

тизма, но и принимать участие в выявлении причин и профилактическими мероприятиями в этом направлении снизить заболеваемость крестьян.

В силу особых условий работ в сельском хозяйстве часто является необходимым немедленное, на месте происшествия, оказание первой помощи. Всего лучше на время полевых работ снабдить каждого рабочего индивидуальными пакетами и иметь в каждой бригаде достаточный кадр лиц, обученных элементам подачи первой помощи. Пункты первой помощи разместить так, чтобы они ближе и лучше обслуживали отдельные бригады, а в случае недостаточности этого организовать специальные летучие медицинские отряды в районе размещения МТС колонн.

Д-р Романов поделился на страницах „Новой Хирургии“ очень ценными новыми отраслями работы участкового врача. Статья ярко изображает условия борьбы с машинным травматизмом в деревне. В приводимых 3-х протоколах сельских советов, где он выступал с докладами на тему о травматических повреждениях при молотбе и мерах предосторожности несчастных случаев, крестьяне делали свои замечания: осуждали выход на работу в состоянии опьянения, поведение молодежи, работающей „за плас“, недостаточную конструкцию машин и выносили определенные постановления профилактического характера в области быта и техники безопасности крестьянского труда.

Разрешение вышепоставленных задач потребует большой плановой работы и перестройки работы хирурга. Тот факт, что до сих пор хирургия плетется в хвосте колоссальных сдвигов современной жизни, ни в коем случае нельзя объяснить какими-либо заложенными в хирургической науке препятствиями. Наравне с углубленными исследованиями по микробиологии, эндокринологии и др. хирург должен изучать социальную патологию, профессионально-бытовые и производственные вредности. При учете острых и хронических вредностей профессионально-бытового происхождения в сочетании с дальнейшими научными достижениями в биохимии, эндокринологии и других областях удастся достигнуть колоссальных успехов в деле оздоровления условий жизни и труда пролетариата.

Задачи травматологии в общем плане пятилетки.

Проф. М. Фридланд (Казань).

Когда вспыхивает война и появляются первые увечные, государство и общественность начинают бить тревогу: быстро разворачиваются специальные лечебные учреждения, ортопедические институты, протезные мастерские, травматологические организации. Их полноценной работе, как правило, препятствует острый недостаток врачей-ортопедов и травматологов. Экстренно возникают соответствующие краткосрочные курсы. Но создать специалиста-травматолога в короткий срок невозможно.

Подобное положение тем более нетерпимо, что нужда во врачах-травматологах в мирное время ничуть не меньше, чем в военное. Количество травмированных, поставляемых ежедневно фабриками, заводами и бытом в виде так называемых „несчастных случаев“, огромно. Там, где ведется подобного рода учет,—а учет этот, к нашему стыду, планомерно почти нигде не ведется,—цифры говорят сами за себя. Укажем на Ук-

раину. Из 30 миллионов ее населения около 1 миллиона лиц нуждается в ортопедической помощи; из них страдает от одних последствий травм свыше 420.000 человек! (Проф. Трегубов. Ортопедия и травматология, 1930 г., № 3—4, стр. 122). С индустриализацией страны, с „машинизацией“ города и деревни, с вовлечением в быстро растущее производство малоквалифицированных групп работников, с интенсификацией труда на почве социалистического соревнования и ударничества, показатели травматизма в нашем Союзе повышаются. Об этом говорит в своей детальной работе Корнеев (На фронте здравоохранения, 1930 г., № 17—18, стр. 15) и другие исследователи этого вопроса. Так, по данным Татарской областной кассы социального страхования, приведенным д-ром Августиновым на съезде райздравов в Казани в январе 1931 г., из общего количества дней временной утраты трудоспособности рабочими в промышленных предприятиях Татарской республики на долю травматизма приходится 38%. Этим же докладчиком была приведена таблица, иллюстрирующая рост утраты трудоспособности рабочими Татарской республики вследствие травматизма по годам, начиная с 1927 г. Оказывается, что количество травмированных растет с начала пятилетки, а за один лишь квартал (июль—сентябрь) 1930 г. превышает количество травмированных за весь предшествующий 1929 год.

