический материал по травматизму до революции и после революции (с 1912 по 1916 г. и с 1926 по 1931 год). Докладчик констатировал, что травматизм до революции был чаще и больше с временной и стойкой утратой трудоспособности. С перестройкой врачебной деятельности на профилактический лад за последние 5 лет коэффициент тяжести и частоты травм снизился почти в $2\frac{1}{2}$ раза. Новое отношение к труду—социалистические формы труда (соцсоревнование и ударничество) явно выявили свои преимущества. Оказывается, что число *травматических случаев среди ударников почти вдвое меньше, чем среди неударников*. Новый характер приобретает кривая травматизма по часам работы—падение к концу рабочего дня, по дням недели—отсутствие пред- и послепраздничных скачков травматизма. Наблюдается насыщенность работой, но не усталость. Таким образом с научной убедительностью была *разоблачена существующая со стороны классовых врагов тенденция приписывать социалистическим формам труда вредности, которые на деле не только не порождаются ими, но несомненно устраняются*.

Все последующие доклады и выступления в прениях носили характер рапортов с новостроек (Магнитогорск, Днепрострой) и крупных промышленных центров (Урал, Украина) о фактическом снижении травматизма за последнее время в местах хорошо организованных социалистических форм труда и проведения в жизнь 6 условий т. Сталина. В качестве примера д-р Беккер привел материал по травматизму на водном транспорте, в частности на теплоходе „Грузия“, на котором ездила Турецкая делегация. Экипаж теплохода объявил себя ударным и в течение всего рейса (3 недели) сэкономил 200.000 рублей и за это время не было ни одного случая травмы.

Выступавший в прениях проф. С. С. Гирголав обратил внимание съезда, что большое снижение травматизма ни в коем случае нельзя отнести исключительно за счет врачей. Успех зависит от четкой организации в целом сети специальных учреждений. Мы должны при организации борьбы с травматизмом проводить аналогию с военно-санитарной организацией. Надо дать здравпункту тыл, сеть, эвакуацию и штандарт работы.

Председательствовавший на этом заседании проф. Р. Р. Вреден в своем заключительном слове отметил, что съезд провел в этот день настолько жгучие и заинтересовавшие всех вопросы, что до самого конца заседания оставалось в зале масса народу. Промышленная травма стара, как все в жизни. Интересно только борьба за снижение травматизма в нашей трудовой республике по сравнению с Западом. С целью понизить травматизм количественно и качественно следует различать технический путь—охрана труда, техника безопасности—и тут врач лишь сигнализатор опасности, и другой путь—врачебный с организационной и лечебно-профилактической работой. Так как на здравпунктах работают молодые врачи разных специальностей, то нужно обучить их подаче первой помощи, а тяжелые случаи должны направляться к травматологам. Должны существовать травматологические институты, пример Украина, где дружное объединение хирургов и ортопедов обеспечит успех.

Вопросу о подготовке хирургических кадров, впервые поднятому за 32 года существования хирургических съездов в нашей стране, было посвящено специальное заседание 27 мая. Докладчиками были проф. Я. М. Брускин (Москва) и К. В. Волков (Ядрин).

Проф. Я. М. Брускин предлагал при подготовке кадров учесть запросы социалистического строительства на каждом этапе его развития. Профиль врача должен отвечать социальным заказам жизни. Наше развитие идет в плановом порядке, следовательно подготовка кадров должна быть плановая. Главное внимание при подготовке хирургических кадров должно обращаться на борьбу с травматизмом на соцстройке, повышение обороноспособности, борьба с инфекцией и за снижение хирургических заболеваний вообще. Вторая пятилетка

