

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

Х.К.

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

АН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА И ОБКОМА СОЮЗА МСТ

№ 1-2

СВЕРДЛОВСК

1928

ОКТЯБРЬ

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Отв. ред. И. С. БЕЛОСТОЦКИЙ

№ 1

ОКТАБРЬ 1928 ГОДА

ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ

ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1928

КО ВСЕМ ВРАЧАМ И ДРУГИМ РАБОТНИКАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

Осуществилось общее желание работников здравоохранения области, неоднократно высказывавшееся ими на областных и окружных здравоотдельских, профессиональных и научных съездах, совещаниях и конференциях—с 1928 г. они имеют собственный печатный периодический орган—«Уральский Медицинский Журнал». В настоящее время уже обеспечено активное участие в журнале квалифицированных врачей-специалистов, профессоров и преподавателей медицинского факультета Пермского Государственного Университета и работников различных учреждений Здраводелов Уральской области.

Но этого, конечно, еще недостаточно. Опираясь на создавшиеся в округах новые научные объединения врачей—научные ассоциации врачей при союзе МСТ, издатели журнала и редакционная коллегия его надеются, что новый журнал встретит горячую поддержку широких врачебных и вообще медицинских кругов города и деревни. Только их активное участие в жизни молодого журнала, их товарищеская критика, их материалы о своей работе, о ее затруднениях и перспективах помогут журналу стать желанной книжкой на рабочем столе врача и всякого другого работника здравоохранения, стать насущно необходимым, практически разрешающим основные вопросы врачебной здравоохраненческой работы в области, удовлетворяющим назревшую потребность уральского врача в изучении местных условий медицинского труда и основных факторов социальной патологии заболеваемости уральского населения.

Основная установка журнала:

1. Активировать научную и научно-практическую мысль уральских врачей, дать выход в медицинскую литературу широким врачебным кругам, год за годом накапливающим крупнейший практический опыт работы в толще населения Уралобласти с его характерными особенностями обстановки быта и труда; содействовать широкому обмену клиническим и организационным опытом врачей области.

2. На основе социально-гигиенического изучения особенностей Уральской области содействовать организационно и методически правильному развертыванию строительства здравоохранения области; проверить руководство здравоотдельских аппаратов на живом конкретном опыте мест, сов-

местно со всем активом уральского здравоохранения искать и проверять практические пути оздоровления быта и труда населения области.

3. Освещать условия труда и быта врачей и других категорий медработников, поставив основной своей задачей на основе материалов с мест урегулирование ряда важнейших вопросов по пути обеспечения нормальной обстановки профессионального труда медицинских работников.

4. Содействовать перестройке врачебного мировоззрения на основе диалектически-материалистического мышления, применяя диалектический метод в освещении основных современных проблем биологии, медицины и практики здравоохранения.

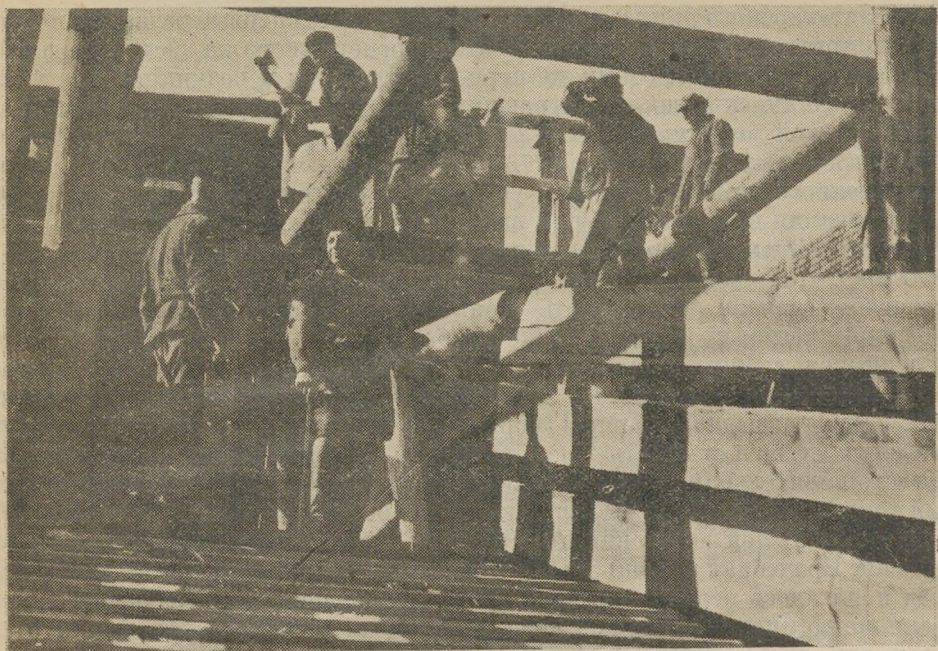
5. Приобщить к активному участию в строительстве здравоохранения, к обсуждению основных вопросов оздоровления труда и быта населения области широкие круги низовых практических работников здравоохранения и общественного актива населения—членов секций здравоохранения горсоветов, комиссий оздоровления труда и быта, советов соц. пом. и друг. общ. организаций.

Редакционная коллегия и издатели журнала в праве рассчитывать, что основные задачи, поставленные перед журналом, близки и понятны каждому работнику здравоохранения области. Они надеются, что этот журнал действительно сумеет помочь своим будущим читателям в их практической повседневной работе. Тесная связь журнала со своим читателем, сотрудником-корреспондентом—основное, что обеспечивает его успех, и издатели журнала вместе с редакционной коллегией ждут образования вокруг журнала постоянного кадра сотрудников и корреспондентов.

Журналу нужны не только оригинальные статьи, вполне законченные научные и научно-практические исследования и обобщения. Журнал хочет отразить практическую деятельность работника уральского здравоохранения, так, как она есть, со всеми трудностями ее, со скромными иногда, быть может, попытками вложить нечто новое, нечто свое в общее дело здравоохранения. Поэтому всякая корреспонденция с мест, кем бы ни была она написана,—врачем, фельдшером, сестрой, рабкором, найдет отражение на страницах журнала. Чем шире будет круг этих корреспондентов, тем легче для журнала осуществлять намеченную им программу.

Каждый медработник может и должен помочь широкому распространению журнала. Издатели со своей стороны сделали все, чтобы начать это новое большое дело. Дело широких кругов уральской медицинской общественности помочь укреплению и развитию его.

Областной Отд. Здравоохранения. Обл. Комитет Союза МСТ.



Рабочие на постройке Физиотерапевтического Института. Свердловск, 1928 г.

К ДЕСЯТИЛЕТИЮ СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

В. И. ВЕЛИЧКИН.

Чрезвычайно медленно и с большим трудом совершало у нас свой исторический путь медицинское дело. До XV века народы, населявшие территорию нынешнего Советского Союза, не только не имели никакой медицинской организации, но не имели и врачей, если не считать отдельных иностранных гастролеров, случайно посещавших нашу страну. Это был период народной медицины, период знахарства, колдовства и суеверий. Первые постоянные (западно-европейские) врачи появились лишь в XV веке после возникновения Московского государства. В XVI веке (1534 г.) вышла у нас первая лечебная книга: «Благопрохладный ветроград», а в XVII веке была основана первая аптека (Москва, 1602 г.), возникло первое учреждение больничного типа—приемный покой для раненых при Троице-Сергиевском монастыре в 1612 году и была создана первая государственная медицинская организация, так называемый «аптекарский приказ» (Москва, 1620 г.). Этот период может быть назван периодом придворной медицины, так как аптекарский приказ был занят заботой о лечении исключительно царского двора. Об обслуживании медицинской помощью народных масс государство даже и не поднимало вопроса. Со времен Петра I, учредившего

вместо аптекарского приказа архиятерство (1716 г.), впервые делаются попытки расширить круг медицинских забот с царского двора на часть городского населения и войско. К этому же периоду относится и возникновение у нас первых медицинских школ, сыгравших громадную роль в дальнейшем развитии русской медицины*). В 1725 году вместо архиятерства организуется медицинская канцелярия, а в 1775 году возникают по губерниям приказы общественного призрения для устройства местных лечебных заведений и заведывавия ими, а в 1797 г. и врачебные управы. Результат работы этих исключительных по своему бюрократизму учреждений виден из того, что к 1870 году, т. е. после почти столетней работы, когда приказы общественного призрения сдавали земству сеть своих учреждений, сеть эта по 34 земским губерниям состояла всего лишь из 351 больницы с 11.309 койками, и то числившимися, главным образом, на бумаге, при чем качество этих больниц было настолько скверно, что население всячески избегало пользоваться ими. «Народ называл больницы «морилками» и шел туда только в самых крайних случаях, шел «умирать»**). К тому же за лечение в этих больницах взималась значительная по тому времени плата. В результате всего этого главный контингент больных составляли нижние воинские чины и арестанты **), широкие же слои населения до 1870 года не имели никакой стационарной помощи. Врачебная помощь им тоже была мало-доступна, так как на каждый уезд полагалось всего лишь по 2 врача (1 городской и 1 уездный), фактически же во многих случаях 1 врач обслуживал несколько уездов. Так было в городах, а в сельских местностях, где медицинским делом ведало ведомство государственных имуществ и уделов, было еще хуже. Врачей и коек там не было вовсе, и вся многомиллионная масса крестьянства обслуживалась девятыстами фельдшерских пунктов. Врач же, если и появлялся народу, то в образе грозного чиновника, приезжающего то на вскрытие мертвых тел и установление виновных, то на искоренение болезней с помощью кар и взысканий. Таков был приказный период русской медицины. Ни о каких санитарных и профилактических мероприятиях, разумеется, не было и помину.

В следующий—земский—период, продолжавшийся около 50 лет, русская медицина сделала значительный шаг вперед по пути своего развития, что стояло в прямой связи с общим ростом капиталистического развития страны. Земский период характеризуется проникновением впервые медицинской помощи в русскую деревню, первыми робкими шагами в области предупреждения заболеваний, некоторым количественным и качественным ростом медицинской помощи и в городах. В этот же период, вместе с ростом рабочего движения, начала расти и лечебная помощь рабочим.

И, наконец, с Октябрьской революции 1917 года начинается советский период развития нашей медицины. Тотчас же после революции в бывших врачебных департаментах отдельных ведомств были выделены коллегии и в целях координирования их работы организован совет этих врачебных коллегий, а в июле 1918 года был организован полномочный Комиссариат Народного Здравоохранения, и к этому сроку обычно приурочивается формальное начало советской медицины. Со всею решительностью, отчетливостью и широтой, столь характерными для Октябрьской революции, ставит

*) Л. Я. Скороходов—«Краткий очерк истории русской медицины», Ленинград, 1926 г.

**) В. Я. Канель—«Общественная медицина в связи с условиями жизни народа».

***) Е. А. Осипов, И. В. Попов и Н. И. Куркин—«Русская земская медицина», М. 1899 г.

молодой Комиссариат задачи в области народного здравоохранения. Революция, совершенная самими трудящимися для блага трудящихся, естественно, выдвинула основным положением для развития всего дела здравоохранения оздоровление всего трудового коллектива с целевою установкой на строительство социализма. А отсюда—организационное единство, участие самих трудящихся в деле здравоохранения, проведение в первую очередь широких санитарных и оздоровительных мероприятий, общедоступность, квалификация и бесплатность лечебной помощи трудящемуся населению, профилактический уклон в лечебном деле и реформа медицинской школы, санитарное просвещение—словом, те основные принципы, которые резко отличают советскую медицину от всех предшествовавших периодов развития русской медицины и медицины других стран.

Отмечая в текущем году первое десятилетие советской медицины, мы менее всего преследуем чисто юбилейные цели. Наша задача усилить внимание советской общественности к вопросам здравоохранения в целях еще большего привлечения трудящихся на этот участок работы по социалистическому строительству. Мы так же должны подвести итоги десятилетней работы в области здравоохранения, отметить достижения, выявить допущенные ошибки и на основе изучения десятилетнего опыта наметить пути дальнейшего развития. Чем больше мы будем изучать прошлое, тем меньше ошибок мы сделаем в будущем.

Группа ответственных работников первого состава Екатеринбургского Губздрави (19 июня 1920 года).



Сидят (слева направо): т. Чернавин, С. Н.—зав. курортн. делом; т. Гаврилов, К. П.—зав. лечебн. п'отд. и зам. завед. Губздравом; т. Белостоцкий, И. С.—завед. Губздравом; т. Иванов, Н. И.—зав. санит.-эпидемич. п'отдел. Стоят (слева направо): т. Бабилов, М. Н.—зав. фармацевтич. п'отдел.; т. Бялик—инструктор леч. п'отд.; т. Подсосов, Н. В.—секретарь отдела, т. Эпштейн—завед. санпросвет. п'отделом.

В нашем распоряжении нет цифр, характеризующих развитие медико-санитарного дела за земский период и полные 10 лет советского здравоохранения по всему Союзу, поэтому мы ограничимся данными местного значения, а именно: возьмем территорию бывшей Пермской губ. и посмотрим, как шло развитие дела здравоохранения по данной территории в земский и советский периоды. При этом надо иметь в виду, что советский период на Урале начался несколько позже, чем в центральной части Союза. Нашей исходной датой должно быть 20-е августа 1919 года, время организации Екатеринбургского Губздравотдела, а потому мы будем подводить наши местные итоги за советский период не за 10, а за 9 лет (1919—1928 г.).

Приводимые ниже цифры взяты нами за земский период—по данным изданий Санитарного Бюро Пермского губ. земства, а за советский период—по данным зав. Статбюро Облздрава д-ра И.К. Курдова, при чем сеть советских лечебно-санитарных учреждений взята по состоянию на 1-IV 1928 г., а их деятельность на 1-I 1928 г., т. е. за 1927 год.

Рост сети лечебных учреждений на территории бывшей Пермской губернии виден на следующей таблице.

С е т ь	Г о д ы		
	1870	1913	1928
Колич. врачебных участков	38	148	184
» фельдшерских пунктов	86	270	296
» больниц (без мест закл. и психиатр.)	45	130	171*)
» коек в них	1160	4162	6759**)
» пункт. первичн. пом. на предпр.	—	—	31
» пункт пом. на дому	—	—	18
» станций скорой помощи	—	—	11
» психо-неврол. диспан.	—	—	1

Эта таблица позволяет нам сделать ряд выводов. Первый вывод, это—абсолютный рост лечебной сети за советский период медицины по сравнению с земским. Мы имеем увеличение в 1928 году по сравнению с 1913 годом: количества врачебных участков на 36, фельдшерских пунктов на 26, больниц на 41 и коек на 2597. Второй вывод, это—значительно более быстрый темп развития лечебного дела за период 9 лет революции (с 1919 по 1928 г.) по сравнению с 43-летним земским периодом (с 1870 по 1913 год). Так, количество врачебных участков за весь земский период возросло на 110, т. е. в среднем оно увеличилось на 2,6 в год, а за советский период—на 4 в год, количество больниц соответственно на 2 и 4,5, количество коек на 69 и 288 в год. Исключение составляет темп развития фельдшерских пунктов, равный 4 в год для земского периода и 2,6 для советского, но это указывает на третий вывод

*) В это число больниц на 1928 год не вошли 14 больниц с количеством коек от 1 до 9.

**) В это число коек на 1928 год не вошли 27 коек в мелких больницах с 1 до 9 коек.

—о более высоком качественном развитии советской лечебной сети по сравнению с дореволюционной. О качественном улучшении лечебной сети говорят также и следующие данные приведенной таблицы: в 1913 г. отношение врачебных участков к фельдшерским пунктам было равно: 1:1,8, а в 1928 г. 1:1,6; среднее количество коек на 1 больницу в 1913 году было равно 32, а в 1928 году—40. О том же свидетельствуют и учреждения нового типа, указанные в таблице: пункты первой помощи на предприятиях и др.

Однако, одни абсолютные показатели роста сети еще недостаточны для окончательных выводов. Необходимо вывести относительные показатели степени обеспечения лечебной помощью населения. Принимая количество населения Пермской губ. на 1-I 1913 г. равным 3.826.328 чел., а на 1-I 28 г. (на территории б. Пермской губ.) 4.024.541, получим следующие относительные показатели:

Г о д ы	Показатели	Количество жителей на:			
		1 лечеб- ный участок	1 фельд- шерский пункт	1 боль- ницу	1 больнич- ную койку
1913 год		25854	14171	29433	919
1928 »		21872	13596	23477	625

Из этой таблицы мы видим, что решительно все показатели обеспечения населения лечебной помощью значительно благоприятнее за 1928 г., чем за 1913. При этом надо еще учесть то обстоятельство, что часть лечебных функций выполняется несуществовавшими ранее, а теперь имеющимися, учреждениями, относимыми нами к группе профилактических: туберкулезные и венерологические диспансеры, туберкулезные санатории и др. Мы также сейчас располагаем для бесплатного лечения трудящихся значительным количеством курортных коек как на Урале, так и на юге Республики. Все это, несомненно, еще больше дает преимуществ советской лечебной сети в смысле количественном перед земским периодом. То же—в и качественном отношении, за что вами уже обращалось внимание. К этому можно еще добавить ряд существенных моментов, а именно: специализация амбулаторного приема и стационарного лечения несомненно сделала большой шаг вперед, благодаря чему повысилась квалификация медпомощи, чему способствовало также проведенное за последние годы оборудование лечучреждений соответствующей аппаратурой и приборами. Достаточно указать, что в настоящее время по области имеется 29 рентгеноустановок, в то время, как в 1913 г. их было 3. Проводится рентгенотерапия, открыт раковый пункт, люмпозорий, нервная лечебница. Закачивается постройкой в г. Свердловске новый лечебный гигант—Институт физических методов лечения. Широко развернулась зубная помощь, количество зубных врачей, оказывающих бесплатную помощь населению на территории б. Пермской губ., равно 103, в то время, как в 1913 г. их было 2—3, развивается зубопротезирование и т. д. и т. п. В соответствии с расширением сети лечебных учреждений и тем самым приближением ее к населению, а также в силу повышения культурных запросов у населения, мы имеем значительное увеличение первичной

обращаемости населения за лечебной помощью. Так, в 1913 году процент всех первичных больных к населению был равен 73,1, а в 1927 году—120,5.

Все это показывает, насколько значительны наши успехи в лечебном деле по сравнению с дореволюционным периодом. Что же касается санитарно-профилактического дела, то здесь, собственно говоря, и сравнивать-то не с чем. Правда, везде и всюду мы говорим и слышим, что лечебная помощь у нас недостаточна, а о профилактической и говорить нечего, она во много раз отстает и от наших принципов, и от наших потребностей. Это верно постольку, поскольку мы исходим из принципов и потребностей, но так как исходить только из них нельзя, а надо всегда смотреть в исторический «корень вещей», то с этой, единственно правильной, точки зрения достижения наши—огромны. Чтобы убедиться в этом, стоит только посмотреть на следующий перечень.

В 1928 году на территории бывшей Пермской губ. мы имеем следующие профилактические учреждения: консультации для детей 76, консультации для беременных 79, женские юридические консультации—11, постоянные детские ясли—40 (с 1.085 коек в них), дома матери и ребенка 7, дома ребенка 2, вендиспансеры 14, венотряды и венпункты 8, тубдиспансеры 11 (при них: 6 диагностических отделений, 3 дневные детсанатории, 7 ночных санаторий для взрослых, 3 диететических столовых), санатории 3 (со 194 койками), ночные и дневные санатории 8 (с 94 койками), люпозорий 1 (с 20 койками), бакинституты 2, санитарно-бактериологические лаборатории 9, малярийные станции 2, учреждения по изучению профзаболеваемости 5, дома санпросвета 5, постоянные выставки 45, детпрофамбулатории 12, санплощадки для детей 7, стационарные учреждения для физически слабых детей 3 (на 110 детей), санаторные лагеря для пионеров 2, санаторные колонии для рабочих подростков 3 (на 165 детей), учреждения для детей с невропсихическими аномалиями 1 (50 к.), детские дома-изоляторы 5 (на 245 детей) и, наконец, в 1928 году функционировало 182 детских летних яслей (на 3.650 детей). Этому длинному ряду учреждений по данным за 1913 год мы можем противопоставить лишь бакинститут 1 и 16 летних яслей. Комментарии здесь излишни.

Наконец, приведем еще одно сравнение в степени обслуживания населения квалифицированным медперсоналом. Мы все сейчас жалуемся (вполне законно) на острую нужду в квалифицированном медперсонале. Следующая таблица показывает, как обстоит дело с этим вопросом у нас в 1928 году (на 1-IV) в пределах территории бывшей Пермской губ. и как было на той же территории в 1913 году.

Г о д ы	В р а ч е й			Фельдшер-акушерок	Акушерок	Фельдшеров
	Медперсонал	Лечащих	Сани-тарн.			
1913 г.		173	21	—	123	118
1928 г.		587	55	182	110	409

Количество жителей на 1 лечащего врача в 1913 году было 22.117 чел., а в 1928 году 6.856 чел. Если же взять всех врачей (кроме зубных), то разница получится еще большая: в 1913 году приходилось населения на 1

врача 19.723 чел., а в 1928 году 4.884 чел. На 1 акушерку было жителей: в 1913 году 32.417 чел., а в 1928 году 9.839 чел.

В связи с ростом сети и персонала, значительно возросло количество родовспоможений. Так, за 1913 год было оказано родовспоможений 21.510, что составляло на каждые 100 родов 11 родовспоможений, а в 1927 году (по данным 6 округов: Пермского, Свердловского, Верх-Камского, Кунгурского, Шадринского и Тагильского)—уже 50.999, что на каждые сто родов дает 30 родовспоможений.

Значительное развитие получило также и оспопрививание. Так, за 1913 год было произведено вакцинаций и ревакцинаций всего 170.850, а за 1927 год (по 7 округам)—655.299.

Общее количество амбулаторных посещений с 5.359.340 в 1913 году возросло (по 7 округам) до 9.313.263 в 1927 г., не считая посещений в учреждениях профилактического типа. Количество больных, пользовавшихся коечным лечением в больницах, возросло с 93.044 в 1913 г. до 184.572 в 1927 г. по 7 округам).

Теперь интересно остановиться на вопросе, имеется ли какой-либо санитарный эффект от всех тех мероприятий, какие проводятся советской властью в области здравоохранения.

Прежде, чем ответить на этот вопрос, мы должны учесть, что население пережило длительный период жёсточайших (с 1914 по 1921 год) экономических и биологических потрясений, в связи с империалистической и гражданской войнами, период резкого падения рождаемости, повышения смертности (местами превышавшей рождаемость) и сильнеешего развития заболеваемости, особенно остро-заразными болезнями (паразитарные тифы, дизентерия, «испанка» и проч.), так что между 1913 и 1927 г. не было сколько-нибудь спокойной кривой основных показателей санитарного благополучия населения, а, наоборот, кривая указанных лет претерпела бурные изломы и скачки в полном соответствии с санитарной катастрофой указанного периода.

Кроме того, необходимо учесть, что большинство отмеченных выше мероприятий по здравоохранению получили свое развитие, главным образом, за последние 4—5 лет, и естественно предположить, что они не могли еще дать должного санитарного эффекта к 1927 году.

Несмотря на это, основные санитарные показатели 1927 г. все же благоприятнее соответствующих показателей 1913 года. Так, мы имеем (в промилльных показателях):

Г о д ы	Рождае- мость	Смертность	Естествен. прирост
1913 г.	45,7	36,0	9,7
1927 г.	43,1	28,8	14,3

Снижение смертности на 7,2 и повышение естественного прироста населения на 4,6—это уже определенная победа на фронте санитарной культуры. О том же говорит и другой показатель санитарного состояния—заболеваемость заразными болезнями.

К-эффекты заразной заболеваемости в Пермской губернии (средние за 1901—1910 г. и за 1913 г.) и Уралобласти (за 1923 и 1926 годы) на 10.000 населения.

Инфекции	Г о д ы	1901-1910	1913	1923	1926
Брюшной тиф		26,4	39	10	8
Сыпной тиф		5,5	16	55	4
Возвратный тиф		6,4*)	4	82	2
Неопредел. »		2,5	4	12	5
Натуральная оспа		7,3	13	5	4
К о р ь		12,7	25	св. п.	30
Скарлатина		19,2	50	2	25
Дифтерия		9,7	20	2	4
Дизентерия		22,1	65	25	16

Этот санитарный эффект надо отнести за счет всех тех изменений в социально-правовой, экономической и культурной жизни трудящихся, какие произошли за годы революции, по сравнению с дореволюционным периодом.

Однако, констатируя значительные достижения советской медицины и уже имеющийся санитарный эффект от всех мероприятий советской власти, мы ни в какой мере не должны складывать своих рук на груди, с умилением созерцая содеянное. Оттолкнув свой корабль от берегов капитализма, рабочий класс не плывет, куда глаза глядят. У него есть определенная цель—достигнуть другого берега—социализма. Поэтому, строя новую жизнь, мы должны не только оглядываться назад и проверять нашу работу старыми измерителями, но и смотреть вперед, стремясь к возможному совершенству в условиях современных достижений науки и техники. Поэтому сознание наших достижений по сравнению с довоенным временем отнюдь не должно затормаживать темпа дальнейшего социалистического строительства вообще и дела здравоохранения, в частности.

Смертность понизилась, но она еще чрезвычайно велика даже по сравнению с уже достигнутыми в настоящее время результатами в некоторых европейских странах, по отдельным городам которых в 1927 году она составляла 8,2:1000, или нашей советской столицей—Москвой, где смертность в 1927 году была равна 14:1000. А у нас на Урале—28,8! То же надо сказать и о детской смертности, то же и об общей и заразной заболеваемости (особенно паразитарными тифами и натуральной оспой), то же о благоустройстве населенных мест, об оздоровлении труда и быта рабочих и крестьянских масс, тоже о медицинской помощи. А отсюда наш юбилейный смотр должен явиться новым стимулом к усилению творческой работы по дальнейшему строительству советской медицины.

*) Высокая средняя объясняется высоким показателем за 1910 г.—55:10000.

В процессе смста мы провели параллель между земским и советским периодами развития медицины в нашей стране. При этом мы под земским периодом понимаем не земскую медицину, как таковую, а все здравоохранение (т. е. включая городскую и фабричную медицину) за период существования земства. Советская медицина наибольшие результаты дала пока в городах и рабочих районах, что вполне естественно при пролетарской классовой сущности советской власти. Мы знаем, что городская медицина в земский период влячила жалкое существование.

Так, по Л. Я. Скороходову («История русской медицины») в начале настоящего столетия городские больницы имелись лишь в 12,4 проц. всех городов Европейской России, причем санитарное состояние наших городов также стояло на очень низком уровне: водопровод имели 20% городов, а канализация была всего в 13 городах. В настоящее же время сеть лечебно-санитарных учреждений наших городов возросла во много раз, и вопросы их санитарного благоустройства являются одною из актуальнейших задач как органов здравоохранения, так и коммунального хозяйства, при чем уже имеется целый ряд осуществленных мероприятий в области планировки, водоснабжения, жилищного строительства и др. В этом деле решающую роль должна сыграть советская общественность (секции здравоохранения, комиссии по оздоровлению труда и быта), тогда как в старое время заниматься этими вопросами было некому: городские управы являлись представителями интересов малокультурного и антиобщественного купечества, а городские врачи, за редким исключением, уделяли все свои силы и время частной практике.

Медицинская помощь рабочим имеет свою длинную историю. В 1866 г. под влиянием ожидания холерной эпидемии комитетом министров было принято постановление о лечебной помощи фабрично-заводским рабочим. Однако, постановление это реальное значение имело очень небольшое, так как никакого надзора за его выполнением не было, к тому же само постановление было опубликовано лишь 20 лет спустя. Находясь в зависимости от личного усмотрения предпринимателя, медицинская помощь рабочим, естественно, находилась в самом жалком состоянии. Л. Я. Скороходов в своей книге «Краткий очерк истории русской медицины» (Изд. «Практическая Медицина», Ленинград, 1926 г., стр. 212) пишет:

«Так мы видим, что на фабриках собственной больницей пользовалась меньшая половина всех рабочих. Остальная же половина принуждена была удовлетворяться приемными покоями, амбулаториями, земскими и городскими лечебными учреждениями или же просто оставалась без всякой помощи. На мелких фабриках были очень распространены фиктивные больницы. Чтобы выполнить формально требования закона, фабричная администрация отводила где-нибудь небольшое помещение, ставила там несколько коек, покрывала их одеялами, расставляла кой-какую мебель и затем вешала вывеску: «Фабричная больница». Если же заглядывали в больничный журнал, то оказывалось, что в больнице по целым годам не бывало ни одного больного. В других случаях нередко практиковался обычай заключать соглашения с ближайшими земскими и вольнопрактикующими врачами, которые за минимальное вознаграждение брали на себя обязанность «числиться» врачами этих заведений, изредка туда заглядывая. Некоторые врачи имели на своем попечении целый десяток подобных фабрик и физически не были в состоянии принимать больных согласно вывешенным на фабриках расписаниям. Так обстояло дело на фабриках, подчиненных надзору фабричной инспекции. Вся же остальная масса пролетариата не пользовалась в от-

ношении медицинской помощи никакими преимуществами сравнительно со всем населением страны».

Под влиянием роста революционного рабочего движения царское правительство издало еще несколько законов (1882 г.—об охране детского труда и о создании института фабричной инспекции; 1886 г.—о регулировании правовых взаимоотношений предпринимателей с рабочими; 1903 г.—об ответственности предпринимателей за несчастные случаи с рабочими и, наконец, 1912 г.—об обязательном страховании рабочих). Однако, все эти законы практически принесли очень мало пользы в смысле улучшения медпомощи рабочим и являлись уступкой рабочему классу, главным образом, в целях его обмана. И даже после свержения царизма рабочий класс не получил прямого ответа на свои требования об организации медпомощи: временное правительство своими половинчатыми законами (например, от 25-VII—1917 г.) не могло, разумеется, удовлетворить этих требований рабочих, прямой и исчерпывающий ответ на которые был дан лишь после Октябрьской революции советским правительством. И за десять лет мы имеем поразительные результаты в деле охраны здоровья рабочих. Лучшее в мире социальное страхование и законодательство по санитарной охране труда, а равно и широкое развитие дела медицинской помощи застрахованным,—все это получил рабочий класс в результате своего освобождения из-под ига капитализма. Мы далеки еще от полного осуществления задач, поставленных революцией в деле медпомощи застрахованным. Однако, с полным правом мы можем заявить и о больших наших достижениях в этом деле.

Что касается земской медицины, как таковой, то мы должны сказать следующее:

Историки земской медицины называют земский период развития русской медицины государственно-общественным периодом. Нам кажется, что и период советской медицины может быть назван так же. Но... не только в совершенно-обратном земском толковании. При земстве государство было буржуазно-помещичье, при советах—рабочее. При земстве общественность была буржуазно-помещичья, при советах—рабоче-крестьянская. Этим и определяется вся та громадная принципиальная и практическая разница между земской и советской медициной, которую не все до сих пор ясно себе представляют и сейчас еще иногда у отдельных врачей вырываются вздохи по земской медицине и заявления вроде того, что, мол, по сравнению с земской медициной советская медицина дала мало нового. Тогда как всякому мыслящему человеку понятно, что «забота» буржуа об охране здоровья рабочих или помещика об охране здоровья крестьян—это одно дело, а забота рабочего класса о здоровье всех трудящихся—это совсем другое дело. Так что хотя и там и здесь медицина—государственная, однако, государства (как орудие классового господства, а только так мы и должны понимать государство) не только различные, но и диаметрально противоположные.

Далее, иногда говорят теперь о том, что, если земская медицина не сумела многого добиться, то исключительно в силу объективных неблагоприятных условий царского режима, а что принципиальные установки ее были чуть ли не идеальны. Не отрицая значительной доли истины по части тормозивших развитие объективных условий, мы ни в коем случае не имеем оснований идеализировать основные принципы земской медицины. Так, если мы посмотрим на исходный пункт забот земской общественности в медицинском деле, то увидим следующее: «... крестьянин-земледелец продолжает оставаться самым главным, коренным производителем страны. А потому весьма понятно, что священной обязанностью образованного общества должны

быть заботы о посильном удовлетворении очень скромных его жизненных потребностей, о доставлении ему хотя самых примитивных благ культуры, о его просвещении и здоровье» (Е. Осипов: предисловие к книге: «Русская земская медицина», Москва, 1899 г.)

Мы не говорим о том, что главная ставка была взята на крестьянина—это понятно для земства; но посмотрите, какая непрочная база («священная обязанность образованного общества») и какие скромные требования («посильное удовлетворение очень скромных его жизненных потребностей, о доставлении ему хотя самых примитивных благ культуры»...). Сопоставьте это с советской установкой на нормальный врачебный участок на селе со специальными видами медпомощи, с громадными профилактическими и санитарными задачами, с крестьянскими санаториями и курортами, со ставкой на самодеятельность населения, с задачей не удовлетворения «скромных потребностей», а максимального поднятия культурного уровня крестьянина, т. е. максимального повышения этих требований и их полного удовлетворения.

Тот же автор (Е. Осипов) приводит две черты, наиболее характерные для земской медицины, это: 1) бесплатность лечения и 2) тесная родственная связь между лечебной и санитарной медициной. В части связи лечебного дела с санитарным земская медицина явилась у нас пионером и дала отдельные образцы такого сочетания, но в практическом отношении сколько-нибудь широкого развития санитарно-профилактическое дело за земский период не получило. Главная заслуга в этом отношении—создание в некоторых губерниях кадра санитарных врачей, которыми была проведена значительная обследовательская работа, а практических результатов она почти не имела. Санитарные учреждения насчитывались единицами (например, бакинститут в Перми), а профилактических не было вовсе. На санитарно-профилактические мероприятия в 1913 году в Пермской губернии губернским земством, уездными земствами и городскими думами было израсходовано 177.482 руб. из общего расхода на медицину в 3.508.792 руб., что составляет 5 проц. Если прибавить сюда средства предпринимателей и фабричную медицину (исключительно на лечебные мероприятия), то этот процент снизится еще ниже.

Что же касается бесплатности лечения крестьян, то твердой общей установки на этот счет не было. В доказательство этого приведу хотя бы выступление екатеринбургского делегата-врача Н. К. Баженова на X съезде врачей и представителей земств Пермской губ. в мае 1910 года. Он говорил:

«Я не буду приводить здесь диаметрально противоположных взглядов врачей на установление платного лечения. Об этом и говорилось, и писалось много: на все было свое время и место. Но то, что могло иметь значение лет 25—30 тому назад, то может уже не соответствовать современным условиям: «Пора земской медицине выйти с пути беспредельной и бесконечной благотворительности и стать показателем серьезности отношения населения и к своей болезни, и к земской медицине, пора стать земской медицине на путь развития в населении его самодеятельности по отношению к лечению и к своему здоровью».

И далее Н. К. Баженов сообщил, что в Екатеринбургском земстве за каждый рецепт больной платит 5 копеек. Выходит так, что, мол, «побаловались и будет». Советская же медицина с первых же дней поставила во главу угла лечебного дела: «приближение, квалификация и бесплатность лечения для всех трудящихся».

В результате совершенно различного «социального происхождения» земской и советской медицины, а отсюда—их принципов и работы, мы видим

такой на первый взгляд кажущийся парадоксальным факт, а именно: при несравненно больших достижениях советской медицины в сравнении с земской—совершенно различную оценку постановки медицинского дела со стороны населения. Если в земские времена крестьянство в подавляющей своей массе помалкивало на счет медпомощи, то не только потому, что в те времена говорить вообще не полагалось, но также и потому, что оно относилось недоверчиво, настороженно к «барским затеям», потребности же в медпомощи больной не чувствовал в силу малой культурности. Теперь же, при значительном шаге вперед по пути культуры, крестьянин, осознав эту потребность и считая удовлетворение ее не барской прихотью, а обязанностью родной ему советской власти, кроет почем зря и Рик, и Здравотдел, и врачей за недостаточную и все еще во многих местах плохо поставленную медпомощь. Так советское бытие вызвало к жизни совершенно иное сознание у крестьян.

Всеми изложенными соображениями мы не имели в виду «опорочить» земскую медицину. Нам хотелось только отметить разницу между нею и советскою медициною, как построенною на совершенно иных социальных основаниях и являющуюся значительным прогрессом по пути исторического развития. По сравнению же со всем предшествовавшим ей периодом земская медицина в свою очередь являлась чрезвычайно большим прогрессивным фактором. И то, что было в ней хорошего и пригодного для нового общественного уклада, в силу исторической преемственности, вошло в природу советской медицины. Но и то большая часть этого хорошего являлась достоянием не земской медицины, как таковой, а отдельных передовых врачей-общественников, представлявших «третье сословие» и ведших постоянную и упорную борьбу с земскими зубрами за каждый новый шаг по пути развития земской медицины.

Врач И. И. Моллесен говорил: «Сколько происходит столкновений, какая почти всюду борьба, сколько на все это тратится и времени, и энергии, и сил, сколько страдает дело. В результате разрозненность деятельности земств и врачей, малая ее плодотворность, отсутствие значения санитарных условий местностей, косность и мертвенность в санитарных мероприятиях; какое-то общее недоверие и недовольство управ и вообще земств врачами, врачей управами, населения и земством и врачами; вечная война в совершенно мирном деле, и так далее без конца»*).