Приведенные цифры мы можем дополнить статистическими данными заведомой нами Казанской ортопедической клиники. На 20.000 первичных больных, прошедших через ее амбулаторию за последние 11 лет, 34,4% падает на последствия контузий, вывихов и переломов, причем процент травмированных из года в год явно повышается за счет других групп заболеваний. Эти цифры оказываются еще большими, если взять на учет не только острый травматизм, но и травматизм хронический, т. е. многообразные формы и бесчисленные разновидности миопатий и миалгий на почве хронического переутомления, интоксикаций; значительную часть мышечных и суставных ревматизмов: „прострел“, хроническое перерастяжение мышечно-связочного аппарата; часто повторяющиеся мелкие механические инсульты, неуловимые по отдельности, но приводящие к тяжелой инвалидности в своей совокупности, и т. д. и т. п. Если причислить их также к группе профтравматических страданий,—а так, именно, с современной точки зрения мы и должны их рассматривать,—то процент травмированных по данным нашей клиники превышает 50. Что касается промышленных предприятий, то там этот учет совсем не ведется, так как диагностика хронического травматизма требует от врачей, обслуживающих данные предприятия, специальных знаний и подготовки, которых у них не имеется.

Что дело обстоит именно таким образом, говорит постоянный острый спрос на курсы травматологии в институтах для усовершенствования со стороны периферических врачей. Совершенно верно отразил их голос д-р Дубров (из Кр. Луча) в своем выступлении на Всеукраинском совещании ортопедов: „Если вы посмотрите на выставленные здесь таблицы,—говорит он, обращаясь к многочисленной аудитории,—то увидите, что $\frac{1}{3}$ больных, которым нужна ортопедическая помощь, составляет последствия травм. Если бы эти травматические больные получили правильное хирургическое лечение, не было бы надобности их снова лечить. А это все потому, что мы на местах не умеем правильно лечить

переломы. И меня удивляет, что мы имеем мало судебных дел по поводу неправильно леченных переломов“. В виду того, что „Донбасс ждать не может“, этот же товарищ вносит предложение „всех заведующих хирургических отделений пропустить через 2—3-месячные курсы..., чтобы они (врачи) научились правильно лечить переломы, и тогда процент больных, нуждающихся после травмы в ортопедической помощи, будет значительно понижен. И, кроме того, не будет того положения, что такой большой район в Донбассе, как Горловка, присылает больного с переломом голени в Харьков“. (Орт. и травм., I. с., стр. 136). Мы полностью соглашаемся с тем, что говорит тов. Дубров, но полагаем, что вопрос необходимо ставить гораздо шире. Система образования студента в мединститутах такова, что врачи в своем огромном большинстве плохо справляются не только с переломами, но и со всеми остальными отделами травматологии.

Недостаток специально подготовленных работников-врачей, несвоевременная и неправильная помощь травматiku сильно удлиняют срок его нетрудоспособности, обуславливают чрезмерно высокий процент воспалительных осложнений и приводят к развитию вторичных анатомических деформаций и функциональных расстройств, что, в свою очередь, вызывает необходимость перелечивания травматика. Кто хочет иметь доказательства того, как велик контингент таких перелечиваемых больных, пусть заглянет в ортопедические клиники и институты: остеотомии, остеоклазии, brisement forcé и редрессации, т. е. искусственное возобновление переломов костей по поводу их неправильного сращения, костно-пластические операции по поводу недостигнутого сращения (псевдартрозов) скелета и травматических заращений (анкилозов) суставов вследствие неправильного лечения вывихов и даже простых ушибов, мышечно-пластические операции по поводу контрактур, развившихся из-за неумелой профилактики поврежденного органа,—все это повседневная работа ортопедических учреждений, их повседневный материал. Самое количество его вопиет о неблагополучии постановки дела травматологической помощи трудящимся. Сколько излишне пропадающего рабочего времени, сколько ненужных страданий и излишнего риска для жизни больного! Но даже этой ценой мы часто уже не в состоянии исправить допущенных ошибок и предотвратить стойкого калечества. Инвалид до конца своей жизни остается в тягость себе и окружающим, ложится бременем на государство, на его органы социального страхования и здравоохранения. И таких инвалидов миллионы. Нужно ли доказывать, как велико и нетерпимо это зло при нашей острой нужде в рабочих кадрах в момент напряженной схватки с многочисленными трудностями, стоящими на пути нашей необъятной социалистической стройки, когда каждый отдельный рабочий у станка равноценен воину на боевом посту!

