



АЗƏРБАЙЧАН
ТИББ ЖУРНАЛЫ



АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

5

1 9 5 8

О РАЗВИТИИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ И ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ ССР

Проф. А. М. АЛИЕВ

До установления Советской власти в Азербайджане травматологической и ортопедической помощи населению почти совершенно не было. Отсутствие охраны труда и техники безопасности, примитивность и изношенность оборудования, низкая квалификация рабочих, жестокая эксплуатация — все это вызывало огромное количество несчастных случаев на производстве, особенно в нефтяной промышленности.

В первые годы Советской власти в Азербайджане разработка статистики травматизма находилась еще в зачаточном состоянии. В 1924—25 гг. Наркомат труда и санитарная инспекция ввели учет травматизма на предприятиях, и в течение года фабрично-заводской кассой страхования было зарегистрировано 2586 случаев различных повреждений при общем количестве 14 тыс. застрахованных, что составило 18,5%.

В Баку одна хирургическая койка приходилась на 682 чел., а в уездах Азербайджана — на 17143 чел. Еще хуже обстояло дело с амбулаторной хирургической помощью. В Баку на одного хирурга приходилось более 6 тысяч чел. населения, а в уездах — более 250 тысяч чел.

За исключением хорошего хирургического отделения в гор. Гяндже, все остальные ютились в старых непригодных зданиях, были очень бедно оборудованы, страдали отсутствием белья и инструментария, не имели достаточного количества среднего и младшего персонала.

Большие трудности представляла доставка больных, в частности травматических, к врачу за много десятков километров.

Уже в 1927 году можно было отметить благоприятные результаты широко развернутых в годы Советской власти мероприятий по борьбе с травматизмом среди рабочих Азербайджанской нефтяной промышленности. Значительно снизилось как в абсолютных цифрах, так и в процентном отношении количество смертельных и тяжелых случаев травматизма, влекущих за собой утрату трудоспособности. Ежегодно на мероприятия по охране труда и технике безопасности затрачивалось около 1,5 миллиона рублей.

Вместе с коренным улучшением медицинского обслуживания из года в год росла, развивалась и укреплялась хирургическая, травматологическая и ортопедическая помощь населению.

Широкое развитие лечебно-профилактической сети, усиление антирелигиозной пропаганды и санитарного просвещения способствовало искоренению знахарства в районах республики.

Первые крупные практические и методические центры в области травматологии были созданы в г. Баку в конце двадцатых — начале тридцатых

годов. В 1928 г. было развернуто травматологическое отделение на 60 коек в больнице им. Семашко, а в 1930 г. — на 50 коек в больнице им. Джапаридзе в Ленинском районе. В 1935 году организовано третье травматологическое отделение при больнице им. Шаумяна (на 50 коек).

В этих трех травматологических отделениях разрабатываются и применяются на практике новые апробированные методы лечения.

Проф. А. Талишинский значительное внимание уделял проблеме псевдоартрозов. Он разработал новый метод лечения локтевых суставов и много времени посвятил поискам рациональных методов лечения врожденных ортопедических деформаций (косозлоности, врожденные вывихи тазобедренного сустава и др.).

Им подготовлены квалифицированные кадры молодых травматологов-ортопедов (С. С. Мовласова, В. В. Мусеев, А. Наджафова, З. Д. Джабизов, Л. Е. Франкенберг, А. Р. Ализаде и др.).

Доцент Д. И. Лемберский длительное время (1930—1940 гг.) руководил травматологическим отделением больницы им. Джапаридзе.

В 1932 г. им изобретен новый способ операции привычного вывиха плеча военно-походным способом, нашедший применение в практике ряда бакинских больниц. Он одним из первых в г. Баку применил открытый способ лечения обожженных в травматологическом отделении больницы им. Джапаридзе, в 1937 г. внедрил в практику в Азербайджане тканевую терапию по Филатову из тушиной кожи при различных хронических язвах.

Проф. И. И. Блищенко, руководя травматологическим отделением больницы им. Шаумяна, с большим знанием дела длительное время возглавлял организацию борьбы с костным туберкулезом в республике.

Из года в год расширялась травматологическая сеть. Если в 1946 г. количество травматологических коек в республике по отношению к хирургическим составляло 3,2%, в том числе по городу Баку и его районам — 8,6%, то сейчас удельный вес травматологических коек по республике вырос до 19,7%, в том числе по г. Баку до 29,7%, по районам республики — до 11,1%.

Травматологические стационарные больницы г. Баку и его районов обслуживаются преимущественно в Институте ортопедии и восстановительной хирургии и в трех клинических больницах (им. Семашко, им. Шаумяна, им. Джапаридзе), полностью обеспеченных квалифицированными кадрами и необходимым оборудованием.