требует подготовки кадров врачей специалистов, а не универсального земского врача. Мединститут должен готовить врача—общего массового хирурга, а врачей урологов, ортопедов и др. должны готовить Институты усовершенствования врачей. Существующий разрыв между теорией и практикой должен быть устранен. Физика и химия должны учесть задание хирургии во вторую пятилетку и преподносить своим слушателям материал из этой области. Клиническая подготовка врача-хирурга должна быть построена на социальных и профилактических началах при постоянной связи с производством. Производственная практика студентов-хирургов должна проходить во всех звеньях здравоохранения и здесь же должен завершаться профиль хирурга. Все хирургические кафедры должны быть пропитаны травматологией. Желательно создание в ВУЗ'ах особой кафедры травматологии с неотложной хирургией. На базе этой кафедры и на ее материале должна преподаваться военно-полевая хирургия. Институты для усовершенствования врачей должны быть созданы в краевых и областных центрах. Также должны быть организованы тематированные курсы, например, по переливанию крови, и заочные курсы без отрыва от производства. Преподавание должно быть пропитано марксистско-ленинской методологией, чтобы новые кадры хирургов владели наряду с совершенными техническими знаниями также и оружием марксистско-ленинской теории.

Д-р К. В. Волков касался в своем докладе профиля хирурга на селе. В период уничтожения разницы между городом и деревней особенно остро стоит вопрос о кадрах. Особенно остра потребность в специалистах в соцсекторе села. Старая земская медицина строилась по запросам своего времени. Мы же сначала приспособлялись, стремились восстановить прежнюю участковую сеть и только теперь в корне перестраиваемся. МТС должны быть отправными пунктами, откуда начинает свою работу здравоохранение, около них будут укрупняться старые и создаваться новые лечебные учреждения: сезонные здравпункты, постоянные поликлиники, диспансеры и стационары до 300 коек. Программы должны строиться в зависимости от изменения облика села и меняться. Таким путем новая структура и организация медицинской помощи внесет изменения и сменит старого универсалиста-врача. Особенное внимание должно быть обращено на тщательное ознакомление с производственными и бытовыми условиями трудового крестьянства. Но проводить профилактику не следует в ущерб лечению.

Необходимо прочное усвоение основ общей травматологии: лечение раневой инфекции, открытых повреждений костей и др. Специалист не должен запереться в рамки узкой специальности, он должен иметь общие сведения по акушерству, гинекологии, глазным и ушным болезням.

Из докладов по вопросу о подготовке кадров хирургов следует отметить доклад бригады—проф. В. Р. Хесин, д-р Л. Н. Позняков и Р. Э. Ларина *„О некоторых вопросах преподавания хирургии на современном этапе“*. Основная задача здравоохранения на данном этапе, по выражению Межлаука, повысить производительность труда. Этого можно достигнуть диалектичностью преподавания, т. е. нужно раскрыть перед студентом диалектику в хирургии при повседневном анализе хирургического больного. Изложение хирургии должно быть с критикой философских течений; проблематика должна быть классовая в конкретной социальной среде. Разбор болезненных форм для целей преподавания должен быть в зависимости от различных социальных условий.

Болезнь далеко не всегда означает нетрудоспособность, и поэтому при установлении показаний к операции важны соображения о трудоспособности.

В преподавании здравпункт служит местом для проработки тем по вопросам организации работы на здравпункте и учету хирургических заболеваний.

Д-р Абрамович поделился опытом работы медбригады на селе. Благодаря медбригаде колхозники получают на месте квалифицированную помощь, быстро попадают на операцию, родные имеют возможность их навещать, кроме того это дает стимул местным врачам для дальнейшей более углубленной хирургической работы.

Последние два дня съезда проходили очень оживленно ввиду актуальности вопросов. Стояли вопросы *об анаэробной инфекции и переливании крови*.