Итак, с полным основанием мы можем говорить о значительном прогрессе медицинского дела со времени Октябрьской революции. Это говорит за то, что советский период есть наиболее благоприятный период для развития социально-культурных мероприятий. И наш долг—применить все свои силы и способности в строительстве нового общества. Пусть не подумают читатели, что мы надели розовые очки и страдаем «дальтонизмом» по части темных сторон нашей действительности. В порядке самокритики, этого хорошего метода уменьшения количества неизбежных во всяком большом деле ошибок и недочетов, их скорейшего исправления и предупреждения, мы должны своевременно вскрывать все отрицательное, что есть в нашей работе, и мы надеемся, что работники здравоохранения Уральской области сочтут это своим долгом и на страницах как общей прессы, так и настоящего журнала, а также в процессе своей повседневной специальной и общественной работы, будут применять этот метод на общее благо. Здесь же мы только констатируем то, о чем нам говорят цифры при сопоставлении—старого с новым. Те дефекты в развитии дела здравоохранения на Урале,

*) И. И. Моллесен—Четвертый съезд Пермской губ. в Екатеринбурге в 1887 г., 1887 г.

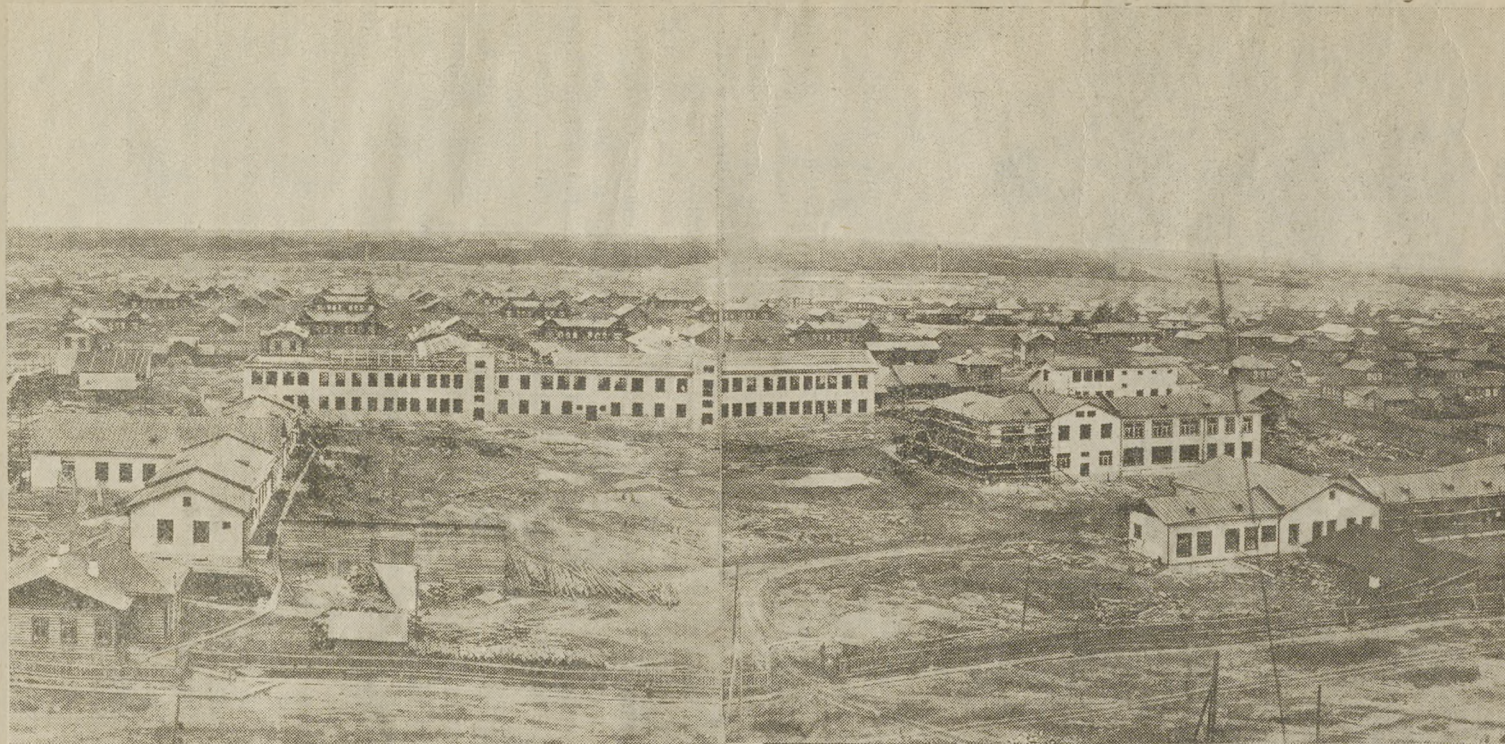
какие, по мнению Облздравотдела, имели место за прошедшие годы, мы осветим на страницах нашего журнала при рассмотрении пятилетнего плана.

В заключение нам бы хотелось отметить еще одно обстоятельство. Мы говорим о больших достижениях советской медицины в то время, как было бы вернее говорить о действительно больших достижениях совет. здравоохранения и только о первых шагах в развитии советской медицины, как таковой. И насколько почти в уровень с общим темпом социалистического строительства идет развитие нашего здравоохранения, настолько еще отстает от социалистической идеологии теоретическая медицинская мысль. Лаборатории этой мысли, наши высшие медицинские школы, не стали еще советскими, хотя бы в такой же степени, как практика организации медикосанитарного дела. Советская медицинская школа должна быть марксистской школой, но этого, к сожалению, еще нет, и то противоречие, которое в настоящее время имеет место между запросами советского здравоохранения, с одной стороны, и научной целеустремленностью молодых врачей, — с другой, является показательной иллюстрацией к этой нашей мысли. Только вместе с массами, борьба прежде всего за их оздоровление; глубокое пропитывание профилактическим началом всей лечебной работы на основе материалистического понимания медицинской науки — такой научной установки мы почти не встречаем среди врачей, оканчивающих хотя бы наш Пермский Государственный Университет. Не более прогрессивны в этом отношении и научные медицинские общества, имеющиеся на Урале: биение пульса их деятельности также не вполне синхронично с переживаемой нами эпохой.

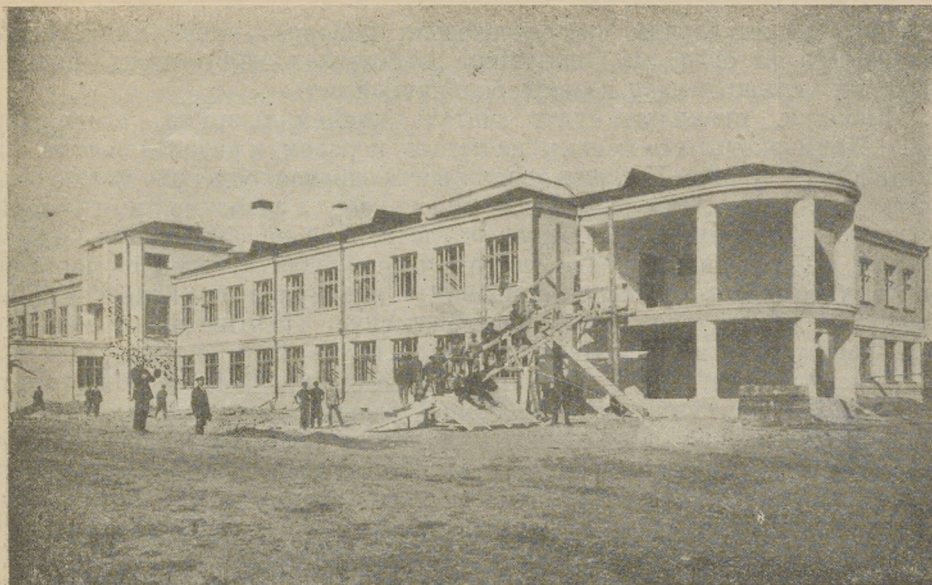
Будем надеяться, что второе десятилетие будет более благотворным в смысле ускорения темпа развития нашей научной медицинской мысли в соответствии с общим ростом нашей социалистической культуры, развитием дела здравоохранения, с потребностями трудящихся масс. И только тогда, когда марксистское применение медицины в практике жизни будет гармонизировать с соответственной ей теорией медицины, т. е. когда установится полная связь науки с жизнью, тогда можно будет говорить без всяких оговорок об успехах советской медицины.



Миньярская районная больница 1927 г.



Больница в гор. Надеждинске. 1927 г.



Хирургический корпус Троицкой больницы (постройка 1927—1928 г.).

БОЛЬНИЧНОЕ СТРОИТЕЛЬСТВО В УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

И. С. БЕЛОСТОЦКИЙ.

После свержения царской и буржуазной власти трудящиеся Уральской области получили чрезвычайно бедное больничное наследство от старого строя. Если и было нечто, что можно было назвать больничной сетью, то и это только в части промышленного Урала, где имелись земские и заводские больницы, т. е. на территории бывшей Пермской губ.

Присматриваясь к расположению больниц по указанной части территории области, видно что даже, эта сеть сознательно строилась с целью правильного охвата населения лечпомощью, т. е. было стремление построить «нормальную сеть». Из ознакомления с этой сетью также видно, что тогдашнее здравоохранение не ставило себе никаких иных задач кроме лечебных, ибо получили мы исключительно одни обычные больницы. Не досталось нам в наследство ни одного диспансера, консультации, или какого-либо другого профилактического учреждения.

В наше время эта больничная сеть оказалась крайне недостаточной для удовлетворения населения хотя-бы только лечебной помощью. К тому же, неремонтированные за время войны, революции и периода экономической разрухи, больничные здания пришли в такую ветхость, что части больниц грозило полное разрушение, а для части деревянных больниц наступал естественный срок износа. Такова больничная сеть бывшей Пермской губ. Что же касается бывших зауральских губерний, составляющих теперь земледельческие округа Уралобласти, где не было земств в до-революционное время, то здесь, за исключением плохоньких больниц

в городах и в нескольких переселенческих районах, ничего не оказалось. Наследство, которое мы получили в сельскохозяйственных районах Зауралья, никак нельзя назвать больничной сетью.

Кажется, правильно будет считать концом разрухи осень 1922 года. Примерно с этого момента наступил перелом, и начался подъем всего хозяйства страны. Подъем в деятельности здравоохранения можно определять двояко по двум основным признакам, в зависимости от которых определяется и время под'ема. Можно считать, что здравоохранение, по крайней мере в смысле напряженности его лечебной работы, стало подниматься с момента небывалого развития эпидемий, т. е. в период гражданской войны и разрухи, развив громадную нечеловеческую энергию своих медицинских работников и чрезвычайную пропускную способность нашей бедной больничной сети, в борьбе с тифами, которыми болело в области в течение 21 и 22 годов свыше двух миллионов человек. Если то был ненормальный подъем, то можно также считать моментом под'ема в здравоохранении время, когда схлынули эпидемии, и мы начали уже на более твердой материальной базе осуществлять в более или менее плановом порядке принципы советской медицины; улучшать, расширять и специализировать лечебную помощь, проводить на деле профилактические мероприятия, создавать профилактические учреждения и пр. Это было в течение 1923 года. Наконец, приступили к капитальным ремонтам больниц, далее стали строить новые больничные и профилактические здания.

Таким образом, временем начала больничного строительства на Урале нужно считать 1924-25 хозяйственный год. В 1924 году Облздравотделом был составлен большой план больничного строительства, включивший около 38 объектов*) строительства стоимостью до 15.000.000 руб. с просьбой отпустить по нему в 24-25 году около 3½ миллионов рублей. Этим планом намечались проведение крупных капитальных ремонтов, приспособление и достройка зданий под лечебно-профилактические учреждения и постройка новых больниц почти исключительно в заводских и рудничных поселках и городах промышленных округов. Больничное строительство в промышленных районах Облздравотделом предусматривалось, в первую очередь, не только потому, что рабочие имели слишком плохую медпомощь (крестьянское население имело еще худшую),—а потому, что в то время не было никаких реальных надежд получения средств, из каких-либо иных источников, кроме республиканского запасного фонда медпомощи застрахованным, который может расходоваться только на застрахованное население. План этот, с точки зрения размера средств, оказался нереальным, потому Наркомздравом был урезан, и из РЗФМ было отпущено 1.280.000 руб. Но так как Наркомздрав сильно урезал план в отношении отпуска средств и мало сократил количество объектов строительства, то Облздрав в 1925 году сразу начал строительство большого количества больниц с маленькими ассигнованиями на каждую. В этот первый строительный план вошли и такие крупные больницы, как Златоустовская на 300 коек, стоимостью 2.045.000 рубл., и Надеждинская с тубдиспансером стоимостью в 1.660.000 руб. На первую было ассигновано 120 тысяч рублей, на вторую—90 тыс. рубл. На меньшие больницы отпускалось от 10 до 30 тысяч руб., и не давалось никаких гарантий получения средств из каких-либо источников для дальнейшего

*) В понятие объект входят как отдельные здания, так и целые больницы со многими зданиями (у нас по некоторым строящимся больницам до двадцати зданий и больше) смотря по тому, как мы ставим в план—отдельным зданием, или целым учреждением со многими зданиями.

строительства начатых больниц. Таким образом, начинать строить пришлось с большим риском и большой верой в экономическое развитие социалистического государства, которая в дальнейшем найдет средства для продолжения начатого строительства.



Хирургический корпус Златоустовской больницы. 1927 г.

В 1925 году вновь был представлен Наркомздраву план больничного строительства, по которому испрашивались средства на строящиеся объекты, и введено некоторое количество новых; то же повторено было в 1926 и 1927 году, и уже в текущем 1927-28 бюджетном году мы выстроили и продолжаем строить по районам и городам промышленных округов: в Свердловском, Тагильском, Пермском, Златоустовском, В.-Камском и Троицком 49 лечебных и профилактических учреждений. Из них: новых учреждений 34, достроек 7 и капитальных ремонтов 8.

Все капитальные ремонты закончены в 25-ом и 26-ом годах; достраивающиеся и приспособлявшиеся здания все закончены к середине текущего 28-го года, и к концу 27-го года закончено 9 новых учреждений. В текущем 28-ом году заканчивается 11 учреждений, среди них Надеждинская, Златоустовская больницы и хирургический корпус в Троицке; на 1929-й год остается 14 объектов, из которых 5 крупных перейдут и в последующие годы.



Больница в Челябинках. 1928 г.

На строительство этих 49 объектов в течение 4 лет ассигновано из нижеуказанных источников финансирования:

Источники финансирования	1924-25 г.	1925-26 г.	1926-27 г.	1927-28 г.	За 4 года по всем ист. финансирования
1. Респуб. Зап. Ф. Медп. . . .	1280000	1975000	2950000	2112000	8317000
2. Союзный Зап. Ф. М.	—	—	—	1216800	1216800
3. Местн. Ф. Медпом.	—	215000	1732253	—	1947253*)
4. Местный бюджет	—	—	75000	375000	450000**)
5. Разные спецсред.	—	—	80431	—	80431
Всего	1280000	2190000	4837684	53703800	12011481

Таково больничное строительство в районах и городах промышленных округов. Это строительство существенно улучшает лечебно-профилактическую сеть упомянутых округов, а, следовательно, и медпомощь не только застрахованного населения, но и крестьянского, так как эта сеть обслуживает медпомощью все население. Но это не все больничное строительство на Урале. Больничное строительство производится также в районах и городах сельско-хозяйственных округов. Началось это годом позже, в 25-26 бюджетном году. Производилось оно исключительно за счет ассигнований из местного бюджета, в текущем же году в нем участвует незначительное количество средств из самообложения крестьянства. К настоящему времени строится 43 объекта, большинство из них районные больницы со всеми необходимыми отделениями и меньшая часть—отдельные здания: заразные бараки, амбулатории и проч. Разница между промышленным и сельским больничным строительством заключается в том, что сельское строительство мельче по объему больниц и отдельных зданий; кроме того, в нем меньше плановости и организованности руководства.

На эту часть больничного строительства израсходовано по настоящее время 1.256.587 руб.

Итак, начиная с 1925 года, в Уральской области выстроено и строится в настоящее время всего 77 новых лечебных и профилактических учреждений, 8 капитально отремонтировано, 7 приспособлено и достроено. Всего ассигновано на это строительство по настоящее время 13.268.071 руб. В течение этого же времени на капитальные ремонты всей больничной сети области—3.622.129 руб.

В числе новых учреждений строится три больших учреждения областного значения; детский костный тубсаторий, физиотерапевти-

*) В эту цифру входит ссуда Цекомбанка и Цуестраха в 1.100.000 р., но так как она выплачивается из М. Ф. М. Помощи, то мы считаем ее ассигнованием из этого фонда.

**) В цифру 450.000 руб. входит ссуда Цекомбанка в 300.000 руб.—считаем ее, как ассигнование из местного бюджета, потому что она из него выплачивается.

ческий институт и институт по изучению профессиональных заболеваний. Достроено 5 зданий Зауральской психолечебницы, вблизи Свердловска, начатых земством.



Здание протезной мастерской Облздравотдела, боковой фасад.
Свердловск, 1926 г.

Удастся ли довести здравоохранительскую сеть на Урале до нормальной, закончив ведущееся строительство?

Далеко нет. Санитарная культура трудящихся Союза уже сильно повысилась и будет повышаться с каждым годом, заболеваемость населения еще остается высокой, забота трудящихся о своем здоровье настолько важна, что они в лице своего правительства установили небывало высокие для буржуазного здравоохранения нормы лечебно-профилактической помощи населению, осуществление которой требует строительства громадной сети. Облздравотдел, грубо составив пятнадцатилетний план развития здравоохранения на Урале, предположил осуществить «нормальную сеть» путем нового больничного строительства в течение пятнадцати лет, но так как фактический отпуск средств на первый (1928) год этого плана строительства оказался меньшим предположенного, то надо полагать, что осуществление «нормальной сети» возможно, примерно, в течение 20 лет.

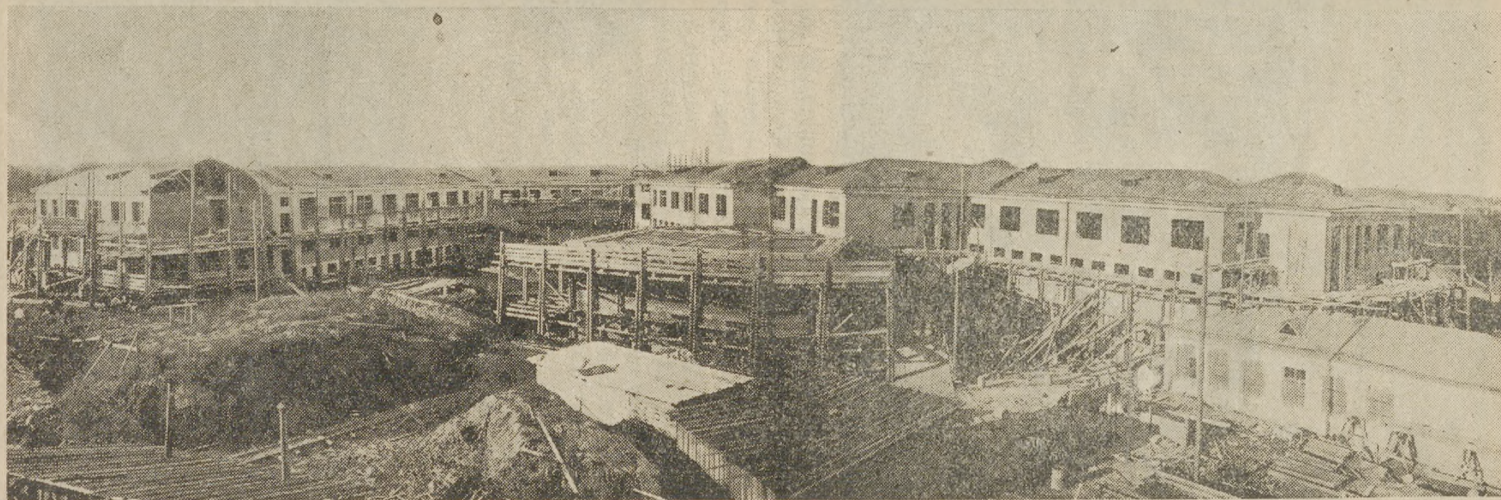
Как мы строили?—Первый строительный сезон 1925 года мы плохо использовали по причине позднего ассигнования Наркомздравом денег (деньги начали отпускать в марте), вследствие чего очень слабо заготовлены были строительные материалы, а главное потому, что не смогли своевременно создать проектировочного и строительных аппаратов. Первое время Окргздравотделы сдавали проектирование местным заводским инженерам, а работы по строительству—комхозам. Проектирование получалось скверное, ничего общего с больничным не имеющее и в большинстве безграмотное, поэтому Облздравотделом браковалось. Комхозами

строительные работы выполнялись еще хуже и неманерно дорого. Например, Пермский комхоз построил кирпичные стены заразного барака в Чусовой так, что Окрздравотдел, отобрав у него эту работу, разобрал стены и выложил их вновь, а комхоз даже до настоящего времени не отчитался в израсходованных средствах. Златоустовский комхоз обязался поставить 3,5 миллиона кирпича на постройку Златоустовской больницы в 1925 году, и взял задатка 49.000 руб. Златоустовская больница в текущем году заканчивается, а комхоз до сего времени поставил лишь часть и то недоброкачественного кирпича, и полученный задаток вернул только зимой текущего года под угрозой суда и неоднократных распоряжений Окрисполкома. В.-Камский комхоз взял постройку Кизеловского тубдиспансера за 110.000 руб., два раза за два года изменял сметную стоимость, догнав ее до 200.000 руб., не кончил постройки, каким то образом, незаметно исчез, как строитель, работа заканчивается случайным техником, и постройка обходится около 270.000 р. Только Уралпромстрой, которому мы в последние два года сдали четыре постройки, несколько опоздывая в сроках выполнения работ, строит удовлетворительно по качеству. На основании проведенного в первом году опыта сдачи работ по строительству больниц строительным организациям, Облздравотдел пришел к заключению, что так строительство не пойдет, поэтому решил производить строительство сам хозяйственным способом; этот же способ рекомендовал и своим Окрздравотделам. Это он сделал потому, что до этого решения параллельно сдаче работ другим строителям часть построек он вел сам, следовательно, принял решение, имея уже опыт. С этой целью, до начала строительного сезона 1926 года, Облздравотдел, пригласив архитектора и нескольких техников-чертежников, создал у себя аппарат для проектирования, затем усилил его еще одним архитектором и таким образом, почти все проектирование сосредоточил у себя, а та небольшая часть проектов, которая составлялась на местах, корректировалась Облздравским проектировочным аппаратом при представлении их Облздраву на утверждение. Так, по проектировке больничного строительства Облздрав намерен вести работу и впредь. На этот же проектировочный аппарат Облздрави возложено и общее техническое руководство строительством, которое ведут Облздрав и Окрздравы хозяйственным способом. Облздрав непосредственно сам строил учреждения областного значения в Свердловске и несколько наиболее крупных больниц в округах, остальные строят Окрздравы, которые, в свою очередь сдают часть построек и др. строительным организациям. Благодаря тому, что мы организовались для строительства хозяйственным способом, работы по больничному строительству уже с 1926 года наладились, с каждым годом улучшаясь, и в настоящее время мы строим уже удовлетворительно по качеству и несколько дешевле других стройорганизаций. Были, конечно, и у нас промахи, разгильдяйство и даже случаи преступлений. Имели ли мы поддержку со стороны профессиональных и советских организаций в нашем хозяйственном способе строительства? В отдельных случаях и то на местах—да. Вообще же, как правило, нет. Нас все время ругали за хозяйственный способ строительства, особенно областные организации. Нет ни одной резолюции президиума Облпрофсовета по нашим докладом о больничном строительстве, которая бы не имела пункта, порицающего хозяйственный способ строительства, предлагающего сдавать постройки государственным стройорганизациям.

Принципиально они, пожалуй, были правы, так как в самом деле, должны же строить лучше специально для строительства созданные орга-

К статье Бедостюцкого И. С.

Больничное
строительство
на Урале.



Физиотерапевтический институт. Свердловск, 1928 г.



Санатория для туберкулезных детей. Свердловск, 1927 г.



Курорт Н.-Серги. Новый павильон. 1925 г.

низации. Принципиально и мы были с ними согласны, но практически строительные организации были очень слабы, портили работы. Поэтому мы правильно делали, что строили сами. Тем же, кто нас бранил, в частности, Облсполкому, необходимо выразить нашу благодарность за то, что прямо не запретили нам строить. Вывод: не отказываясь пока от хозяйственного способа строительства, следует передавать постройки больниц стройорганизациям, однако, тем, строительное умение которых доказано, которые берут его по сносным ценам и с полной материальной ответственностью за невыполнение договоров. Таким образом, по мере качественного роста стройорганизаций, постепенно, мы сможем передать им все больничное строительство. Проектирование же лечебно-профилактических учреждений должно остаться в руках здравотделов потому, что это их специальное дело, которым должны заниматься не только инженеры и аппараты Здравотделов, но и вся медицинская общественность, особенно врачи. А ведь был момент, когда и проектирование хотели нам запретить.

Первым крупным недостатком больничного строительства является то, что и до настоящего времени планы больничного строительства составляются почти исключительно Облздравотделом, несмотря на большие усилия последнего привлечь к этому делу Окрздравотделы со всеми местными заинтересованными организациями. Правда, эти планы всегда согласовывались с Облстрахкассой, Облпрофсоветом и утверждались Облсполкомом. Возможно, что эти планы были неплохими, но все же они составлялись и утверждались, так сказать, бюрократическим путем. К сожалению, надо признать, что Облздрав правильно делал, что не ожидал, пока раскачаются местные Здравотделы и общественные организации, и действовал сам, ибо в противном случае не было бы больничного строительства. Однако, в дальнейшем нужно положить конец бездеятельности местных организаций, в первую очередь Окрздравотделов, и привлечь их во что бы то ни стало к разработке планов больничного строительства. От этого последние станут много совершеннее.

Второй серьезный недостаток—это слабое участие врачей в проектировании предполагаемых к постройке учреждений. Это говорит о слабом общественном интересе врачей к этому делу, непонимании ими того большого вреда, который может быть принесен неправильным проектированием лечебно-профилактическому делу, которому самым фактом своей профессии служит врач. Ведь основой проекта, создаваемого архитектором, являются медицинские задания. Кто же их должен разработать? Конечно, прежде всего, врач. Ведь врач должен знать лучше всех, какое содержание вложить в конструкцию здания, чтобы оно обеспечило наилучшую постановку лечебно-профилактической работы его.

Во многих случаях врач не участвует в проектировании и по неопытности, но эта причина устраняется опытом практической работы, следует только начать работать. Без врача не может проектироваться ни одно наше учреждение. Поэтому мы призываем врачей к обязательному широкому участию в проектировании этих учреждений.

Третий крупный недостаток в нашем строительстве—все еще высокая стоимость его при недостаточно высоком качестве. Здесь, помимо постоянного стремления к снижению стоимости путем усовершенствования способов строительства, механизации и проч.,—необходимо возможное сокращение сроков выполнения строительства путем улучшения организации его и обеспечения средствами, а главное необходимо общественное воспитательное влияние на самих строителей, начиная от

технического руководителя и кончая строительным чернорабочим; должно воспитать чувство бережливости и добросовестного отношения к достоянию трудящихся, объединенных в социалистическое государство,— тогда и высокое качество строительства, и дешевизна его будут обеспечены.

Что же сделали мы большую ошибку, особенно в первый год строительства, что начали строить большое количество учреждений с ничтожными ассигнованиями на каждое, без гарантий дальнейшего отпуска средств, вооружившись только большой верой в экономическое развитие социалистического государства?—Нет, не ошиблись. Вера превращается в действительность,—в настоящем и будущем году мы заканчиваем большую сеть новых лечебно-профилактических учреждений.

РОКК НА УРАЛЕ.

Н. И. КОГАН.

Российское Общество Красного Креста (РОКК) начало свою работу на Урале только с мая 1926 года. С этого времени организовано Областное Управление РОКК и окружные управления.

По самому времени возникновения своего, организация РОКК'а на Урале должна быть отнесена к числу наиболее молодых в Республике. Предыдущие годы ничем не содействовали популяризации общества в населении Урала и росту симпатий к нему.

Область, бывшая ареной гражданской войны, позднее других ликвидировавшая полосу эпидемий, с невероятными затруднениями восстанавливавшая редкую, полуразрушенную сеть лечебно-санитарных учреждений,— не имела сколько-нибудь заметной поддержки РОКК в этот трудный для нее период. Таким образом, не было той важнейшей предпосылки успешного роста организации на Урале, какая была у ряда других добровольных обществ, возникших ранее ее и зарекомендовавших уже себя помощью населению в трудные для Урала годы голода, гражданской войны и эпидемий.

Организационной формой краснокрестовской работы на Урале была система выдвинутых исполкомами уполномоченных и только с конца 1927 года в округах образуются выборные комитеты. Этот переход к выборности закончился созывом 21-го мая 1928 г. I Областного Уральского Съезда РОКК и выбором Областного Комитета.

По уставу Российского Общества Красного Креста оно в своей деятельности преследует следующие цели:

а) врачебно-санитарная помощь больным, раненым красноармейцам и военным морякам и удовлетворение их нужд во время войны;

б) врачебно-санитарная помощь населению во время стихийных и иных бедствий;

в) помощь военнопленным, а также интернированным гражданам и населению оккупированных местностей;

г) борьба с социальными болезнями;

д) медико-санитарная помощь национальным меньшинствам и населению окраин;

е) врачебно-санитарная помощь детскому населению;

ж) помощь и содействие органам здравоохранения в деле организации едико-санитарной помощи населению.

При выполнении этих целей Общество согласует свою деятельность с Народным Комиссариатом Здравоохранения и его местными органами на основах единой советской медицины».

Соответственно этим целям и протекала вся работа РОКК на Урале.

Одной из главных задач всякого массового добровольного общества является вербовка членов. Следующая таблица показывает рост членской массы и рост количества ячеек общества:

На 1-X—26 г.	38 ячеек	2.212 членов.
» 1-IV—27 г.	120 »	7.066 »
» 1-X—27 г.	245 »	12.966 »
» 1-I—28 г.	389 »	19.517 »
» 1-IV—28 г.	399 »	20.910 »
» 1-VII—28 г.	449 »	23.532 »

Эта таблица, хотя и указывает на неуклонный рост числа ячеек и членов о-ва, все-же говорит и о недостаточной энергии окружных комитетов в деле их вербовки. Урал с его 6½ миллионным населением может и должен дать большее количество членов красно-крестовской организации.

В 1927—28 бюджетном году на Урале работали следующие учреждения РОКК.

Первичных пунктов «службы здоровья»	7
Летних ясель	11
Консультаций сельских	3
Глазных пунктов	2
Венпункта	4
Детплощадок	5
Пионер-лагерь	1
Врачебный пункт на Тобольском Севере	1
Питательный пункт	1

Удельный вес отдельных отраслей работы в бюджете на 1927—28 г. был следующий:

«Служба здоровья» юных пионеров	25,5 проц.
Охматмлад	15,5 »
Борьба с социальными болезнями	19,7 »
Глазные пункты и пункт в Тобольском севере	29,8 »
Средства специального назначения	4,6 »
Фонд регулирования	2,4 »
А п п а р а т	2,5 »

100 проц.

Большая часть этой сети развернута в сельских местностях области.

Много внимания уделялось обслуживанию национальных меньшинств. Среди нацменьшинского населения работали следующие учреждения РОКК:

а) врачебный пункт в с. Полюват, Березовского района, Тобольского округа; пункт обслуживал остяцкое население района;

б) врачебно-питательный пункт среди вотяков Сарапульского округа, пораженных недородом и спорыньей;

в) глазной пункт среди марийского и татарского населения Кунгурского округа;

г) венпункт в Коми-Пермяцком округе.

Для борьбы со стихийными бедствиями, поражавшими отдельные районы Урала, были организованы следующие учреждения РОКК: в 1927 году в пораженном недородом Кочевском районе Коми-Пермяцкого округа были организованы летние ясли, детплощадка на 50 детей и 2 питательных пункта. В 1928 году—врачебно-питательный пункт на 100 человек в Сарангульском округе. Кроме этих учреждений было организовано несколько учреждений на местах на средства, изысканные местными организациями РОКК.

Совместно с Уральским Областным Отделом Здравоохранения летом 1927 года РОКК'ом организован санаторный лагерь юных пионеров, через который прошло 398 детей в 1927 году и 309 детей в 1928 году.

Одной из основных задач РОКК'а является подготовка к санитарной обороне страны. Рабочие и крестьяне Советского Союза не хотят войны, не сочиняют проектов вооруженных нападений на соседние страны. Однако, условия капиталистического окружения нашего Союза, рост вооружений в капиталистических странах, факты подготовки вооруженного нападения на наш Союз—заставляют нас быть на чеку и готовиться к обороне страны.

Вот почему II Всероссийский Съезд РОКК считал, что «военно-санитарная работа в условиях современного международного положения страны приобретает для предстоящего периода первостепенное значение в работе РОКК».

Учитывая характер будущей войны, когда тыл неизбежно будет вовлечен в сферу военных действий, когда вопросы оказания первой помощи—раненым, отравленным ядовитыми газами и т. д. явятся уже не только обязанностью специальных учреждений и медицинского персонала, а станут перед всеми гражданами, II Всероссийский Съезд РОКК считает, что «наиболее важной в деле участия в обороне страны является организация РОКК кружков и дружин первой помощи и по уходу за больными и ранеными, так как при этом: а) в широкие массы членов РОКК, а через них и в население внедряются понятия об угрожающих ему в случае войны опасностях и навыки в области борьбы с последними; б) члены РОКК приобретают, проходя через кружки первой помощи, умение противостоять и бороться с различными видами промышленного и сельско-хозяйственного травматизма, повышать свою санитарную культуру и приучаться ухаживать за больными в своей семье; в) через кружки первой помощи накапливается контингент лиц, особенно женщин, могущих в случае войны быть младшими санитарными работниками в лечебных учреждениях; г) кружки первой помощи могут быть организованы при относительно малых материальных затратах и дают простор для мобилизации широкой общественной самодеятельности членов кружка, лекторов, организаторов, инструкторов и т. д.

Кружки первой помощи и дружины первой помощи на производствах, специальные отряды (химические, эвакуационные, питательные и др.) и, наконец, военно-санитарные колонны—таковы организационные моменты военизации, проводимой Красным Крестом.

На Урале по неполным данным на 1-IX с. г. было организовано 258 кружков первой помощи с 4.107 курсантами в них и 10 дружин объединяющих 393 человека.

Нужно отметить, что все кружки первой помощи обслуживаются врачами в порядке добровольной общественной нагрузки.

Организация РОКК принимала деятельное участие в проведении «недели обороны» Осоавиахима, в походах Осоавиахима, в военных маневрах в Перми летом 1928 года.

Вот вкратце работа, прodelываемая Уральской организацией РОКК.

К основным недостаткам этой работы надо отнести следующее:

1. Организация РОКК не только не привлекла еще достаточного количества членов, но, что еще более важно, не создала крепкого членского актива. Создание такого актива является очередной задачей О-ва.

2. Это отсутствие сколько-нибудь значительного членского актива обуславливает то, что Уральская организация РОКК до сих пор еще (хотя в последнее время намечается значительный сдвиг) является не массовой, добровольной организацией, а скорее организацией бюджетно-ведомственной. До сих пор еще мала самостоятельность мест по изысканию средств, и почти все мероприятия проводятся за счет дотации, даваемой через Областной Комитет Центральным Комитетом.

3. Нет плановости в развертывании кружков первой помощи, и они возникают большей частью стихийно, под напором масс (главным образом, женщин), крайне заинтересованных этим видом краснокрестной работы.

Изжитие этих основных и целого ряда мелких недостатков является главнейшей задачей Уральской организации РОКК.

При поддержке трудящихся Урала, при поддержке медицинских работников и, в первую очередь, врачей, РОКК на Урале станет действительно массовой добровольной организацией, справляющейся со всеми возложенными на нее заданиями.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ГОР. НАДЕЖДИНСКЕ.

(По материалам обследования Облздравотдела).

С. М. БРИЛЬ.

Гор. Надеждинск, тесно окруживший своими почти исключительно деревянными постройками Надеждинский металлургический завод, один из крупнейших на Урале, по своему внешнему виду ничем не отличается от любого Уральского заводского поселка. Полное отсутствие городского благоустройства: мостовых, тротуаров, насаждений, водопровода (имеется только заводский водопровод), канализации, а также театра и многих других культурно-просветительных учреждений—все это не позволяет причислить его к культурным центрам, на что он имеет несомненное право, как один из крупнейших на Урале пролетарских пунктов, с количеством населения свыше 37.000.

