

ВЕРА ПОМЫТКИНА

О хирургическом направлении в работе Тарской окружной больницы в 1926 году

(к 100-летию Тарской больницы)

Ещё в 2017 году, при работе над материалом для участия в Вагановских чтениях, в архивном фонде Тарского окружного отдела здравоохранения мной был найден интересный документ «Отчёт о деятельности хирургического отделения Тарской окружной больницы»¹, датированный 1926 годом. На тот момент включить в статью удалось лишь отрывочные сведения из этого отчёта.

В 2022 году Тарская центральная районная больница отмечает свой 100-летний юбилей. В связи с этим хотелось бы предложить читателю ознакомиться как с этим документом, так и лицами, написавшими его.

Из протокола № 4 заседания бюро секции здравоохранения за 1926 год: «...штат хирургического отделения: 1 врач, 2 лекаря, 1 хирургическая сиделка. Оборудование недостаточно, требуется ещё один врач и сиделки. Требуются новые кровати,



¹ ТФ ГИАОО. Ф. 62. Оп. 1. Д. 3.

постельное бельё. Нужен новый операционный стол. В данный момент имеется старый, старинной системы, самодельный...»

Заведовал отделением хирургии врач Михельсон Рудольф Рудольфович. К сожалению, полностью восстановить его жизненный и трудовой путь не получилось, но вот что удалось выяснить.

Михельсон Рудольф Рудольфович родился 12 марта 1893 года в Санкт-Петербурге. Образование – гимназия при филологическом институте. Согласно послужному списку, его карьера выглядела следующим образом:

- с ноября 1918 г. – мобилизован и назначен на должность младшего врача в Аткарский военный госпиталь;

- декабрь 1919 г. – назначен младшим врачом 18-й железнодорожной дивизии;

- июль 1920 г. – назначен на должность старшего врача того же дивизиона;

- август 1920 г. – командирован на Мурманскую железную дорогу, в амбулаторию ст. Мурманск;

- с ноября 1920 г. – разрешено совместительство по заведыванию городской заразной больницей;

- с марта 1921 г. – при переформировании дивизионов в полки назначен старшим врачом 12-го железнодорожного полка;

- с ноября 1921 г. – разрешено совместительство в Кокандской ж/д больнице;

- с августа 1922 г. – назначен постоянным членом в комиссию по борьбе с различными болезнями Ферганской области;

- 18 февраля 1923 г. уволен с военной службы и направлен Мургубздрава.

В г. Таре – Михельсон Р.Р. – хирург, в 1925–1926 гг. – заведующий городской больницей, заведующий окружной больницей, на период с 1 июля 1927 г. по 1 января 1928 г. уволен как не имеющий диплома.

В целях приближения к населению высококвалифицированной медицинской помощи, на средства лечебного фонда из г. Омска был приглашён на каникулярное время директор хирургической клиники мединститута профессор Борман Владимир

Леонидович. Он работал в г. Таре летом 1926 года в хирургическом отделении Тарской больницы в должности консультанта.

Владимир Леонидович Борман – хирург, ученик известного учёного В.И. Разумовского. Окончив в 1889 году Первую Казанскую гимназию, поступил на медицинский факультет Императорского Казанского университета (ИКУ). После получения диплома врача с 1894 года в течение трёх лет работал ординатором госпитальной хирургической клиники ИКУ. Под руководством профессора В.И. Разумовского в мае 1898 года успешно защитил диссертацию на степень доктора медицины на тему «К вопросу об иннервации предстательной железы и её отношение к testes». В 1898–1900 гг. находился в зарубежной командировке, стажировался в клиниках Швейцарии, Германии, Франции и Англии. В 1900 г. стал первым детским хирургом Казанского университета и заведующим «новой детской клиникой» Казани. В 1902 г. был избран ассистентом по детской хирургии факультетской хирургической клиники ИКУ, преподавал студентам курс хирургических заболеваний у детей. В 1904 г. В.Л. Борман переехал в Севастополь, с началом Русско-японской войны был мобилизован и направлен в г. Иркутск на должность старшего ординатора госпиталя № 213. В 1908 г. переехал в г. Благовещенск-на-Амуре, где работал в должности заведующего хирургическим отделением городской больницы, в 1911–1913 гг. – главный врач.