Проф. Н. Н. Бурденко доложил *об очередных задачах клиники анаэробной инфекции* (газовая гангрена). За время империалистической войны

и послевоенный период ощущается резкая отсталость нашей научно-практической работы в направлении изучения анаэробной инфекции. Газовая гангрена, как один из видов анаэробной инфекции, редко встречающаяся в мирное время, в период мировой войны достигла угрожающих размеров. В германской армии это повлекло за собой административное запрещение опубликования в медицинской прессе работ, посвященных изучению этого вопроса. Разрешение этой проблемы, по мнению докладчика, возможно при едином проведении бактериологических, хирургических, профилактических и организационных мероприятий. Если изучение возбудителей анаэробной инфекции—газовой гангрены—почти достигло полного завершения в бактериологическом направлении, то вопросы патогенеза, патолого-анатомическая картина и причины смерти не освещены с исчерпывающей полнотой. Многообразие клинических проявлений анаэробной инфекции значительно затрудняют создание единой наиболее правильной классификации анаэробных процессов. Докладчик предлагает придерживаться рабочей классификации Вайнберга, наиболее целесообразной в клинико-бактериологическом отношении, характеризующей природу процессов и более или менее полно охватывающей главные формы заболевания.

В основу лечения и профилактики должна быть положена хирургическая обработка раны и серо-профилактика и серотерапия в смысле Вайнберга. Хирургическая обработка ран сводится к применению дезинфицирующих мероприятий, из которых наибольшим признанием пользуется Каррель-Дакэновский метод, метод Райта, повязка с H_2O_2 и аэрация ран, искусственная или естественная, при открытом способе лечения ран. Докладчик рекомендует заняться более углубленным изучением метода Тайлора с применением хинина, особенно в связи с работами проф. Збарского о роли красных кровяных шариков при резорбции токсинов при токсэмических заболеваниях. Этот вопрос должен быть связан с вопросом о переливании крови. Хирургическое вмешательство в виде разрезов, ампутаций, экзартикуляций должно быть индивидуализировано. Профилактика в основном при анаэробных процессах должна сводиться к раннему проведению радикальной обработки ран, строгому контролю за ранами, первичной экзцизии и широкому раскрытию бухтообразных и карманообразных полостей при строгом соблюдении правил военно-полевой гигиены. В мирной обстановке разработка методов борьбы и профилактики газовой инфекции должна базироваться на изучении травматозов, пуэрперальных процессов, гангрены легкого, аппендицитов и др.

Другой докладчик доц. И. М. Великанов выступил с конкретным предложением борьбы с газовой гангреной, как осложнением после травматизма на транспорте, сельском хозяйстве, на стройках и промышленности, а особенно при тяжелых раневых осложнениях военного времени. Докладчик занимался вопросами иммунитета против газовой гангрены и, основываясь на положительных результатах Зап.-Европейских ученых при применении лечебных сывороток во время войны и после нее на гражданском травматическом материале, в 1929 году впервые получил в СССР антигангренозные сыворотки, не уступающие по своей силе сывороткам Вайнберга (Париж). Первый опыт введения сыворотки больному газовой гангреной был сделан докладчиком 18 апреля 1931 года. Результат был положительный. В настоящее время имеется свыше 50 случаев успешного применения антигангренозной сыворотки при лечении газовой гангрены и при введении их с профилактической целью.

Оба доклада вызвали оживленные прения. Д-р Дивавин подчеркнул значение рентгеновского исследования до проявления клинических признаков газовой инфекции. Юдин С. С.: в практике уличной травмы, особенно в весеннее и осеннее время, играет большую роль газовая инфекция, чем при промтравмах. Через институт неотложной помощи за 2 года прошло 55 случаев газовой гангрены. Антигангренозная сыворотка не панацея, все хирургические мероприятия должны оставаться в силе. Особенно важна первичная обработка ран. Поэтому необходима квалифицированная хирургическая помощь.

Флеров в военной обстановке производил при газовой гангрене множественные разрезы вплоть до апоневроза с последующим наложением повязок на раны с перуанским бальзамом. При наличии омертвения—экономная ампутация.

Мительман. Повидимому, не все штаммы анаэробов нам известны, чем и объясняется непостоянный эффект при сывороточном лечении больных.

Необходима связь бактериологов с хирургами и получать материал целесообразнее от них, а не от патологов.