Травматологическое отделение развернуто при Кировабадской городской больнице. В Нахичеванской городской и Степанакертской областной больницах выделены травматологические палаты, в 14 хирургических отделениях районных больниц — травматологические койки. В остальных районных больницах травматологическая помощь оказывается хирургами.

Ортопедическая помощь в г. Баку, в основном, оказывается Институтом ортопедии и травматологии, а также травматологическим отделением названных выше клинических больниц.

В амбулаторной сети дети с ортопедическими заболеваниями принимаются в общехирургических кабинетах.

В годы Великой Отечественной войны на базе травматологических отделений больниц им. Шаумяна и им. Джапаридзе были развернуты специализированные госпитали, которыми проведена большая работа по лечению раненых бойцов и офицеров Советской Армии.

С 1932 по 1939 г. на базе больницы им. Семашко работали доцентские курсы по травматологии при АМИ, с 1939 по 1942 г. — кафедра травматологии Института усовершенствования врачей, которая затем была перебазирована в больницу им. Джапаридзе, а с 1951 года — в Бакинский научно-исследовательский институт ортопедии и травматологии, созданный в марте 1946 г. на базе хирургического госпиталя для инвалидов Отечественной войны.

Институт является научно-практическим и научно-методическим центром в деле восстановительного лечения инвалидов Отечественной войны и организации травматологической и ортопедической помощи населению республики.

Из общего числа больных, поступивших в институт за 1946—1956 гг., ортопедохирургические составили 38,7%, травматологические — 23,6%, с болезнями и дефектами культи — 5,1%, нейрохирургические — 5,7%, челюстно-лицевые — 12,7%, прочие — 14,2%.

Исход лечения больных характеризуется следующими данными: выдворовело — 46,5%, выписано с улучшением — 40,9%, без изменения — 12,6%.

Из числа инвалидов Отечественной войны больные с ортопедохирургическими заболеваниями составили 57,4%, с болезнями и дефектами культи — 12,3%, с нейрохирургическими заболеваниями — 12,9%, челюстно-лицевые — 6,9%, тераневитические — 4,5%, прочие — 6,0%.

Лечение инвалидов войны при отдельных последствиях военных травм и заболеваний за 1946—56 гг. дало такие результаты: клиническое выдворовление при незаживающих ранах и язвах — 53,2%, при огнестрельных остеомиелитах — 54,4%, при неживающих ранах мягких тканей культи — 56,1%, при инородных телах — 60,1%.

Успешному способствовало применение в институте новейших методов исследования и лечения травматологических и ортопедических больных.

В травматологическом отделении при локтевых суставах, неправильно сросшихся и несросшихся переломах верхних и нижних конечностей применяются оперативные методы лечения одновременно с экстраинтратрубекулярным остеониелизом, металлическое штифтование трубчатых костей и модификация Лемберского — Сеидовой.

При отсутствии суставных головок диафиза трубчатых костей (бедр., плеч., локтевой сустав) в отделении применяются искусственные головки из плексигласа.

В практику лечения ампутированных культи с целью образования опорной культи и для устранения фантомных болей внедрен метод военно-походной пластики (по способу доцента Д. Н. Лемберского).

В ортопедическом отделении большое внимание уделяется лечению врожденных заболеваний, оперативному лечению паралитических деформаций конечностей после перенесенного полиомиелита путем различных методов пересадки мышц, остеотомии костей нижних конечностей при различных деформациях и др.

При врожденной косозлоности (от одного до трех лет) производится «табачные» корригирующие гипсовые повязки, а в случаях не поддающихся консервативному лечению, — операции на сухожильно-связочном аппарате по методу проф. Защенко.

Врожденные вывихи тазобедренных суставов лечатся различными методами кровяных вливаний (Новаченко и др.). При резко выраженных деформациях трубчатых костей нижних конечностей, их укорочениях применяется сегментарная остеотомия по Богоразу и сиоливания Z-образная остеотомия.

При сколиозах паралитических, диспластических и врожденных производится фиксация позвоночника ауто-гетеротрансплантатом.

В отделении восстановительной хирургии проводится лечение больных с огнестрельными остеомиелитами, незаживающими ранами, язвами, облитерирующим энтеритом и др.

При огнестрельных остеомиелитах наиболее эффективным оказался глухой шов в сочетании с заполнением костной полости мышцей на ножке. При гематогенных остеомиелитах применяется пломба гипсовый протезом, содержащим большое количество антибиотиков и сульфамидных препаратов по способу югославского профессора Кочавевича.

Больным с длительно незаживающими язвами производится различные пластические операции (вторичный шов, пластика фиброзным стеблем, пластика кожи на ножке и свободная пластика кожи тонким и толстым слоем). Наилучшие отдельные результаты лечения были получены при оперативном иссечении язвы и наложении глухого шва.