Крайне неудовлетворительное санитарное состояние города*), а также значительная текучесть населения в связи с большим притоком и уходом сезонных рабочих, несомненно, является одной из основных причин, непрекращающихся эпидемий, в особенности детских инфекционных болезней. Движение их видно из следующей таблицы:

	1923	1924	1925	1926	1927	1928
К о рь	3	533	538	402	109	752
Коклюш	—	28	73	311	38	39
Скарлатина	67	138	29	42	122	159
Дифтерит	7	25	4	11	20	5

*) См. в этом № ст. д-ра Смирновой «Санитарное состояние г. Надеждинска».

В отношении заболевания инфекционными болезнями взрослого населения положение несравненно лучше. Так, тифы: брюшной, возвратный, неопределенный и сыпной отмечаются только в единичных случаях. Единственное исключение составляет оспа, которая была зарегистрирована в 1923 году—в 13 случаях, в 24 г.—в 9, в 25 г. в 73 случаях, в 26 г. в 57, в 27 г.—в 110, лишь в текущем году не было ни одного случая.

Революция, заставшая в промышленной части Урала 2 здравоохранительские организации—земскую и заводскую, объединила их в короткое время в новом ведомстве—единого советского здравоохранения. Надеждинская-же заводская медицина сохранила свою самостоятельность до 23-24 г., когда заводская больница была, наконец, передана Комбинатом в ведение Тагильского Окргидродела.

В 24-25 году, кроме больницы на 100 коек, в Надеждинске были 3 амбулатории (из них 1 детская и 1 зубо-врачебная), зубо-техническая лаборатория и санитарное бюро.

Последующие годы обогатили город рядом таких профилактических учреждений, как консультация, ясли, туб- и вендиспансер, детпрофамбулатория. Помимо этого организован рентгеновский кабинет, помощь на дому, скорая помощь и пр. Всего в настоящее время в городе 15 лечебно-профилактических учреждений. Больница с 120 койками обеспечивает город квалифицированной хирургической, глазной, акушерско-гинекологической и терапевтической помощью. Санитарное бюро выросло в организацию со штатом в 10 человек, с 2 врачами, специальным статистиком и пр. В соответствии с ростом сети увеличилось также и количество медработников: к началу 1928 г. количество врачей и зубных врачей по сравнению с 1925 годом удвоилось, достигнув соответственно 17 и 4, лекпомов в настоящее время 15 человек, акушеров 7 человек, прочего среднего медперсонала 26. Обращает лишь на себя внимание невысокая квалификация лекпомов (из 15 только 5 школьных) и особенно сестер, подавляющее большинство которых не имеет сколько-нибудь удовлетворительной подготовки.

Сеть здравоохранения развивалась за счет открытия новых профилактических учреждений, а количество больничных коек при непрерывном и быстром росте населения почти не увеличивалось, в силу чего обеспеченность жителей стационарной помощью стала снижаться.

Если сравнивать Надеждинск с окружающими городами Уралобласти, большинству которых он не уступает по количеству населения, то оказывается, что он обеспечен больничными койками в 2 раза слабее их, тоже нужно сказать в отношении врачей, и только фельдшерами он в 2 раза богаче. Если принять за норму обслуживания 7 коек на 1.000 населения, то Надеждинску необходимо иметь 259 коек, имеется же сейчас только 120.

Бюджет городского здравоохранения составляется, главным образом, из фонда медпомощи (96,3%), что составляет в текущем году 207.373 руб. с незначительной дотацией из местного бюджета в 3,7% (или 8.100 руб.). При этом удельный вес расходов на здравоохранение в местном бюджете упал с 6,4% в 1925-26 г. до 2,1% в 1927-28 г. Такое положение нужно признать совершенно недопустимым, особенно, если сравнить его с другими рабочими центрами. Так, в Лысьве по местному бюджету расходуется 63 коп. на душу населения, в Кизеле—1 р. 18 коп., в Кушве—1 р. 73 коп., а в Алапаевске 3 р. 17 коп., между тем как в Надеждинске этот расход в текущем году не превышает 22 коп. (средний по области в текущем году 1 р. 46 коп.). Общий-же расход на здравоохранение по всем источникам повышается из года в год и в прошлом году уже достиг 5 руб. 52 коп. на человека против среднего по Уралу 3 р. 04 коп., в текущем году он равен 5 руб. 82 коп.

Анализ ассигнований по фонду медпомощи показывает относительный рост их на профилактические мероприятия. При этом, однако, нужно отметить несколько замедленный темп этого роста и отставание расходов на профилактику от средних данных по области: в то время, как уже в 1926 г. на профилактические мероприятия в среднем по Уралу тратилось 19,1 всего бюджета здравоохранения, в Надеждинске в том-же году было израсходовано только 15,8%, а к среднему расходу для 1926 г. (19,1%) он подошел только в 1928 году.

Динамика распределения средств по отдельным видам здравоохранения (по фонду «Г») видна из следующей таблицы:

Мероприятия	1925-26 г.		1926-27 г.		1927-28 г.	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Лечебное дело	129786	93,1	156199	84,2	167880	80,9
Борьба с соц. болезнями .	—	—	4297	2,3	10996	5,3
Охр. мат. и млад.	—	—	11120	6,0	14007	6,8
Охр. здор. детей	—	—	3506	1,9	4725	2,3
Санитарн. мероприят. . . .	9660	6,9	10363	5,6	9765	4,2
Итого по профилактике . .	9660	6,9	29286	15,8	39493	19,1
Всего	139446	100,0	185485	100,0	207373	100,0

Здравоохранение г. Надеждинска до сих пор не получило определенного организационного оформления. Тагильский Окргдрав все еще считает г. Надеждинск врачебным участком. Но этот участок объединяет далеко не все лечебно-профилактические учреждения города, и отсутствие общего руководства и единой направляющей линии в работе по здравоохранению всех учреждений, дает себя чувствовать. Санитарное бюро, детпрофамбулатория и учреждения охраны материнства и младенчества (консультация и 2 яслей) совершенно независимы от врачебного участка. Все остальные лечебно-профилактические учреждения, являясь как-будто самостоятельными (имеют каждое особую смету), фактически этой самостоятельности не чувствуют, так-как на деле распорядителем кредитов является зав. участком. Хозяйственной части не имеет ни одно учреждение, кроме больницы. Такое положение, имея, несомненно, некоторые положительные стороны, все-же приводит к целому ряду неудобств, на которые жалуются зав. отдельными учреждениями.

Санитарно-техническое состояние помещений большинства лечебно-профилактических учреждений крайне тяжелое. Деревянное здание, в котором помещается больница, центральная амбулатория и рентгеновский кабинет, пришло в ветхость и для дальнейшего использования требует капитального ремонта и переустройства.

Вспомогательные больничные здания (кухня, прачечная, бельевая и пр.) в еще худшем состоянии. Все остальные учреждения, открытые за последние годы, разместились в совершенно непригодных домах, арен-

дованных у частных лиц или у Комбината. Везде крайний недостаток площади, неудобное расположение помещений и т. п. Естественно, что теснота и скученность отражается на работе этих учреждений. Оборудование их инвентарем неодинаково. Более молодые учреждения оборудованы лучше, в старых же инвентарь износившийся, и в недостаточном количестве. особенно в заражном бараке и больнице.

В белье и обмундировании вопиющая нужда (в больнице и заражном бараке). В текущем году обмундирование пополнено всего на 410 рублей. На 120 коек в августе 1928 года имелось годного белья: мужских рубашек 80, женских 25, детских 23, кальсон 40, туфель и сандалий 13 пар и т. п. Особенную нужду больница испытывает в кухонной и столовой посуде. Эмалированная посуда с облупившейся эмалью и зияющая черными пятнами все еще не выведена из употребления, не хватает ложек и т. п.

Общий недостаток большинства наших больниц—отсутствие каких-либо пособий, литературы, игр и проч. для культурного обслуживания больных—имеет место и в Надеждинске.

Питание больных находится в прямой зависимости от капризов надеждинского рынка. Самостоятельных заготовок больница не производит, кооперативом не организовано систематическое получение продуктов, и больные в августе, например, получали по 5 раз в неделю картофельный суп (мясной) и ячную кашу. Вообще питание организовано весьма слабо; пища однообразна, малоценна и невкусно приготовлена.

Несмотря на развитие сети учреждений здравоохранения, на значительный врачебный коллектив, на наличие ряда квалифицированных врачей-специалистов, обеспеченность населения медицинской помощью стоит еще не на должной высоте.

До сих пор фельдшерский прием занимает видное место в амбулаторной деятельности врачебного участка. За полугодие 1928 г. 34,8% всех амбулаторных посещений и 37,7% всех первичных обращений падает на долю фельдшеров. Еще более худшая картина наблюдается в специальной детской амбулатории, где на врача приходится всего 47% приема, а на фельдшера 53%. В отношении же «помощи на дому» население Надеждинска находится в совершенно невыгодных условиях, так как здесь врачебное обслуживание составляет только 16% в то время, как фельдшерское 84%.

Пункт первой помощи на заводе обслуживается исключительно фельдшерами, он не ведет профилактической, но зато не отказывается от лечебной работы. Из 5.146 первичных обращений за полугодие 1928 г. с различными травматическими повреждениями было 3.850, остальные же 1.296 человек обращались по различным поводам, при чем из амбулаторного журнала видно, что подавляющее большинство их проходило с диагнозом «грипп».

Зубоврачебная помощь оказывается одним зубным врачом, в то время когда штатных мест имеется 2. Отсутствие второго зубврача не позволяет ввести вечерний прием, что вызывает постоянные нарекания рабочих. Зуботехническая лаборатория работает при 1 зубвраче-протезисте и 3 зуботехниках. Помещааясь в одной квартире с зубоврачебным кабинетом, она с ним совершенно не связана, и отчетность, получение материалов и проч. производится ими самостоятельно.

Рентгеновский кабинет обслуживает кроме города и района еще несколько примыкающих административных районов. За полугодие 28 года им сделано 994 просвечивания и 667 снимков.

Стационарная помощь в Надеждинске оказывается 120 койками, которые распределяются следующим образом: терапевтических 30, хирургических 35, родильных 20, глазных 10, заразных 25 (из них 10 венерических).

За шесть месяцев 1928 года через эти отделения прошло 2.725 чел., которые провели 23.191 койко-дней. Если не считать родильного отделения, то среднее пребывание больного на койке составит 11,3 дня.

Из 2.725 стационарных больных—538 падает на хирургическое отделение. Из этого количества до 25%—больные с травматическими повреждениями. Временами бывает так, что травматика занимают большую часть хирургического отделения.

Через родильное отделение за 6 месяцев 1928 г. прошло 968 рожениц и 278 женщин с искусственными абортами. В среднем, каждая роженица занимала койку 3,3 дня, а женщина с абортom—1,4 дня,—цифры, иллюстрирующие определенное неблагополучие с родильной помощью в Надеждинске, в особенности, если учесть при этом имеющийся там тяжелый жилищный кризис. Из всех родов по Надеждинску (1.117) за полугодие 28 года 968 или 86% было проведено в больнице.

Заразный барак требует капитального ремонта, без чего к зиме его придется закрыть. До сих пор при бараке нет дезо-камеры.

Из профилактических учреждений лучше всех работают учреждения охраны материнства и младенчества: консультация и ясли. Последних 2-е. Ясли работают в 3 смены. Недавно открытые на $\frac{1}{4}$ % отчисления, вторые ясли на 50 коек идут по пути построения работы на основе педологического подхода к детям.

Консультация ведет 2 раза в неделю прием беременных женщин и 3 раза в неделю прием грудных детей; шестой день посвящается советам по предохранению от беременности и заседаниям абортной комиссии. При консультации работает Совет Социальной помощи. 2 патронажных сестры ведут обследовательскую работу.

Сравнительно удовлетворительно работает тубдиспансер, ведущий прием взрослых и детей (последних 1 раз в неделю). В диспансере пока один врач. К недочетам здесь нужно отнести недостаточно активную работу Совета Социальной Помощи и полное отсутствие санитарно-просветительной работы. Тоже самое наблюдается и в работе вендиспансера, который в сущности еще не перешел на диспансерный метод работы и скорее является венамбулаторией.

Детской Профилактической Амбулатории со стороны Окрздравотдела уделяется меньше всего внимания. С момента ее организации с 1926 года до последнего времени она не имела самостоятельного врача. Недавно по Д. П. А. была сокращена должность зубного врача, что лишило все детское население зубной помощи. В настоящее время детская профилактическая амбулатория превращена в пункт О. З. Д. с одним врачом-педологом, на которого падает 4.000 детского организованного населения — нагрузка, превышающая всякие нормы. Школьно-санитарных врачей в Надеждинске нет.

Санитарная организация, помимо Надеждинска, обслуживает еще 3 административных района. Отсутствие транспортных средств заставляет ее ограничиваться почти исключительно письменной связью с ними. Санбюро связано со всеми врачебными участками этих районов, регулярно получает от них всю отчетность о их деятельности, дает руководящие указания в части профилактической работы на участке. В течение прошлого года Санбюро проделана большая работа по обследованию жилищ рабочих гор. Надеждинска, по обследованию жилищных условий временных рабочих на лесоразработках, по исследованию источников водоснабжения в Надеж-

динске и районе, по предупредительному и текущему санназору. В 1928 г. объем работы значительно сократился в связи с командировкой врача на курсы. В настоящее время с его возвращением работа заметно оживляется. Санбюро прорабатывает вопрос об организации в городе изоляционно-пропускного пункта, принимает участие в подготовительных работах к сооружению водопровода, организует сан-гигиеническую лабораторию, проявляет инициативу и принимает участие в издании обязательных постановлений и т. п. Оспопрививание им ведется удовлетворительно, и за 9 месяцев выполнено 74% задания.

Основным недочетом в работе по здравоохранению в городе является полная разобщенность в работе между санитарно-профилактическими и лечебными учреждениями. Может быть этим обстоятельством объясняется полное отсутствие профилактической работы со стороны лечебных учреждений. В Надеждинске до сих пор не поднимался даже вопрос о диспансеризации рабочих, врачи не проявляют активного интереса к изучению производственных вредностей, до сих пор крайне слаба работа по санпросвету. На ряду с этим участие врачей в общественной работе весьма ограничено, к секции здравоохранения они близкого отношения не имеют.

В больнице не работают административно-хозяйственные совещания, крайне редко собираются производственные совещания, не было никаких попыток к созданию комиссии оздоровления труда и быта. Благодаря всему этому здравоохранение в городе слабо связано с советской общественностью, что в свою очередь затрудняет устранение целого ряда недочетов.

Несмотря, однако, на значительные недочеты, в Надеждинской здравоохранительской организации, — нужно отметить, что она в сущности начала расти только вместе с революцией, — еще несколько лет тому назад город обслуживался только 1-й больничкой при 1 враче и 1 зубном враче.

Через 2-3 месяца заканчивается постройкой целый больничный городок, занимающий территорию в шесть больших городских кварталов и строившийся с применением возможных строительных усовершенствований.

На территории городка с января 1929 года должна развернуть работу новая больница с 62 хирургическими койками (вместо 35), 44 терапевтическими (вместо 30), 17 глазными (вместо 10), 14 детскими и 13 нервными (не было совсем); родильный дом на 30 коек (вместо 20), вендиспансер со стационаром на 24 койки; тубдиспансер с ночным санаторием на 20 коек и дневным санаторием на 20 мест. Ряд других профилактических учреждений хорошо разместится в помещениях старой больницы, которая в 1929 году подвергнется капитальному ремонту. В 1929 году должно быть выстроено также специальное здание для яслей. Таким образом, количество коек увеличивается больше чем в 2,3 раза (со 120 до 285, не считая ясельных).

Нужно полагать, что и общее улучшение в санитарном состоянии города не заставит себя ждать, т. к. в городе уже начались капитальные ремонты: идет каменное жилищное строительство, заканчивается постройкой новая бойня, положено начало городскому дорожному строительству, идет постройка грандиозного «Дворца Труда и Культуры»; ведутся подготовительные работы к сооружению водопровода, отведены уже места для стройки в 1929 г. большого трех-этажного каменного здания школы, кухни-столовой, хлебопекарни и пр.

О РАЦИОНАЛИЗАЦИИ РАБОТЫ ЗУБОВРАЧЕБНОГО КАБИНЕТА НА УЧАСТКЕ.

М. И. ЛЕРИНМАН.

В большинстве наших участковых и районных зубкабинетов прием ведут зубврачи одни, без вспомогательного персонала, без зубсестер, которые штатами нигде еще не предусмотрены.

Основные моменты работы зубврача: 1) запись больного, опрос, осмотр и постановка диагноза; в зависимости от диагноза следует: 2) удаление зуба с анестезией или без нее, 3) лечение зуба и пломбирование его в тот-же сеанс, 4) лечение зуба и корней с последующим пломбированием, проводимое в среднем в 4—5 посещений, 5) лечение слизистой—тоже в 2—3 посещения. При отсутствии вспомогательного персонала каждый из этих моментов связан для зубврача с рядом подготовительных манипуляций. Так, для удаления зуба требуется стерилизация шприца и щипцов, приготовление инъекционного раствора, 5-минутное выжидание от момента инъекции до удаления зуба. При лечении требуется приготовление соответствующих паст, материала для пломбирования и тут также 5-ти минутное выжидание от момента пломбирования до затвердения пломбы и возможности шлифовки ее и т. д.

При нормальной нагрузке зубврача в 18 человек в 5-ти час. рабочий день на каждого больного приходится в среднем 16 / минуты,—время, как будто достаточное для проведения одной какой-либо лечебной процедуры от начала до конца, но если учесть, что при постоянном переходе в течение дня от одного вида манипуляции к другой, зубврач затрачивает много времени на чисто подготовительную работу, то окажется, что для проведения основной зуболечебной процедуры остается только половина этого времени,—всего 8 минут, что, конечно, недостаточно и влечет за собой увеличение числа посещений и удлинение продолжительности лечения, а последнее осложняет и затрудняет само лечение, влияет на исход его и также значительно удорожает стоимость его.

Кроме всего этого необходимо учесть, что непрерывная смена больных и неожиданные переходы от первичных к повторным, от удаления к лечению и пломбированию и обратно, значительно способствуют быстрой утомляемости зубврача,—ведь рабочий день проводится весь стоя, в полусогнутом положении, при сильном напряжении зрения (поле деятельности—плохо освещенная и малодоступная полость рта) и всей нервной системы, так как «зубные» больные нервничают больше всех других.

Для устранения указанных трудностей, осложняющих работу в зубкабинете, необходимо внести в нее больше единообразия, свести каждый ежедневный прием зубврача к ряду одинаковых, или хотя бы близких между собой процедур, для которых все необходимое могло-бы быть заранее и одновременно приготовлено, отчего на самые процедуры останется больше времени, и число их можно будет увеличить, а, во-вторых, следуя одна за другой и будучи заранее предусмотрены на этот день, они меньше утомляют работника в процессе их выполнения.

В осуществление этого прежде всего для приема первичных больных, которых в среднем бывает 6—8 в день, следует выделить первые часы приема, примерно, от 9 до 10½ час. (зубная боль чаще всего начинается ночью, и первичные пациенты являются по утрам). По понедельникам первичных бывает обыкновенно больше, а потому в этот день прием их

следует производить от 9 до 11 ч. В эти часы оказывается помощь в виде успокоения боли, неотложного удаления зуба и т. п.

Остальные часы, примерно, от 10¹/₂ до 2, на каждый день заранее предназначаются для однородной по своему характеру работы с повторными больными. Так, например, по понедельникам, средам и пятницам в эти часы проводится лечение зубов пульпитных и гангренозных,—преобладающая и наиболее сложная и кропотливая работа, и больных назначают несколько меньше. По вторникам в эти часы производится исключительно удаление зубов наиболее сложных, подготовка к протезированию. Больных назначается значительно больше. По четвергам и субботам эти же часы посвящаются исключительно лечению зубов с поверхностным кариесом, проводимому в тот же сеанс.

Одновременно с этим значительно упрощается работа по регистрации больных и изживается долгое ожидание их в очереди. Первичные, являющиеся с зубной болью, принимаются в первые же часы, после чего каждому из них в случае надобности в дальнейшем лечении сообщаются день и час явки, сообразуясь с вышеуказанным распределением работы. Назначение это отмечается на карточке. Повторному больному через регистратуру больше проходить незачем, так как карточки с назначениями на тот или другой день откладываются и заранее подаются врачу. Таким образом, лицо, регистрирующее больных, по окончании записи первичных в сущности свободно и может быть догружено работой внутри кабинета в помощь врачу.

Само собой разумеется, что могут быть случаи нарушения намечаемого порядка приема. Могут первичные явиться в последние часы приема, а предназначенные исключительно для повторных. Могут больные и без уважительных причин являться не в назначенные им дни и часы, но это будут все же отдельные случаи, с которыми придется бороться путем перевода таких больных на другие дни и часы. Во всяком случае при условии широкого ознакомления обслуживаемого населения как с самим порядком приема, так и с целесообразностью и выгодами его для самих больных, таких случаев будет сравнительно немного.

Преимущества же предлагаемого порядка приема следующие: 1) упрощается регистрация больных, 2) изживается ожидание в очереди, 3) в некоторых случаях возможно пополнение кабинета техническим работником в часы приема повторных больных, 4) уменьшение времени, идущего на подготовительную работу, и увеличение его для основной; 5) повышение пропускной способности кабинета, благодаря увеличению числа первичных больных за счет сокращения числа повторных посещений и 6) в результате также достигается снижение стоимости первичного посещения.

Указанный порядок приема для зубкабинетов участков мы рекомендуем принять к руководству со внесением в него соответствующих поправок применительно к местным условиям.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

СУЩНОСТЬ МЕТОДА ДИАЛЕКТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛИЗМА.

В. И. ВЕЛИЧКИН.

(Доклад, прочитанный на заседании Уральского Медицинского Общества 8-V—1928 года).

Тема моего доклада чрезвычайно обширна и сложна, а потому в пределах одного выступления невозможно сколько-нибудь полно исчерпать ее.

Однако, исходя из этого, не следует брать под сомнение целесообразность самой постановки такого доклада.

Моя задача—дать краткую характеристику важнейшему из всех известных нам научных методов мышления и действия—диалектическому материализму, с тем, чтобы заинтересовать мало знакомых с ним товарищей и тем самым помочь им овладеть этим методом для его применения в научной и практической работе.

В январе текущего (1928 года), на траурном заседании памяти Ленина, в Москве, тов. Бухарин сказал, что «за последнее время мы начали ставить (и решать) также и те задачи, которые отодвигались В. И. на неопределенное будущее, ибо в то время их действительно нельзя было ставить. Таковы задачи, которые суммарно можно было-бы назвать задачами научной революции, революции в науке, в ее методе, в ее системе... В целом ряде наук, не только общественных, где марксизм давно уже имеет свою прочную гегемонию, но и в области естественных, происходит глубокая переделка: марксизм нащупывает свои позиции и там, запускает и туда свои щупальца... У нас есть уже крупные биологи из старых ученых, которые с азартом обсуждают вопрос о марксистской диалектике в области биологии. Физика, химия, физиология захвачены тем-же потоком. То-же нужно сказать о рефлексологии, психологии, педагогике. Есть даже общества математиков, которые обсуждают вопрос о методах марксизма в математике».

Как видите, марксистская идеология, марксистский метод проникает всюду. И я буду полностью удовлетворен настоящим своим докладом, если он поможет нашему Медицинскому Обществу внести свою лепту в дело разработки основных медицинских проблем под углом зрения диалектического материализма.

Разумеется, это возможно лишь в том случае, если члены Медицинского Общества не смотрят предубежденно отрицательно на проникновение марксизма в медицинскую науку, т.-е., если они захотят изучить марксистский метод и работать при его помощи. Я смею думать, что за исключением, быть может, отдельных единиц, членов Общества, Общество, как таковое, займется этим вопросом. Думаю я это вот почему.

Во-первых, как резонно указано в резолюции IV Всесоюзного съезда врачебных секций, «направление культработы среди врачей должно исходить из того факта, что социальное положение советского врача неизбежно толкает его на усвоение им пролетарской идеологии. К этому же толкает его и практика советского здравоохранения».

Во-вторых, знание основ марксизма и владение методом диалектического материализма необходимо врачам для того, чтобы иметь возможность вполне сознательно и критически подходить к современной научной литературе и правильно разрешать научно-практические вопросы медицины.

В-третьих, научный интерес,—а он, несомненно, имеется у членов научного общества, должен вызвать желание применить новый в медицинской области метод, блестяще оправдавший себя при разработке целого ряда кардинальных вопросов социологии и биологии.

В-четвертых, научная порядочность, в наличии которой я не сомневаюсь, требует для оценки того или иного метода, для разрешения вопроса о его принятии или непринятии предварительного его изучения и применения в процессе работы.

И, наконец, в-пятых, свойственное людям, особенно культурным, стремление к изучению основных принципов бытия и построению определенного мировоззрения—заставляет нас ознакомиться с самым передовым, самым прогрессивным, самым революционным современным мировоззрением, каким является марксизм, и с его методом—диалектическим материализмом.

Это в равной мере относится как к тем, кто еще не имеет более или менее целостного мировоззрения, так и к тем, кто его имеет, ибо никто не может сказать, что он уже познал все и что все для него ясно, понятно, окончательно... Это было-бы неверием в развитие науки, неверием в способность развития своего собственного мышления, это было-бы интеллектуальным самоубийством...

Позвольте же с уверенностью в том, что среди нас нет «интеллектуальных покойников», перейти к изложению сущности метода Маркса—Ленина, применявшегося этими великими мыслителями и революционерами в их теоретической и практической деятельности. Прежде всего—краткая историческая справка.

Марксизм возник, как прямое и непосредственное продолжение учения величайших представителей философии, политической экономии и социализма. Здесь уместно будет хотя-бы в нескольких словах напомнить, что такое марксизм.

Многие считают, что марксизм есть совокупность взглядов на задачи, метод и категории политической экономии и на экономическое развитие общества, в особенности капиталистического, т. е. так называемый исторический материализм. Но это не так. Марксизм—это целое мирозерцание, современный философский материализм, устанавливающий взгляд на мир в целом.

В. И. Ленин писал: «учение Маркса всеильно, потому что оно верно. Оно полно и стройно, давая людям цельное мирозерцание, непримиримое ни с каким суевением, ни с какой реакцией, ни с какой защитой буржуазного гнета. Оно есть законный преемник лучшего, что создало человечество в XIX веке в лице немецкой философии, английской политической экономии, французского социализма». *)

*) В. И. Ленин «Собр. соч.», т. XII, ч. II «Три источника и три составных части марксизма» стр. 55.

Что касается интересующей нас сейчас стороны вопроса—метода диалектического материализма, то непосредственными предшественниками Маркса были знаменитые немецкие философы: идеалист Гегель и материалист Фейербах.

Маркс гениально применил диалектический метод Гегеля в системе материалистического миропонимания, основанного на новейших открытиях в области естествознания, и выработал замечательный инструмент для изучения как всей природы, так и человеческого общества—метод диалектического материализма.

В чем-же сущность этого метода? Главнейшие признаки диалектического материализма, как показывает само название, следующие: материализм и диалектика.

Рассмотрим оба эти признака сначала в отдельности.

1. М а т е р и а л и з м. Вы знаете, что коренным вопросом философии является вопрос об отношении «я» к «не я», т. е. субъекта к объекту, сознания к бытию. И различные философские системы различно отвечают на этот вопрос. Но несмотря на множественность философских систем и их различные оттенки, все они по своей установке при разрешении вопроса об отношении «я» к «не я»—могут быть разделены на две основных группы.

Первая группа объединяет те системы, которые берут за точку отправления объект, или—бытие, или природу.

Вторая группа объединяет те системы, которые исходной точкой берут субъект, или—сознание, или дух.

Установка первой группы при последовательном мышлении приводит к материалистическому миропониманию. Установка второй группы—к идеалистическому.

К этим двум основным группам можно добавить еще одну—промежуточную, которая объединяет в себе философские системы людей, не способных к последовательному мышлению, останавливающихся на полдороге и довольствующихся помесью материализма с идеализмом. Группа эта получила название дуализма, или иначе—эклектизма, и таких непоследовательных мыслителей называют эклектиками.

Слово «эклектик» греческого происхождения и по объяснению энциклопедического словаря Брокгауза и Ефрона значит: «не принадлежащий к определенной школе, но выбирающий из разных учений все лучшее». В вольном русском переводе (да простят меня товарищи за не философский термин) эклектизм есть—винигрет. И эклектизм никогда не давал и не может дать ничего ценного, ибо он, как правильно говорит А. Деборин: «всегда был бесплоден, как девственница, посвятившая себя богу»,—разумеется, если она верна своему обету...

Философская система, носящая название диалектического материализма, принадлежит к первой из указанных мною групп. Эта система признает, что:

1. Мир—един.

2. В основании всего сущего лежит вещество, материя.

3. Все явления, происходящие в мире, есть исключительно проявления свойств материи, при чем в природе существует объективная закономерность, объективная причинность в явлениях, отражаемая, как говорил Ленин, лишь приблизительно верно человеческими представлениями о порядке, законе и проч.

4. В мире нет ничего сверхматериального, сверхестественного, божественного.

5. Отражаемые нашим сознанием вещи, тела, предметы действительно существуют, т. е. внешний (для субъекта) мир объективно реален.

6. Как реальный, мир познаваем, и только на почве диалектического материализма с его признанием внешнего мира и представляется возможным построить чисто научную теорию познания.

7. Отправная точка мышления—объект, бытие, или природа.

8. Как следствие единства мира—единство субъекта и объекта.

И, пожалуй, можно добавить еще одно положение:

9. Единство самого субъекта, самого «я», т. е. диалектический материализм не признает разделения субъекта, скажем, на «душу» и «тело».

Это последнее положение знаменитый естествоиспытатель Гексли выразил следующими словами: «теперь никто из стоящих на высоте современной науки и знающих факты не усомнится в том, что основы психологии надо искать в физиологии нервной системы. То, что называется деятельностью духа, есть совокупность мозговых функций, материалы нашего сознания являются продуктом деятельности мозга».

Значит-ли это, что диалектический материализм не признает психических процессов? Нет. По этому поводу проф. Корнилов говорит следующее: «диалектический материализм говорит о том, что в основе бытия лежит материя, как единственная объективная, независимо от нас существующая реальность, частицей каковой реальности является и сам человек, обладающий психикой, отображающей материальный мир и являющийся по своей сущности ничем иным, как свойством высоко организованной материи». Таким образом марксизм «не только не уничтожает этим психических процессов, но считает их обладающими такой-же степенью реальности, как и всякое иное свойство материи, например, движение». *)

Если всю нашу психическую деятельность рассматривать, как результат физиологических процессов, происходящих в центральной нервной системе, то почему-же до сих пор, несмотря на крупнейшие успехи физиологии, мы знаем так мало о сущности и законах этой психической деятельности? На этот вопрос И. П. Павлов отвечает так: «причина есть и очень ясная, и заключается она в том, что та деятельность, которая производится большими полушариями, рассматривается не с той точки зрения, с которой рассматривается деятельность остальных органов тела и даже других частей центральной нервной системы. Эта деятельность больших полушарий получила название особой психической деятельности, как мы чувствуем, воспринимаем ее в себе и как она предполагается и у животных по аналогии с нами самими. Отсюда положение физиолога получилось в высшей степени своеобразным и затруднительным. С одной стороны, изучение деятельности полушарий, подобно другим частям организма, как будто его дело, а с другой—выходит, что это есть предмет особой науки, психологии»**).

Я сейчас не имею возможности останавливаться на основных положениях двух других групп философских систем, а также и на различных оттенках, существующих в материалистической группе, помимо диалектического материализма. Скажу только, что идеалистическая группа противопоставляет всем перечисленным основным положениям диалектического материализма свои, совершенно противоположные по установке положения. Так, например, материи противопоставляется дух.

*) «Психология и марксизм», (борн. ГИЗ, 1925 г. стр. 18.

**) И. П. Павлов. «Лекции о работе больш. полуш. головн. мозга», ГИЗ, 1927, ст. 13.

Английский философ Дж. Беркли, основатель крайнего имматериализма и первый представитель современного умеренного номинализма, учил, что нет ничего реального кроме духов и бога и что «причина всех явлений природы есть бог», бытие же вещей есть только нахождение их в восприятии: *esse percipi*.

С этой точки зрения, товарищи, вас как таковых, не существует; вы существуете постольку, поскольку я вас воспринимаю. Иными словами я имею честь читать свой доклад перед призраками. Или еще один вывод «если бытие равно бытию в восприятии, как говорил Плеханов, то это значит, что не вы происходите от ваших родителей, а они происходят от вас, потому что ведь и их бытие сводится к бытию в вашем восприятии».

Попробуйте ка при такой установке изучать законы наследственности. Да и вообще что-нибудь изучать. А отсюда понятно то положение таких идеалистов, которое говорит, что мир непознаваем...

Другой крупнейший представитель идеализма Гегель признавал существование реального мира, но все явления, происходящие в мире, он считал за проявления духа, а предметы—воплощением «идеи», существовавшей где-то еще до сотворения мира.

И естественно то, что отправной точкой мышления идеализмом провозглашается не объект, а субъект.

А диалектический материализм на коренной философский вопрос об отношении сознания к бытию дает ответ о единстве субъекта и объекта и устанавливает положение, что «бытие определяет сознание», а не наоборот, как учат представители идеалистических направлений в философии. Этот основной вывод материалистической философии К. Маркс применил к изучению законов развития человеческого общества, в результате чего пролетариат имеет свою социологию, получившую название теории исторического материализма.

В своей книге «К критике политической экономии» *) Маркс говорит следующее: «в общественном отправлениях своей жизни люди вступают в определенные, от их воли независящие отношения—производственные отношения, которые соответствуют определенной ступени развития их материальных производительных сил. Совокупность этих производственных отношений образует экономическую структуру общества, реальное основание, на котором возвышается правовая и политическая надстройка, и которому соответствуют определенные формы общественного сознания. Способ производства материальной жизни обуславливает собой процесс жизни социальной, политической и духовной вообще. Не сознание людей определяет их бытие, но, напротив, общественное бытие определяет их сознание». Это в области истории.

А в области, непосредственно близко нас касающейся науки—медицины—приложимо-ли материалистическое понимание? Я думаю, что не только приложимо, но и необходимо, как единственно правильное.

В самом деле, что может быть нелепее положения врача, не признающего матерно и в то-же время изучающего анатомию и физиологию, исследующего наследственность больного, устанавливающего в лаборатории с микроскопом этиологию заболевания, производящего хирургическую операцию, назначающего массаж, гимнастику, режим питания или то или иное фармакологическое средство?

Больной, «как представление», это—забавная картина, совершенно устранимая возможность совместных действий по лечению и уходу за

*) Изд. «Моск. рабоч.», 1922 г. стр. 38.

больными и сводящая всю нашу с вами работу в области практической медицины, в области здравоохранения к какому-то своеобразному донкихотству. Врач, изучавший в течение 5 студенческих лет природу вообще и человеческую в частности и продолжающий непрерывно ее изучение в целях своей практической деятельности, положение, что мир «непознаваем». Совместимо-ли это?

Плохо гармонирует также с идеалистическими (или виталистическими) представлениями такие явления, как пересадки органов и тканей, в частности, желез внутренней секреции, органотерапия, данные биологической физики и химии, учение о реакциях и рефлексах, а также данные патологической анатомии.

Проф. Подвысоцкий в «Основах патологии» говорит: «постоянные успехи в области патологической гистологии и гистохимии устанавливают все более и более тесную причинную связь между измененным физико-химическим состоянием тканей и клеток и между нарушениями в их отправлениях. Поэтому патология ищет обыкновенно причину того или другого появления болезни в материальных изменениях известной группы клеточных элементов. Есть, правда, ряд болезней, особенно в области центральной нервной системы, где патология не в силах еще провести во всей полноте такой анатомический принцип и где для известного функционального расстройства не найдено еще никаких объясняющих его гистологических изменений в тканях. Дело здесь, однако, только во времени и в трудности исследования. Завоевания в этой области, делаемые чуть-ли не ежедневно патологической гистологией и экспериментальной патологией, дают основание утверждать с полной уверенностью, что и та группа болезней, для которых не найдено еще соответствующих анатомических изменений, со временем исчезнет. В этом отношении не следует исключать и всей области психопатологии, тем более, что для некоторых отделов ее и теперь уже может быть приложен анатомический принцип» (стр. 3).

Единственно, чем можно заниматься врачу-идеалисту, это, пожалуй, психоанализом да и то для самоуслаждения, а эклектику разве еще и гомеопатией. Но, к счастью, врачей, занимающихся только этими «дисциплинами», очень мало.

Быть может к идеализму приводят вопросы о смысле жизни и о прочих возвышенных материях? На этот вопрос разрешите ответить словами Мечникова: «Мебиус думает, что утешительно иметь возможность сказать себе: мы служим для чего-то высшего, хотя и не знаем, каким образом... Такое заключение требует признания факторов, стоящих над человеком и регулирующих нашу жизнь совершенно неведомым нам путем. Это приводит нас, следовательно, к метафизике, с которой наука не может иметь ничего общего»... «Жизнь уже сама по себе является в значительной степени этой целью»...*)

И я думаю, что наша задача теперь состоит в том, что:

1) в теории—мы должны изгнать витализм из тех областей медицины, где он еще гнездится, путем критической проверки всех положений этих областей нашей науки методом диалектического материализма (теория иммунитета, теория наследственности, вопрос о конституции, внутренняя секреция, психопатология и др.);

2) в практике—максимальное внимание среде, в которой живет человек, ее изучение и воздействие на нее в целях изменения.