Владимир Леонидович оказывал бесплатную медицинскую помощь бедному населению, пропагандировал медицинские знания, участвовал в сборе средств для борьбы с туберкулёзом, был активным членом Общества врачей, неоднократно выступал с научными сообщениями и докладами на его заседаниях. В.Л. Борман одним из первых в мире выполнил костно-пластическую операцию (20.10.1910), опередив и шотландского хирурга Д. Саймона, и немецкого учёного Леви. Теперь она называется операцией Бормана-Леви. В мировой

медицинской литературе известно только четыре костно-пластические операции, и автор одной из них – Владимир Леонидович Борман. В 1914 г. Борман начал служить в Омском военном госпитале и вступил в Омское медицинское сообщество. В 1915 г. он вновь был мобилизован в армию и находился на фронте до 1917 г. В 1917 г. занял место консультанта Омского военного госпиталя и одновременно преподавал хирургию в фельдшерской школе. Участник Гражданской войны, в 1921 году был демобилизован из рядов Красной армии. Получил приглашение на кафедру хирургии в Омском медицинском университете, читал лекции по всем хирургическим дисциплинам. Опубликовал более 14 научных работ. В 1922 г. по совокупности научных трудов утверждён профессором. В 1923 г. Владимиру Леонидовичу было присвоено учёное звание профессора. Стал основателем и первым профессором кафедры госпитальной хирургии Омского государственного медицинского института (1922–1933). Наряду с этим В. Л. Борман был первым руководителем (по совместительству) кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии (1922–1931). Активно сотрудничал с омскими медицинскими журналами, неоднократно выступал на заседаниях Омского медицинского общества. После 1933 г. обосновался в г. Томске, профессор Томского университета. По неподтверждённым данным, был репрессирован, погиб в 1937 г.

Отчёт о деятельности хирургического отделения Тарской окружной больницы за период с 20/VI – 20/VIII 1926 года

Зав. отделом доктор Михельсон,
консультант проф. Борман.

Введение

В силу существовавшей заранее договоренности, что наша совместная работа начата приблизительно с конца июня с/г,

операционный материал подбирался систематически; помещались в больницу на стационарное хирургическое лечение случаи, требовавшие ответственного оперативного пособия, но наряду с этим обычная повседневная работа велась вполне нормально.

К приезду моего содокладчика проф. Бормана все койки, как в чистом, так и в гнойном отделении заполнены больными.

С первых же шагов явилась необходимость развернуть больничную лабораторию, в чём и оказали огромную помощь, и проявили недюжинную энергию студенты-производственники. Уже через неделю мы имели возможность в нашей маленькой лаборатории производить почти все необходимые и неотложные анализы: химические анализы мочи, желудочного сока, микроскопические анализы мочевых осадков, мокроты, крови, и даже некоторые бактериоскопические исследования.

Необходимо ещё раз отметить, что благодаря близкому и весьма энергичному участию в госпитальной работе студентов-практикантов, наблюдение за течением болезней, диагностика и послеоперационное лечение болезней были обставлены вполне клинически; как следствие этой постановки дела явилась научная работа, начатая совместно со студентами последнего курса с доктором Михельсоном по вопросу о лечении вялых хирургических погноительных процессов и хирургического туберкулёза йод-(неразборчиво).

Работа носила проверочно-экспериментальный характер, способа, предложенного проф. Греновым И. И. в последних числах июня с/г.

Результаты работы в кратких чертах докладывались при обходах больных, производимых под руководством проф. Бормана еженедельно по четвергам.

В процессе экспериментальной работы обнаружилось чрезвычайно благоприятное действие этого вида терапии на некоторые разновидности рака, что и заставило нас, соответственно этому, расширить тему.