Очевидно, что оставить дело в его настоящем положении нельзя. Необходимо усилить старые и развернуть новые методы работы. И прежде всего по линии широкой профилактики. Она представляется нам в виде трех основных групп мероприятий: профилактики самого травматизма, профилактики осложнений травмы и профилактики стойкого калечества.

Профилактика травматизма начинается с организации профотбора. Как показывает статистика, 80% всех травматиков составляют больные с увечьями органов движения, т. е. рук, ног и позвоночника. Отсюда

легко сделать вывод, в каком направлении должна быть, в первую очередь, производима оценка физических и физиологических качеств работника. Современная индустрия предъявляет высокие требования к силе, выносливости и координационным способностям костно-мышечной системы. Авторитетное слово принадлежит здесь ортопедам. Столь же важное значение имеет квалификация работника. Необходимо, чтобы он, прежде чем быть допущенным к пользованию и управлению машиной, дал доказательства своего умения обращаться с нею. Этот вопрос сливается с общей задачей подготовки рабочих кадров. Далее, сюда относится надзор за состоянием машин, за их исправностью, за их своевременным ремонтом,—функция, лежащая в основном на органах фабрично-заводской инспекции и машино-тракторные станции. Такую же большую роль играет усовершенствование техники безопасности. Наконец, борьба с переутомлением: кинографическое изучение отдельных моментов производства с целью рационализации установки рабочего и его профессиональных движений за станком, привитие физкультурных навыков (зарядовая и корригирующая гимнастика, тщательно разработанная для каждой данной профессии и проводимая под периодическим контролем инструктора), культурно обставленный отдых и пр.

Профилактика осложнений травмы составляет вторую большую проблему. Здесь на первом плане выступает правильная подача первой помощи. А это, в свою очередь, выдвигает вопрос об организации пунктов первой помощи, или, как их недавно переименовали, пунктов здравоохранения на предприятиях. Они, пункты здравоохранения, должны стать вплотную к производству, органически с ним слиться, превратиться—не фигурально, а фактически—в один из важнейших его цехов. Покамест же эти будущие „печи здоровья“ сами сильно больны: подбор медработников случайный, врачей не хватает, они не знают особенностей данного предприятия, его профвредностей, не принимают участия в рационализаторских мероприятиях, наблюдается недообслуживание второй и, особенно, третьей (ночной) смен, не ведется настоящей борьбы за снижение заболеваемости и, что совсем уже печально, нет направляющей организации, которая руководила бы этими пунктами здравоохранения и координировала их деятельность. Так, по крайней мере, обстоит дело в Татарии. Можно ли после этого удивляться, если она, Татария, на каждые 100 застрахованных (застрахованных вообще, а не больных!) теряет в год по нетрудоспособности 1046 дней. Таковы цифры, официально оглашенные членом коллегии ТНКЗ тов. Сорокиным на январском съезде райздравов в текущем году.

Особенности сельско-хозяйственного травматизма и его преимущественно сезонный характер диктуют необходимость особой структуры пунктов здравоохранения на селе. Во время больших полевых работ пункты первой помощи должны сопровождать тракторные колонны, чтобы обеспечить травматiku своевременную быструю помощь на месте и, в случае необходимости, немедленно транспортировать его в тыл: в амбулаторию, больницу. В этом отношении мы вполне сочувствуем опыту, проделанному в Нижне-Волжском крае д-ром Шиловцевым (Советский Врач, № 15—16, 1930), организовавшем медицинскую помощь на полях по военно-санитарному образцу.