И. П. Павлов говорит, что «каждая материальная система до тех пор

*) И. И. Мечников «40 лет искания рациональн. мировоззр.» ГИЗ. Москва, стр. 276.

может существовать, как данная отдельность, пока ее внутренние силы притяжения, сцепления и т. д. уравниваются с внешними влияниями, среди которых она находится. Это относится ко всякому простому камню, как и к сложнейшему химическому веществу. Точно то же надо представлять себе и относительно организма. Как определенная замкнутая вещественная система, он может существовать только до тех пор, пока он каждый момент уравнивается с окружающими условиями. Как только это уравнивание серьезно нарушается, он перестает существовать, как данная система». (Id., стр. 17).

Говоря о среде, мы должны иметь в виду не только физико-химические и биологические факторы воздействия среды на организмы, но также и социальные. Давно уже выделена группа социальных болезней. И группа эта все растет и ширится.

Проф. Гиляровский («Московский Медицинский Журнал» № 11, 27 г.) справедливо указывает, что «важность точного учета экзогенных причинных моментов и зависящих от его результатов лечебно-профилактических мероприятий еще более ясна на примере... неврозов... если психозы с полным правом называются социальными заболеваниями, то это не в меньшей степени относится к неврозам. Во-первых, для развития их имеет значение истощение на почве сифилиса, туберкулеза и др. инфекций, а также интоксикаций, и прежде всего алкоголизма... Еще больше дают основание считать неврозы социальными болезнями ближайшие условия их возникновения. Последние сводятся, главным образом, к психическим моментам, зависящим в конце-концов почти всегда от неустройства социальных отношений, от беспорядков в личной жизни, от неурегулированной сексуальной жизни, от невозможности удовлетворения разных стремлений и очень часто от несоответствия между тем, чем человек хотел бы быть, с тем, что он представляет, благодаря сложившимся бытовым условиям».

Из этого видно, какое громадное значение имеет среда в жизни организма. Изучая среду, мы всегда должны помнить слова Маркса о том, что если прежние философы изучали мир с тем, чтобы его объяснить, то мы должны изучать мир для того, чтобы его изменить. К сожалению, в нашей медицинской деятельности мы слишком мало применяем это бесспорное положение Маркса, доказательством чего является хотя бы то обстоятельство, что профилактическая работа до сих пор не получила еще соответствующего своему значению развития, несмотря на благоприятные объективные условия.

Итак: «Материалистичность метода диалектического материализма заключается в том, что он требует признания единства всего мира, естественности и познаваемости его и отказа от такой точки зрения, которая видит в природе сверхъестественные, непознаваемые явления и поэтому склонна разделить ее на мир материальный, естественный и мир божественный, сверхматериальный». (В. Сленков—«Биология и марксизм», стр. 3).

Заканчивая характеристику первого признака излагаемого метода—материализма, я хочу остановиться еще только на двух вопросах.

Как объяснить возникновение тех философских систем, в которых точкой отправления служит дух, а не природа? Известный английский этнолог Э. Тэйлор уже давно сказал, что сущность спиритуалистической философии в ее противоположности философии материалистической коренится в первобытном анимизме, т. е. в мировоззрении первобытных народов, которые считали все одушевленным, и все явления природы объясняли, как результат вмешательства живых существ в виде духов и демонов, т. е. с этой точки зрения, а она вполне правильна, идеализм есть как бы психический атавизм.

И второй вопрос, это—вопрос о том, отчего же идеализм до сих пор продолжает пользоваться значительным влиянием среди мыслителей буржуазных стран, несмотря на очевидные преимущества научного взгляда на природу перед анимистическим?

На этот вопрос можно ответить так:

Во-первых, потому, что в течение очень долгого времени естествознание подвигалось вперед так медленно, что оно не могло выбить анимизм из всех его позиций. Этому также способствовало и воспитание: «есть еще не мало стран, где всякий обязан принадлежать к какой-нибудь религии. Религия принимает культурного человека в свои объятия уже при самом появлении его на свет; она, далее, является его упрямой, назойливой спутницей на всем протяжении его жизненной дороги; она не оставляет его в покое даже в момент смерти». «Вера в сверхземные и сверхчувственные силы... в бессознательной форме продолжает жить и у личностей самого высокого умственного развития, и лишь чрезвычайно немногие из детей 19 века настолько сроднились и слились с естественно-научным миропониманием, в истинности которого убежден их разум, что оно оказалось в силах проникнуть у них даже в темные низы подсознательного, в эту загадочную область душевной жизни, в скрытых изгибах которой почти независимо от нашей воли зарождаются смутные чувства, влечения и настроения. В ее таинственном мраке ревниво стерегут свое господство отдаленнейшие предрассудки и религиозные суеверия детства человеческой культуры, и изгнать их оттуда гораздо труднее, чем выпугать сов и летучих мышей из всех углов и закоулков старой башни». Так писал Макс Нордау*).

Во-вторых, взаимная борьба сил данного народа, стихийность и анархия производства и рынка при капиталистическом строе общества, международные войны приводят к тому, что можно выразить словами, которыми Эврипид часто заканчивал свои трагедии: «не исполняется то, чего мы ждали, с другой стороны боги находят средство осуществить невозможное» (Плеханов). Этим в значительной степени поддерживается вера в существование «небесных сил» и склонность искать у них помощи.

В-третьих, сознательная защита интересов, господствующих в буржуазных странах классов. Так, вышеупомянутый мною философ Беркли в своих заметках, относящихся к годам его учения (а он готовил себя в епископы), писал, что «то мнение, согласно которому существование отлично от существования в виде восприятия (т. е. материализм), ведет к ужасным следствиям».

Чтобы избежать таких «ужасных следствий», оставалось одно средство—не допускать существования материи, ибо, как говорится в тех же записках Беркли, «раз допущено существование материи, никто не докажет, что бог не есть материя», т. е. требовалось во что бы то ни стало доказать, что бог существует.

Однако, мимоходом должен заметить, что Беркли, изгнав из своего учения материю, все же не избег «ужасного следствия», которое вытекает из его же учения, как результат его противоречия. Ведь, если принять положение Беркли «esse percipi», т. е. быть значит быть в восприятии, то, логически мысля, мы должны прийти к тому выводу, что и сам бог разделяет участь материи, т. е. существует только в нашем представлении (Плеханов). Возьмем другой пример. Виндельбанд в «Истории новой философии» пишет про английского лорда Болинброка, автора известных «Писем»: «в гостиной, думает он, следует улыбаться узости и нелепости представлений поло-

*) Макс Нордау: «Ложь преисоциалистич. культуры», СПб, 1907, стр. 43 и 44

жительной религии, и сам он не отступает перед самыми беззащитными насмешками. В общественной же жизни религия—необходимая сила, которую нельзя расшатывать без того, чтобы не рушилось основание государства—послушание масс».

Увы, подобная же тенденция заставила и одного из крупнейших философов Канта «поклоняться тому, что сжигал». Г. Гейне в своей книге «К истории религии и философии в Германии» дает прекрасное описание этому «повороту» Канта. Указав на революционное значение «Критики чистого разума» в борьбе с теологией и деизмом, Гейне объясняет, для чего понадобилась Канту «Критика практического разума», в которой восстановлено все, что было разрушено в «Критике чистого разума».

«Вы думаете, что можно теперь пойти домой?—Ничуть! Спектакль еще не закончен. За трагедией следует фарс. Эм. Кант играл до сих пор роль неумолимого философа. Он штурмовал небо, он заставил его гарнизон сдать все свое оружие, владыка мира плавает в крови, нет больше никакого милосердия, нет отцовской доброты, нет потусторонней награды за посюстороннее воздержание, бессмертные души лежат при последнем издыхании—тут предсмертный хрип, там стоны, а старый Лампе*) стоит при этом с зонтиком под мышкой, как печальный зритель, и лицо его покрыто холодным потом и слезами. Тогда в сердце Эм. Канта зарождается жалость, и он показывает, что он не только великий философ, но и хороший человек. Подумав, он полудобродушно, полуйронически говорит: «старый Лампе нуждается в боге, иначе бедняк не будет счастлив, а человек должен быть на земле счастлив. Так говорит практический разум. Ну, пусть будет так: практический разум ручается за существование бога».

Этот вопрос разъясняет также одна из современных философских систем эклектического типа—так называемый прагматизм, основателем которого был Вильям Джемс. В основе этой системы, которую т. Деборин удачно характеризует, как «философию современной обывательщины», лежит «интерес», практическая польза**). Джемс говорит, что: «Истинное, это—просто лишь удобное в образе нашего мышления подобно тому, как «справедливое» это лишь удобное в образе нашего поведения»...

С этой же точки зрения подходит Джемс и к вопросу о религии, он говорит:

«Если окажется, что религиозные идеи имеют ценность для действительной жизни, то с точки зрения прагматизма они будут истинны в меру своей пригодности для этого».

Словом—прагматизм приспособлен в психологии обывателя.

«Обывателю,—как говорит Деборин,—нужно всего понемножку. Ему и немножечко религии подавай, ему и толику морали нужно, да и без положительных знаний нынче обойтись невозможно». Такая философская система, явившаяся продуктом буржуазного строя общества, лишняя раз подчеркивает то, что (как говорит Деборин) «в то время, когда для передового общественного класса полезны лишь те теории, которые объективно истинны, для господствующих классов, наоборот, объективно истинны лишь те построения, которые им полезны».

Таковы ответы на вопросы о причинах появления и существования идеалистических систем в философии.

(Окончание следует).

*) Лампе — слуга Канта.

**) А. Деборин: «Введение в философию диалектического материализма» ГИЗ, 1924 г., стр. 339.

К ВОПРОСУ О ДЛИТЕЛЬНОЙ ИНКУБАЦИИ ПРИ МАЛЯРИИ В СВЯЗИ С КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ОСО- БЕННОСТЯМИ ЕЕ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ.

Д-р Б. П. КУШЕЛЕВСКИЙ.

Заведующий терапевтическим отделением Свердловской ж.-д. больницы.

Одной из характерных особенностей переживаемой нами пандемии малярии является, как известно, весенний эпидемиологический максимум с преобладанием среди первичных форм так называемых ранних весенних заболеваний. Все авторы, изучавшие эту особенность последней пандемии, единодушно подтверждали еще ранее высказанное Вигдорчиком, Предтеченским и Релю'ом мнение, что одной из причин столь несвоевременных начальных проявлений малярии является длительная инкубация после заражения в предшествующий деятельный период комаров (Кушев, Кофф, Лурья, Листов, Соломин, Кушелевский).

Возвращаясь вновь к этому вопросу за последнее время («Врачебное Дело» 1927 г. № 2), саратовский маляриолог проф. Н. Е. Кушев констатирует увеличение % ранних весенних заболеваний с 52% (за 1924-25 г. г.) до 77,3% (за 1926 год) и подчеркивая важность изучения этого вопроса в эпидемиологическом и профилактическом отношении, сетует на незначительное количество работ в данном направлении. Помимо эпидемиологического изучения этого вопроса, мне кажется, имеет не меньший клинический и особенно иммуно-биологический интерес. В самом деле, как понимать такую необычно длительную инкубацию? Как и где проводит ее микроорганизм? Как реагирует на нее микроорганизм? Эти и им подобные вопросы невольно возникают и, не получая исчерпывающего ответа, возбуждают сомнение в правильности до сих пор принятого взгляда на происхождение и течение первичных весенних заболеваний.

Так, позднее московский маляриолог проф. А. А. Кисель («Врачебное Дело» 1927 г. № 11), подвергая ревизии учение о длительной инкубации при малярии, находит взгляд, что эти заболевания зависят от длительной инкубации,—неудовлетворительным и невыдерживающим критики и приходит к совершенно новой мысли, «что, быть может, в подобных случаях мы имеем дело не с инкубацией, а уже с наступившим заболеванием, причем оно находится сперва в межприступном периоде*», а приступ по совершенно неизвестной причине развивается только ранней весной». Исходя из предпосылки, «что для малярии характерны не столько приступы повышения температуры, как межприступные периоды», во время которых наблюдается малокровие, увеличение селезенки и печени, понижение работоспособности и проч. и которые тянутся очень долго—не только месяцы, но и годы». А. А. Кисель, приходит к предположению, «что в течение зимы эти больные находятся в стадии межприступного периода». Также отрицательно относится он к мысли о возможности отнести этот необъяснимо длительный инкубационный период к периоду предвестников, считая, что «мало вероятно, чтобы период предвестников, по существу короткий, мог тянуться так долго и потому... правильнее будет отказаться от мысли об инкубации».

По его мнению «представляется более вероятным смотреть на это дело так, что инфекция развивается очень медленно, до того медленно, что заболевшие могут производить впечатление совершенно здоровых людей. Знаком-

*) Курсив наш.

ство и изучение межприступного периода малярии позволяет мне сделать это предположение»—говорит А. А. Кисель. «Однако, ввиду особой важности этого вопроса, проливающего новый свет на многие стороны малярии, я считаю крайне необходимым привлечь к нему внимание товарищей».

Отдавая должное авторитету А. А. Киселя, я все же не могу согласиться с этими его взглядами и решаюсь привести некоторые возражения против них, а также высказать свои соображения в защиту общепринятого взгляда на длительную инкубацию при малярии.

Для ясности вопроса, здесь прежде всего, необходимо **разграничить понятие длительной инкубации, до приступного и межприступного периода**, ввиду того, что А. А. Кисель, упоминая термин доприступный период лишь раз на протяжении всей статьи, как бы ставит знак равенства не между ним и инкубацией, а между до и межприступными периодами. Само же понятие межприступный период предполагает, как известно, наличие в прошлом больного так или иначе выявившейся малярии. Малярийные же заболевания, развившиеся после межприступного периода, принято называть рецидивными. И, следовательно, в интересующем нас периоде, предшествующем манифестированию болезни можно говорить собственно о доприступном, а не межприступном периоде.

Возникает вопрос, доступен ли распознаванию этот, так называемый, «доприступный период». Изучить его можно двумя путями: 1) специальным обследованием на протяжении многих месяцев определенных, организованных контингентов (детей, военных частей), не болевших малярией и находившихся в предшествовавший деятельный период комаров в малярийной местности (изучением селезенки, и главным образом, крови, как морфо, так и серологически и отчасти уробилинурии),— способ более верный, но едва ли осуществимый и 2) тщательным изучением анамнеза первично заболевших, чем до сих пор пользовались все авторы, разрабатывавшие этот вопрос. Касаясь последнего метода, А. А. Кисель говорит, что полученные при его посредстве данные неточны. Соглашаясь отчасти с этим мнением, я, однако, решаюсь подчеркнуть, что особенно неточен в этом отношении анамнез больных детей, кстати, являвшихся материалом для наблюдений и выводов автора. Что же касается анамнеза взрослых, то, несмотря на исключительную субъективность этого метода, все авторы, пользовавшиеся им до сих пор, приходили к аналогичным результатам и получали близкие цифры.

Большую ценность для изучения первичных малярийных заболеваний с длительной инкубацией представляли годы эпидемического распространения малярии на местности, до того не являющиеся малярийными. Средний Урал, из района которого были наши больные, до 1923-24 г.г. не мог быть отнесен к малярийным местностям (за исключением нескольких небольших эндемических очагов на юге его). В виду этого вспышка эпидемии в разгаре зимы (январь-февраль 23 г.) была настолько неожиданной для ряда врачей, что заболевшие малярией направлялись к нам в Свердловскую ж. д. больницу под диагнозом возвратного тифа, эпидемия которого к тому времени заканчивалась.

Мне удалось в этом отношении в 1923-24 г. изучить (Казанский Мед. Журнал, 1925 г., № 6) 155 **стационарных** малярийных больных, приехавших на Урал в 1922-24 г.г. из различных малярийных местностей. Это были, главным образом, эвакуировавшиеся из Западной Сибири и Поволжья по окончании гражданской войны уральцы, до эвакуации жившие в малярийных местностях и не болевшие малярией до выезда с Урала, или чаще до возвращения на Урал (в течение зимы или весны). 63% этих маляриков представ-

ляли так называемые «ранние первичные весенние формы», а большей частью даже «первичные летние» (май-июнь) заболевания с длительной инкубацией (до 6-11 месяцев и даже 1½ лет). При собирании анамнеза я обращал особое внимание на установление у них лихорадочных, хотя-бы рудиментарных приступов в течение минувшей осени и зимы, и случаи, где встречались какие либо указания на этот счет, относились мною к рецидивам. Других проявлений у первично болевших, которые-бы можно было отнести к так называемому доприступному периоду, я также не мог отметить, кроме невыраженных легких лихорадочных приступов, **непосредственно предшествовавших остро-лихорадочному периоду**, которые мне пришлось видеть в свое время у нескольких искусственно зараженных малярией, больных прогрессивным параличем.

Эпидемиологические особенности малярии обуславливаются, как известно, климатическими факторами, определяющими продолжительность деятельного периода комаров и формой возбудителя. В первые годы эпидемии мы имели дело почти исключительно с *plasm. vivax resp* трехдневной формой малярии. В отношении же переносчика наши данные относятся к 55°-61° с. ш., где в среднем вызревают два поколения комаров. При этом сроком возможного появления первичных малярийных заболеваний, свежее инфицированных и остро проявившихся тем же летом, мы считаем—1 июля в отличие от более южных районов, где срок этот соответственно широте исчисляется раньше (так например, для Саратова—1-ое июня).

Специальное исследование вопроса о северных границах распространения первичной малярии, произведенное в последнее время К. И. Колодизнером (Ленинградский Мед. Журнал, 1926 г.) привело его даже к выводу, что, **примерно, в наших широтах—южнее 60° с. ш. —случаи заболевания малярией вследствие заражения от первого поколения комаров возможны в благоприятные годы не ранее 10-20 августа и в неблагоприятные 1-20 сентября, а заражение от комаров второго поколения вообще немыслимо.** Последнее обстоятельство требует еще большего отодвигания установленного нами срока появления «свежих» первичных инфекций малярией чуть ли не до осени. Таким образом, **не только так наз. «ранние весенние», но и первичные летние заболевания, должны у нас рассматриваться, как случаи с длительной инкубацией**, а последняя должна быть в некоторых случаях первичных заболеваний в июле—удлинена до 10-11 месяцев.

Клинические особенности таких, я бы сказал, «**поздних**» летних первичных заболеваний малярией—ярко выраженные приступы, обилие плазмодий в периферической крови, склонность к рецидивам через короткие межприступные промежутки,—также сближают наши случаи первичных заболеваний в июле м-це с ранними весенними, *resp*, весенне-летними формами малярии, тогда как редкие у нас осенние первичные заболевания трехдневной малярией, *resp*, свежие летние заражения—дают у нас заболевания с легче протекающим острым периодом, легче купируются и не склонны к скорым рецидивам, давая длинный зимний межприступный период. Этим я хотел бы подчеркнуть **существование клинико-эпидемиологических параллелей при малярии в смысле особенностей течения случаев с длительной и короткой инкубацией** и особенного упорства первых по отношению к терапии, еще ранее нас отмеченного Страдомским и Кушевым.

Если же мы учтем, что годичная кривая заболеваемости малярией даст у нас лишь один максимум—весенне-летний, зависящий от преобладающего значения терцианы, которая в 63% наших случаев проявлялась в форме ранних, первичных весенне-летних заболеваний, то станет ясным,

что длительный инкубационный период терцианы в наших широтах является клиническим правилом и эпидемиологической основой современной комариной теории.

В объяснениях сезонности эпидемиологических максимумов для всех протозойных инфекций, передающихся через насекомых, в том числе и для малярии, научная мысль остановилась, и, я бы сказал, несколько преждевременно на мысли о зависимости этой сезонности от биологии переносчиков данных инфекций. Так, в недавней своей статье, озаглавленной «Попытки объяснения сезонности инфекций» — проф. Бердников (Вестник микробиологии и эпидемиологии, т. III, в 1-2) говорит, что «для отдельных инфекций (чума, малярия, сыпной и возвратный тифы) удастся дать если не исчерпывающее, то для практических целей достаточное объяснение (биология промежуточных хозяев и переносчиков). По отношению к интересующему нас весеннему максимуму первичных заболеваний малярией, предшествующему, а не последующему деятельному периоду комаров, биология последних прямой связи не имеет и ничего объяснить не в состоянии.

Выдвигаемая некоторыми в последнее время возможность заражения перезимовавшими комарами еще не доказана, так как пока еще не пойман инфицированный перезимовавший комар. Если с этой возможностью следует считаться на юге, то по отношению к нашему климату (северной полосе РСФСР) ее в расчет принимать нельзя. (Колодизнер).

Как же и чем объяснить столь непонятную и необычно длительную инкубацию?

В этом вопросе нам пока лишь известно, что последняя тянется до весны, когда терциана чаще всего и выявляется в своей классической форме. Тоже наблюдается и при рецидивах малярии как терцианы, так и смешанных форм ее. Последнее обстоятельство, как известно, привело Ленца (Lenz) к его, я бы сказал, «метафизической теории» «Anpassungerscheinung» плазмодий ко времени появления комаров под влиянием солнечных лучей. Ни в какой мере не умаляя значение инсоляции в выявлении весенних первичных и рецидивных заболеваний малярией, необходимо, в соответствии с современными взглядами, в противовес этому мнению, центр тяжести весенней инсоляции перенести на вызываемые ею, изменения сезонного характера в самом человеческом организме, так или иначе, ослабляющие его относительный иммунитет к малярии и др. латентно протекающим хроническим инфекциям.

Расширяя этот вопрос, невольно задаешься мыслью: не та ли же самая причина влечет к активности в те же весенние месяцы другой хронической инфекции — туберкулеза? Не ей ли мы обязаны, ясно определившемуся в недавно пережитую нами, эпидемию паразитарных тифов также весеннему (март-апрель) эпидемиологическому максимуму? Не влияет ли аналогично весна на другие хронические инфекции, в частности, на сифилис? Так, например, сделанный по нашей просьбе д-ром С. П. Фридьевым в 1924 г. подсчет рецидивных форм сифилиса, также обнаружил увеличение их в весенние месяцы, хотя очень хроническое течение и современное специфическое лечение его, переводя заболевания сразу в латентную форму, тем самым затухивает сезонный характер рецидивов, если таковой и здесь имеет место.

Присматриваясь далее к течению некоторых не инфекционных заболеваний, я получил впечатление, что и здесь дело не обходится без влияния весны, как сезонного фактора на течение некоторых заболеваний. Особенно достойно внимания в этом отношении течение заболеваний эндокринного аппарата и связанных с последним вегетативных неврозов.

Укажу на известные весенние обострения Базедовой болезни и тиреотоксикозов, давшие основание Цондеку (H. Zondek) (Болезни эндокр. желез., 1925 г.) справедливо говорить: о волнообразном течении болезни, выражающемся в том, «что больные весной довольно внезапно падают в весе, чувствуют себя утомленными и неработоспособными, а затем, поздней осенью, регулярно снова прибывают в весе и переходят в период особенно хорошего физического самочувствия» (стр. 55). «То же», по его мнению, наблюдается и при других заболеваниях на почве расстройства внутренней секреции. Так, например, осенью и весной учащаются случаи повышенной кислотности желудка, в основе которой лежат, повидимому, нарушения равновесия между блуждающим и симпатическим нервом. То же относится по Ружняку (Ruzniak) и к неврозам». А по нашим подсчетам и к язве желудка.

Особенно резко весна сказывается на появление тетании—не редкой на Урале болезни*). «Поразительно, что эпидемия ее усиливается весной»—пишет Цондек (стр. 102) и приводит по этому поводу выражение Моро (Мого), который, на основании своей статистики тетании, а также и кривой смертности детей, погибающих от экземы, лаконически сказал: «весна—время внутренней секреции».

Наконец, в последнее время, профессор А. Я. Штернберг и его школа, работая над функциональной диагностикой щитовидной железы по своему новому сывороточно-атропическому методу невольно столкнулся с сезонными колебаниями титра этого метода у животных и людей.» В конце января пр. г.»—пишет А. Я. Штернберг (Вр. дело, 1927 г., № 10) «оказалось, что у всех кроликов резко понизился сывороточно-атропический титр. Это одновременное изменение у всех животных мы сначала приняли за ошибку. Повторное исследование дало те же результаты... Оказалось, что у животных, а также у людей имеются определенные сезонные переломы, характеризующиеся то подъемом, то резким понижением деятельности щитовидной железы, по времени вполне совпадающие у животных и у людей». Хотя подробные данные об этих колебаниях по месяцам еще не опубликованы, но заранее, чисто эмпирически, можно предугадать весеннее повышение и зимнее понижение функции щитовидной железы, resp., тиреозидизма.

Жизнь животных, с ее неисчерпаемым запасом экспериментов природы, дает ряд примеров влияния весны на физиологические проявления животного организма; линяние, течка, и особенно зимняя спячка, сопровождающаяся резкими атрофическими изменениями в щитовидной железе и передней доле гипофиза. Интересно, что с помощью инкретов этих желез, а также адреналина Адлеру (Adler) удалось получить физиологическое пробуждение животных от зимней спячки.

Из немногих работ специально посвященных данному вопросу укажу на давно известные сезонные колебания пода у более высоко стоящих животных. Очень интересны также с нашей точки зрения опыты Дюжарден-Бометца (Dujardin-Beaumetz и Mosny), подтвержденные Бердниковым (I. c. и Ztrbl. f. Bactor. Bd 69 44), говорящие о резкой разнице у группы животных, подверженных зимней спячке в реакции на инфекцию (чума) зимой и летом. Оказалось, что зимой организм грызунов не реагирует, он подобен пробирке с бульоном, где медленно при низкой температуре множатся бактерии. Наконец, по Корнзангу (Kornzang) туберкулезная аллергия оказалась максимальной весной и минимальной осенью, а по Ружняку резистентность к анафилотоксину наименьшей зимой.

*) Б. П. Кушелевский. Некоторые данные о тетании и ее лечении. «Уральское Мед. Обозрение», 1924 г., т. III, № 4-5.

Эти немногие примеры сезонных конституциональных изменений в животном организме, рудименты которых, как мы видели выше, сохранились и у человека, как одно из проявлений атавизма, едва-ли могут остаться без влияния на явления иммуно-биологического порядка интересующей нас инфекции, разыгрывающиеся между малярийным плазмодием и зараженным им микроорганизмом.

При современном состоянии наших знаний об иммунитете при малярии, представляющем пока еще *tabula rasa*, едва-ли возможно привести сколько-нибудь удовлетворяющее объяснение связи между сезонными изменениями эндокринологического и иммуно-биологического порядка. Но параллелизм между ними, несомненно, существует и выражается, по нашему мнению, следующей гипотезой:

Длительная инкубация—латентная малярийная инфекция протекает на фоне «биологической зимы» человеческого организма, являющейся рудиментом зимней спячки и характеризующейся понижением реакций организма на внедрившуюся инфекцию: весенний эпидемиологический максимум малярии соответствует «биологической весне», с ее пробуждением внутренней секреции и обострением реакций иммунитета, под влиянием которых завязывается борьба между макро-и микроорганизмом.

Работа в этом направлении обещает поднять завесу над скрытыми пока от нас причинами активации в весенние месяцы не только малярийной инфекции, но и туберкулеза.

Предпринятые нами, пока немногочисленные, попытки к провокации скрытой малярии при помощи неоднократных внутри-венных вливаний малых доз иодистого натра, а также длительного внутривенного применения пода с целью стимуляции щитовидной железы дали в некоторых случаях скрытой малярии положительные результаты. Косвенным действием на эту железу мы склонны объяснить и др. известные способы провокации малярии, как инъекции адреналина, протеинов, инсоляцию и пр. Особенно интересно в этом отношении испытание прямого действия тироксина на скрытую малярию, о чем нам пока еще ничего неизвестно.

Невозможность пока экспериментального подхода к изучению особенностей малярийной инфекции ставит непреодолимые препятствия к разрешению иммуно-биологической проблемы малярии, оставляя интересующий нас вопрос о длительной инкубации в сфере гипотез. Но это едва-ли может служить основанием для отказа от мысли о существовании длительной инкубации и пересмотра общепризнанной клинической картины малярии, как это делает А. А. Кисель, считающий, что эта болезнь должна характеризоваться не манифестирующим ее проявление периодом лихорадочных приступов, а межприступным периодом, с нашей точки зрения не характерным и не соответствующим доприступному периоду, имеющему более общих черт с инкубацией.

Не лишне упомянуть, что в значительном числе прослеженных нами случаев, при строгом проведении последующего лечения, купированного лихорадочного периода, болезнь оканчивается одним или двумя следующими на протяжении одного сезона лихорадочными периодами, без дальнейшего длительного межприступного периода в смысле А. А. Киселя.

Таким образом, на основании изучения клинико-эпидемиологических особенностей малярии на среднем Урале, мы не считаем для себя возможным присоединиться к взглядам А. А. Киселя и, проводя высказанные соображения, призываем Уральских товарищей к изучению особенностей ее эпидемического распространения и течения, как в эпидемических, так и особенно во вновь поражаемых местностях.

К ДИАГНОСТИКЕ ПРЕРВАННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Из Гинекологического отделения Мотовилихинской 2-й Советской больницы

М. Р. ШАЦ.

В сомнительных случаях наличия свободной крови в брюшной полости у женщин (что практически чаще всего бывает при прерванной внематочной беременности), мы, как известно, прибегаем к пробному проколу брюшной полости, который производим через переднюю брюшную стенку или через задний свод влагалища. Отрицательный результат прокола через переднюю брюшную стенку не говорит, конечно, против кровоизлияния в брюшную полость, так как всем известны случаи, когда проколом брюшной стенки при наличии значительного кровоизлияния не удается добыть крови, между тем, как это легко удается проколом через задний свод. Возможно, что и проколом через задний свод не всегда можно обнаружить начинающееся внутреннее кровоизлияние, так как в свежих случаях кровь более распространяется по всей брюшной полости, благодаря кишкам и их перистальтике (Döderlein—Krönig).

В данном случае нас интересует больше всего значение положительного результата прокола. Можно ли при соответствующем анамнезе и некоторых данных объективного исследования (всех типичных признаков кровоизлияния при внематочной беременности нельзя требовать в каждом отдельном случае), в случае положительного результата пробного прокола через брюшную стенку, с уверенностью сказать, что в брюшной полости имеется свободная кровь, т. е. что имеем дело с прерванной внематочной беременностью. Liermann и Wimm считают положительный результат такого прокола, при имеющемся подозрении на внематочную беременность, решающим признаком прерванной внематочной беременности. Что это, однако, не всегда так бывает, показывает следующий случай.

Больная Ч. Клавдия, 26 лет, доставлена 19 мая этого года из консультации для беременных с диагнозом внематочной беременности. У больной была задержка месячных на 8—9 дней, и она обратилась в консультацию для решения вопроса, беременна ли она. Во время бimanуального исследования врачом консультации с больной произошел обморок. Больная заявила, что во время исследования у нее в животе что-то лопнуло. Врач направил больную в гинекологическое отделение больницы. Тем временем больная несколько оправилась, и принявший ее врач мог ее детально исследовать. Как анамнез, так и бimanуальное исследование подтверждали наличие беременности. Матка была несколько увеличена, мягковата, слева прощупывался около матки tumor величиною с куриное яйцо. Больная жаловалась на боль, которой раньше, до посещения консультации, не было, и надрывала брюшную стенку. Ввиду сомнения, имеется ли нормальная или внематочная беременность, врач произвел прокол брюшной полости через переднюю брюшную стенку слева, над тем местом, где прощупывалась опухоль, в месте «наибольшего заглушения перкуторного звука». В шприц легко насосалось 2—3 куб. крови. На основании сообщенных мне таких данных, мною—после наружного осмотра больной и проверки у нее анамнеза—немедленно было приступлено к чревосечению. Кровотечения из матки не было, но это обстоятельство меня не остановило, так как я наблюдал, что в свежих

случаях прерванной внематочной беременности проходит некоторое время до наступления кровотечения из матки. Показаний для чревосечения было достаточно. Разрез по средней линии ниже пупка. Брюшина нормального цвета, через нее кровь не просвечивает. После разреза брюшины в брюшной полости никакого кровезлияния не обнаруживается. Обе трубы совершенно нормальны. Матка несколько увеличена, мягкая; повидимому, беременна. Общий конфуз, недоумение: откуда тогда так легко насосалась кровь в шприц? (При операции присутствовало несколько врачей). Осматриваются яичники. Правый совершенно нормален, левый, извлеченный из под широкой связки и трубы, совершенно его покрывавших, величиной с куриное яйцо, но более плоский. В верхней его части имеется разрыв, длиной см. в 5, ведущий в небольшую полость, выстланную гладкой эндотелиальной оболочкой. В полости никаких следов крови не имеется. Стенки полости тонки в месте разрыва, но постепенно утолщаются и переходят в яичниковую ткань. Стенки полости резецируются, края яичника сшиваются. Под брюшиной около наружных подвздошных сосудов, как раз против места прокола брюшной стенки, имеется небольшой кровоподтек. После попутного удаления утолщенного и довольно длинного отростка слепой кишки брюшная полость закрывается. Гладкое выздоровление. Через 11 дней больная выписывается. Беременность в матке продолжается. 5-го июня—через 6 дней после выписки—больная возвращается в больницу с постановлением абортной комиссии о производстве больной искусственного аборта. На другой день производится аборт больной и удаляется плодное яйцо приблизительно семинедельного развития.

Резецированные стенки полости яичника подверглись гистологическому исследованию в патологоанатомическом институте Пермского Государственного Университета. Диагноз: «исследованные кусочки представляют ткань яичника и стенку кисты, в состав которой входит и яичник. Внутренняя поверхность стенки покрыта единичными эндотелиальными клетками. Ткань яичника плотная, фиброзная, богатая клетками и сосудами: местами встречаются «белые тела».

Таким образом, мы имеем дело с нормальной беременностью при небольшой кисте яичника, которая во время исследования врачом лопнула. Анамнез, небольшая опухоль при увеличенной матке на первом месяце предполагаемой беременности и шок в момент разрыва кисты, при частоте внематочной беременности в наше время, наводили врача консультация на мысль о внематочной беременности. Подозрение подтвердилось другим врачом при пробном проколе брюшной стенки, когда шприц легко насосал несколько кубиков крови. Но шприц, очевидно, достал кровь из наружного подвздошного сосуда (артерии или, скорее всего, вены). Проникновению иглы в сосуд способствовало состояние наполнения кишечника и упругости брюшной стенки. Брюшная стенка больной, хотя и родившей раз, оказалась очень хорошо сохранившейся, а кишки не раздутыми газами. В этих условиях брюшная стенка почти прилегала к подвздошным ямкам, и игла, незначительно дальше продвинутая, чем это было нужно, попала в сосуд. При проколах заднего свода, если придерживаться совета Д. О. Отта и пунктировать в самой его середине, нет таких условий попадания в крупный сосуд, и труднее достать шприцем кровь при отсутствии кровезлияния в брюшную полость. Задний свод по толщине нельзя и сравнить с брюшной стенкой, и ощущение проникновения в брюшную полость или в ограниченное скопление жидкости через задний свод гораздо явственнее. Положительный результат прокола заднего свода

можно поэтому считать решающим в смысле наличия прерванной внематочной беременности, отрицательный же результат, как и при проколе передней брюшной стенки, не исключает наличия прерванной внематочной беременности, так как кровь может оказаться свернувшейся, а при начальном, хотя и обильном кровоизлиянии в брюшную полость, кровь могла еще не спуститься в задний Дуглас. Прокол заднего свода для насасывания крови следует поэтому предпочитать проколу передней брюшной стенки. Такие авторы, как Döderlein и Груздев в своих руководствах и не упоминают о проколе брюшной стенки, как способе диагностики прерванной внематочной беременности, а Губарев руководствуется, главным образом, симптомами внутреннего кровоизлияния и объективным исследованием, не прибегая к проколу и заднего свода. Надо, однако, сказать, что бывают случаи, когда женщина переносит дома даже значительное внутреннее кровоизлияние довольно хорошо, задержки месячных не замечает и приходит в амбулаторию за советом по поводу общей слабости и необычных ощущений в животе. Врач не всегда может обычным исследованием точно установить болезнь у женщины, которую видит в первый раз. У одних больных температура нормальна, у других она повышена; одни нисколько не реагируют на ощупывание брюшной стенки и сводов, несмотря на значительное внутреннее кровоизлияние, другие же не дают дотронуться до себя, несмотря на незначительное кровоизлияние, и больше всего напоминают больных острым воспалительным процессом в брюшной полости и так далее. Картина болезни чрезвычайно разнообразна. В подобных случаях единственным для врача средством, решающим вопрос о наличии прерванной внематочной беременности, является прокол, так как в большинстве случаев шприц все-же насасывает кровь, когда она имеется в брюшной полости. Döderlein считает всякую пункцию не надежной, и советует в сомнительных случаях небольшим разрезом вскрывать задний Дуглас. То же советует и Груздев, но на ряду с пункцией заднего свода. Однако, оба эти диагностических способа следует разграничить. Прежде всего следует сделать пункцию заднего свода. В случае положительного результата ее, когда без труда насасывается несколько кубиков крови, можно с уверенностью сказать, что имеется прерванная внематочная беременность. Когда же в шприц с трудом насасывается немного крови или совсем не насасывается крови, при наличии других признаков внематочной беременности, следует прибегнуть к самому верному диагностическому способу—небольшому разрезу заднего свода, через который можно пальцем ощупать придатки в случае надобности. Положительный-же результат прокола передней брюшной стенки, как показывает приведенный случай, не есть решающий диагностический признак прерванной внематочной беременности.