М и л о с т а н о в выдвигает как метод этапного лечения на фронте *debridement*.

Проф. Д и д е р и х с. Газовая инфекция—роковая инфекция. Борьба состоит в 1) предохранении (сыворотка), 2) иммобилизации, 3) ранней диагностики. Симптомы: боль, повязка становится тесной, пульс резко учащается, хотя одышки нет, рентгеновское исследование на присутствие газа, метод *Bette*: кусочки мышц кладут в 4—6% раствор поваренной соли и, если они тонут, то здоровы, если всплывают, то, значит, содержат газ. Лечение: сыворотка и наблюдение за общим состоянием (сердце и кровяное давление) Местно: первичная обработка ран, вырезывание краев раны на 1½ мм.—операция требует большой осторожности, хороший *debridement* может также помочь. Лечение без сывороток давало не худшие результаты. В Германии на 11%, во Франции на 22% сыворотки улучшали прогноз.

Председательствующий на данном заседании проф. Н. Н. Петров остановился на новой клиникобактериологической классификации, он же различает медленные и быстроразвивающиеся клинические проявления анаэробной инфекции. Профилактика состоит в первичной обработке ран. Шов заманчив, но обоюдоострая вещь: надежно очищенную рану без натяжения можно попытаться зашить.

Последний день съезда был посвящен животрепещущему вопросу—*проблеме переливания крови*. Основные докладчики прив.-доц. Богдасаров и проф. С. И. Спасокукоцкий осветили *вопрос с точки зрения организационной и показаний к переливанию крови*. Вопрос о переливании крови прошел на съезде почти исключительно в разрезе оборонного его значения. Прив. доц. Богдасаров познакомил членов съезда с *состоянием дела переливания крови в империалистических странах и у нас в СССР*. Переливание крови, как мощный лечебный метод, должен быть доступным для широких рабочих и крестьянских масс. В целях повышения обороноспособности нашего Союза, мы должны принять все меры к подготовленности Красной армии и ее военно-санитарной службы по линии переливания крови. Поэтому ближайшие задачи в этой области должны сводиться к поголовному обследованию всего личного состава Красной армии на групповую кровяную принадлежность и подготовку кадров военных и гражданских врачей по вопросам переливания крови.

Проблема донорства—сложная проблема, от разрешения которой зависит успех распространения трансфузии, как лечебного метода. Она разрешается в настоящее время применением консервированной и трупной крови, особенно это важно в условиях военной обстановки, когда кровь будет заготавливаться в глубоком тылу и доставляться на боевую линию. Проблема трупной крови также представляет большой научный и практический интерес. Необходимо широкое развитие сети филиалов Института переливания крови с выработкой единой в СССР стандартной методики переливания крови и единой методики определения групповой кровяной принадлежности. Здесь же должна проводиться научная, практическая, пропагандистская и учебная работа, а руководство и планирование деятельностью филиалов-ячеек переливания крови на местах необходимо сосредоточить в Институтах переливания крови.

Другой докладчик по тому же вопросу проф. С. И. Спасокукоцкий разобрал *показания к переливанию крови*. Кровь, как лечебный материал, является безусловно дорогим лекарственным средством. Необходимо выработать действительные показания для применения этого метода и позаботиться о наибольшей доступности и дешевизне его. Главное показание к переливанию крови—острая кровопотеря, угрожающая жизни, как более остроящий момент в военной обстановке и при индустриальном травматизме. Жертвы быта, уличного движения часто являются показаниями для переливания крови. Кровяное давление является лучшим показателем, но относительным при различных состояниях организма. При хроническом малокровии и упадке сил, при подготовке к операции—показателем является гемоглобин и счет эритроцитов. Границы operability различных случаев (спленектомия, резекция желудка, внематочная беременность, септические состояния), судя по опыту выездов отряда Института (400 выездов), резко расширяются при сочетании с переливанием крови и являются наиболее частым показанием (200 раз). Опыт 200 переливаний говорит