Последним звеном в цепи профилактических мероприятий должно быть предупреждение стойкого калечества. Эта задача требует высококвалифицированной обработки травматика в специальных учреждениях, обеспеченных соответствующим штатом и оборудованием, согласно требованиям современной ортопедии, включающей и поглощающей травматологию органов движения. Само собою разумеется, что провести строгую грань между профилактикой стойкого калечества и лечебными мероприятиями, направленными на восстановление трудоспособности увечного, нельзя. Обе указанные функции выполняются травматологическим учреждением параллельно.

Итак, мы видим, что разрешение проблемы травматологической помощи трудящимся охватывает собою ряд мероприятий, которые осуществимы лишь в том случае, если будут привлечены и объединены в общей работе усилия различных заинтересованных, но до сих пор не координированных между собою ведомств и учреждений: Наркомздрав, Соцстрах, Институт научной организации труда и социальной гигиены, а также общественные и профессиональные организации. Особенно велика роль Наркомздрава. Он заинтересован здесь по линии лечебно-профилактической и по линии учебной.

С лечебно-профилактической стороны необходимо создание специального учреждения, которое, в зависимости от местных потребностей и материальных ресурсов, мыслится либо в форме травматологического института, либо в форме травматологического отделения. Последнее открывается при ортопедическом учреждении, где таковое имеется. В крайнем случае, при хирургической клинике или больнице. Совершенно необходимо, чтобы травматологическое учреждение было обеспечено с самого же начала специальным инвентарем и аппаратурой, имело в своем распоряжении протезно-ортопедическую мастерскую и обслуживалось высоко квалифицированным штатом врачей и соответственно подготовленным кадром средне-медицинского персонала. Последнему в травматологическом учреждении принадлежит большая роль, нежели во всякой другой лечебно-профилактической организации, так как выполнение многих технических приемов, как, например: массаж, врачебная гимнастика, помощь при гипсовой и протезной технике, облуживание некоторых специальных аппаратов, лежит в травматологических учреждениях именно на среднем медицинском персонале. Особой предварительной выучки и тренировки требует также санитарный персонал. В учреждении должна быть четкая, точная, военная дисциплина. Ответственные функции выпадают в равной мере на стационар и амбулаторию. Правильно наложенная повязка, умело выполненное мелкое оперативное вмешательство, своевременно начатая механотерапия дают непосредственный эффект: сокращение прогула по больничным листкам, сокращение вторичных осложнений и повышение процента полного восстановления трудоспособности пострадавшего. Совершенно очевидно, что между травматологическим учреждением, станцией скорой помощи и пунктами здравоохранения на предприятиях должна быть тесная, органическая связь.

Из сказанного выше о значении кадров, необходимых в деле борьбы с травматизмом, вытекают учебные задачи Наркомздрава. Они касаются мединститутков, институтов для усовершенствования врачей и медтехников.