Профессору В. В. Алякритскому и его ассистенту д-ру В. С. Желтикову выражаю свою благодарность за исследование препарата.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) W. Liepmann—Курс гинекологических операций, перевод с 2-го издания, стр. 96 и 97.
- 2) E. Bumm-Grundriss zum Studium der Geburtshilfe, achte Auflage S. 373.
- 3) Д. О. Отт—Оперативная гинекология, стр. 36 и 500.
- 4) В. С. Груздев—Курс акушерства и женских болезней, том I-й, стр. 604.
- 5) Döderlein-Krönig-Operative Gynaekologie vierte Auflage S. 471 и 472.
- 6) А. П. Губарев—Оперативная гинекология, см. алфавитный указатель.

К КЛИНИКЕ ВАЗОДИЛЯТАТОРНЫХ АНГИОНЕВРОЗОВ.

(Случай эритромелалгоподобного синдрома *).

(Из Поликлиники г. Свердловска).

Д-р Ф. Л. ЗАЙДЕЛЬ.

Гр. Н—на, 24 лет, явилась на неврологический прием с жалобами на выступающие временами на груди красные пятна, что сопровождается ощущением жжения и покалывания и общим недомоганием; продолжительность такого приступа $1\frac{1}{2}$ —2 часа; 3—4 раза в месяц бывают сильные ночные боли.

Данные анамнеза сводятся вкратце к следующему: Н. наследственностью неотягощена, младшие брат и сестра нервные (у брата нервные припадки). Н. родилась в срок, развивалась нормально, ничем не болела, замужем третий год, выкидышей и детей не было (причины бездетности не выяснены), по женским болезням не лечилась, месячные происходят правильно. Считает себя больной лет пять. В начале болезни выступали на верхней части груди маленькие красные пятна без каких-либо болезненных ощущений, так что больная узнавала об этом от окружающих. В течение последнего года стала замечать сама у себя на груди большие красные пятна, появление которых сопровождается чувством жжения и покалывания. Иногда краснота и жжение переходят на лицо. Подобный приступ продолжается $1\frac{1}{2}$ —2 часа. Движения (шитье, стирка) способствуют появлению этих приступов; также неблагоприятно действовала на Н. канцелярская служба, которую она вынуждена была оставить. Временами, 3—4 раза в месяц, сильные ночные боли в груди. Н. обращалась уже за помощью по нервным болезням, но лечение (пилюли, прохладные обмывания) ей не помогло.

Объективное исследование: вес 65,200 кг.; рост стоя 156,5 см.; рост сидя 84 см.; наименьшая окружность живота 72 см.; окружность груди средняя 83 см.; грудная клетка цилиндрическая, высокая; конечности слегка Х-образны. Динамометрия: правая рука 24 кг., левая 23 кг. Спирометрия —2500. Сердце, легкие, периферические артерии отклонений от нормы не представляли. Нервная система: двигательная сфера нормальна, рефлексы кожные, зрачковые в пределах нормы, отмечалась только живость коленных и Ахилловых рефлексов. Патологических рефлексов нет. Феномены Ашнера, — ортостатический и клиностатический — в пределах нормы; стойкий красный дермографизм; чувствительность от нормы не отклонялась, имела болезненность (нерезкая) в третьем межреберьи у грудины слева. У Н. на правой половине груди между первым и четвертым межреберьями выделялось пятно неправильной формы с интенсивно-красной окраской, слегка возвышающееся над поверхностью; внутренний край пятна граничил с грудиной, а наружный — с правой передней аксиллярной линией. Этот участок кожи был наощупь горячий, определялась здесь небольшая гиперестезия.

Для выяснения заболевания были произведены следующие исследования: лейкоцитарная формула крови: лимфоцитов 22 проц., нейтрофилов 71 проц., эозинофилов 3 проц., базофилов 2 проц., переходных 2 проц. Гемоглобина в крови оказалась 75 проц. Анализ мочи: белка 0,33 проц., реакция кислая, удельный вес 1027. Кровяное давление 120—90. Реакция Вассермана в крови была отрицательна. Рентгенологическое исследование не обвнаружило изменений в сердце, легких и аорте. При повторных исследо-

*) Больная демонстрирована в кожно-венер. секции Уральск. Медич. О-ва 20-IV 1927 г.

ваниях большие интенсивно-красные, слегка возвышающиеся пятна наблюдались на груди то справа, то слева, и сопровождались парестезиями, гиперестезией, гипертермией.

Если мы теперь попытаемся вкратце резюмировать историю болезни Н., то получим нижеследующее:

Молодая замужняя женщина, среднего роста, с несколько избыточным подкожным жиром, со слабой мускулатурой, с нормальными внутренними органами, с нерезкими неврастеническими явлениями, с несколько высоким кровяным давлением и явлениями нефроза, страдает приступами интенсивной ограниченной красноты, выступающей на груди и сопровождающейся чувством жжения и покалывания, гипертермией, небольшой гиперестезией. Приступы вызываются, главным образом, усиленными движениями больной; болезнь началась года за два до замужества и развивалась постепенно.

Данная болезненная картина не укладывается в рамки простой эритемы (*Erythema simplex*). Многоформной эксудативной эритеме здесь также не приходится говорить в виду отсутствия характерной для этой болезни сыпи или ее следов. Крапивница не устанавливается у больной в виду отсутствия (и в прошлом) волдырей, зуда, пигментации. Отсутствие пузырьковой сыпи, соответствующей распределению корешковой иннервации, говорит против наличия в данном случае опоясывающего лишая. Сосудистое расстройство вазодилаторного характера, парестезии термического характера, расстройство чувствительности,—вся эта симптоматология данного случая характерна для так называемого местного вазодилаторного ангионевроза. Из ангионеврозов же (вазодилаторных) вышеописанный болезненный синдром напоминает всего больше, по нашему мнению, эритромелалгию или болезнь Weir—Mitchell'a, но с атипичной локализацией. Эритромелалгия характеризуется по Оппенгейму (H. Oppenheim)¹ приступами болей с покраснением кожи (и припуханием) в дистальных частях конечностей (ног); при этом наблюдается чувство жара, повышение температуры кожи, повышение или легкое притупление чувствительности. Причинами этого редкого заболевания О. считает охлаждение; способствует заболеванию невропатическое предрасположение. Основа болезни определенно неизвестна, большая часть случаев рассматривается (Cassirer), как самостоятельное заболевание, другая группа, как проявление нервного или сосудистого страдания. Терапия рекомендуется в форме общего укрепления нервной системы (климатическое лечение); страдание считается упорным (ремиссии и обострения). Отмечая крайнюю редкость эритромелалгии в чистой форме, Куршман (Curschmann)², считает симптоматическую эритромелалгию и переходные формы ее с другими ангиотрофическими и нервными страданиями, не столь редкими. В этиологии имеет большое значение вазомоторное и вообще невропатическое отягощение. Иногда поражение несимметрично и ограничивается определенной нервной областью; в этом случае в основе предполагается периферическое нервное заболевание. Движения усиливают обычно боли. К. наблюдал у хлоротичных, пастозных, легко зябущих девушек пятнистое покраснение на ногах, руках, реже груди и назвал это легкое расстройство *Erythrocyanosis Symmetrica*; он считает это доброкачественным нервно-сосудистым явлением хлороза. Терапию эритромелалгии К. считает неблагоприятной. Вместе с Cassirer'ом К. рассматривает эритромелалгию, как результат состояния раздражения сосудодвигательных, чувствительных и секреторных центров и путей; в случаях с местными симптомами в области определенных нервов надо допустить невритические состояния раздражения. Этиологию вазомоторных неврозов надо искать по

Лапинскому в заболеваниях внутренних органов. Этот же автор¹ считает недоказательными существующие литературные данные о наличии специальных вазодилататорных центров и волокон. Наварро и Зас (Navarro и Sas)⁵, отмечая редкость эритромегалгии у детей (7 случаев из общего числа 159), приводят описание случая эритромегалгии у 7-летнего мальчика где первым симптомом были жестокие ночные боли. По Цумбушу (L. Zumbusch)⁶ эритромегалгией поражаются обычно люди среднего возраста, чаще мужчины, иногда болезнь сопровождается сильными болями, конечный исход—атрофия пораженных частей.

Возвращаясь к нашему случаю, мы полагаем, что хотя он несколько напоминает симметричный эритроцианоз Curschmann'a, но здесь нет хлороза и страдание носит более упорный и тяжелый характер. Вышеприведенные литературные данные подтверждают, по нашему мнению, высказанное нами выше предположение, что данный ангионевроз следует рассматривать, как атипичную в отношении локализации эритромегалгию, или во всяком случае как эритромегалгоподобный синдром. Следует еще разрешить вопрос, является ли данный синдром основным страданием или лишь симптомом другого заболевания. Внутренние органы и центральная нервная система здесь не поражены, имеется лишь намек на межреберную невралгию, не устанавливаются и эндокринные заболевания. Таким образом, вышеописанный синдром является, повидимому, самостоятельным эритромегалгическим или эритромегалгоподобным заболеванием, возникшим, вероятно, в связи с невропатическим предрасположением; быть может, здесь имеется и состояние раздражения межреберных нервов. Для лечения нами, ввиду нежелания больной подвергнуться предложенным ей гальванизации и впрыскиваниям эрготина (Benoist), был применен внутрь жидкий экстракт маточных рожков; по истечении трех недель произошло небольшое улучшение: уменьшились частота продолжительность, и интенсивность приступов и вместе с тем улучшилось самочувствие больной. К сожалению, после этого, временного, конечно, успеха больная перестала посещать амбулаторию.

В заключение считаем возможным высказать следующие соображения:

- 1) в данном случае устанавливается ангионевротический синдром, по симптоматологии и течению примыкающий к эритромегалгии;
- 2) в этиологии данного заболевания играет некоторую роль невропатическое предрасположение;
- 3) экстракт маточных рожков вызвал небольшое улучшение;
- 4) ангионевротические синдромы могут иногда не укладываться в определенные клинические формы, но лишь приближаться к ним;
- 5) установление патогенеза подобных ангионеврозов является, при настоящем состоянии учения о них, нередко затруднительным.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Н. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten B. II, 19.3.
2. Н. Curschmann, Erkrankungen der Nervensystems J. II, 1926.
3. М. Lapinsky, M. m. Woche. schr. № 10, 1927.
4. М. Lapinsky ibid.
5. Navarro u Sas, Рус. вестн. дерматол. № 10, 19.6.
6. L. Zumbusch, руководство по кожн. и венер. бол. Е. Рикке, 1925.

Х ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ.

Ленинград 15-20 мая 1928 года.

Д-р Б. П. КУШЕЛЕВСКИЙ.

Отчетный съезд, созданный после 2-х годичного перерыва, значительно превосходил предыдущие в организационном отношении. Этому способствовало сокращение числа докладов до 55, вместо 120-180 на предыдущих съездах, что, наряду с установкой радиоусилителей и фиксацией мест в зале заседаний за каждым отдельным членом съезда, обеспечило спокойную деловую обстановку и значительно способствовало успеху.

Почетным председателем съезда был избран проф. В. Д. Шервиевский (Москва). Председателем—недавно скончавшийся академик Ф. Г. Яновский (Киев).

Программными вопросами были объявлены: 1) периферическое сердце, 2) сифилис печени и почек, 3) лечение Базедовой болезни и 4) паратифозные заболевания.

По первому вопросу—о периферическом сердце,—важнейшей проблеме физиологии и патологии кровообращения,—съезд заслушал 2 доклада: 1) проф. Н. А. Куршакова—«Учение о периферическом артериальном сердце», представившего обоснование и защиту теории периферического сердца М. В. Яновского и 2) проф. Г. Ф. Ланга, являющегося противником этой теории. Проф. Куршаков (Воронеж),—один из учеников и последователей школы Яновского,—изложил учение о периферическом артериальном сердце, разумеющее под ним всю артериальную систему, за которую признается активное участие в продвижении крови посредством ритмических сокращений артериальных мышц, возникающих, как местная реакция каждого данного участка артерии в ответ на растяжение идущей от сердца пульсовой волны. Работа периферического сердца представляется, таким образом, в виде перистальтической сосудистой деятельности, сопряженной с работой сердца. Сердечные сокращения встречают сосуд в его диастоле, за которой следует систола артерии, вызванная ее растяжением. Эта теория Яновского, оставшаяся в ряде клинических теорий, стремится определенно формулированным механизмом—ритмическими изменениями сосудистого тонуса—объяснить явления несомненной артериальной активности и является дополнением к учению о сосудистом тонусе. Поводом к созданию этой теории, как известно, послужили клинические наблюдения Яновского над высотой кровяного давления у больных, страдающих декомпенсацией, у которых часто, несмотря на наличие циркуляторной недостаточности, отмечается повышенное артериальное давление. Для доказательства существования перистальтической волны теория п. с. базируется на клинической методике и клинических фактах, главным образом, из области компрессионных сосудистых явлений (изучение влияния сдавления вышележащих отделов артерий на сосудистые явления в периферическом отрезке), при чем убедительными, по мнению докладчика, являются лишь сфигмографические и сфигмоманометрические данные, тогда как звуковые явления недостаточно обоснованы. Наиболее разительный пример—изолированный подъем лишь периферического давления на опытной конечности при сжатии приводящей артерии, наблюдающийся у некоторых больных. Помимо клинических наблюдений, теория эта подтверждается и некоторыми сравнительно-анатомическими данными. Так, например, у низших животных, именно у амфибий, не имеющих сердца, кровь продвигается перистальтическими сокращениями дор-

зального сосуда, имеющего продольную мускулатуру. Даже низшее позвоночное—ланцетник—не имеет сердца. Экспериментальных же данных, обосновывающих теорию, по признанию докладчика, недостаточно. Несмотря на это, теория п. с. в настоящей ее форме является вполне приемлемой для пользования, объясняя, по его мнению, с ясностью и единообразием сложные гемодинамические отношения.

Другой докладчик, **проф. Г. Ф. Ланг** в обстоятельном докладе, названном «О, так называемом, периферическом сердце», подверг суровой критике как самую теорию, так и ее обоснования. Вопрос о периферическом сердце, по его мнению, важнейший вопрос из выдвинутых за последние годы в учении о кровообращении и поэтому он требует максимума скептицизма и строгости. Роль п. с. приписывают некоторые не только артериям, но и капиллярам и даже венам. К сожалению, до сих пор еще нет договоренности между сторонниками п. с. об укладываемом в этот термин понятии. Одни понимают и употребляют этот термин в духе Кравкова, т.-е. как несомненно существующие периодические колебания сосудов от 8 до 20 раз в минуту. Другие относят к нему всю сумму эластических свойств артерий и тоническую функцию их мускулатуры и, наконец, третьи—в духе школы Яновского.

Остановившись вначале на так наз. капиллярном п. с., докладчик отметил, что после некоторого увлечения теорией самостоятельного участия капилляров в продвижении крови, отец капилляроскопии, O. Müller, на последнем съезде немецких интернистов отказался от нее. Еще меньше данных думать о самостоятельном участии вен в продвижении крови, хотя здесь кровь больше, чем где-либо, нуждается в элементах для продвижения. В отношении артерий—физиология установила, как известно, наличие колебаний артериальных стенок, аналогичное движению в других гладко-мышечных трубках, которое и породило представление об активном участии их в продвижении крови. Но при этом забывают, что движения эти неправильны, не перистальтические (Кравков), не чаще 20 раз в 1', очень медленны и как таковые не могут оказывать влияния на более быстрое движение крови по ним. По Кравкову они лишь облегчают движение крови, препятствуя стазу. Теория же Яновского предполагает, что артериальная мускулатура отвечает активным сокращением на растяжение артерий систолической волной крови. **На самом же деле, артериальная мускулатура в этом случае так же пассивна, как и эластическая ткань, но она, в частности мускулатура аорты, может менять свой тонус соответственно требуемым условиям, в чем и заключается ее физиологическое назначение.** Если называть п. с. сумму эластических и тонических функций артерий, то термин этот следует считать неудачным, так как способность **вырабатывать** кинетическую энергию принадлежит лишь одному сердцу. Перистальтические сокращения артерий являются ответом на растяжение их пульсовой волной. Эти сокращения нельзя обнаружить глазом, так как длина перистальтической волны достигает нескольких метров. Плетизмографические исследования периферических артерий говорят, что объем их не изменяется более, чем на 1%. Sahli при помощи артериометра измерил колебание артерий различных калибров, при чем оказалось, что аорта собак дает колебания в пределах 14-25%, аорта communis уже только 2-4%, бедренная артерия 1,3-1,6%, а колебания объема мелко-калиберных артерий обнаружить не удалось, следовательно, они значения иметь не могут. Таким образом, с физиологической точки зрения роль п. с. можно представить себе только в аорте (объем колебаний и наличие клапанов), но она близка к сердцу, а не к периферии, где мы такое представление составить не имеем права. Далее, перистальтические сокращения артерий очень медленны и не соответствуют периоду сократительной ра-

боты сердца, как предполагает учение Яновского. Так, один из бывших сторонников теории п. с., немецкий физиолог Hürtle, в последнее время на основании проверки своих данных отказался от нее, так как при ней пульсобъем и пульсовое давление должны быть параллельными и совпадать, чего на самом деле не оказалось. Таким образом, теория п. с. не находит обоснования в физиологии, представляющей, наоборот, ряд возражений против нее. Некоторые клиницисты говорят, что п. с. возникает только в патологических условиях, главным образом, связанных с гипертонией и недостаточностью аортальных клапанов. Но существование его и здесь, вне законов физиологии, представить трудно, что и побудило докладчика подвергнуть методологической проверке все опыты школы Яновского. 4-х летняя работа его клиники в этом направлении обнаружила при этом ряд несоответствий, зависящих от технических недочетов и несовершенства методики. Так, основный опыт—прирост давления на периферии (лучевой артерии) после сдавления выше лежащей (плечевой) обнаружил такую пестроту и случайный характер периферического давления в лучевой артерии, какая может объясняться только лишь негодностью применявшегося здесь Потеновского прибора. Максимальные же подъемы на 6,4 мм., полученные с широкой манжеткой, целиком объясняются застойными явлениями, развивающимися под влиянием сдавления ею. Вообще же говоря, при существовании п. с. давление на периферии должно быть ниже, а не выше, как думает и толкует этот феномен школа Яновского, вследствие присасывающего действия п. с. Теория Яновского не только не облегчает клиническое понимание некоторых патологических явлений, а, наоборот, затрудняет их. Для доказательства ее нужны экспериментальные данные. Пока же не имеется правильных представлений в этом направлении, **употребление термина «периферическое сердце» Ланг считает преждевременным.**

Развернувшиеся вокруг п. с. прения разделили участников на два лагеря, при чем большинство явилось защитниками периферического сердца, как такового, вне теории, выдвигаемой школой Яновского. При этом вполне подтвердилось мнение Ланга о существующем разном в понимании п. с. различными клиницистами. Так, например, высказывавшиеся за необходимость сохранения этого термина проф. Опель, Кондратович, Арикин—приводили в доказательство ему такие клинические наблюдения, которые целиком подтверждают господствующее учение о периферическом кровообращении и сосудистом тонусе, а не идущую с ним вразрез теорию Яновского.

Проф. Г. Ф. Ланг в своем заключительном слове указал, что сторонники термина п. с. могут, если угодно, понимать под ним всю сумму сосудистых реакций, но активную, пропульсивную способность за артериями признать нельзя.

Председательское резюме, в котором чувствовалась крайняя необходимость, к сожалению, сказано не было, и нужно думать, что вопросу о периферическом сердце, дискуссировавшему уже на третьем съезде терапевтов, не раз еще будет суждено обсуждаться на будущих съездах. Настоящая же дискуссия лишний раз подтвердила несовершенство современных методов исследования, несмотря на всю их сложность, а также вытекающую отсюда необходимость крайней осторожности и скептицизма в толковании полученных при ее помощи результатов.

Вторым программным вопросом являлся **сифилис почек и сифилис печени.**

В прекрасно построенном докладе о **сифилисе почек** проф. Ф. Г. Яновский (Киев) высказался за сохранение старой французской классифика-

ции, делящей эти заболевания на: 1) наследственные сифилитические поражения почек, 2) наблюдающиеся в третичном периоде и 3) ранние сифилитические поражения—сифилитические нефрозы. **Первые** начинаются в раннем возрасте (в среднем 10-15 лет) и сопровождаются поражением других органов. Болезнь характеризуется разрастанием соединительной ткани в почке вначале вокруг сосудов, откуда она мощно разрастается в стороны, редко, однако, давая картину диффузного поражения. Новейшие авторы почти во всех случаях находили здесь трепонем. В зависимости от распознавания и развития болезни, Delafoi делит эти случаи на ранние и поздние. Нередко R Wa отрицательна. Эти формы хорошо поддаются лечению. Chouffard рекомендует здесь ртуть, другие авторы—йод и неосальварсан в самых малых дозах. **2-я группа—заболевания третичного периода** с трудом синтезируются в трех формах: 1) гуммы почки, 2) амилоид и 3) склероз. При них также имеется одновременное поражение других органов, чаще всего печени, при чем почки обычно поражаются позже. При обнаружении люэтического заболевания почек не нужно забывать исследовать печень, памятуя, что такие случаи не поддаются лечению. 1) Ряд авторов считают **гуммы почек** величайшей редкостью, они трудно диагностируются; описывается обнаружение их при операциях, предпринимавшихся по другому поводу. 2) **Амилоид** встречается значительно чаще, обычно в комбинации со склеро-гуммозным поражением. 3) **Склеротические поражения**—самая интересная форма. Люэтический нефросклероз иногда с трудом дифференцируется от простого нефросклероза, что дало пестрые статистические данные частоты люэтического нефросклероза (от 2%—35%). Твердых отличительных признаков не имеется. Клиническая картина одна и та же: гипертония, нарушение выделительной функции и пр. Процесс начинается в виде гуммозного эндартериита с последующим разрастанием соединительной ткани по ходу сосудов, при чем характерным отличием здесь является неравномерность поражения, например, односторонность или кусковый характер. Delafoi делит их на 4 формы: альбуминурические, syph. genis, сходные с Брайтовой болезнью, сопровождающиеся множественным поражением других органов и, наконец, сифилитической кахексией. Лечение здесь трудно, но указывают, что йод дает в этих случаях результаты, не уступающие ртути.

III. **Сифилитический нефроз**, по мнению докладчика, редкая форма. Французы считают его ранним заболеванием на 1-2-м месяце инфекции, реже через несколько месяцев, и Delafoi говорит: «кто прожил с сифилисом год, у того подобного заболевания не будет». По данным докладчика заболевание это начинается несколько позже, в среднем через 6½ месяцев (самое раннее через 3½ мес.) и совпадает со временем розеолезных высыпаний и plaques. Это указывает на общий патогенез. Еще Delafoi, как бы предугадывая будущую картину нефроза, указал на преимущественное поражение в этих случаях почечного эпителия. В дальнейшем могут развиваться явления нефротической сморщенной почки. Семнотика: раннее поражение, очень высокий % белка от 8%—11% до 32%, максимум 110% с большими колебаниями, отеки, особенно поражающие половые органы, большой осадок в моче, содержащий липонды, которым Munk стремится придать специфическое значение, как явлению нарушения липондного обмена, что едва ли справедливо. Редкость этих заболеваний не должна препятствовать интересу широких врачебных кругов к ним, так как здесь диагноз определяет специфическую терапию. Последняя должна определяться и характером поражения—одна при склеротических заболеваниях, другая при нефротических. В отношении специфического лечения нужно помнить, что ртуть может излечивать, но может и вредить. Французы считают, что робкое лечение здесь не приво-

дит к цели, и говорят: «кто не рискует, тот не получает ничего». Считая, однако, риск неприемлемым во врачебной работе, докладчик, перефразируя эту поговорку, закончил словами: «кто рискует, тот теряет все».

В прениях указывалось на трудность распознавания даже при аутопсии и на редкость заболеваний. Проф. Мойсеев, например, ни разу не встретил на вскрытиях гуммы, а интерстициальные изменения специфического характера считает возможным отмечать только во 2-й стадии их.

Г. Ф. Ланг считает наиболее частой формой люэса почек—нефроз, но, встречал его не как раннее, а скорее как позднее заболевание. В отношении специфического и неспецифического нефросклероза принципиальное отличие заключается лишь в отношении к специфическому лечению, что определяет диагноз. Хорошее действие оказывают здесь растворимые ртутные мочегонные—Novasuroi, salyrgan и др., за которыми следует неосальварсан (осторожно). Терапия требует колоссального терпения, постоянного контроля, приходится «то наступать, то отступать».

О сифилисе печени—вместо намеченного докладчиком, недавно умершего проф. Вихерта, докладывал его ассистент приват-доцент Виноградов. Статистика свидетельствует, что и здесь клинический диагноз резко отстает от патолого-анатомического: на 1 случай, распознанный клинически, приходится 4 случая, распознанных анатомически (по данным докладчика это отношение равно 1:2).

Патолого-анатомические изменения в печени при сифилисе встречаются в 25% случаев. Наблюдающееся в последнее десятилетие учащение сифилитических желтух в раннем периоде способствовало изучению этого вопроса. Применение неосальварсана, в особенности энергичное лечение запущенных случаев, а также качество препарата служат здесь причинным моментом. Schlesinger опубликовал случай сальварсанной желтухи при ошибочном лечении. Однако, есть наблюдения о излечении подобных желтух тем же неосальварсаном. В нелеченных неосальварсаном случаях, icterus syphiliticus появляется через 6-7 месяцев после заражения, самое раннее через 2-3 мес. в экзантематозном периоде. Клинически протекает, как катарральная желтуха. Рано увеличиваются печень и селезенка, а также появляются функциональные изменения, но без диспептических явлений. Диагностируется при отрицательном анамнезе и RWa ex juvenilibus. Послесальварсанная сифилитическая желтуха может быть ранней—тотчас после его применения и поздней—через 4-8 недель до 5 месяцев. Клинически сходна с затяжной катарральной желтухой. Исследование обнаруживает значительные функциональные изменения. Не менее 10% больных погибают от острой желтой атрофии (у докладчика 2 на 10 случаев); хотя трепонем в печени в подобных случаях никому найти не удалось. В общем патогенез сифилитических желтух тот же, что и паренхиматозных гепатитов.

Остальные сифилитические поражения печени укладываются в формы: 1) цирротическую, 2) склеро-гуммозную и 3) гуммозную. **Циррозы** могут быть гипертрофические, атрофические (у алкоголиков) и милиарные, иногда типа Бавти. Мужчины заболевают чаще. Возраст в 50% случаев от 40-50 лет, максимум 73 года. Большое диагностическое значение имеет указание на люэс в анамнезе, а также наличие алкоголизма. В 11 случаях докладчик в анамнезе встретил малярию. Как правило, специфическое лечение в прошлом проводилось недостаточно. Падение веса необязательно. Субъективно отмечается: тяжесть под ложкой, потеря аппетита, запор. Грозные явления вызывает портальная гипертензия, ведущая к кровавой рвоте. Асцит развивается не часто (от 10%-50% по разным авторам). Довольно

частый симптом—самопроизвольные боли, особенно ночные, симулирующие печеночную колику и часто являющиеся причиной напрасных операций (по Stocks'у в 17 случаях на 70 оперированных по поводу желчно-каменной болезни!). Желтуха менее чем в половине сл. Селезенка поражается в 66%. Часто лихорадка, которая быстро уступает специфическому, особенно подистому лечению. Кровь без особых отклонений со стороны морфологии. RWa—положительна в 70-80%, а по Стоксу—в 90%; важны повторные исследования. Цирротические формы чаще встречаются в форме гипертрофических циррозов, отличаясь неравномерным увеличением печени и не свойственными последним болями и лихорадкой. Атрофические формы отличаются от вульгарных атрофических циррозов постоянно повторяющимися поносами. Гуммы часто принимаются за новообразования.

Лечение крайне трудно, иногда ведет к парадоксальным результатам. Необходимо руководствоваться функциональной способностью печени. При недостаточных дозах трудно рассчитывать на успех, с другой стороны, были случаи смерти, когда дозы противолучетических средств представляли к остаткам печеночной паренхимы повышенные требования. Лечение должно быть строго индивидуальным. Здесь не может быть доз и каких либо цифровых указаний. В первую очередь следует испытать под и ртуть, в последующем, крайне осторожно, неосальварсан.

В прениях **А. Л. Мясников** указал на частоту люэса и неосальварсана в анамнезе желтушных больных. На 140 случаев острых желтух в клинике Ланга указание на люэс и неосальварсан встретилось 45 раз. В 26 из них с люэсом в анамнезе неосальварсан не применялся. Там же, где он применялся, в огромном большинстве случаев от времени получения его больным до желтухи имелся промежуток в 1-2 и даже 7-8 месяцев. Таких длительных скрытых периодов при других интоксикациях не встречается. В виду этого считает, что сальварсанная желтуха, как самостоятельная единица, едва ли существует. За это говорит также часто наблюдавшийся успех при сальварсанном лечении подобных случаев. Но частичного участия сальварсана в поражении печеночной паренхимы отрицать все же нельзя. Проф. Корхов (Омск) указал на частоту ахилии при люэтических гепатитах, встречающейся не реже лихорадки.

Ф. О. Гаусман (Минск) во внепрограммном докладе «О заболеваниях желудка при сифилисе» подчеркнул всеобщее признание выдвинутого им еще на 2-м съезде терапевтов тезиса, что сифилитические поражения желудка сопровождаются падением секреции. Если гуммы, гуммозные язвы и гиперпластические формы сифилиса желудка—встречаются редко, то сифилитические гастриты и желудочные явления вследствие поражения нервов—весьма редкие явления. Последние могут сопровождаться и нормальной и даже повышенной секрецией. Симптоматическая классификация не дает представления ни о сифилитическом характере заболевания, ни о состоянии желудка. Рентгеноскопия желудка, по мнению докладчика, в диагностике опухолей желудка не может заменить его метода скользящей пальпации. Особенно это относится к ретроперитонеальным опухолям, симулирующим опухоли желудка, а также к сифилитическому сморщенному желудку и гиперплазии привратниковой части.

В докладе «Сифилис и инфекционные болезни» проф. **З. Н. Несмелова** (Харьков) коснулась интересного вопроса о взаимоотношении сифилиса с другими суперинфекциями. Многочисленные пережитые эпидемии не оказали влияния на заражаемость населения сифилисом. Старые наблюдения над благоприятным влиянием острых инфекций на течение люэтической инфекции вылились, как известно, в распространенное в настоящее время

лечение невролюэса прививками малярии и возвратного тифа. Противопоказанием к нему считается заболевание сердца, сосудов, печени и селезенки, что диктует необходимость участия терапевта в проведении данной терапии, пока, к сожалению, находящейся в руках психиатров.

По третьему программному вопросу—«**Лечение Базедовой болезни**» съезд заслушал доклады терапевта и хирурга:—проф. В. Д. Шервинский (Москва) в своем докладе отметил значительное учащение Базедовой болезни в связи с годами войны и революции, ибо наиболее частым причинным моментом здесь служит психическая травма. В вопросе лечения ее существует разнообразие и обилие терапевтических методов при отсутствии единства взглядов на их ценность. Основой, как терапевтического, так и хирургического лечения должна быть гигиено-терапия, главным образом, заключающаяся в предоставлении больным покоя, спокойной обстановки. Это необходимо учитывать при назначении на курорты. Современная курортная обстановка не может гарантировать больным полный покой, и это может дать отрицательные результаты. Лучше направлять таких больных в деревню. Полезна психотерапия. Из диеты необходимо исключить все возбуждающие вещества и ограничить употребление мяса. Из физиотерапевтических мер зарекомендовали себя гальванизация, водолечение, горный воздух, а также дарсонвализация и диатермия, но на первый план здесь выдвигается рентгенотерапия. Солнцелечение при Базедовой болезни совершенно противопоказано. Вопреки современному увлечению солнечными ваннами, докладчик указывает даже на возможность развития у предрасположенных к этому людей явлений базедовизма от злоупотребления солнцем. Органотерапия имеет ряд сторонников. В зависимости от случая применяются помимо анти тиреоидина препараты яичников, вилочковой железы и инсулин. Помимо этого не следует забывать и симптоматической химиотерапии, направленной к успокоению нервной системы. Обратившее на себя в последнее время внимание иодное лечение встречает одобрение у ряда исследователей. Такое лечение в значительном числе случаев улучшает состояние больных и возвращает им трудоспособность. Не поддающиеся консервативному лечению случаи должны передаваться хирургам, особенно это относится к аденоматозным узлам в щитовидной железе.

В докладе—«**О хирургическом лечении Базедовой болезни**» проф. А. В. Мартынов (Москва) изложил современное состояние этого вопроса. Хирургическое лечение здесь хотя и не является коренным способом лечения, как и в большинстве хирургических вмешательств, все же оправдывается тем, что центральное место в Базедовом симптомокомплексе занимает щитовидная железа. Положение Кохера, что нет Базедовой болезни без зоба еще не опровергнуто; отрицать увеличение железы можно только после операции. Для оценки показаний к оперативному лечению следует различать первичную и вторичную форму (узловой тиреотоксический зоб). В первом случае операция показана только при безуспешности консервативного лечения, при второй форме оно всегда показано, если отчетливо выражены симптомы болезни. Операции должно предшествовать подготовительное лечение, главным образом иодом, для устранения обострений. Операция производится по возможности под местным обезболиванием. Хлороформа нужно избегать. Опасности операции сводятся, главным образом, к: 1) послеоперационному гипертоническому кризу, зависящему от усиленного всасывания из травмированных при операции частей железы (иногда ведущему к смерти), 2) шоку и 3) послеоперационной пневмонии. Достижения современной хирургии в этой области, значительно снизившие % смертности (до 2%-1% и даже 0), сводятся к этапному оперированию после соответствующей подго-

товки больных. Начинают с перевязки артерий (верхних щитовидных), иногда и всех 4-х, после чего в некоторых случаях исчезает большинство симптомов. При недостаточности перевязки удаляют часть железы, в редких случаях повторно. Тотальное удаление железы обрекает больных на приемы тиреоидина на всю жизнь. При частичной резекции через 1/2-1 год могут развиваться рецидивы в зависимости от гипертрофии оставшейся части. Предшествующая операция рентгенотерапия сильно усложняет операцию вследствие атрофических и рубцовых изменений в железе, ведущих к кровотечениям и неизбежной травме плотной и ломкой ткани. Поэтому рентген не следует применять перед операцией, и вообще ему следует отвести не второе место в терапии Базедовой болезни (после общетерапевтического), а третье (после хирургического). Это мнение защищалось в прениях и другими хирургами—Оппель, Петров, Гессе. В защиту рентгенотерапии Яновский (Ленинград) привел свой большой материал: на 350 случаев, леченных рентгеном, в 44% наблюдался очень хороший результат и лишь в 7,5% отрицательный эффект, в остальных случаях наблюдалось частичное улучшение.

По последнему программному вопросу—**Паратифозные заболевания** выступало также 2 докладчика. Проф. М. И. Стуцер (Ростов н/Д) в докладе «**О паратифозных бактериях**» указал на тесную связь патогенеза клиники и эпидемиологии паратифозных заболеваний с биологией паратифозных бактерий, при изучении которых накопилось за последние 20 лет большое количество часто противоречивого материала. На основании критической оценки его докладчик указывает на необходимость учитывания основных биологических свойств их—вариабильности, в свою очередь отражающейся на серологических свойствах паратифозных бактерий. При постановке реакции агглютинации необходимо учитывать существование «специфического» и «неспецифического» вариантов (Aoki), из которых последний обладает способностью давать групповую реакцию, иногда с титром, равным основному. Сыворотка брюшнотифозных больных, по докладчику, дает, как правило, групповую реакцию агглютинации парадоксального характера с паратифозными бактериями А и N. Абсолютно чистых видов паратифозных бактерий, не дающих никакой групповой агглютинации, в природе не существует, так как известно, что «природа не систематизирует». Описано 36 различных видов и названий паратифозных палочек, из которых много идентичных. Остановившись на современных классификациях их, докладчик критикует американскую систематику и высказывается за европейскую, построенную на основе биохимических и серологических свойствах бактерий. Серологически все виды можно разделить на 4 типа: 1) тип В Шоттмюллера, 2) мышинного тифа, 3) Nog-cholera и 4) паратифа А. По патогенности же на 3 группы: 1) патогенных для человека 2) патогенных для человека и животных и 3) возбудителей эпизоотий животных. Но это деление условно так как массивная доза 3 гр. может заразить и человека.