За отъездом содокладчика – проф. Бормана, настоящая работа не будет заброшена, а будет проводиться в госпитальной клинической лаборатории Омского мед. института, где директором состоит наш содокладчик, а здесь на месте доктор Михельсон.

Предварительное сообщение о полученных результатах намечено сделать студентами Константиновым и Бережиным в студенческом научном кружке и в медицинском о-ве при мед. институте.

Доклад с обзором о деятельности хирургического отделения за отчётный период будет сделан в студенческом научном кружке студенткой Чугуновой.

С сожалением отмечаем, что научно-госпитальная работа носила бы более глубокий характер, если бы функционировала окружная лаборатория, что дало бы возможность производить и бактериологические исследования.

Это было бы интересно и весьма полезно в смысле модификации некоторых лечебных мероприятий при погноительных процессах.

При планировке работ было намечено проводить научные обходы два раза в неделю, в среду – для врачей, и по четвергам – для студентов, о чём те и другие были своевременно оповещены.

Вскоре же этот порядок пришлось изменить почти из-за полного абсентеизма врачей и ограничиться одним еженедельным обходом.

Цель обходов научно-практическая: во время их детализировались и разбирались как болезненные формы, так и самые методы лечения их.

Кроме всего вышеуказанного отмечаем, что ведение обоих отделений (гнойного и чистого) производилось консультативным путём, что выражалось в ежедневных совместных обходах.

Относительно постановки дела в амбулатории, считаем необходимым указать, что таковая оставляет желать многого.

Амбулатория по хирургическим болезням велась единолично доктором Михельсоном, а больные (*неразборчиво*) оставлялись

для специального осмотра профессору Борману, каковой производился два раза в неделю.

Уже один этот порядок создавал неудовлетворительную постановку дела.

Но настоящее положение явилось вынужденным, как из-за недостатка врачей и места, так и из-за полного отсутствия специального оборудования.

Перевязки производились средним персоналом под руководством ординатора.

Имея в виду за этот период времени перегрузку больницы ответственными серьёзными больными, доверить перевязки среднему персоналу можно было только благодаря его подготовленности и добросовестному отношению к делу.

Кроме своей прямой стационарной деятельности хирург[ическому] отд[елению] пришлось уделять немало времени на производство амбулаторных операций, каковые производились тоже в стационарном отделении больницы, ввиду того, что элементарно обставленной перевязочной при амбулатории не имелось. Считаем необходимым указать здесь то, что стационарная амбулаторная деятельность больницы была бы более урегулирована, если бы был налицо врач, знающий элементы малой хирургии, которому можно было бы поручить, во-первых, ведение амбулатории и ассистенцию при больших операциях. В обычное время это значительно урегулировало бы работу в стационарном хирургическом отделении и устранило бы неприятную необходимость отыскивания на каждую большую операцию ассистента из специалистов по другим отделам медицины. Говоря откровенно, это даже влияет и на само производство операции, на последующее лечение, главным образом, из-за отсутствия необходимой сработанности.

Относительно амбулаторных приёмов по специальности, главным образом, по болезням уха, горла и носа, можно желать много лучшего.

Не говоря уже о том, что страдает диагностика из-за отсутствия необходимейшего инструментария.

Само лечение было более чем недостаточно по той же причине. Исключительно этим и нужно объяснить, что больные, одержимые болезнями по вышеуказанной специальности, отправлялись в более оборудованные учреждения университетских центров.

В заключение нашего введения необходимо указать на имеющуюся ненормальность: заведывающий специально госпитальным отделением больницы временами бывает принуждён выезжать в округ для оказания специальной помощи, сплошь и рядом являющейся уже запоздалой, чем совершенно в некоторых случаях аннулируется значение выезда.

В отчётный период это видно не отражалось на работе в стационарном отделении благодаря присутствию консультанта, но не было бы и перебоев в том случае, если бы был амбулаторный хирург. Во-вторых, мы указываем, что в первых числах августа произошёл вынужденный перебой из-за отсутствия перевязочного материала, длившийся около двух недель.