Без всяких оговорок мы должны признать, что преподавание травматологии в мединститутах поставлено плохо. Основу травматологии составляет так называемый „курс десмургии с учением о вывихах и переломах“. Каков этот курс, какова его программа? Она остается без изменения десятки лет, изобилует анахронизмами, мало применимыми на практике модификациями петель и узлов, деталями, излишне засоряющими память учащегося. Самое преподавание ведется описательным путем с демонстрацией рисунков. Таким же образом принимается зачет от студента. В результате отсутствует единственно важное — техническое умение будущего врача наложить даже элементарную повязку. Что же касается постоянного вытяжения и гипсовой техники, составляющих основу современной ортопедической и травматологической помощи, то об этом говорить совсем не приходится. Этим искусством не владеет не только студент, но и большинство современных хирургов. Столь же неблагополучно обстоит дело с усвоением курса вывихов и переломов. Клинический материал в высшей степени мал, скуден (вследствие разбросанности в различных хирургических учреждениях, не всегда приспособленных к его лечебной обработке), студенты, как правило, в технике лечебной процедуры не участвуют, а „изучают“ ее по тем впечатлениям, которые получают на обходе, после того как травматика необходимая помощь уже оказана. Большинство студентов не имеют представления о внешней форме и вынужденной позе поврежденного органа, так как деформация уже исправлена и больная часть тела скрыта повязкой. Вопросы о показаниях к той или иной лечебной процедуре, о сроках смены повязок, о показаниях и сроках механотерапевтического вмешательства, о технике массажа и врачебной гимнастики при том или ином травматическом повреждении затрагиваются чрезвычайно поверхностно, а то и совсем обходятся молчанием. А между тем в них вся суть. Весь секрет анатомического и функционального восстановления поврежденного органа движения зиждется на синтезе десмургии и механотерапии. Не только военно-полевую хирургию, как полагает проф. Тимофеев (Ортоп. и трамват., I. cit., стр. 129), но и всю травматологию „нужно понимать не как десмургическую хирургию, а как ортопедическую с самого начала“.

Столь же актуален вопрос об учебном плане по травматологии в институтах для усовершенствования врачей. Как велика необходимость в такого рода курсах, явствует из спроса со стороны самих врачей. Мы об этом уже говорили. Д-р Дубров сказал во всеуслышание то, в чем многие стесняются громогласно сознаться, и в этом его общественная заслуга. Задача институтов для усовершенствования врачей покамест поневоле суживается до скромных размеров ликвидации прорывов учебного плана мединститута. Техника вправления вывихов, иммобилизационные и функциональные методы лечения переломов, диагностика этих повреждений, по возможности без помощи рентгена, предупреждение вторичных деформаций, особенно ручных пальцев и кисти, основательная проработка гипсовой техники, — вот тот учебный минимум, который должны усвоить врачи, прикомандированные к институту для усовершенствования. Со временем, когда ортопедия и травматология займут в мединститутах то положение, которое им принадлежит по праву, объем и содержание соответствующих курсов в Институте для усовершенствования изменится: врачи смогут быть посвящены в различные технические детали

и новейшие достижения, позволяющие держаться на вершине знаний данной специальности.

На долю институтов для усовершенствования ложится также обязанность инструктировать и контролировать пункты здравоохранения на предприятиях по линии оказания первой помощи травматiku. С этой целью врачи указанных пунктов должны быть проведены через краткосрочные курсы и заинтересованы в изучении специфических особенностей профвредностей, госр. профтравматизма своей фабрики, своего завода, своего колхоза. Новизна и важность дела требует от преподавателей самого активного участия в этой области: прежде чем руководить, они должны сами лично окунуться в гущу работы данного предприятия. Только при этом условии научные знания и опыт преподавателя принесут действительную *практическую* пользу. А это в данный момент прежде всего требуется.

Базой для проработки учебных и научных вопросов травматологии должно быть то же самое травматологическое учреждение, которое выполняет лечебно-профилактические функции. Имея богатый клинический материал и будучи увязано с пунктами здравоохранения на предприятиях, оно обладает всем необходимым для того, чтобы обслужить одновременно мединститут и институт для усовершенствования врачей и, кроме того, обеспечить практический стаж молодых травматологов врачей и лекторов. Последние свою основную подготовку получают, естественно, в мединституте, программа коего в этом отношении должна быть пересмотрена. Ряд кардинальных научных проблем: статистика травматизма, этиология и патогенез „несчастных случаев“, профилактика их, техника безопасности, рационализация труда, профотбор, раннее восстановление трудоспособности увечного, его переквалификация, трудовое использование неполноценной рабочей силы (инвалидов и калек),—все это также входит в программу работ травматологического учреждения, которое с этой целью вступает в контакт с другими, также заинтересованными в указанных вопросах, организациями: Соцстрахом, Институтом социальной гигиены, Институтом научной организации труда. Мы мыслим себе, что успешная проработка научных вопросов травматологии требует коллективного усилия всех отмеченных учреждений на основе единого, внутренне согласованного плана. Таким образом повысится компетенция и авторитет наших научно-исследовательских бригад; они уменьшатся количественно и усилятся качественно. То и другое пойдет на пользу дела.