о 35% выздоровлении. 29 случаев сепсиса дали 38% выздоровлений. 30 переливаний при ушном сепсисе дали вдвое пониженную смертность. Хронические инфекционные интоксикации являются благодарным объектом для переливания крови; сюда относятся ожоги в стадии нагноения, гноящиеся раны, плевриты, ограниченные перитониты, ulcerозные колиты. Показано также переливание крови при интоксикациях на почве рака, илеуса. При болезнях органов кроветворения, пернициозной анемии, тромбопении, болезни Банти, при холемии, гемофилии—переливание крови не есть безусловное верное, но весьма рекомендуемое средство.

Для разрешения вопроса о донорстве в смысле широкого пользования кровью докладчик приводит материал по применению консервированной крови. Для целей переливания кровь бралась у беременных женщин, при эклампсии, у больных уремических, гипертоников, при травматических кровотечениях, апоплектическая кровь, застойная и, наконец, трупная кровь.

Д-р Попов указал, что проблема донорства в буржуазных странах и у нас в Союзе различна. В пролетарской стране нужно стремиться к постепенному отказу от платного донорства, расширив самопомощь и взаимопомощь. Донорство в военной обстановке должно быть построено на идее добровольного донорства, товарищеской помощи и взаимопомощи.

Еланский отметил, что подготовкой кадров должны заниматься МедВУЗы, Инстит. переливания крови и Институты для усовершенствования врачей.

Ленинградская бригада—проф. Э. Р. Гессе и д-ра М. А. Маянца и А. Н. Филатов—поделились клиническими и экспериментальными наблюдениями над переливанием крови на материале Хирургической клиники 2. Л. М. И. и станции скорой помощи. С 1924 по 1932 г. было произведено 664 переливания крови, в 57% прямым методом. Ленинградцы не являются сторонниками применения исключительно цитратного способа переливания крови. Аппарат для переливания крови употребляют сконструированный сотрудником клиники д-ром Лансбергом. Переливание крови было произведено по поводу кровопотерь в 94 случ., обратное переливание излившейся крови (внематочная беременность, разрывы печени и селезенки)—в 87,2% отмечается положительный эффект. Для повышения резистентности больного до и после операции переливание произведено в 171 случ., успех в 73%. По поводу шока переливание крови производилось в 33 случаях: в 7 случ. дали хороший результат при уже наступившем шоке. При пернициозной анемии в 22 случаях, в 13 случаях неудовлетворительный результат (лейкемия), с целью гемостаза—в 95 случаях с 62% успеха. Прекрасные результаты дает переливание крови при брюшно-тифозных язвах. В одном случае наблюдался гемолиз вследствие неправильного определения групп. Гемолизированная кровь вызывает падение кров. давления и спазм почечных сосудов. После денервации почки и введения новой человеческой крови спазм исчезал. Патологоанатомически наблюдается набухание паренхимы и гломерул. Консервированная кровь менее опасна, чем свежая, в смысле возможности гемолиза. При гемолизе в первую очередь нарушается функция почки, при наступившем гемолизе необходимо произвести обильное переливание совместимой крови (дежурная консервированная кровяная группа О), немедленную денервацию а. renalis, декапсуляция же почки нецелесообразна.

Проф. Я. О. Гальперн считает, что искания донорства не исчерпаны. Возможно переливание крови от животных к человеку. Необходимо осторожно подойти к подобным опытам и наблюдениям.

Проф. С. С. Юдин поделился своим материалом переливания крови и особенно остановился на применении трупной крови.

Проф. А. В. Вишневский предложил при гемолизе производить вместо денервации почки местную анестезию по его методу.

Проф. Э. Р. Гессе, председательствовавший на данном заседании, в заключительной речи отметил, что переливание крови является важным видом неотложной помощи в хирургии. Вопрос о подготовке кадров по переливанию крови должен занимать ВУЗы и техникумы. В первую очередь должны быть курсы для хирургов, а затем и прочих врачей, а также и медицинских техникумов. Нужно стремиться к добровольному бесплатному донорству, но пока в настоящее время прибегать к платному донорству. Страстные прения вызвал на съезде вопрос о выборе метода переливания крови, цитратный или прямой: цитратный метод дает больше осложнений, чем прямой, но последний сложнее.