II

Стационарная работа велась в следующем порядке: операции делались по понедельникам, вторникам, четвергам и пятницам. Работа начиналась в 8 часов утра. По средам и субботам производились малые операции, главным образом, амбулаторные.

Перевязка больных начиналась после операции, а иногда текущая повседневная работа затягивалась до 4–5 часов вечера. В среднем производилось не менее двух-трёх операций ежедневно.

Большие операции делались преимущественно под общим наркозом в комбинации с предварительным приёмом больными веронал-*(неразборчиво)*, что значительно уменьшало обычную дозу хлороформа. Некоторые операции, где это было возможно, проводились под местным обезболиванием.

Весьма активное участие в оперативной работе принимали студенты-практиканты. Их работа выявилась в замещении

ушедших в очередной отпуск фельдшера и фельдшерницы.

Представляем перечень произведённых операций за отчётный период.

Большие операции.

1) Брюшные:

- гинекологических – 11;

- аппендицит – 12;

- грыжи – 15;

другие – 4.

2) На грудной клетке – 2.

3) На конечностях:

- верхних – 6;

- нижних – 8.

4) На лице – 4.

5) На голове – 2.

6) На мочевом пузыре – 1.

7) На почке – 1.

8) На шее – 2.

Итого – 68.

Малые.

1)Abortов мед. – 13.

2) На брюшной стенке – 6.

3) На конечностях:

верхних – 19;

нижних – 14.

4) Глазных:

- на глазном яблоке – 9;

- на веках – 7.

5) На лице – 7.

Итого – 73.

Всего за отчётный период была сделана 141 операция.

Израсходовано: мягкой марли – 424 метра; ваты гигроскопической 10 км; хлороформу – 2,720; эфиру – 4,300; спирту ректификован. – 1,500; спирту денатурирован. – 20 000.

Особенной характеристики перечень приведенных операций не требует, но мы вправе указать: 1) на интенсивность работы; 2) на избранный подбор оперативного материала, среди которого преобладающим элементом являются наиболее трудные и ответственные в техническом отношении операции. Преобладающим элементом, как видно из приведённого перечня, являются брюшные операции. К сожалению, нужно

отметить, что оперативная помощь оказывалась, главным образом, говоря специальным языком, исключительно хирургическим больным. Совершенно не было операций под больными из пограничных областей, что объясняется недостаточной увязкой госпитального дела в целом, говоря конкретнее, недостаточности или полным отсутствием лабораторного исследования патологического материала и отсутствием повсюду теперь принятых физических способов обследования (рентгена).

При наличии указанного оперативная помощь, несомненно, захватила бы значительные области внутренностей и нервной медицины.

Это же нужно сказать и относительно активного (операционного) лечения при болезнях уха, горла и носа.

Для иллюстрации ещё недостаточной оборудованности хирургического отделения, укажем, например, на невозможность оперировать так называемых больных с частичной эпилепсией (такие больные могли бы встретиться). Отказываться пришлось бы им исключительно из-за отсутствия аппарата, при помощи коего определяются подлежащие удалению мозговые центры.

Для пояснения той обстановки, при которой приходилось делать черепные операции, укажем, что при общей эпилепсии (падучей) пришлось прибегать к старому способу – работы долотом и молотком, что является полнейшим для настоящего времени анахронизмом.

Опируют теперь исключительно или с помощью специальных инструментов, приводимых в действие рукой, или, ещё лучше, электрическим током.

Общий процент смертности при контингенте тяжёлых и ответственных больных равен 2 %.

Настоящее считаем обязанными приписать добросовестной подготовке больных к операции и полной выдержке всех принципов асептики и последующего за оперировавшими со стороны помогающего среднего персонала ухода.

В заключение нашего доклада выскажем некоторые пожелания и соображения.

Ввиду того, что исключительное значение имеет правильная постановка лабораторного дела для правильной диагностики и контроля лечения, для больничной лаборатории требуется следующее дооборудование: серия реактивов, хороший микроскоп, микротом с замораживателем.