Больные с послеоперационными дефектами уретры подвергались восстановительным операциям по способам Соловцова, Хольцмана—Марина и Альбрита—Випи Нисенго.

При эндартериитах проводится комплексное лечение в сочетании с физическими методами лечения и медикаментозной терапией — сосудорасширяющие препараты (нитроглицерин, папаверин, дикарбонин) внутривенные инъекции соли по Зильбергеру, внутривитеринальные инъекции новокаина с морфином по Блаженкову. До 1954 г., при наличии показаний, проводились операции гаптаризирующей или перемещающей в артериальную или венозную повязку по Блаженкову.

В отделении челюстно-лицевой хирургии при анкилозах нижней челюсти, суставной производится горизонтальными остеотомиями верхней или средней трети выходящей ветви челюсти с витеризирующей повязкой из височной пластмассы ЭГМАСС 12 в последующий механотерапией в течение 2—3 месяцев после операции.

Выдавливание, изготовленные из пластмассы ЭГМАСС 12, применяются также для исправления деформаций мышечных и костных тканей лица, образовавшихся вследствие перенесенных заболеваний (мигрени, травмы).

При дефектах губ, ушей рта применяются восстановительные операции по различной методике: а) при наличии полного дефекта губы — оперативное вмешательство по способу Седзила и Брука и модификации проф. Курбанова; б) при частичном дефекте губы — пластичными местными тканями путем применения встречных треугольных лоскутов по Лямбергу; в) при обширных комбинированных дефектах одновременно ушей рта, верхней и нижней губы вместе — пластичная филатовская таблетка в сочетании с местными тканями.

Обезболитывающие, сфинктеры рубцы шеи, подмышечной и локтевой ямки после операций, ограничивающие движения головы и верхних конечностей, устраняются эластичной встречными треугольными лоскутами.

При травматических переломах нижней челюсти соблюдается принцип полной фиксации отломков челюсти с предварительным репозиционированием их по возможности эластичной шиной типа Тингерштеда или индивидуально изготовленными шишками с винтами при наличии опорных зубов; при отсутствии зубов отломки скрепляются индивидуально изготовленными пластмассовыми протезами. Снаружи же челюсть фиксируется жесткой проволокой.

При дефектах огнестрельного или травматического происхождения и при ложных суставах нижней челюсти производится свободная костная пластика из легочным аутогенным трансплантатом из ребра методом накладки. В дальнейшем, с целью восстановления прикуса и жевательной функции, этим больным изготавливаются сложные зубочелюстные протезы.

Институт полностью обеспечен высококвалифицированными специалистами. Если в 1946 г. в институте было лишь 2 доктора и 2 кандидата мед. наук, то в настоящее время работают 4 доктора наук—профессора и 12 кандидатов наук. В этом году заканчивают кандидатские диссертации еще 6 человек.

Институтом выданы 4 тома научных трудов, 9 брошюр с организационно-методическими материалами по вопросам профилактики и снижения травматизма.

Обеспечение предприятий, промыслов, заводов, колхозов, совхозов и МТС новейшей техникой и усовершенствованными механизмами, повышение квалификации механизаторских кадров, улучшение охраны труда, техники безопасности и уровня травматологической и ортопедической помощи населению способствовали снижению как производственного, так и непроизводственного травматизма в республике.

За 1946—1956 гг. промышленный травматизм в нефтяной промышленности Азербайджанской ССР снизился в случаях на 47,5%, в днях — на 34,7% (в показателях на 100 застрахованных). Достигнуто также снижение непроизводственного травматизма в случаях — на 51%, в днях — на 53,8%.

Однако в постановке борьбы с травматизмом в республике имеются и серьезные недостатки.

Многие врачи-хирурги еще не имеют достаточной подготовки по травматологии, а темпы этой подготовки все еще медленны.

Слабо изучаются отдельные результаты лечения травматологических больных.

На ряде предприятий, промыслов и заводов иногда не соблюдаются полностью правила техники безопасности и охраны труда и т. д.

Сельские медицинские учреждения зачастую неудовлетворительно обеспечены травматологической аппаратурой и оборудованием и т. д.

Устранение недостатков в работе, дальнейшее улучшение качества травматологической помощи в республике является неотложной задачей Института ортопедии и травматологии.

Осуществляя исторические решения XX съезда КПСС, советский народ самоотверженно борется за новый мощный подъем социалистической индустрии и сельского хозяйства. В этих условиях особо почетна и ответственна задача, стоящая перед органами здравоохранения в деле дальнейшего улучшения медицинского обслуживания населения, профилактики и снижения производственного и непроизводственного травматизма.