Для Красной армии и педагогических целей необходимо придерживаться единого метода—цитратного. Но при этом, конечно, не следует забывать и о прямом методе. Консервированная кровь сулит большие преимущества для обороноспособности страны. Нецелесообразно широкое применение вливания неполноценной крови (эклампсия, уремия). Употребление трупной крови чрезвычайно важно для обороны страны. Опасность заражения через трупную кровь сифилисом невелика, можно производить реакцию Вассермана и патологоанатомическое вскрытие. Аппаратуру для переливания крови необходимо упростить и стандартизировать, надо приветствовать демонстрации аппаратов, позволяющих избавиться от импорта. Относительно гемолиза нужно научиться предупреждать это осложнение и выработать рациональный метод борьбы с ним. Предложение проф. Вишневского реально, но здесь опасна возможность ранения сосудов. Предложение пользоваться иммунизированными донорами (например при гнойной инфекции)—мысль вполне правильная.

На этом закончилась основная программа съезда.

Дальше проф. Н. Н. Бурденко сделал сообщение „о стандартизации хирургических инструментов“ или как он называет „товароведение в хирургии“. Необходимо отобрать наиболее пригодные инструменты для хирургической практики, составить типизированные каталоги и сделать заказ нашей промышленности для изготовления. Такой первоочередной список составлен и в ближайшее время будет разослан на места с просьбой высказаться, насколько он удовлетворяет массу хирургов. Образцы инструментов были представлены в фойе на выставке съезда.

Перед закрытием съезда выступил нарком здравоохранения тов. Владимирский и отметил небывалую активность съезда, конкретность и деловитость подхода к разрешению поставленных вопросов. Работники Наркомат здравоохранения внимательно следили за работой съезда, деловые предложения и резолюции съезда Наркомат постарается провести в жизнь. Вопрос о том, какую роль должна играть ортопедия может быть разрешен лишь в конкретной обстановке.

Созыв следующих хирургических съездов намечается раз в три года общесоюзных и ежегодно республиканских и краевых.

Библиография и рецензии.

R. Berg. *Eiweißbedarf und Mineralstoffwechsel bei einfachster Ernährung*. Стр. 239. 1931. S. Hirzel. Leipzig. Цена М. 10.50.

В последнее время многие вопросы диететики подвергаются пересмотру. В этом направлении не мало сделано автором разбираемой книги. Исследования его отличаются большой оригинальностью, и если не во всех отношениях они получили уже общее признание, то во всяком случае с ними всюду считаются. Ввиду крайней важности я считаю необходимым привести вкратце те выводы, которые автор дает на основании чрезвычайно тщательно поставленных опытов. После богатых щелочами предварительных периодов получается истинный минимум для потребности в белке, если испытуемая пища сама достаточно богата основаниями. При богатом основании в предварительном периоде, но богатой кислотами испытуемой пище потребность в белке уже ясно нарастает (5—10%). При богатом кислотами предварительном периоде, но богатой щелочами испытуемой пищи потребность в белке повышается по сравнению с истинным минимумом приблизительно на 10%. При богатом кислотами предварительном периоде и богатой кислотами испытуемой пищи повышенная потребность в белке возрастает, смотря по длине предварительного периода и по содержанию кислот во время его в испытуемой пище, от 20—30 до 100%.

Использование пищевого белка, прямое или косвенное, зависит от отношения неорганических оснований к неорганическим кислотам как в организме, так и в пище. Для наилучшего использования белка необходим богатый избыток оснований в организме и пище. Поэтому истинные минимальные размеры потребности организма в белке можно найти только в том случае, если имеется избыток оснований в организме и пище. При повышении избытка кислот в организме или