Травматологическое учреждение должно одновременно стать штабом рабочей и профессиональной общественности, активировать критику и самокритику работы в своей области и, как это инструктивно преподано в недавнем обращении наркома здравоохранения тов. Владимирского „во все фабрично-заводские печатные газеты г. Москвы“, освещать свою деятельность на страницах фабрично-заводской печати, используя газету для своих лекций, бесед, советов и указаний.

Приведенные здесь мысли мы имели возможность изложить на январском съезде райврачей и райздравов Татарии. Цитируем резолюцию в той ее части, которая касается затронутого нами вопроса.

«...Съезд райврачей считает необходимым:

а) Увеличить количество пунктов первой помощи, охватывая все предприятия с количеством рабочих не менее 200 человек; б) работу пунктов первой па-

мощи поставить преимущественно на профилактические рельсы (изучение производства, состояния здоровья рабочих, изучение профвредностей и причин промышленного травматизма, проведение широкой диспансеризации рабочих своего предприятия, оздоровление санитарно-гигиенических условий труда и быта рабочих), работу пунктов первой помощи вести в контакте с Отделами экономики труда предприятий; в) в основу борьбы с травматизмом в промышленности Съезд считает необходимым положить учреждение специального травматологического отделения, каковому необходимо взять на себя организацию лечебно-профилактической борьбы с профтравматизмом. Влить в травматологическое отделение станцию скорой помощи, обязав предприятия приобрести за собственный счет санитарный транспорт».

Эти положения подтверждены также февральской конференцией врачей г. Казани, созданной Горздравом. Теперь остается лишь возможно скорее приступить к осуществлению директив, которые намечают собою основные вехи совершенно правильного пути. Идя по нему, мы не только предупредим прорыв на угрожаемом участке, но и укрепим общий фронт здравоохранения в его борьбе за пятилетку.

Медицина и ОВ (отравляющие вещества).

М. И. Аксянцева.

22 апреля 1915 года, день первой газобаллонной атаки, может считаться датой не только в истории военного дела, но и в медицине. В этот день оказались в значительной мере несостоятельными средства военной техники. Достигнутое равновесие между средствами нападения и средствами обороны, могущественные достижения военно-инженерных сооружений, призванных противостоять разрушительной силе энергии упругих газов взрывчатых веществ—оказалось нарушенным, как-бы обойденным. Более того, эти глубокие сооружения, обычно находившиеся ниже уровня поверхности земли, как нельзя лучше импонировали новому боевому оружию—оружию химическому. В силу физических свойств нового оружия именно эти укрепления—низины, лощины, окопы, овраги—оказались наиболее уязвимым объектом воздействия отравляющих веществ. В этот же день оказались несостоятельными и средства медицинской помощи. Последнее слово военной медицины—богатое оборудование и инвентарий и индивидуальный пакет—не смогли справиться с новыми требованиями, предъявленными жизнью. Обезумевшие десятки тысяч людей, обратившиеся к законной инстанции—к врачу—за помощью, не смогли ее получить из-за полной неожиданности, неподготовленности и незнания сущности страдания.

С тех пор прошел ряд лет непрерывного совершенствования и фактического применения ряда средств химического нападения. Каждый раз эти новые вещества ставили в тупик врачебную мысль. Свыше миллиона жертв даже по неполным статистическим данным за период минувшей мировой войны,—и все это странным образом как-то уживается с отсутствием хотя бы самых скромных сведений по этим вопросам у широких масс медработников. Более того, в жизни наших руководящих исследовательских и научных учреждений и обществ, которые призваны будить и направлять медицинскую мысль, эти вопросы почему-то также отсутствуют. Если взять деятельность наших обществ хотя бы за последний десяток лет, то мы не увидим ни одного пункта повестки, касаю-