В докладе «**О клинике паратифозных заболеваний**» проф. Г. А. Иващенко разделил их на 4 клинических формы: 1) брюшного паратифа, 2) паратифозного гастроэнтерита, 3) паратифозного колита и 4) паратифозного сепсиса. Последние 2 редки. На 187 случаев этих заболеваний в Барачной больнице лишь 3 раза встретился пара А и 4 случая остались неопределенными, остальные отнесены к пара В. Больные брюшным паратифом поступают в больницу позднее тифозных вследствие не типичного для тифозных заболеваний острого начала, смешиваемого с гриппом (в 46%). Все-же 52% больных поступило на 1-й неделе болезни, 44%—на 2-й. Гемокультуры легче выделяются при выраженном stat typhosus и в молодом возрасте—на 52 по-

ложительных случаях 36 в возрасте до 20 лет. Болезнь начиналась в 10% со рвотой, в 100 случаях с болями в животе, в 32 случаях ознобом и в 12 случаях с ангинами. Температурная кривая укладывается в 5 типов: 1) большая типично-тифозная кривая (16 случаев), 2) несколько нетипичная с высокой лихорадкой, 3) такая-же, оканчивающаяся коротким лизисом и даже кризисом, 4) растянутая кривая с невысокой температурой (на один этаж ниже) и 5) легчайшая форма 5-6 до 9-дневной продолжительности, обрывного характера. По розеоле отличать паратиф от тифа рискованно. Среди разнообразных осложнений, в общем немногочисленных, 4 раза встретилось кишечное кровотечение. Смертность—0. Гастроэнтерические и колитные формы клинически не отличимы от вульгарных случаев. Бактериологически обычно вызываются типом Breslau. В 5 случаях имела место типичная Cholera nostras, отличающаяся от холеры лишь повышением температуры и отсутствием блестящего эффекта от солевых вливаний. Колиты трудно отличить от дизентерийных. Нужно иметь в виду возможность и смешанных инфекций. Докладчик подробно изучил внутри лабораторную эпидемию у служащих, случайно севших зараженный студень, в котором были обнаружены пара В. Из 12 человек 10 заболело гастроэнтеритом на 1-5 дни после заражения. Из них только 1 дал в последующем тифозную волну через 17 дней после перенесенного 3-дневного гастроэнтерита. Интересно, что из мочи и кала этих больных удавалось выделить не только пара В, но и Breslau. Патолого-анатомических отличий пара от тифа нет, если не считать отмечаемое некоторыми несовпадение язв с Пейеровыми бляшками. В отношении лечения паратифозных больных, по его мнению, как и тифозных, «лучше не трогать». В заключение докладчик призывает к дальнейшему тщательному изучению паратифозных инфекций, являющих собой большую биологическую проблему. Работа должна вестись параллельно клиницистом и бактериологом путем тщательного изучения каждого отдельного случая.

Из внепрограммных докладов заслуженный интерес вызвало сообщение **Д.Д. Плетнева и Р. В. Хесина «О лечении грудной жабы»**. Авторы испытали парвертебральные инъекции 70% спирта или раствора новокаина в тяжелых случаях этой болезни. От определенных выводов докладчики воздерживаются, но в некоторых случаях эта, называемая ими, «химическая хирургия» может служить терапевтическим целям. В нескольких случаях были достигнуты весьма благоприятные результаты—уменьшение болей, прекращение приступов, в других-же случаях сама инъекция вызвала припадок, что навело Плетнева на мысль, не является ли раздражение этих узлов одним из причинных моментов грудной жабы вообще.

Из других внепрограммных докладов несколько было посвящено вопросам гематологии. Наиболее интересны доклады **«Этингера»**—О лечении первичной анемии дизотой, богатой печенью, **Белоноговой**—Об изменениях обмена крови при анемиях и о влиянии на него некоторых терапевтических воздействий; **Ф. Я. Чистовича**—Новые данные к классификации системных заболеваний кровеносного аппарата и **Аринкина**—Результаты прижизненного исследования костного мозга.

Патология печени была также представлена в ряде докладов, из которых отмечу доклад **Кончаловского**—К клинике гепато-лиенального симптомокомплекса, **Мясникова**—Об острых и некоторых хронических диффузных поражениях печени, **Кузнецова**—О желчно-пузырном рефлексе, и некоторые др.

Помимо того несколько докладов было посвящено патологии щитовидной железы, два доклада бронхиальной астме и трикислотно-щелочному равновесию организма.

Одно заседание, проведенное совместно с эндокринологическим о-вом было посвящено ряду вопросов экспериментальной и клинической эндокринологии.

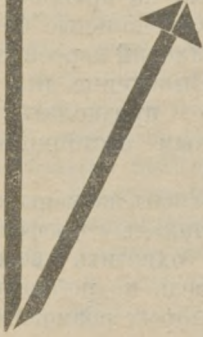
Помимо того, 2 дня были посвящены осмотру ряда учреждений с соответствующими демонстрациями и экскурсиями.

Программными темами будущего XI съезда терапевтов намечены: 1) ревматизм, 2) хронические не туберкулезные поражения легких, 3) антагонисты туберкулеза и 4) геморрагические диатезы. Временем созыва—декабрь 1929 года, или май 1930 года.

МЕДРАБОТНИКИ УРАЛА ПРИВЕТСТВУЮТ СВОЙ ЖУРНАЛ

В РЕДАКЦИЮ

„УРАЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА“



Н.-Тагильская Научная Ассоциация врачей и бюро врачебной секции горячо приветствуют Новое Детище Урала, обещая ему постоянную поддержку своими знаниями, научными силами и практическим опытом.

РОЛЬ МЕДПУНКТОВ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ.

А. Ф. ШИРОКОВ.

Усиленный темп развития промышленности Урала со вновь сооружаемыми заводами и расширением старых привлекает новые кадры рабочих, увеличивая контингент лиц, подвергающихся влиянию профессиональных вредностей. Относительно существующих уральских заводов, из которых многие достигают почтенного возраста в 100-200 лет с их ветхим оборудованием и отсталой техникой, известно, что они часто служат источником профессиональных болезней.

Вновь строящиеся-же и переоборудуемые заводы, хотя и будут иметь механизированные процессы производства и должны обеспечивать минимальную опасность труда, все же могут создать, хотя и в более слабой степени, новые профессиональные вредности, в связи с быстрым темпом работы, новизной оборудования и уплотненным рабочим днем (переход на 7 часов работы).

Таким образом, как в первом, так и во втором случаях, перед органами здравоохранения в целом и перед медпунктами на предприятиях в особенности, возникают серьезные и ответственные задачи по предупреждению профессиональных болезней.

Имея в виду предупреждение заболеваний, получаемых на производстве (профессиональные отравления, специфические профессиональные болезни, травмы), врач медпункта, а также и средний медицинский персонал неминусом должны изучать обслуживаемое предприятие. Выяснение диагноза болезни клинического и особенно этиологического предполагает основательное знакомство с деталями производства, санитарным состоянием предприятия, профессиональными вредностями*).

Объект забот медпункта—сами рабочие—также должны быть изучены в составе их—по полу, возрасту, наиболее вредным цехам и детальным профессиям. Не нужно, конечно, задаваться целью в раз охватить **весь** состав, что может оказаться непосильным; в первую очередь подробному изучению должны подвергнуться постоянные кадры, на которых возможно проследить связь условий труда с заболеваемостью.

Выявление наиболее ранних групп рабочих (например, пользовавшихся санаторно-курортным лечением), установление регулярного наблюдения за

*) Практические мероприятия по улучшению условий труда, ослаблению и устранению вредностей проводятся порядком, указанным в „Положении о пунктах первой помощи на предприятиях“ (см. бюлл. НКЗ от 26 г., № 23).

состоянием их здоровья, забота о переводе таких рабочих в случае надобности в лучшие условия трудовой обстановки и т. п.—также составляет немаловажную задачу медпункта.

К общим-же заданиям по профессиональной профилактике нужно отнести накопление материала по вопросу противопоказаний со стороны здоровья рабочих для поступления на предприятие. Вопросы профотбора все более выдвигаются жизнью, поэтому практические соображения медпунктов, основанные на данных из практики, должны иметь большое значение в разрешении столь важной проблемы, как наиболее рациональное использование живой силы с точки зрения интересов здоровья рабочих и производства.

Само собой разумеется, что работа медпункта в разрешении общих и частных задач необходимо должна сопровождаться санитарно-просветительной деятельностью и вовлечением рабочих масс во все дело профилактики. Не отрицая значения лекций, если можно так выразиться, академического характера, все-же нужно считать в условиях работы медпункта наиболее целесообразным проведение бесед по конкретным случаям травм, профотравлений и т. п., происшедшим в том или ином цехе с определенным рабочим. Беседу, примерно, можно построить так: 1) описание данного случая, 2) краткие сведения о заболевании с небольшим дополнением из анатомии и физиологии, 3) сообщение об обстоятельствах, при которых произошло профессиональное заболевание, 4) возможный анализ причин, при чем в последнем случае не исключена возможность экскурсии в сторону быта рабочего, о чем врач медпункта также должен иметь представление, 5) соображения докладчика, как можно избежать повторения трактующего случая, или, по крайней мере, уменьшить число аналогичных и 6) коллективное обсуждение предложений. В результате беседы намеченные наиболее жизненные мероприятия и осуществимые в данное время должны проводиться через соответствующие органы установленным порядком.

В круг деятельности медпункта по сан-просвету должно войти также собирание местного материала для выставки-музея: таблицы, фотографические снимки (фото-аппарат должен быть необходимой принадлежностью медпункта) и т. д., проявление инициативы в издании собственных плакатов по данному предприятию.

Проведение профилактической работы на предприятии без помощи самих рабочих, конечно, медпункту непосильно, поэтому наряду с организациями, работающими на предприятии по оздоровлению условий труда, медпункту необходимо иметь помощников в цехах, отделениях, шахтах и т. д. в лице наиболее развитых и активных рабочих; последние должны пройти специальную подготовку под руководством врача медпункта (или амбулатории, несущей функции медпункта) по вопросам оказания первой помощи до прибытия медперсонала и основных сведений по профилактике.

Кроме того, как на конкретный вид вовлечения рабочих в деятельность медпункта по профессиональной профилактике, нужно указать на установление систематической деловой связи с производственными комиссиями и совещаниями. Например, медпунктом устанавливается, что тот или иной процесс производства дает ряд повторяющихся заболеваний, травм,— в этом случае обсуждение на производственном совещании и изучение вопроса об усовершенствовании машины, орудия, процесса производства—может дать хорошие результаты по устранению или ослаблению вредных причин.

Прежде чем перейти к обсуждению задач медпункта более конкретного характера по профилактике отдельных групп профессиональных болезней, нужно указать на следующее: медпункты на предприятиях Урала в на-

стоящее время еще численно недостаточны и надлежаще не организованы. В огромном большинстве случаев они не имеют врачей; кроме того, специальные учреждения по изучению профессиональных болезней—кабинеты, являющиеся идеологическими руководителями медпунктов, единичны в области и сами имеют пока небольшой практический опыт в профилактике профессиональных болезней. Поэтому плановой работой медпунктов должно быть в первую очередь конкретное осуществление мероприятий по профилактике острых профессиональных отравлений и заболеваний, согласно постановления НКТ и НКЗ от 24 года, профессиональных заболеваний рабочих вредных производств (постановление НКЗ и НКТ от 25 года) и травматизма.

В отношении профессиональных отравлений, из которых наибольшее число у нас на Урале наблюдается от окиси углерода, нужно добиваться прежде всего возможно полного охвата всех случаев на предприятии с последующим расследованием причин. Рабочие должны быть широко осведомлены через медпункт о значении необходимости регистрации даже легких случаев отравлений; обязанности по направлению легких случаев отравлений на регистрацию следовало бы возложить на выделенных и подготовленных рабочих, о которых указывалось выше. Ознакомление рабочих с симптоматологией отравлений также входит в круг забот медпункта.

Выявление всех случаев отравлений и расследование их установленным порядком дадут возможность медпункту собрать материал, если не для окончательного устранения причин, вызывающих отравления, то, по крайней мере, для их ослабления.

Что касается профессиональных болезней кожи химического происхождения (экземы, язвы, ожоги и проч.), то в отношении их задача медпункта—детальное изучение причин появления этих заболеваний и коллективная выработка мероприятий: внесение коррективов в процесс производства, защитные приспособления и т. п. На предприятиях, в которых по роду производства могут возникнуть профессиональные инфекционные заболевания, например, сибирская язва—медпунктам необходимо производить предохранительные прививки среди соответствующих групп при обнаружении заболевания, для чего должен быть запас бактериальных препаратов.

По вопросу о профилактике травматизма помимо сказанного выше необходимо детальное изучение травматизма путем регистрации на специальных картах и выявления причин несчастных случаев.

Основными элементами учета в отношении травматизма являются: цех, детальная профессия, «материальные» причины, обстоятельства, при которых произошло повреждение и локализация повреждения в его медицинском обозначении.

При тщательном, продуманном и, самое главное, настойчивом проведении учета, из выявляемых регистрацией отдельных моментов, как причин и следствий, получаются выводы, необходимые для практических мероприятий.

В заключение нужно сказать, что ничего трудного и совершенно нового мы в изложенной программе не предлагаем. Врачи, ряд лет обслуживающие предприятия, ясно представляют связь отдельных заболеваний с производством, но, к сожалению, их выводы, как не обоснованные на статистических материалах, дальше их кабинетов не идут.

Поэтому врачам медпунктов нужно лишь внести больше отчетливости и систематичности в свою работу, чтобы медпункты на предприятиях сделались первичными ячейками по изучению и борьбе с профзаболеваемостью на Урале.

САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ Г. НАДЕЖДИНСКА.

Д-р СМЕРНОВА О. Я.

(Из отчета о работе санитарно-обследовательского отряда).

Санитарно-обследовательский отряд, сформированный в июне 1928 г. из 4-х студентов медиков П. Г. У. и одного врача-ассистента кафедры гигиены, руководимый проф. К. Н. Шапшевым, был направлен Уралобл-здравотделом для работы в г. Надеждинск, Тагильского округа.

Задания отряду были следующие:

1) Обследование водоснабжения города Надеждинска.

а) На ряду с этим выяснение вопроса о месте забора воды намеченного к постройке водопровода.

б) Роль сточных вод завода в загрязнении р. Каквы.

2) Обследование жилищ старых и новых.

3) Снабжение населения продуктами и его недостатки, а также работа общественных столовых.

На место работы отряд прибыл 17 июня, а к работе приступили 21 июня, так как потребовалось несколько дней на подыскание помещений для лаборатории и сотрудников отряда.

С общественными организациями гор. Надеждинска, а особенно с районным санврачем сразу-же наладились у отряда очень хорошие отношения. Сан-врач во всем шел на встречу. Всегда предоставлял отряду от гор. сан. бюро лошадь, охотно делился сведениями по гор. Надеждинску, приобретенными им за время работы здесь.

Отряд проработал до конца августа месяца.

Город Надеждинск, в прошлом Надеждинский завод, расположен к востоку от северного Урала по р. Какве, притоку Сосвы. Город основан в 1893 г. и за эти 30—35 лет он развился в один из крупных промышленных центров на Урале. По переписи 1926 г. в Надеждинске насчитывается до 34.000 чел. населения. Имеется мощный металлургический и металлообрабатывающий завод с 7-ю доменными печами, 9 мартеновскими печами и др. установками, в общем завод имеет около 20 различных цехов с 12 тыс. человек рабочих на них. Завод работает на древесном угле, давая высокого качества чугун и железо. В довоенное время Надеждинский завод давал 1/5 всей уральской выплавки чугуна. В настоящее время он не понизил своего удельного веса среди других уральских заводов, а в абсолютных цифрах все повышает свою производительность. Город Надеждинск расположен на Богословской ветке Пермской ж. д. в 250 км. от окружного центра—Н.-Тагила и соединен узкоколейками, как шушальными, с близлежащими копями и рудниками: Ауэрбаховскими, Турбинским, Самским рудником, Богословский завод, Богословскими копами и т. д.

Все эти предприятия во главе с Надеждинским заводом объединены в Надеждинский комбинат с управлением в гор. Надеждинске. В ведении Надеждинского комбината находятся крупные местные лесоразработки и угленежение. Последнее, т. е. угленежение, сосредоточено, главным образом, около г. Надеждинска, что является весьма неблагоприятным в санитарном отношении для города. Углеобжигательные печи в количестве около 400 штук, вечно дымящиеся, дают массу продуктов неполного сгорания и сильно загрязняют воздух. Город почти каждый день застилается клубами едкого, серого дыма, так как при расположении углеобжигательных печей не учтено направление господствующих ветров в данном месте. Особенно часто дым дает себя чувствовать зимой. В настоящее время поднят вопрос о переноске печей из Надеждинска в дер. Филькино за 8 верст от Надеждинска, благодаря чему город избавится от дыма. Кроме дыма, неблагоприятным моментом для Надеждинска является то, что большая часть города расположена на низком болотистом месте, плохо дренажированном, а поэтому многие улицы Надеждинска являются непроезжими из-за грязи не только весной и осенью, но и в летнюю пору. Город застраивается по определенному плану.

Направление улиц с востока на запад и перпендикулярные к ним с севера на юг отмечается в центральной части города, а на окраинах эта планировка сменяется радиальным расположением улиц. Улицы в большинстве случаев широкие и прямые. Мощеных улиц нет, если не считать одну из них, где в этом году летом приступили к работам по замощению. Тротуары в виде деревянных мостков имеются частично на главных улицах, но они пришли уже в ветхость, а потому в ненастную погоду попасть из одного конца города в другой является почти невозможным.

I. Водоснабжение.

Водоснабжение гор. Надеждинска складывается из следующих трех моментов: река Каква, колодцы и ключи.

Река Каква, берущая начало на восточном склоне Урала, протекает на протяжении 100 км. с запада на восток и в 8-10 км. от Надеждинска впадает в р. Сосьву. Скорость течения от 30-40 метр. в мин. Река сплавная. Шириною около Надеждинска от 15 до 30 мт.

К моментам, загрязняющим водур. Каквы в первую очередь нужно отнести Надеждинский завод, спускающий в р. Какву без очистки свои отработанные воды, количество которых не учитывается. Отработанные воды завода спускаются двумя путями: 1) конденсационные воды завода спускаются в виде так. назыв. Теплой речки—широкой канавой в черте города на несколько саженей ниже водокачки, 2) все же остальные отработанные воды спускаются другой канавой, которая в начале обделана со дна и боков тонкими досками. Т. к. эта канава проложена в болотистой рыхлой почве и плохо укреплена, то часть спускаемых вод уже около города разливается по болоту и образует целое озеро темной жидкости с резким дегтярным запахом. Дальнейшее направление канавы проследить не удалось, т. к. она окружена непроходимым болотом. Но, повидимому, она в этом болоте делится на три рукава и в таком виде достигает русла р. Каквы.

В расстоянии двух-трех км. от города, вниз по течению, р. Каква принимает в себя один за другим эти рукава, с темной, дегтярного запаха жидкостью. Во время дождливой погоды и в весеннее время содержимое канав разливается по сторонам и заливает находящиеся на берегу р. Каквы покосы. Жители жалуются, что скот не ест сено, собранное здесь.

По этим канавам в р. Какву, кроме сточных вод завода, спускаются и сточные воды частичной канализации города (канализирована одна улица), бани и больницы.

Химического анализа сточной воды силами нашей лаборатории сделать не удалось.

Следующим загрязняющим моментом р. Каквы является городская скотобойня, расположенная на одном из рукавов Каквы, выше города на 0,5 км. Все отбросы скотобойни спускаются в реку. Скотобойня содержится в крайне антисанитарном состоянии. На берегу реки выше города расположены элеваторы, которые функционируют во время сплава леса, т. е. весной и летом. Затем, на берегу реки во многих местах выше и ниже города имеются свалки мусора и пастбища скота и повсюду производится полоскание белья. Кроме того, в некоторых местах самый берег Каквы заселен: в расстоянии 5-10 саж. от берега стоят группы частных и Комбинатских домов, не имеющих помойных ям и спускающих свои помои в Какву.

Все эти моменты заслуживают серьезного внимания со стороны сан. надзора. И, наконец, необходимо указать на самый невинный, по сравнению с предыдущими моментами,—это деревня Мякоткино в 6-7 верст. от г. Надеждинска, вверх по течению Каквы. Дер. Мякоткина имеет около 20 домов.

Для выяснения качества воды р. Каквы отрядом были намечены 8 пунктов по течению реки для забора воды для анализов. Места расположены таким образом: 1) выше дер. Мякоткино, т. е. 6-7 в. от Надеждинска вверх по течению, 2) ниже дер. Мякоткино, 3) в черте города—у места забора воды в водопровод, 4) ниже города и д. Медянкино, сливающейся с городом, 5) у впадения в р. Какву главной канавы со сточными водами завода, 6) версты через две после впадения канавы вниз по течению, 7) верст через 10 от Надеждинска, если учитывать большую извилистость реки, вниз по течению, версты за две до дер. Филькино и 8) у самой дер. Филькино. Кроме того бралась вода из трех водоразборных будок города и одной дер. Филькино. Всего проделано в течение лета анализов р. Каквы—19.

Пробы воды, взятые в различных местах и в разное время из реки Каквы дают результаты физико-химического анализа весьма сходные до тех пор, пока в Какву не попадают сточные воды канавы. После впадения сточных вод, вода р. Каквы резко меняется, а затем она снова выравнивается и в будке д. Филькино мы опять встречаем воду такого же качества, как ее имели выше города за деревней Мякоткино и в черте города, т. е. по химическому анализу вполне доброкачественную и недоброкачественную по физическим свойствам, а именно: Т. воды всюду высока—от 12 до 15°, цвет воды всюду желтый, что неприятно для потребителя, запах или травянистый или болотистый, во всех почти анализах отмечаются муть осадок и опалесценция. Все эти данные по физическим свойствам воды дают право при санитарной оценке ее поставить в группу недоброкачественной по физическим свойствам. Сюда же можно отнести и 4 анализа воды за №№ 125, 130, 131, 132*), взятые из Каквы версты через две и далее после впадения канавы; здесь, кроме всех вышеуказанных неблагоприятных физических свойств, появляется смолистый запах, который сопровождает воду реки Каквы до самого ее устья. Химически, кроме некоторого увеличения органических веществ, ничего подозрительного определить не удалось. На вкус же вода неприятна, о чем заявляют жители деревни Филькино.

Совершенно отдельно нужно поставить анализ № 124, взятый как раз около впадения в Какву канавы. Эта вода совершенно непригодна во всех отношениях.

Надеждинский завод использует р. Какву, как источник воды для технических целей завода, а также как источник питьевой воды. Для технических целей завода на берегу р. Каквы устроена водокачка, подающая 607 кб. мт. в час. Эта же водокачка подает воду в три водоразборных будки, расположенных на одной из ближайших улиц к водокачке. Имеются частично домовые ответвления водопровода, также расположенные по ближайшим улицам. Кроме того имеется водопровод в больнице и в городской бане. Вода в водоразборные будки и по домовым разветвлениям подается непосредственно из Каквы без всякой очистки. Из водоразборных будок вода в большом количестве развозится бочками по городу и разбирается ручным способом. Количество водовозных бочек учесть не удалось, т. к. кроме комбината и другие учреждения имеют бочки. Удалось только констатировать, что нет в Надеждинске ни одной бочки с краном и хотя бы ведром при бочке. Вода, как правило, берется каждой хозяйкой своим ведром. Водой из Каквы через вышеуказанные способы снабжается около 5% всего населения г. Надеждинска (по данным отчета местн. сан. врача д-ра Виншу), мое же личное впечатление, что этот процент выше, а именно

*) Таблицы анализов из за недостатка места не помещаем. Ред.

около 10%. Точно учесть представляется весьма затруднительным, т. к. приходилось не раз наблюдать такого рода явления—несут воду из водоразборной будки за 1-1,5 км. в рабочие казармы, где ближе доброкачественной воды не имеется. В рабочие казармы, еще более отдаленные, как, например, в Самский поселок, вода доставляется бочками по 1,5 к. ведро, не более 4-х ведер на семью, а в плохую погоду и зимой и эти 4 ведра жители получают не регулярно, ощущается большой недостаток в воде, а колодцев в этом поселке совершенно не имеется.

КЛЮЧИ. Кроме реки Каквы в водоснабжении Надеждинска немалую роль играют ключи, их при обследовании удалось выявить около 20 шт. разбросанных во всех частях города. Все ключи, или совсем без обделки, или же имеют очень примитивные приспособления для взятия воды. Два из них расположены среди улиц в городе, а остальные на окраине города или же совсем за городом. Имеются ключи довольно мощные,—как, например, два ключа у Поносовского пруда, недалеко от ст. Кола, но, к сожалению, они находятся далеко от города—4-5 верст. Большинство ключей более мощных дают вполне доброкачественную в санитарном отношении воду как по своим физическим, так и химическим свойствам. Часть ключей менее мощных дают воду совсем негодную. Многие из ключей пользуются большой популярностью у жителей не столько из-за качества воды, сколько из-за того, что в этих ключах все время имеется достаточное количество воды. Так, например, ключ по Ключевской улице, расположенный на середине Нового поселка, привлекает к себе жителей с 5-6 близ лежащих улиц. Не менее известен ключ «Корешок», находящийся за 0,5 км. от города в стороне от Нового поселка, около заразной лечебницы. Этим ключом в зимнее время, по словам жителей, пользуются живущие за 1,5-2 км.

Кроме того заслуживают еще внимания два ключа у Поносовского пруда за городом в 4-5 км. Водой этих ключей в настоящее время почти никто не пользуется из-за дальности расстояния, кроме нескольких домов, расположенных на станции Кола. Останавливаясь я на них потому, что эти ключи мне были указаны местным санврачем, как источники, из которых предполагается производить забор воды для будущего водопровода г. Надеждинска. Поэтому ключи были взяты на целое лето (пока работал сан. отряд) под наблюдение. Вода ключей для химического анализа бралась три раза, кроме того Окружной лабораторией г. Тагила был произведен бактериологический анализ. Были отправлены 9 проб воды. Пробы взяты из четырех ключей, двух колодцев и трех мест р. Каквы. Взята вода из источников наибольшего пользования. Транспортировка воды до Тагила производилась во льду. Несмотря на все предосторожности, какие требуются при заборе воды для бактериологического анализа, все же результаты получились весьма сбивчивые и не вполне соответствующие химическому анализу.

По химическому анализу и по физическим свойствам вода ключей оказалась вполне доброкачественной, но жестковата. Общая жесткость 15-16°.

Оба эти ключа расположены вблизи один от другого и, вероятно, питаются одним водоносным слоем, что давало возможность предполагать получение воды одинакового качества. Однако, путем повторных анализов удалось выявить некоторую довольно стойкую разницу между их водами. Так один из ключей более мощный, дающий струю шириной около 0,5 м. в виде бурлящего потока дает воду худшего качества, нежели другой. Сопоставляя эти два анализа, можно отметить: в первом ключе более высокая температура—6-7°, а во втором ключе температура—4-4½°; большое количество орг.вещ. в первом ключе 37-47 мгр., а во втором—18-31 мгр. Затем бросается в глаза разница в количестве кислорода: 1-й ключ содержит кисло-

рода 6-7 к. с. на 1 л., а второй от 3,37 до 3,9 к.с. Все эти отклонения в анализах воды двух ключей говорят за то, что первый ключ имеет более поверхностное положение, нежели второй, а потому вода первого ключа более чувствительна к изменениям температуры наружного воздуха и кроме того несет признаки поверхностного загрязнения в виде более высокого содержания органических веществ. Что касается высокого содержания кислорода в первом ключе, по сравнению со вторым, то это можно объяснить тем, что вода первого ключа растворяет в себе кислород в момент выхода наружу бурлящей струей. По другим данным анализов вод этих двух ключей можно предположить, что они все-же питаются одним водоносным слоем: так, за это говорит одинаковая жесткость и другие данные анализов. А потому, если будет решено в водопровод забирать именно из этих ключей, то нужно их коантировать не на месте их выхода на поверхность, а гораздо выше. Категорического заключения о качествах воды этих ключей дать теперь не представляется возможным, т. к. слишком короток срок для наблюдения. И кроме того совершенно еще не выяснен вопрос о дебете воды.

Третья группа питьевых источников г. Надеждинска—**колодцы**. Их насчитывается около 500. Только зарегистрированных местным Гор. сан. Бюро 454 колодца, но вероятно некоторые не попали в эту регистрацию. Получивши такую громадную цифру количества колодцев, можно вполне применить поговорку: «Числом побольше, ценою подешевле». В действительности так и есть. Количество колодцев растет по многим причинам: 1) в городе нет питьевого водопровода, 2) город все время растет быстрым темпом, потребность в воде тоже возрастает, 3) вновь вырытые колодцы не удовлетворяют жителей качеством воды и в 4) большинство колодцев частных хозяев, которыми пользуются один, два двора. Очерь мало колодцев общественных (63). Особенность Надеждинских колодцев—давать малое количество воды, несмотря на глубину и кроме того весьма непостоянный дебет воды. По словам жителей, в двух-трех близлежащих колодцах колебания количества воды весьма велики, например, в одном колодце вода есть, в другом исчезает совсем, в то же самое время в третьем вода начинает прибывать, несмотря на то, что все они расположены недалеко один от другого, как будто бы находятся в одинаковых условиях. Вот эта игра количества воды в колодцах и заставляет жителей часто копать новые колодцы, чтобы обеспечить себя водой хотя бы временно, а потом забросить этот колодец, если вода появится в старом колодце. Последнее обстоятельство является отчасти причиной того, что в Надеждинске колодцев много, а хороших нет.

По данным анкетного обследования колодцев г. Надеждинска Гор. сан. врача Виншу оказалось:

Количество колодцев в Надеждинске	Расположение							Исправных	Не исправных	Вода берется		Крышка		Особая постройка
	На улице	Болоте	Ровное место	Возвышен.	Во дворе	Огороде	Улице			Ворот и общая бадья	Каждый своим ведром	Есть	Нет	
454	64	27	359	6	290	54	112	339	117	232	222	298	158	91

У колодца		В о д а		Вода берется		Вода хорошая не опр. жителей.	Плохая	Колодцев		Водой пользуются		Воды не хватает зимой	Воды достаточно
Чисто	Грязно	Проникает	Не проникает	Для питья	Для хоз. целей			Частных	Общественных	М а л о	Один двор		
275	184	129	327	385	71	337	119	393	63	307	149	260	196

Из этой таблицы особенно бросается в глаза цифра недостатка воды зимой—260 колодцев. Это действительно очень серьезный вопрос для Надеждинска. Больше половины всех колодцев дают воды недостаточное количество в зимнее время,—это одна из причин, побудившая местные организации задуматься над вопросом сооружения в Надеждинске водопровода.

При обследовании колодезного водоснабжения г. Надеждинска силами сан. отряда взято всего 87 колодцев, т. е. 20% от 454 колодцев. Брались колодцы с количеством потребителей не менее 10 домов, т. е. выявлены более мощные колодцы, а в силу этого и более благоустроенные, что нужно учитывать при общей оценке колодезного водоснабжения. Затем, при выборе колодцев, учитывалось их равномерное распределение по всему городу, а также и рельеф местности.

Все охваченные нами колодцы при разработке материала разделены на две группы: 1) колодцы Нового поселка и 2) колодцы Старого поселка. Дело в том, что весь Надеждинск, как вообще все заводские пункты, делится на целый ряд поселков, которые тесно сливаются один с другим и в настоящее время с трудом удастся наметить границу между этими разноименными поселками без помощи местных жителей. Что касается Надеждинска, то разделение его на Новый и Старый поселок, по мере застройки вполне приемливо, а при разборе материала по водоснабжению, в дальнейшем и по жилью, даже необходимо. Дело в том, что Старый поселок наиболее неблагоприятный в санитарном отношении, т. к. характер застройки и заселения имеет чисто казарменный. Большинство домов Комбината многоквартирных, располагается именно в Старом поселке. Затем, местоположение Старого поселка более низкое, нежели Нового. Новый поселок, за небольшим исключением состоит из частных—одноквартирных домов и расположен на более высоком месте, в сравнении со Старым. Эти два обстоятельства и являются причиной того, что почва Нового поселка менее загрязненная дает лучшую, сравнительно воду, нежели Старого. В Новом поселке источников с доброкачественной водой имеется 11 из 49 (22,4%), с удовлетворительной водой 8 источников, (16,3%), а источников с водой подозрительной и недоброкачественной — 61,2%. Что касается Старого поселка, то там источников с доброкачественной водой только 4 из 59, т. е. около 7%, а с удовлетворительной водой 5 источников.

Из 4-х источников Старого поселка, стоящих в группе доброкачественных, 2 ключа Поносовского пруда, о которых говорилось выше; их пришлось присоединить сюда, т. к. территориально они ближе к Старому поселку. Один из доброкачественных колодцев располагается во дворе новой больницы, в настоящее время обслуживает, главным образом, нужды больницы.

Значит, с доброкачественной водой в Старом поселке всего только один колодец, который обслуживает нужды населения, но и этот колодец располагается на кирпичной фабрике и в первую очередь, удовлетворяет технические нужды фабрики, а затем уже население. Таким образом, Старый поселок находится в очень скверном положении в смысле снабжения не только доброкачественной водой, но и количества воды часто бывает недостаточно.

Что касается собственно колодцев, то нужно сказать следующее: из 87 колодцев взятых для обследования 41 колод. в Новом поселке и 46 кол. в Старом. Сравнивая их по глубине, находим, что в Старом поселке относительно глубоких колодцев, (т.е. глубина до воды больше 15 метр.), всего только 17,3% (8 из 46), а в Новом поселке 41,4%. Маловодие Надеждинских колодцев выражается в следующем: слой воды в колодцах не больше 1 метра в 39%, т.е. 34 из 87. Все колодцы срубовые, деревянные, половина из них имеет неисправный сруб. Особенно плохо то, что из 66,6% колодцев воду берут каждый своим ведром. Крышек нет у половины колодцев. Содержатся грязно 81 колодец из 87. Площадок, соответствующим образом устроенных, нет у 81. Возможность проникновения воды с поверхности земли в колодец, как результат неисправности срубов не исключается у 63 кол. Выводы по вопросу водоснабжения г. Надеждинска таковы: 1) Во всех районах города, кроме первых двух линий Старого поселка, воды недостаточно, особенно в зимнее время. 2) Имеющаяся в наличии вода, как показали анализы, в большинстве случаев недоброкачественная. 3) Устройство общего питьевого водопровода необходимо в ближайшее же время. 4) До устройства водопровода необходимо снабдить колодцы общего пользования общественными бадьями. Колодцы с явно недоброкачественной водой закрыть. 5) Водовозные бочки, которыми воду развозят из водоразборных будок, снабдить кранами.

(Продолжение следует).

СОСТОЯНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ РАБОЧИХ ПОДРОСТКОВ ГОР. СВЕРДЛОВСКА.

Д-р Н. А. ЧЕКАНИНСКАЯ-ПОЛЯКОВА (Свердловск).

Разбираемый материал в количестве 1.153 санитарных анкет был получен в глазном кабинете Областной детской профилактической амбулатории в гор. Свердловске при медосмотре рабочих подростков за период времени 1925—27 г.

Школы рабочих подростков, откуда были обследованные, двух категорий:

I. Школы ФЗУ: 1) текстильной фабрики им. Ленина, 2) железоделательного завода «Красная Кровля», 3) полиграфических предприятий.

II. Профтехшколы: 1) швейников, 2) механиков, 3) конторско-торгового ученичества, ученики которой заняты в качестве рабочих подростков в различных торговых, общественных предприятиях и учреждениях города.

По своему возрастному составу, распределению занятий в школе и продолжительности их на производстве подростки той и другой категории школ не отличаются между собой, представляя в этом отношении однородный материал для обследования.

Из 1.153 человек—мужчин 746 или 64,7%, женщин 407, или 35,3%, как видно из таблицы № 1.

Таблица № 1.

П о л	В о з р а с т					Всех	Процент
	14 л.	15 л.	16 л.	17 л.	18 л.		
Мужской	38	102	177	199	230	746	64,7
Женский	45	73	119	96	74	407	35,3
Оба пола	83	175	296	295	304	1153	100
Проц. . .	7,2	15,1	25,8	25,7	26,2	100	—

Преобладающими группами являются 18, 17 и 16-летние, составляя вместе 77,7 проц. всех подростков.

По национальному признаку анкеты не разрабатывались в виду однородности национального состава подростков: кроме русской, другие национальности представлены только в единицах.

Распределение обследованных по производствам видно из следующей таблицы.

Таблица № 2.