Во-вторых, необходимо иметь отдельную амбулаторию, хорошо оборудованную, состоящую из приёмной (ожидальни и регистрационной), перевязочной, она же смотровая, отдельной операционной. Удобно было бы иметь отдельный кабинет хотя бы при общей перевязочной, для специального приёма по болезням уха, горла и носа. Сюда же должны быть присоединены кабинеты следующих родственных специальностей: по урологии, гинекологии и глазным болезням.

В-третьих, считаем необходимым иметь второго врача хирурга, дабы иметь возможность урегулировать работу в стационарном отделении и амбулатории на случай выезда кого-либо из них в служебные командировки.

В-четвёртых, желательно оборудовать приёмы по болезням: уха, горла и носа (потребность таковых огромна), доверив его специалисту по этой отрасли или же хирургу, получившему специальную подготовку.

В-пятых, считаем необходимым приобретение аппаратов и инструментария для черепных операций, а также инструментария для диагностики и лечения болезней мочеполовой системы.

Для улучшения распознавания болезней на внутренних органах, костной системы, той же мочеполовой и проч. необходима рентгеновская установка под руководством врача-специалиста.

При площади округа приблизительно 66 000 кв. вёрст и при средней плотности населения в 64 человека на кв. версту, с колебанием с 1,7 до 9,4 человека на кв. версту, имеется всего лишь один центр, где есть

возможность получить квалифицированную хирургическую помощь.

В наиболее населённых местностях специальная медицинская помощь совершенно отсутствует, а санитарное лечение не удовлетворяет население, главным образом, из-за отсутствия квалифицированного персонала.

В местностях с наименьшей плотностью населения выступают на сцену, ещё кроме указанного, плохие пути сообщения.

Тара, как наиболее оборудованный медицинский центр, не в состоянии из-за своей малой пропускной способности удовлетворить нуждающихся в хирургической помощи.

На этом основании у нас родилась мысль предложить следующее: учитывая географические условия и малую способность населения к передвижению, приблизить к нему специальную помощь высокой квалификации.

Это возможно сделать только в летний период, имея в виду распределение жизни высшей школы.

Свободный период для высшей школы – летние каникулы, в продолжение двух с половиной месяцев врачи-клиницисты свободны и могут при известных условиях отдать свой труд деревне. Имея в виду их работу, в частности, в Тарском округе, нужно считаться, главным образом, с распределением больниц, количеством стационарных мест.

Организация таковой помощи должна носить экскурсивный характер с прикреплением двух отрядов на периферии и одного в центре, в Таре, с распределительной административно-лечебной функцией.

Нам представляется в общих чертах вся эта организация в следующем виде. В Таре, как уже было сказано раньше, центр административно-лечебный, во главе с профессором, причём консультативная часть падает на профессора, административная – на заведующего специальным отделением.

В одной из больниц периферии, как вполне аккредитованный специалист, работает один из ассистентов клиники, местный врач и специалист по одной из мелких отраслей, скажем, отиатр.

В другой больнице – другой ассистент, местный врач и специалист по другой отрасли, скажем, глазник. Относительно глазника представляться нам удобней будет, а так же и отиатра, их через известный период времени обменивать местами, поставив предварительно в известность РИКи².

Такое распределение при наличности 3-х врачей в каждом пункте даст возможность производить любую, даже самую серьёзную хирургическую операцию.

Несомненно, всё это потребует некоторых затрат на оплату труда медицинскому персоналу, на покупку перевязочного материала и проч.

Но зато это же разрядит напряжённость работы в зимнее время в Тарском хирургическом отделении, что значительно уменьшит кажущуюся на первый взгляд значительность затраты, не говоря уже о моральном значении, которое неоценимо.

*Подпись:
31/VIII 26 г., г. Тара
Консультант Тарск. окр. б-цы
профессор В. Л. Борман.*

² Районный исполнительный комитет.