Производство	П о л				%
	Мужчин	Женщин	Оба пола		
Железодельательное	265	26	291	25,2	
Текстильное	130	126	256	22,2	
К. Т. У.	123	84	207	18,0	
Механическое	149	3	152	13,1	
Швейное	12	135	147	12,8	
Полиграфическое	67	33	100	8,7	
В с е г о	746	407	1153	100	

Занято в соответствующем производстве: до 6 мес.—43,1 проц., до 1 года—21,7 проц., до 2 лет—25,3 проц. и свыше 2 лет—9,9 проц. Таким образом большая часть обследованных занята в производстве не свыше года—64,8 проц. и меньшая—35,2 проц. работает более продолжительный срок—от 1 года и свыше 2 лет.

При анализе наших санкарт выделены следующие вопросы: 1) частота патологических изменений органа зрения (болезненность), 2) частота отдель-

ных форм болезней глаза, 3) состояние остроты зрения, 4) рефракция 5) связь указанных состояний с: а) возрастом, б) полом, в) производственными группировками.

Нижеследующие таблицы дают представление о распределении болезненности органа зрения, при чем надо заметить, что наша цифра болезненности составила из 2-х частей: больные, зарегистрированные при первичном осмотре, и новые больные, оказавшиеся ко времени повторного осмотра. Последнему подвергались все подростки, работающие уже свыше 6 месяцев на соответствующих производствах. Какая часть общего показателя болезненности относится на заболевания и какая—на возникшие ко времени повторного обследования,—изложено будет далее.

Таблица № 3.

	Здоровых	Больных	% больных к здоровым своего пола	Болезней	% отношение болезней к здоровым глазам	Число всех обследованных
Мужчин	594	152	20,4	164	22,2	746
Женщин	318	89	21,8	101	24,6	407
Всего.	912	241	20,9	265	23,0	1153

Как видно, здоровых зарегистрировано 912 или 79,1 проц., больных 241 или 20,9 проц. Показатель отдельных форм болезней несколько выше 23,0, так как встречались лица, имевшие одновременно несколько болезненных форм. Если сравнить по таблице № 4 наши цифры с показателями болезненности органа зрения рабочих подростков у других авторов, то можно отметить, что Свердловский показатель болезненности почти одинаков с Киевским, ниже Харьковского, превосходит Екатеринославский и Одесский и почти равен среднему показателю для 4 украинских городов.

Таблица № 4.

		Больных на 100 обследов. подр.		
		Мужчин	Женщин	Общих
Гольдфедер	К и е в	20,2	21,0	20,3
	Харьков	31,5	27,7	31,2
	Екатеринослав	13,8	19,5	14,8
	Одесса	15,9	9,6	15,0
	Средняя для 4-х городов . . .	20,3	19,4	20,3
Карсницкий	Сельское население 15—20 лет Брян. у., Московской губ. . .	24,9	20,2	22,2
Белиловский	Сельское население 16—20 лет Морш. у., Тамбовской губ. .	18,8	15,6	16,7
Калита	Воспитанники Архангельск. гимназии	—	—	25,0
	Гор. Свердловск	20,4	21,8	20,9

По сравнению с рабочими подростками приблизительно того же возраста подростков сельского населения по материалам Белиловского, как показывает таблица № 4, рабочие подростки гор. Свердловска болеют чаще, а по данным Кареницкого немного реже. Ученики средней школы Архангельска, по наблюдению Калиты, имеют более высокий показатель болезненности по сравнению со Свердловским—25,0 проц., что обусловливается наличием среди обследованных значительного количества учеников в возрасте моложе 14 лет, имеющих, как известно, повышенную заболеваемость по сравнению с более старшими.

Было бы естественно ожидать более высокую болезненность органа зрения у женщин-подростков на основании свойственной этому полу большей частоты болезней кожи, лимфатической и кроветворной системы, органов пищеварения, что между прочим отмечает и Качан в своей статье «Здоровье рабочих подростков Украины» в трудах Харьковского Рабмеда 1925 г. Как видно из приведенной таблицы № 4, наш материал как будто до некоторой степени подтверждает это положение: болезненность свердловских женщин-подростков превышает мужскую, хотя и незначительно, на 1,4 проц. (мужчин—20,4, женщин—21,8). Что касается других авторов, то большинство из них дают цифры обратного характера. Так, из той же таблицы видим, что Белиловский и Кареницкий для подростков сельского населения приводят показатели болезненности глаз для женщин (20,2 и 16,6) ниже, чем для мужчин (24,9 и 18,8). По Гольдфедеру средний показатель болезненности по 4 украинским городам для мужчин незначительно выше женского (20,3 и 19,4), так же, как для Харькова и Одессы. По Киеву и Екатеринославу наблюдаются обратные отношения: женская болезненность превосходит мужскую, при чем цифры первого из этих городов почти совпадают с нашими.

По возрасту больные распределялись так:

Таблица № 5.

П о л Возраст	Число больных на 100 подростков своего пола			
	П о С в е р д л о в с к у			П о в с е й У к р а и н е
	Мужчин	Женщин	Оба пола	Оба пола
14	23,7	24,4	24,0	16,7
15	22,5	20,5	21,7	13,0
16	18,0	21,0	19,0	12,8
17	22,6	20,0	21,7	13,8
18	18,7	25,6	20,5	12,8
Среднее . .	20,4	21,8	20,9	13,3

Для сравнения этих данных мы имеем у Гольдфедера цифры повозрастной болезненности только для всей Украины, в то время, как для нас

имели бы большее значение цифры для крупных 4—5 городов Украины. Как видно, все подростки разбиты на 5 возрастных групп. Самая младшая группа—14-летние, дает самый высокий показатель болезненности—24,0. Следующая возрастная группа 15-летние имеет коэффициент 21,7, 16-летние—19,0. Незначительное повышение наблюдается у 17-летних—21,7, и последняя возрастная группа—18-летние опять дает снижение—20,5. Таким образом, выявляется тенденция к падению заболеваемости с повышением возраста. Общая тенденция нашей кривой показателей болезненности—падение с повышением возраста, с незначительным подъемом у 17-летних—совершенно аналогична общеукраинской. Повидимому, дело идет о повышении вместе с возрастом устойчивости организма к жизненным и профессиональным вредностям, на что также указывает и Гольдфедер.

Прежде чем перейти к вопросу о частоте отдельных болезненных форм, следует заметить, что в группу болезней соединительной оболочки и век у нас входят также изменения слезного аппарата, но не включена трахома, выделенная в самостоятельную группу. Фолликулел соединительной оболочки без наличия суб'ективных и катарральных явлений в том виде, как он наблюдается у школьников вследствие негигиенических внешних условий, не регистрировался нами в числе болезней, а отмечался всегда отдельно. В группу прочих болезней вошли по 2 случая дальтонизма и куриной слепоты и некоторые другие заболевания.

Таблица № 6.

Болезни	На 100 подрост. приходится болезней глаз				
	Свердловск			Харьков	Средн. по 5-ти укр. г.
	Муж.	Жен.	Об. пола	Об. пола	Об. пола
Конъюнктивиты и блефариты	17,3	17,0	17,2	29,3	15,4
Трахома	1,1	0,5	0,8	1,7	0,9
Болезни роговицы	1,5	3,2	2,0	0,8	1,4
„ рад. обол.	0,1	0,5	0,3	—	—
„ хрусталика	0,3	0,7	0,5	—	—
„ дна глаза	0,5	2,0	1,0	—	—
Косоглазые	0,7	0,3	0,5	1,0	1,9
Прочие болезни	0,7	0,5	0,7	1,0	—
Всего	22,2	24,6	23,0	34,0	20,8*)

Как отмечается в таблице № 6, средняя для обоих полов цифра отдельных болезненных форм—23,0, для женщин—24,6, для мужчин—22,2. Таким образом, наша средняя несколько превышает таковую для 4 украинских горо-

*) Цифры для 5 городов Украины выведены из абсолютных цифр, приведенных в таблице, приложенной к трудам Харьковского Рабмеда за 1925 г.

дов (20,8), будучи все же заметно ниже Харьковской (34,0). Из 23 отдельных форм болезней наибольшее количество—17,2 падает на изменения век и соединительной оболочки, число которых у свердловских подростков несколько выше, чем у подростков 5-ти украинских городов (15,4), но ниже Харьковского (23,3). Роговица чаще изменена у свердловских подростков, чем у украинских, а трахома наблюдается реже.

Мужчины и женщины в равной мере болеют поражением соединительной оболочки и век (17,3 и 17,0)—болезнями, зависящими в значительной мере от вредностей, связанных с занятиями. Трахомой болеют чаще мужчины, давая показатель 1,1, женщины только 0,5, но поражения роговицы встречаются вдвое чаще у женщин (3,2), чем у мужчин (1,5). Главные формы патологических изменений роговицы—помутнения различных видов и незначительное количество свежих заболеваний и травматических повреждений. Радужка, хрусталик, дно также чаще поражаются у женщин, чем у мужчин. Таким образом, повышение коэффициента болезненности женщин по сравнению с мужчинами происходит за счет более частых патологических изменений преломляющих сред. и заднего отдела глаза, существующих уже, повидимому, ко времени поступления на производство и обуславливающих в силу своего характера повышение проц. женщин с пониженным зрением, как отмечено далее.

На 100 болезней глаз приходится:

Таблица № 7.

Формы болезней	По Свердловску			По Украине			Белиловский	Карсницкий	Калита
	Муж.	Жен.	Об. п.	Муж.	Жен.	Об. п.	Об. п.	Об. п.	Об. п.
П о л									
Конъюнктивиты и блефариты	78,0	69,4	74,7	74,3	69,1	73,8	55,5	66,0	70,8
Трахома	5,0	2,0	3,8	6,8	7,6	6,9	18,0	10,8	—
Заболевания роговицы .	6,7	12,8	9,0	6,8	10,6	7,6	10,8	25,0	—
Заболевание радужки, хрусталика, дна глаза .	4,3	12,8	7,5	—	—	—	—	—	—
Нистагм и косоглазие .	3,0	1,0	2,3	4,0	5,7	4,1	—	—	12,5
Проч. болезни	3,2	2,0	2,7	8,1	7,0	7,6	—	—	16,7
Всего	100	100	100	100	100	100	—	—	100

Из приводимой таблицы видно, что относительная частота болезней соединительной оболочки и век выше всего у свердловских и украинских рабочих подростков, превосходя таковую как школьников (Калита), так и сельского населения (Белиловский, Карсницкий).

Остальные заболевания распределяются в согласии с упомянутыми выше абсолютными цифрами.

Связь показателей больных глазами и отдельных форм болезней с различными видами производства представлена в нижеследующей таблице № 8.

Таблица № 8.

Производство	На 100 обследован. подростков		
	В Свердловске		По всей Украине
	Больных	Болезней	Больных
Швейное	30,6	31,2	23,0
Полиграфическое . .	25,0	26,0	32,0
Текстильное	24,6	28,0	20,6
Железоделательное	21,3	23,0	12,5
Механическое	19,0	20,0	15,4
Конт. торг. уч. . . .	8,2	11,1	13,5
Средн. для всех групп	20,9	23,0	13,3

Колебания эти весьма значительны: от 8,2 проц. среди конторско-торгового ученичества и до 30,6 проц. у швейников при средней цифре в 20,9 проц. То же самое, понятно, наблюдается и с цифрами отдельных форм болезней. Самую близкую к средней цифру болезненности мы видим у подростков железнделательного завода. Следует отметить, что при сравнении наших цифр со средними показателями болезненности по всей Украине, в связи с производством, (последними цифрами мы принуждены были воспользоваться за неимением у Гольдфедера таких цифр отдельно по крупным городам Украины) наблюдается известное сходство. Как на нашем материале, так и на украинском, наиболее высокая болезненность имеется у первых трех производственных групп: полиграфической, швейников и текстилей; только у нас наиболее высокая цифра приходится на швейников*), а по Украине на полиграфическое производство. Остальные производственные группы характеризуются уже более низкими показателями по сравнению с тремя вышеупомянутыми.

*) Это зависит до некоторой степени от более высокого показателя болезненности швейников уже при поступлении в профтехшколу, как будет видно из анализа первичной и повторной заболеваемости.

Таблица № 9.

Производство	По городу Свердловску на 100 обследованных подростков приходится						
	Болезн. соедин. обол. и век	Травмы	Болезней роговицы	Радужки, хрусталика, дна глаза	Нистагм и косоглазие	Прочих	Всех болезней
Швейное	28,5	—	1,5	0,6	—	0,6	31,2
Полиграфическое	23,0	1,0	—	1,0	—	2,0	26,0
Текстильное	20,0	0,7	3,1	2,4	0,7	1,1	28,0
Железоделательное	16,5	2,1	2,1	1,0	1,0	0,3	23,0
Механическое	15,2	0,7	2,0	0,7	0,7	0,7	20,0
Конт. торг. ученич.	5,3	—	2,4	3,4	—	—	11,1
Средняя	17,2	0,8	2,0	1,8	0,5	0,7	23,0

Анализ таблицы № 9 дает картину распределения отдельных форм болезней органа зрения по производственным группировкам, при этом привлекает внимание следующее:

Во-первых по количеству болезней соединительной оболочки и век, при средней цифре в 17,2, на 100 обследованных подростков на первом месте в нисходящем порядке стоят швейники—28,5, полиграфы 23,0 и текстили—20,0.; последнее место по показателю указанных болезней принадлежит КТУ, при чем, если у швейников свыше 90 проц. всех заболеваний падает на соединительную оболочку и веки, то у КТУ едва половина всех форм болезней (из 11,1 только 5,3) приходится на долю блефаритов и конъюнктивитов. Но следует отметить довольно высокую цифру среди КТУ (21,7 проц.) фолликулеза соединительной оболочки, вошедшего в число болезней глаза и значительно превышающего фолликулез других рабочих подростков, что ставит КТУ в этом отношении ближе к школьникам.

Во-вторых, по показателям изменений роговицы производственные группировки располагаются в обратном порядке, а именно: швейники и полиграфы занимают последние места, а самые высокие показатели наблюдаются у текстилей, КТУ, железоделателей и механиков. Отмеченное в последних двух таблицах распределение болезней и больных очень характерно в смысле влияния производственных вредностей на орган зрения. Мы знаем, швейники, текстили, полиграфисты наиболее подвержены действию скученности, пыли, слишком мелкой, чтобы вызывать значительные травмы, однако достаточной для раздражения и воспаления наружных частей глаза. Немалую роль играет в этом отношении и чрезмерное напряжение зрения при мелкой работе на близком расстоянии, особенно у швейников. Повышенный коэффициент патологических изменений роговой оболочки у текстилей, железоделателей и механиков отчасти тоже можно было бы поставить в связь с характером производства, создающим условия для более частой травматизации глаз, но наши абсолютные цифры по этому ряду заболеваний недостаточно велики для определенных выводов.

Из 1.153 подростков повторно обследованы 671 человек или 58,2 проц., так как известная часть принятых в обучение рано выбывала по тем или иным причинам. Повторное обследование производилось после первичного через 6—18 месяцев, но и первичное происходило по большей части спустя несколько месяцев после приема и обучения. Среди повторно осмотренных оказались с изменениями органа зрения, полученными уже на производстве, 98 человек, или 14,6 проц., при чем из этого числа у 20 человек, или 3 проц., отмечено понижение остроты зрения и усиление рефракции по сравнению с найденными при первичном осмотре; у 78 человек, или 11,6 проц.—заболевание глаз, главным образом, соединительной оболочки и век и незначительное количество других форм болезней. Таким образом при средней в 20,9 больных на 100 обследованных подростков несколько более половины—11,6 чел. получили заболевание органа зрения во время пребывания на производстве, не имев его при поступлении. Каким образом коэффициенты болезненности, найденные при повторном осмотре, распределяются между представителями отдельных производств,—видно из таблицы № 10.

Таблица № 10.

Производство		Текстиль	Механики	Полиграфы	Швейники	Железодел.	Кон. торг. ученич.	Средняя для всех
Число больных на 100 обследован. подростков	При первичн. обследов.	7,3	3,3	12,0	17,6	9,8	4,7	9,3
	При вторичн. обследов.	17,3	15,7	13,0	13,0	11,5	3,5	11,6
	Общее число больных	24,6	19,0	25,0	30,6	21,3	8,2	20,9
На 100 обследован. подростков	Число лиц с пониженным зрением при повторном обследовании по сравнению с данными первич. осмотра	3,4	1,7	5,6	8,0	1,4	1,7	3,1

Таблицей устанавливается, что уже при поступлении в производственные школы наблюдается неодинаковая болезненность органа зрения рабочих подростков, повидному, в зависимости от естественного профотбора и бытовых условий, и всего выше она у швейников и полиграфов. Во время пребывания на производстве наибольшее количество заболеваний падает на ФЗУ первых четырех-категорий производства: текстильной, механической, полиграфической и швейной. Некоторое количество случаев понижения зрения и усиления рефракции, обнаруженное при повторном обследовании, наблюдается, главным образом, у швейников, полиграфов и текстилей и в значительно меньшей цифре среди механиков, железоделателей и КТУ.

При анализе остроты зрения и рефракции оказалось, что 34 санкарты из 1.153 не обладают достаточно полными данными в отношении рефракции, а потому для суждения о последней мы располагали только 1.119. Ниже приводимая таблица № 11 дает соответствующую сводку остроты зрения рабочих подростков Свердловска.

Таблица № 11.

	Не менее 1,0 с коррекцией на кажд. глаз	Оба глаза $\geq 0,5$ но $< 1,0$	Один глаз $\geq 0,5$ другой $< 0,5$	Оба глаза $< 0,5$	Слепота на один глаз	Число обследованных	Всего $< 1,0$ после коррекции		
							Свердловск	Харьков	Архан. (Калита)
Мужчин проц.	92,5	3,3	3,2	0,7	0,3	746	7,5	9,7	—
Женщин „	85,5	6,6	6,4	1,2	0,3	407	14,5	13,3	—
Оба пола „	90,0	4,5	4,4	0,8	0,3	1153	10,0	9,9	5,3

В среднем, как видно, 90 проц. обследованных обладают с коррекцией полным зрением. Пониженное зрение при коррекции имеют 10 проц. подростков,—цифра, почти вполне совпадающая с данными Гольдфедера по Харькову—9,9 проц.

В связи с половыми различиями, показатели лиц с пониженным зрением располагаются так: мужчины имеют 7,5 проц. лиц с понижением остроты зрения, женщины же 14,5 проц., т. е. вдвое более. Эти цифры находятся в соответствии с показателями как болезненности, так и рефракции у женщин. Как указано выше, показатель болезней преломляющих сред. и заднего отдела глаза, сопровождающихся часто понижением зрения,—у женщин 7,6, а у мужчин только 4,9. Кроме того, процент астигматиков, также очень часто имеющих пониженное зрение, среди женщин 11,0, среди мужчин 4,3. При сопоставлении наших цифр с харьковскими наблюдаются отношения аналогичные, т. е. число лиц с пониженным зрением больше среди женщин, чем среди мужчин, и цифры очень близки к свердловским.

Как видно из той же таблицы № 11, Калита среди учеников гимназии дает очень низкую цифру лиц с понижением зрения, всего 5,3 проц.

По производственным группировкам показатели подростков с понижением остроты зрения располагаются, как видно из таблицы № 12, следующим образом.

Таблица № 12.

На 100 обследованных подростков по производствам	С коррекцией не менее 1,0	Оба глаза $\geq 0,5$ но $< 1,0$	Один глаз $\geq 0,5$ другой $< 0,5$	Оба глаза $< 0,5$	Слепота на один глаз	Число обследов.	Всего зрен. $< 1,0$ после коррекции	
							По Свердловску	По Харьков
Швейному	86,3	5,5	7,5	0,7	—	147	13,7	—
Текстильному	88,3	5,0	5,0	0,8	0,8	256	11,7	—
Кон. торг. учен.	90,3	4,8	4,4	0,5	—	207	9,7	—
Механическому	90,7	4,6	2,6	2,0	0,6	152	9,3	—
Полиграфическому	91,0	6,0	2,0	1,0	—	100	9,0	15,5
Железодельному	92,8	2,8	3,8	0,6	—	291	7,2	9,1
Общая	90,0	4,5	4,4	0,8	0,3	1153	10,0	9,9

При средней цифре 10 на сотню обследованных рабочих подростков наибольшее количество лиц с пониженным зрением дают швейники (13,7),

затем текстили (11,7), почти среднюю цифру КТУ (9,7) и около того механики (9,3) и печатники (9,0); самая низкая цифра отмечена у железнодорожников (7,2). Такое распределение понятно, если учесть половой состав первых трех производственных групп и характер болезненности и рефракции женщин, входящих в большое число в указанные профессии. Заслуживает быть отмеченным также то обстоятельство, что швейники и ученики полиграфического производства при первичном обследовании имеют количество лиц с пониженным зрением значительно меньшее, чем другие группы рабочих подростков, но уже за время пребывания на производстве это количество лиц увеличивается больше, чем в два раза по сравнению с первоначальным (сравнительные таблицы №№ 10 и 12). Данные о характере рефракции приводятся в следующей таблице № 13.

Таблица № 13.

	На 100 подростков приходится														
	По гор. Свердловску						По Харькову и Екатеринославу						По данным Лобасова в 1 муж. гимн.		
	ЕЕ	ММ	НН	Анизометропия	В том чис. астигматизм	Число обследован.	ЕЕ	ММ	НН	Анизометропия	В том чис. астигматизм		ЕЕ	ММ	НН
Мужчины	59,4	13,9	22,8	3,9	4,1	728	—	—	—	—	—		50,3	17,9	24,0
Женщины	46,7	13,5	33,0	6,8	10,0	392	—	—	—	—	—		—	—	—
Оба пола	55,0	13,8	26,3	4,9	6,1	1119	51,3	13,3	28,8	6,5	10,1		—	—	—

Как видим, эметропия встречается на нашем материале в 55 проц. в среднем, миопия в 13,8 проц., гиперопия в 26,3 проц., анизометропия в 4,9 проц., в том числе астигматизм в 6,1 проц. Результаты наших обследований и двух украинских городов дали цифры, очень близкие между собой (таблица № 13). Цифры Лобасова для мужской гимназии отличаются от приведенных нами для свердловских рабочих подростков также незначительно, хотя, конечно, возрастной состав его материала другой, чем у нас.

Миопия на нашем материале встречается почти одинаково часто у обоих полов (13,9 и 13,5). Гиперопия несколько чаще у женщин (33,0), чем у мужчин (22,0). Анизометропия и астигматизм тоже у женщин значительно чаще (6,8 и 10,0), чем у мужчин (3,9 и 4,1).

Что касается распределения данных рефракции по производственным группировкам, то это видно из таблицы № 14.

Таблица № 14.

Производства	На 100 обследованных подростков приходится по г. Свердловску					
	ЕЕ	ММ	НН	АП	В т. ч. АЗ	Кол. обл.
Швейное	47,6	9,0	35,3	8,1	9,5	147
Полиграфическое	50,0	19,7	25,8	4,5	4,5	66
К. Т. учен.	53,1	14,6	27,0	5,3	9,2	207
Текстильное	56,3	19,6	21,0	3,1	2,7	291
Железнодорожное	55,1	8,6	31,3	5,0	7,0	256
Механическое	64,5	12,5	19,0	4,0	4,6	152
В среднем	55,0	13,8	26,3	4,9	6,1	1119

Первые три группы производств дают количество эмметропов ниже среднего, а последние три—выше среднего. Среди швейников и текстилей встречаются чаще, чем у других подростков, дальнорзоркие, а среди печатников и железоделателей относительно больше миопов. Астигматизм имеет наибольший показатель у швейников—9,5 проц., затем у КТУ—9,2 и у текстилей—7,2 проц. В общем распределение рефракции соответствует половому составу производственных групп.

Материал, подвергнутый нами разработке, невелик и, охватывая не всех рабочих подростков города, а только организованных в школы ФЗУ и профтехшколы, страдает отсутствием некоторых данных, почему делать на основании этого материала определенные заключения нельзя. Но все же, заканчивая наш обзор, мы позволяем себе высказать, некоторые невольно напрашивающиеся положения:

1) Общий процент болезненности органов зрения свердловских рабочих подростков сравнительно высок, достигая 20,9.

2) Общая болезненность женщин-подростков несколько выше мужской; повышение происходит за счет большей частоты (по сравнению с мужчинами) патологических изменений преломляющих сред и заднего отдела глаза.

3) Уже к моменту поступления на производство имеется неодинаковая болезненность органа зрения у подростков различных производственных групп, повидимому, в зависимости от бытовых условий и естественного профотбора.

4) Заболевания соединительной оболочки и век можно рассматривать как болезни в известной степени профессиональные: по меньшей мере половина их развивается у подростков во время работы на производстве.

5) Наибольший процент болезненности и наибольшее число лиц с пониженным зрением обнаружены у рабочих подростков швейного, текстильного и полиграфического производства.

6) Наиболее благополучны в отношении болезненности органа зрения конторско-торговые ученики, подвергающиеся влиянию профвредностей иного характера, чем остальные рабочие подростки.

К ВОПРОСУ ОБ АСТЕНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *)

Д-р А. П. ГАРЯЕВ (Шадринск).

Среди различных аномалий конституции у детей особого внимания и изучения требует астения, которая до сих пор еще недостаточно изучена, мало оценивается и принимается во внимание в патологии ребенка. Достаточно указать, что некоторые авторы не признают астению за аномалию конституции и считают ее только проявлением дисгармонии роста; другие считают ее, как проявление скрытого туберкулеза. В доказательство неправильности последнего взгляда можно привести результаты реакции Пирке, проведенной д-ром Котиковым у детей -астеников из нормальных детдомов гор.

*) Тема, затронутая д-ром А. П. Гаряевым, крайне интересна: с отдельными выводами автора, как, например, о связи заразных заболеваний с астенической конституцией,—далеко нельзя согласиться, ибо сам автор приводит ряд данных о несомненной связи заразных заболеваний с социально-экономическими факторами. Редакция выражает надежду, что товарищи, работающие в этой области, поделятся также своими наблюдениями.

Редакция.

Ленинграда, которая была положительной только в 54%, следовательно остальные 46% астеников еще не были заражены туберкулезом.

Наиболее подробно вопрос об астении изучался в клинике проф. Маслова, который и дает более полное и правильное определение астении, как аномалии конституции, состоящей из внешнего *habitus'a*, симптомов атонического характера, малоценности внутренних органов, гормональной и нервной системы.

В виду важности всестороннего изучения астении, как аномалии конституции, играющей большую роль в детской патологии, педиатрическим кабинетом Шадринской детпрофамбулатории в программу обследования ребенка включены были пункты, выявляющие конституцию у детей, при чем особое внимание обращено было на всестороннее выявление и возможно тщательную диагностику астенической конституции. Диагностика астении проводилась на основании выявления ее характерного *habitus'a* (форма головы и туловища, узость и уплощение грудной клетки и ее апертур, острый эпигастрический угол, ширина межреберий, свободные 10-е ребра, тонкость и бледность кожи и слизистых и т. п.) и некоторых симптомов атонического характера (малый размах грудной клетки, вялость и гипотония мускулатуры, атоническое недержание мочи и др.). Определение функциональной недостаточности внутренних органов проводилось не во всех случаях и только по отношению к сердцу. Большое внимание уделено было собиранию сведений анамнестического характера и данных о наследственности. Материальная обеспеченность семей, жилищные условия и характер питания выявлялись путем обследования на дому сестрами-исследовательницами и путем дополнительного опроса родителей. Таким образом, в течение 1926-27 года обследовано было 1.036 человек детей-школьников гор. Шадринска в возрасте от 8 до 14 лет, при чем астеников среди обследованных детей оказалось 228 человек или 22%. Среди мальчиков астенция установлена в 17%, среди девочек в 24% всех случаев.

Частота астений в различных возрастных группах мальчиков и девочек неодинакова. Кривая частоты астений у мальчиков от 8 до 11 лет идет с небольшими колебаниями от 11 до 14%; к 12 годам кривая делает крутой подъем и достигает 21%, а к 13 годам—23% и затем к 14 годам вновь падает до 16%. Кривая девочек от 8 до 12 лет идет, постепенно повышаясь от 14% в 8 лет, и достигает максимума в 27 к 12 годам; к 13 годам кривая падает до 22% и к 14 годам достигает 18%. Итак, мальчики дают большое нарастание числа астений в возрасте от 11 до 13 лет с последующим затем падением, девочки-же от 8 и до 12 лет дают значительное, но постепенное нарастание числа астений; падение процента астений у них приходится не на 14 лет, как у мальчиков, а на 13.

Сравнивая полученные цифры частоты астений у детей школьников гор. Шадринска с цифрами, полученными д-ром Котиковым при аналогичном обследовании детей детдомов гор. Ленинграда,—получаем более низкий процент астений у детей школьников гор. Шадринска по сравнению с воспитанниками детдомов г. Ленинграда; так, общее число астеников среди детей детдомов гор. Ленинграда в возрасте от 5 до 14 лет составляет 30% в то время, как частота астений среди детей-школьников гор. Шадринска в возрасте от 8 до 14 лет выражается в 24%.

Разница в частоте астений среди детей ленинградских детдомов и детей школьников гор. Шадринска зависит, возможно, от различных условий наследственности, их социально-бытовой обстановки, питания и других условий эндогенного и экзогенного характера. Различный характер кривых частоты астений по возрастным группам у ленинградских и шадринских детей

зависит, вероятно, еще и от периодов начала полового созревания, возможно, не совпадающих у детей детдомов Ленинграда и школьников гор. Шадринска.

Собранные данные о наследственности дают следующую картину для детей астеников и детей прочих конституциональных групп:

Таблица № 1.

	Туберку- лезная	Алкоголь- ная	Нервная
Дети—астеники	41 ⁰ / ₁₀₀	16 ⁰ / ₁₀₀	18 ⁰ / ₁₀₀
Дети проч. конституций	13 ⁰ / ₁₀₀	5 ⁰ / ₁₀₀	20 ⁰ / ₁₀₀

Астеники в 41% случаев имеют туберкулезную и в 16% алкогольную наследственность в то время, как прочие дети туберкулезную наследственность имеют только в 13%, а алкогольную в 5% всех случаев. Нервная наследственность встречается почти в одинаковом % случаев как у тех, так и других; следовательно, туберкулезная и алкогольная наследственность играет значительную роль в формировании астеничной конституции.

Обследование жилищных условий и питания показало наличие неодинаковых условий в семьях астеников и семьях детей прочих конституций: так, дети—астеники в 31% всех случаев имеют плохие жилища (темные, тесные, сырые и т. д.) в то время, как прочие дети плохих жилищ имеют только 14% и, наоборот—хорошие жилища у детей астеников встречаются только в 2%, у детей же прочих конституций в 16%.

Питание хорошее дети астеники имеют в 5% всех случаев, дети же прочих конституций в 22% и плохое питание у детей астеников встречается в 31% и у прочих детей в 8% всех случаев. Обследование материального положения семей детей астеников и детей прочих конституций выявило также довольно значительную разницу в сумме заработка, приходящегося на одного члена семьи в месяц.

Таблица № 2.

	На 1 члена семьи в месяц	От 3 до 5 руб.	От 6 до 10 руб.	От 11 до 15 руб.	От 16 до 20 руб.	От 21 до 30 руб.	От 31 до 40 руб.
В семьях детей астеников	6 %	31 %	34 %	16 %	10 %	2 %	1 %
В семьях детей проч. конституций	2 %	10 %	25 %	31 %	21 %	8 %	3 %

В то время, как главная масса детей-астеников—71%^е живет в семьях, где заработок на 1 человека семьи в месяц колеблется от 2-х до 10 рублей,—75% детей прочих конституций живет в семьях с более высоким заработком—от 11 до 20 рублей на одного человека семьи в месяц. Минимальный заработок до 5 рублей встречается в семьях детей астеников в 37%, в семьях же детей прочих конституций всего в 12%.

И, наконец, данные о состоянии здоровья обследованных детей позволяют установить неодинаковую болезненность среди детей астеников и прочих детей. Среди детей астеников имеется больных детей 76%, здоро-

вых 24%, среди же детей прочих конституций больных 37%, здоровых 63%. Больше половины (40% из 76%) из числа больных астеников оказались больны той или иной формой туберкулеза (бронхоадениты 24%, перибронхиты 3%, туберкулез легких 9%, туберкулезная интоксикация 4%) в то время, как среди прочих детей туберкулез установлен только в 8% (бронхоадениты 4,5%, туберкулез легких 2,4%, перибронхиты туберк. 1,1%); астеническая конституция, очевидно, резко предрасполагает детей к заболеванию туберкулезом.

Значительный интерес представляют данные о заболеваемости детей астеников заразными болезнями; здесь еще резче выявляется конституциональное предрасположение астеников, их пониженная сопротивляемость внедрению в организм различных инфекций. Сведения собраны путем опроса родителей и родственников детей.

Среди детей астеников, не болевших вовсе заразными болезнями, имеется всего только 2%, среди же детей прочих конституций таких детей имеется 22%. Кроме того большинство детей не астеников, болевших заразными болезнями, перенесло по одной (30%), максимум по 2 заразных болезней (27%), главная же масса детей астеников переболела тремя (28%) и четырьмя (23%) заразными болезнями. По одной заразной болезни переболели 14% астеников против 30% детей не астеников, зато по 5 и 6 заразных болезней перенесли 7% астеников против 1% (5 болезней) детей прочих конституций.

Все эти данные с достаточной очевидностью говорят о конституциональном предрасположении, о пониженной сопротивляемости детей астеников не только по отношению к заболеванию туберкулезом, но и прочими заразными болезнями.

Произведенные обследования и наблюдения, правда, далеко неполные, все же позволяют сделать некоторые выводы.

1. Астеническая конституция встречается у детей школьного возраста довольно часто: у мальчиков в 17%, у девочек в 24% и особенно выявляется у мальчиков в возрасте 12-13 лет, у девочек от 8 до 12. Наибольшая частота астений у мальчиков приходится на возраст 13 лет, у девочек — в 12 лет.

2. Наростание и падение процента астений по отдельным возрастным группам, неодинаковая частота их у детей различных групп (дети дет-домов г. Ленинграда и дети школьники г. Шадринска) говорят за существование скрытой астении, проявляющейся в периоды усиленного роста организма, а также под влиянием своеобразных условий среды.

3. Туберкулезная и алкогольная наследственность в значительной мере предрасполагают к развитию астенической конституции.

4. Плохая материальная обеспеченность семей, плохие жилищные условия и неудовлетворительное питание в значительной мере способствуют развитию астении (возможно путем выявления скрытой астении).

5. Астенический *habitus* ребенка, являясь одним из проявлений общей астении, определяет наличие конституционального предрасположения к заболеванию туберкулезом и остро-заразными болезнями.

6. Дети астеники благодаря общей малоценности всего организма, наличия конституционального предрасположения к повышенной заболеваемости вообще и к туберкулезу и остро-заразным болезням в особенности тем самым являются значительно слабее своих сверстников и нуждаются для своего развития в создании более благоприятных условий, чем прочие дети.

Dietrich. Эндокардит и общая инфекция.

(Münch. med. Woch., № 31, 928).

Автор на основании эксперимента и изучения патол.-анатомического материала отвергает механическую теорию возникновения эндокардита. Вовлечение клапанов сердца в воспалительный процесс при ревматических заболеваниях и при Endocard. lenta автор объясняет не специфичностью этих возбудителей, а тем, что эти возбудители по своему характеру способны вызывать клеточную реакцию, в свою очередь подготавливающую клапаны к оседанию в них микроорганизмов. С этой точки зрения Endoc. lenta рассматривается автором не как специфическое заболевание, вызванное специф. бактерией—Streptoc. viridans, а как септическое заболевание предварительно сенсибилизированного организма.

М. М. Вилецкий.

Veilchenblau. Лечение хронич. бронхита, сопровождаемого астмой.

(Münch. med. Woch., № 5, 928).

Автор сообщает об удачных случаях лечения хронич. бронхита, сопровождаемого бронхитной астмой, внутренними вливаниями 50 проц. раствора Natr. kakodylici. Лечение производится в следующ. порядке: по 1—2—3—4—5—6—5—4—3—2—1 куб. см. раствора внутривенно с промежутками в 3 дня. Противопоказаниями автор считает все случаи, осложненные легочным туберкулезом, из-за опасения кровохаркания.

М. М. Вилецкий.

Jansen. Иод и зоб.

(Münch. med. Woch. № 15, 28).

Автор на основании исследований как абсолютного, так и относительного содержания иода в щитовидных железах нормальных и коллоидно и паренхиматозно перерожденных и на основании содержания иода в крови этих групп приходит к выводу, что недостаток

иода не может быть доминирующей причиной возникновения зоба. Не отрицая профилактического значения дачи минимальных доз иода для предотвращения зоба в тех местностях, где зоб эндемичен, автор предостерегает от подобной профилактики после наступления половой зрелости. У авторов имеется ряд наблюдений о возникновении резких тиреотоксикозов после смазывания кожи иодом или после влагалищных орошений иодными растворами.

М. М. Вилецкий.

Schulten. Где точки приложения лечения печени при пернициозной анемии.

(Münch. med. Woch., № 12).

Лечение печени может либо побудить регенерацию крови, либо действовать задержкой гемолиза. На основании гематологических исследований автор приходит к выводу, что решающая роль при улучшении пернициозной анемии под влиянием печеночной диеты принадлежит не регенерации, а задержке разрушения крови.

М. М. Вилецкий.

Wis Kott. Лечение рахита Vigantol'em.

(Münch. med. Woch., № 34, 928)

Автор сообщает о лечении 55 случаев тяжелого рахита препаратом Vigantol—облученным ультрафиолетовыми лучами эргостерином. Контролем успешности лечения автору служили два объективных критерия: измененный химизм крови—определением содержания фосфора и кальция в крови и изучение рентгенологическим путем самой заболевшей кости. Оба эти поверочные метода доказали прекрасный эффект действия Vigantol'я. Автор подверг лечению Vigantol'em несколько тяжелых рахитиков с переломами трубчатых костей, у которых образование костной мозоли затягивалось. Под влиянием Vigantol'я сращение переломов происходило в 2—3 недели. Автором также отмечено ускорение пре-

резывания зубов у рахитиков, у которых оно до лечения западывало. Эффект действия Viganтол'я был, однако, недостаточен для того, чтобы создать в первые же месяцы у подвергавшихся лечению им повышенную сопротивляемость против разных инфекций, в частности против гриппозной.

На основании своих наблюдений автор приходит к выводу, что в Viganтол'е мы имеем безвредное, подчас блестящее и сильно действующее средство против тяжелых костных проявлений рахита.

М. М. Виленикий.

Легочная каверна.

(Обзор новейшей литературы).

Проблеме легочной каверны в последнее время посвящена довольно обширная литература. Почти вся эта литература в значительной степени стоит под знаком ревизии старых диагностических симптомов каверны и старых представлений наших о прогнозе каверны.

Из перкуторных симптомов каверны в наибольшей степени критическому пересмотру подвергся симптом Wintrich'a и симптом Gerhardt'a, из которых первый, как известно, состоит в том, что перкуторный звук при наличии каверны становится ниже в то время, когда больной закрывает рот и, наоборот, выше, когда он его открывает, а второй — в том, что в лежачем положении перкуторный тон становится ниже, а в сидячем выше. Если первый из этих симптомов еще признается довольно многими авторами, то симптому Gerhardt'a почти никто из современных авторов значения для диагноза каверны не придает.

Пресловутому *bruit de pot jefé*, шуму треснувшего горшка, занимавшему столь значительное место в диагностике легочной каверны в старых наших руководствах и учебниках в настоящее время отводится чрезвычайно скромное диагностическое место. Что же касается металлического звука и тимпанита при перкуссии, то и их диагностическое значение, по современным воззрениям, довольно незначительно: металлический звук для своего возникновения требует наличия гладких стенок у полости, тимпанит же может возникнуть и там, где нет полости.

Из аускультативных симптомов при диагнозе легочной каверны непоколебленными остаются — амфорическое и металлическое дыхание. Далее большое значение придается современными авторами крупно пузырьчатому хрипам, выслушиваемым в тех местах, где анатомически крупные бронхи не должны быть расположены.

Современная диагностика легочной каверны выявила ряд новых аускультативных симптомов: шум писка, патогномичный для каверны, далее шум, возникающий из стенки каверны и определяемый некоторыми авторами как «скрип телеги». Многие авторы приписывают большое диагностическое значение т. наз. «паракавернозным хрипам». Хрипы эти мелкие, возникают они не из полости каверны, а из прилегающей к каверне легочной ткани и вследствие резонанса из прилегающей полости отличаются особой звучностью.

Западениям грудной клетки при осмотре, особенно в верхней трети, по-прежнему придается большое диагностическое значение.

Одновременно с пересмотром физических симптомов идет и некоторый пересмотр рентгенологических признаков каверны. Кроме классической рентгенологической картины каверны — кольца со значительным просветлением внутри — за картину каверны принимаются еще выполненные воздухом кольцевидные пустоты без особой капсулы. Много внимания в литературе уделяется вопросу о так наз. «немых» кавернах, т. е. кавернах не распознаваемых обычными клиническими методами, а распознаваемых лишь рентгенологически. Число их у разных авторов колеблется от 30—40 и до 80 проц. Обнаружение «немых» каверн склонны объяснять несовершенством физических методов исследования. Наряду с этим приводятся, правда значительно реже, случаи бесспорного обнаружения каверн физическими методами исследования, не обнаруживаемых Рентгеном (говорящие каверны Серджана).

По вопросу о прогнозе легочной каверны мы также имеем известную ревизию взглядов. Еще недавно Graff'ом было провозглашено положение о неизлечимости каверны. Многие противники этого положения, соглашаясь с невозможностью анатомического излечения каверны, настаивают на возможности клинического излечения кавернозного процесса. По вопросу о спонтанном самоизлечении каверны нет единства в литературе; большинством авторов возможность спонтанного излечения каверны отвергается, хотя некоторыми крупными авторитетами, как Turban, возможность спонтанного излечения каверны доказывается весьма убедительно рентгенограммами.

Новое учение о генезе туберкулеза (учение Assmann-Redecker'a о ранних инфильтратах) научило нас иному пониманию времени возникновения каверны. В свете этого учения каверна уж никак не может считаться проявле-

нием терминальной фазы туберкулезного процесса.

При разных нюансах подхода к прогнозу каверны общим для всех авторов является серьезная оценка прогноза каверны. Выражение De-la Camp'a «больной с каверной большей частью ведет жизнь на пороховой бочке»—охотно приводится многими авторами.

В последнее время в вопросе о прогнозе легочной каверны намечается новый подход—подход к каверне не как самодовлеющему патологическому фак-

тору, а как к одному из эпизодов взаимоотношений между больным организмом, возбудителем туберкулеза и внешней средой. Такой подход отнимает у каверны ее грозный ореол, ставя прогноз ее в зависимости от характера туберкулезного процесса.

Совершенно единодушны все авторы о необходимости раннего распознавания каверны и раннего хирургического лечения ее.

М. М. Виленский.

МЕДИЦИНСКИЙ ОБЗОР 50-ЛЕТНЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СВЕРДЛОВСКОГО АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА *).

Д-р В. Г. ПЕРЕТЦ (Свердловск).

В 1876 году железнодорожный врач А. Ф. Петров собрал кое-какие пожертвования среди своих знакомых и на эти деньги устроил небольшой бесплатный родильный приют в квартире акушерки В. В. Загоранской. Средства скоро иссякли и, чтобы поддержать благое начинание, А. Ф. Петров обратился за вспомоществованием к земству и городу. 1-го апреля 1877 года родильный приют занял самостоятельное помещение и стал именоваться Екатеринбургским Родильным Домом. Быстрый рост обращаемости и необходимость соответственно расширять учреждение приводят в дальнейшем к частой смене квартир и, наконец, в 1883 году удается приобрести на 10.000 руб., оставленных по духовному завещанию Екатеринбургским купцом Харитоновым и на часть сумм, полученных от города и земства, просторный дом на углу ул. Р. Люксембург и ул. Декабристов.

Полученная благодаря такому приобретению возможность рационально поставить дело родовспоможения сразу же дала благоприятные результаты: число смертей на 1.000 родов, равнявшееся в 1880—1883 годах семнадцати, в 1884 году сразу пало до нуля, продолжая оставаться таковым в 1885—1886 году.

По существу новое, весьма просторное помещение представляет собой жилой купеческий, старообрядческий дом со сводчатой родильной комнатой, бывшей старообрядческой молельной, с отсутствием вентиляции, узкими, полутемными корридорами и другими крупными техническими дефектами и абсолютно не может удовлетворить тем минимальным требованиям, которые в настоящее время предъявляются больничному учреждению специального типа. Увеличение обращаемости уже через 3 года переросло и вновь приобретенное помещение: пришлось прибегнуть к надстройкам, а в дальнейшем и к освобождению квартир, занимаемых акушерками и заведывающим врачом. В таком виде, забитый до отказа в совершенно непригодном помещении, Акушерско-Гинекологический Институт находится и поныне. Неприглядный снаружи, полутемный изнутри, Акушерско-Гинекологический Институт однако неуклонно рос как количественно, так и качественно. Д-ром Петровым намечаются зачатки рациональной акушерской помощи. В 1879 году вступает в заведывание д-р мед. В. М. Онуфриев, который в дальнейшем шаг за шагом, упорным трудом, проникнутый верой в свое дело, подводит прочный фундамент в до того молодое

*) Заслушан в несколько измененном виде на торжественном заседании 50-летнего юбилея Свердловского Акушерско-Гинекологического Института 15 января 1928 года.

и неокрепшее еще учреждение. Он пробуждает общественное сознание важностью рациональной акушерской помощи, старается вырвать родо-вспоможение из рук знахарства и невежественных бабок, организует гинекологическое отделение и уже с 1879 года открывает при родильном доме преподавание полного курса повивального искусства. 32 года своей жизни (с перерывом 1905—1921 годы) В. М. Онуфриев неразрывно связан с Акушерско-Гинекологическим Институтом, пополняя работой в нем свои знания и сторицей возвращая ему свой опыт. Д-р Петров пробудил к жизни Родильный Дом, д-р мед. В. М. Онуфриев пробудил жизнь в молодом Родильном Доме. Но, говорят, на трех китах свет держится, и, без сомнения, третьим китом был мой дорогой учитель, покойный-профессор А. М. Новиков, ученый, старый клиницист, молодой идеалист, человек, полный неисчерпаемой энергии, в течение 14 лет неразрывно спаявшийся всей силой своего пытливого мозга и души с бесконечно дорогим для него учреждением. Алексей Митрофанович вдохнул в жизнь Родильного Дома зрелость и этим подвел последнее звено под тот фундамент, на котором Акушерско-Гинекологический Институт неуклонно будет двигаться по пути дальнейшего расцвета.

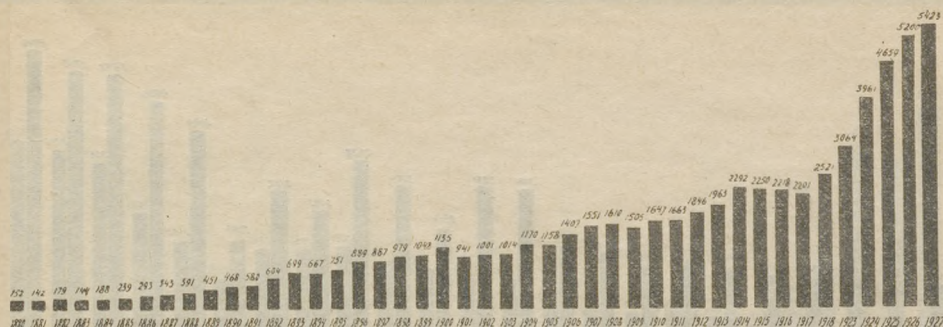
Отразить в небольшой статье полувековой период медицинской деятельности учреждения—задача, конечно, не легкая; вот почему нам кажется наиболее правильным, не останавливаясь на подробностях, коснуться основных моментов, характеризующих жизнь учреждения, а именно: условий работы, и объема в смысле роста материала и характера самой работы.

Непривычка населения пользоваться стационарной акушерской помощью, невежество и некультурность широких масс того времени, царство повитухи, повизна и неприспособленность самого учреждения, частая смена квартир—все это несомненно должно было отразиться на условиях работы юного учреждения, — в родильный приют ехали неохотно. Только нужда и особые бытовые условия того времени загоняли для родов в родильный приют «девиц», секретно-беременных, домашнюю прислугу и крестьянских девушек из уезда, для которых родоразрешение у себя в деревне оказывалось невозможным. Выше перечисленная категория лиц составляет в 1879 году 70 проц. общего числа рожениц и только 30 проц. падает на «домашних хозяек», но уже в 1880 году процентное отношение становится обратным: первая категория составляет 30 проц., а домашние хозяйки 70 проц.

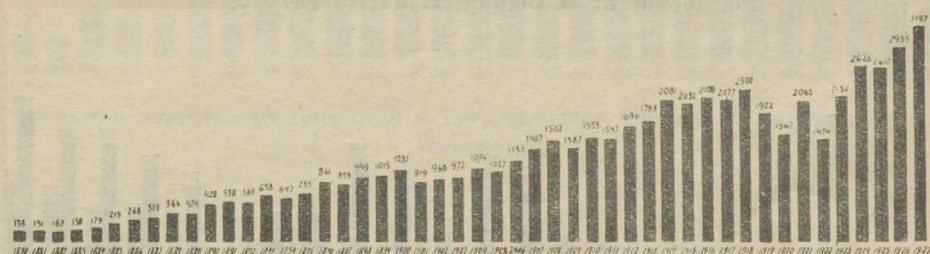
Наряду с растущим доверием к учреждению резко повышается обращаемость и вся дальнейшая работа протекает в условиях страшной тесноты помещения. Так, например, в отчете за 1911 год мы встречаем: «По временам палаты Родильного Дома по своему переполнению напоминают перевязочные пункты в дни сражения; вопрос о дальнейшей деятельности Родильного Дома теперь снова каждый год будет подниматься перед самоуправлением, которым принадлежит Родильный Дом, так как в настоящем году цифра родов поднимается еще выше, и затруднения для поддержания чистоты и гигиены становятся все тяжелее, настойчивее, продолжительнее и повторяются все чаще и чаще».

С тех пор, конечно, коечная площадь резко увеличилась, однако и по-сейчас еще неприспособленность помещения дает себя чувствовать на каждом шагу.

Рост обращаемости по годам за специальной врачебной помощью, количество родов, тех или иных оперативных пособий—виден из нижеследующих диаграмм, которые сами по себе не требуют особого пояснения.



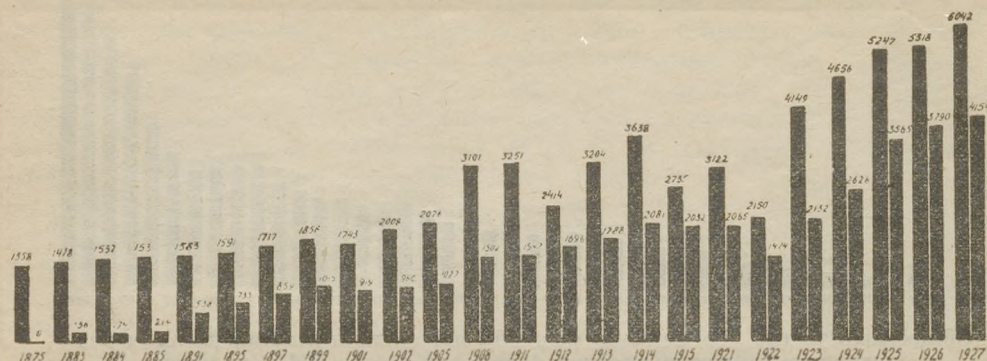
Общее количество беременных, рожеиц и родильниц, прошедших через
Акушерско-Гинекологический Институт. Всего 63492 человека.



Количество родов по Свердловскому Акушерско-Гинекологическому
Институту.

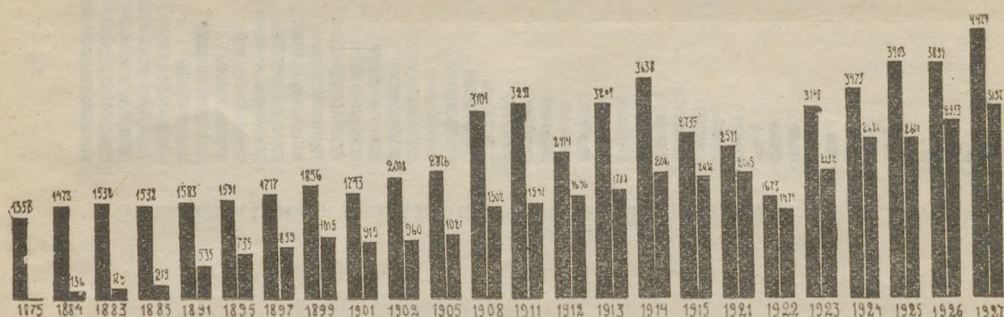


Количество родов по Свердловскому Акушерско-Гинекологическому
Институту.



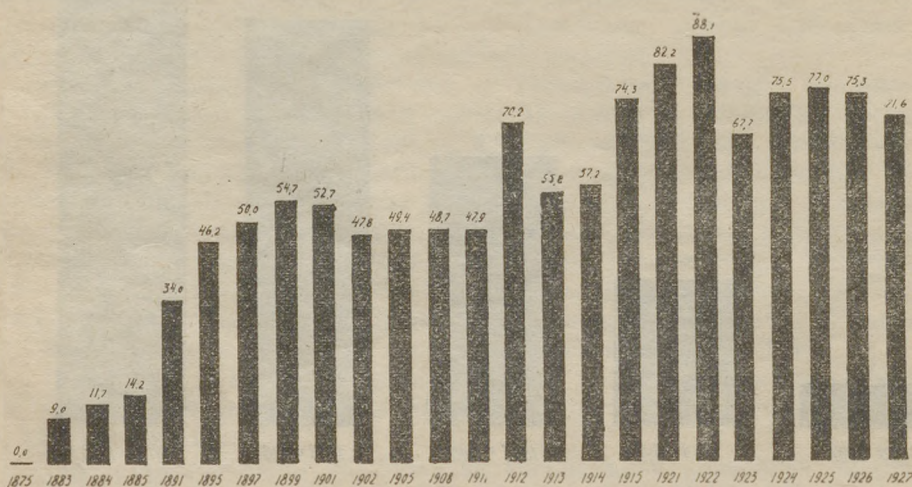
Общая рождаемость по г. Свердловску и В.-Исетскому заводу и рождаемость по Акушерско-Гинекологическому Институту.

Рождаемость: ■ Общая, ■ о ИИ

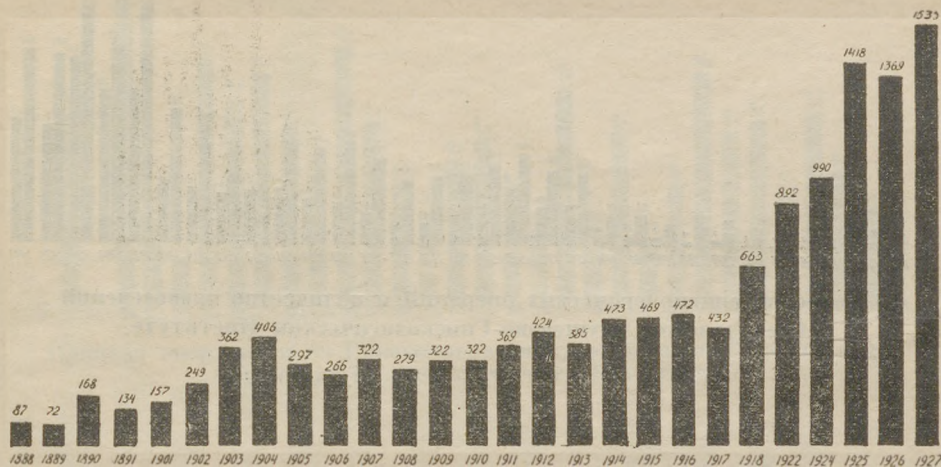


Общая рождаемость по г. Свердловску и рождаемость по Свердловскому Акушерско-Гинекологическому Институту.

Рождаемость: ■ Общая, ■ По ИИ



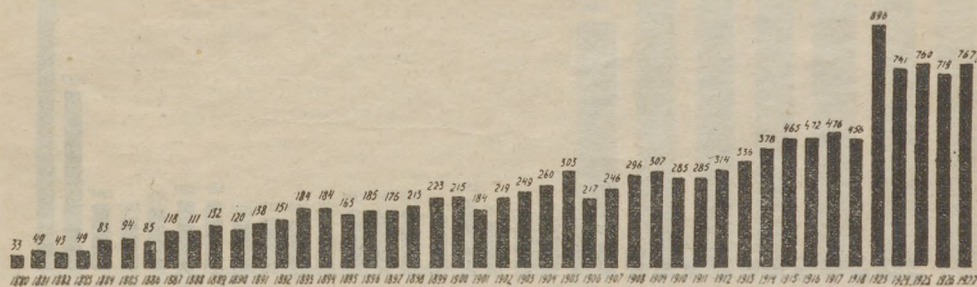
Процентное отношение числа рождений по Свердловскому Акушерско-Гинекологическому Институту к обще-городскому числу рождений.



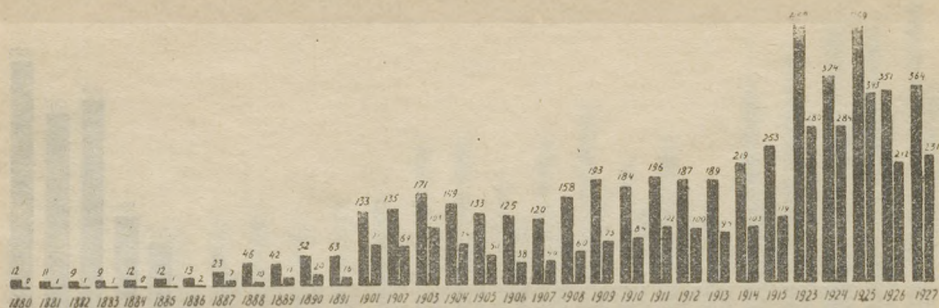
Количество акушерских операций в Свердловском Акушерско-Гинекологическом Институте.



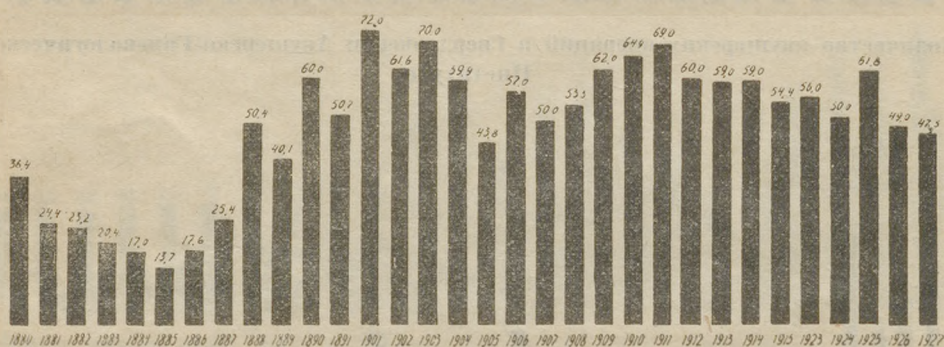
Число смертей на 1000 родов в Свердловском Акушерско-Гинекологическом Институте.



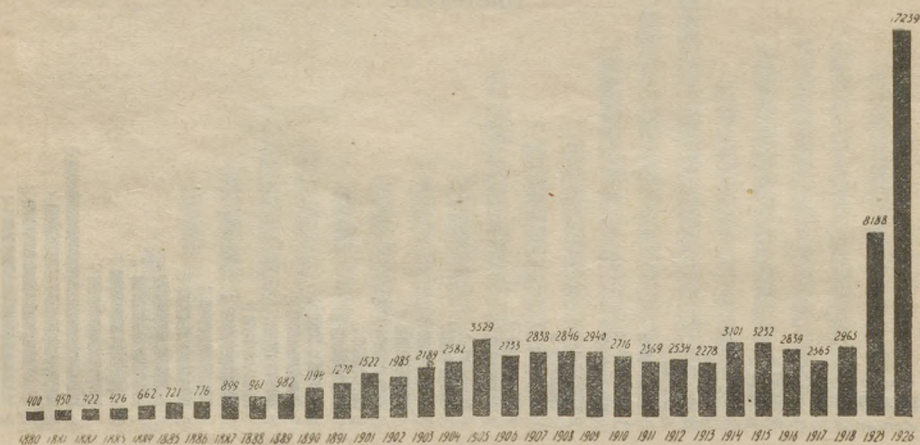
Количество гинекологических больных в Свердловском Акушерско-Гинекологическом Институте.



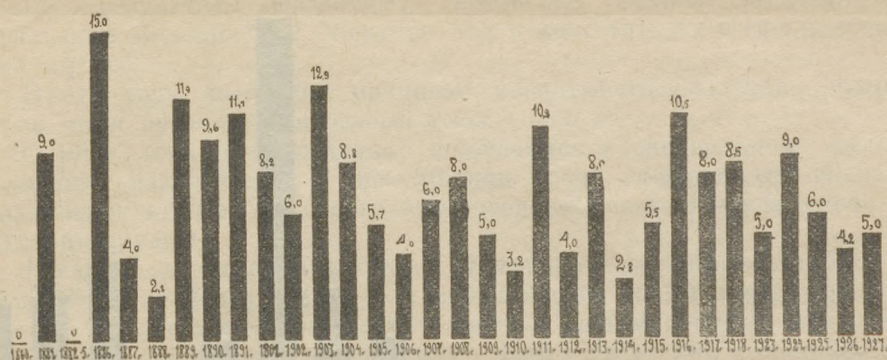
Количество гинекологических операций и количество Abortов в Свердловском Акушерско-Гинекологическом Институте.



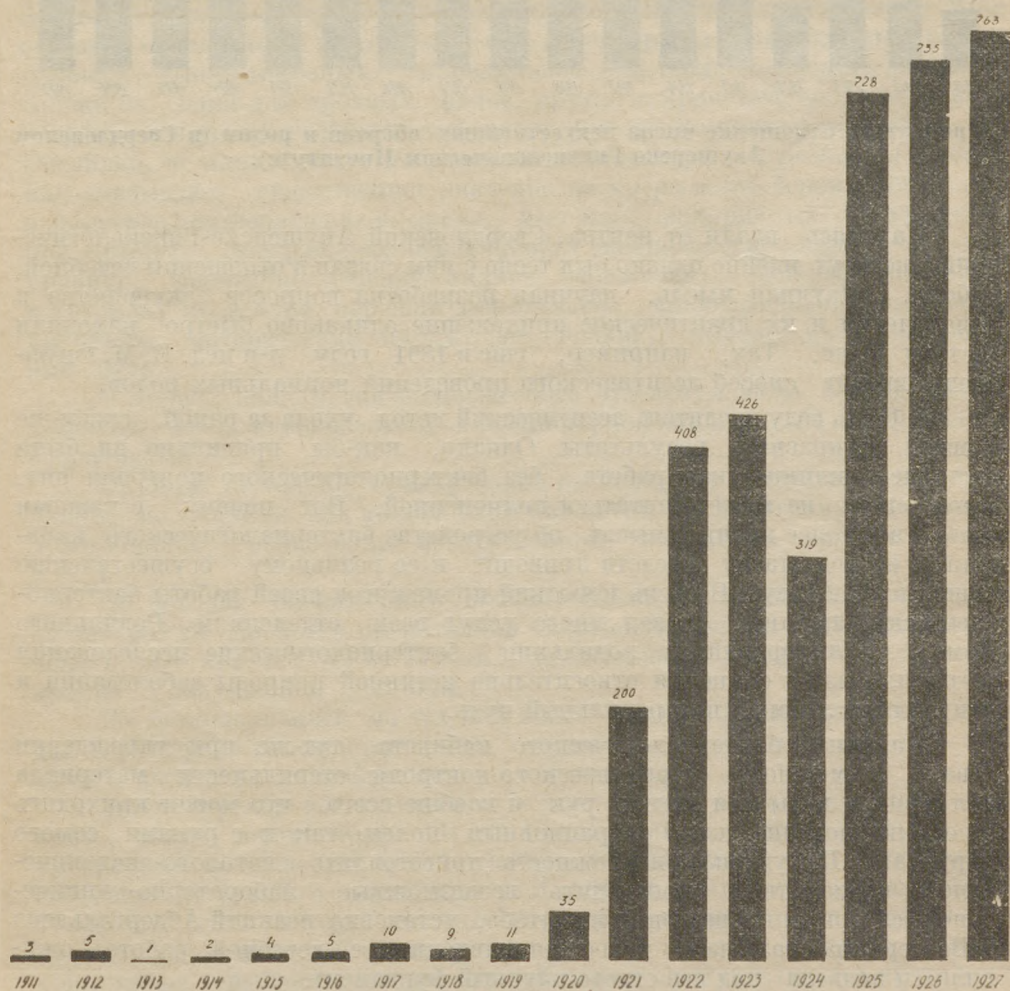
Процентное отношение оперированных больных к консервативно леченым в Свердловском Акушерско-Гинекологическом Институте.



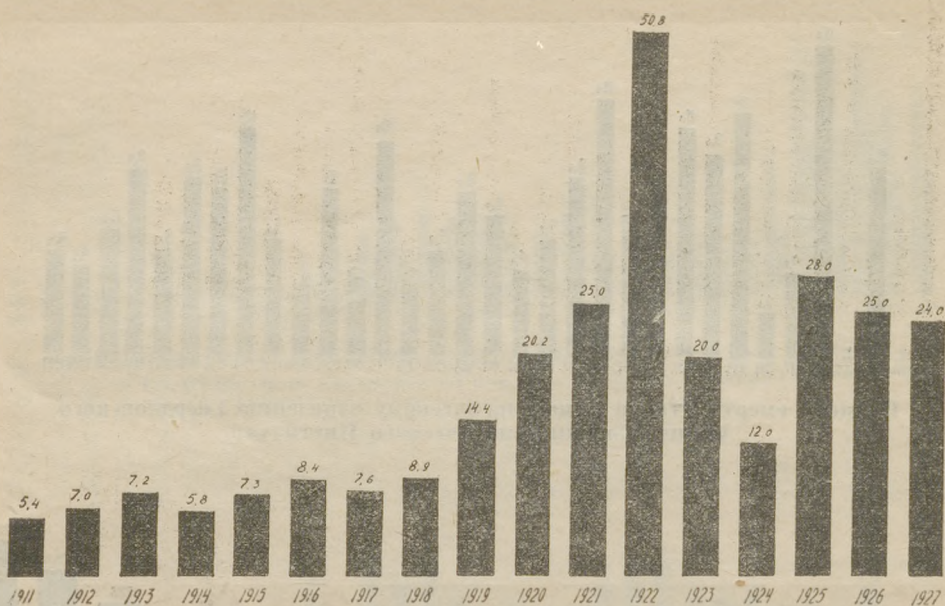
Число амбулаторных посещений в Свердловском Акушерско-Гинекологическом Институте.



Процент смертности по Гинекологическому отделению Свердловского
Акушерско-Гинекологического Института.



Количество искусственных абортов в Свердловском Акушерско-Гинекологическом
Институте.



Процентное отношение числа искусственных абортов к родам (в Свердловском Акушерско-Гинекологическом Институте).

Находясь вдали от центра, Свердловский Акушерско-Гинекологический Институт идейно однако был тесно с ним связан в отношении лечебной работы. Научная мысль, научная разработка вопросов акушерства и гинекологии и их практическое приложение одинаково быстро находили место и у нас. Так, например, еще в 1891 году д-р мед. В. М. Онуфриев вводит способ асептического проведения нормальных родов.

В 1897 году вводится асептический метод ухода за раной, сразу же давший прекрасные результаты. Однако, как-бы правильно ни была поставлена клиническая работа, без бактериологического контроля она, естественно, не может считаться полноценной. Вот почему с каждым годом все более крепнет мысль об устройстве бактериологического кабинета, но недостаток средств приводит к ее реальному осуществлению лишь в 1912 году. В очень короткий промежуток своей работы бактериологический кабинет оказал много услуг всем отделениям Родильного Дома. У лихорадящих родильниц бактериологические исследования устраняли наши сомнения относительно истинной природы заболевания и направляли лечение на правильный путь.

Наличие бактериологического кабинета тут же при учреждении давало возможность периодического контроля стерильности материала для швов, воды для мытья рук и вообще всего, что может приходиться в соприкосновение, как с операционным полем, так и с руками самого хирурга. Полученная возможность готовить патолого-анатомические препараты, производить всевозможные лабораторно-клинические исследования в широком масштабе, установка реакций Абдергальдена и Вассермана сразу дала новое направление всей лечебной работе, оживила и подвела под нее строго научный фундамент.

С сентября 1913 года Родильный Дом начинает заниматься рентгенотерапией рака матки. Полученные при этом проф. Новиковым пре-

красные результаты позволяют вскоре-же сделать сообщения как в Уральском Медицинском Обществе, так и поместить их в специальной и общей прессе.

В 1914 году недоноски начинают воспитываться в кювезе, и кроме того за ними организуется особый уход.

С 1925 года новорожденные помещаются в специальном «детском отделении», находящемся в заведывании врача специалиста педиатра, и развозятся матерям в строго определенные часы исключительно для кормления грудью.

В уходе за родильницами надо отметить чрезвычайную редкость маститов. Так, например, в 1918 году на 2.300 родов их было всего 2. Надо думать, что это можно поставить в связь с нашим лечением как трещин соска, так и начинающих маститов. При затвердении и болезненности сосков мы не только не запрещаем кормления больной грудью, а, наоборот, настаиваем на усиленном кормлении (проф. Новиков) этой грудью и своего, и чужих детей.

Разразившаяся в 1918 году в Свердловске эпидемия тифов не прервала бесследно для Акушерско-Гинекологического Института, поскольку было сделано очень ценное наблюдение, что, несмотря на преобладание в городе больных сыпно-тифозных, в родильное отделение поступило таковых только 2: одна для срочных родов, другая с кровотечением по поводу аборта, тогда как возвратно-тифозных 6 и все по поводу аборта.

Очевидно, не длительность повышенной температуры, а резкие ее колебания оказывают существенное значение на прерывание беременности. Это нашло свое подтверждение во время массовых малярийных заболеваний, при которых прекращение беременности наблюдалось нами почти как правило. Энергичное лечение хинином беременных, больных малярией, к которому мы вскоре перешли в противовес высказываемой некоторыми крупными авторитетами на этот счет боязни, вывело нас на правильный путь.

Материал нашего гинекологического отделения, из-за невозможности поместить всех нуждающихся в стационарной помощи, по преимуществу оперативный.

Он богат не только сравнительно несложными оперативными пособиями, но и такими, как полное удаление матки по Вертгейму, пересадка мочеточников, образование искусственного влагалища при его анлазии и т. д.

Об исходах оперативного вмешательства мы предоставляем судить по диаграмме процента оперативной смертности, считая долгом лишь пояснить, что хирургические случаи, поступавшие к нам, бывали подчас крайне запущенном состоянии.

Не останавливаясь на тех или иных обычно применяющихся методах акушерско-гинекологического лечения и диагностики, мы упомянем здесь несколько подробнее только о некоторых.

И это прежде всего относится к постоянному орошению, предложенному в свое время проф. В. Ф. Снегиревым. Нужно сказать, что прекрасный по существу метод почему-то постепенно стал предаваться забвению и только в стенах нашего Института в 1911 году благодаря проф. Новикову этот метод, значительно расширенный в показаниях и научно обоснованный, приобрел свою настоящую вторую родину. Постоянное орошение, по своему действию представляющее ничто иное, как Бировскую банку с одновременным приложением тепла, оказывающее отсасывающее и рассасывающее действие, широко стало применяться

нами не только в тех случаях, в которых оно было рекомендовано в свое время, но и во многих других.

Хронические воспалительные состояния половой сферы, местная послеродовая инфекция, задержка инфицированного последа, инфицированный выкидыш, инфекция плодного яйца *sub partu*—вот ряд тех заболеваний, при которых постоянное орошение являлось могучим лечебным фактором; и как-бы ни был мал процент смертности у противников Винтеровского консервативного способа лечения инфицированного выкидыша, наш процент смертности на огромном, изученном за 10 лет материале при консервативном способе лечения постоянным орошением равен нулю, ставит постоянное орошение на первое место среди других предложенных методов вмешательства. Этот прекрасный метод, получивший у нас свое возрождение и прочно привившийся на Урале, широко распространился уже за его пределы в далекую Сибирь, Туркестан, Ростов, Саратов и другие места, и только в Москве он встречается почему-то отрицательное отношение. *)

Второе, о чем следует упомянуть, это применявшаяся при эклипсис венесекция. Существенная разница между применением ее у нас и у других заключается в том, что мы не ограничивались выпусканьем крови в заранее устанавливаемом количестве, не стеснялись выпускать до тех пор, пока кровяное давление не падало до известной высоты, и пульс не терял напряженность, что контролировалось вначале просто на ощупь, а в последние годы аппаратом Riva-Rocci. Последующего влияния физиологического раствора мы не производили, исходя из гипотезы (Новиков), что частично обескровливающаяся кровеносная система пополяется тканевыми соками, увлекающими с собой яд, освобождая тем самым клетки организма от его воздействия.

Внебрюшинное кесарское сечение по Latzko, имеющее достаточное количество сторонников в западной Европе и почему-то совершенно игнорируемое в России, нашло свое место в Свердловском Акушерско-Гинекологическом Институте. Эта в известных случаях незаменимая операция, своевременно сделанная и действительно более, чем какая-либо другая, могущая спасти жизнь и матери и плоду, произведена нами 13 раз (проф. Новиков, д-р Перетц). Операция имеет так много положительных качеств, что сделавший ее раз, всегда прибегнет к ней в подходящих случаях и в будущем **).

Вопрос о двухстороннем удалении хронически воспаленных, не поддающихся консервативным способам лечения маточных придатков, занимающий и в настоящее время умы крупнейших специалистов, особенно горячо дебатировался в Свердловске.

Если женщина после этой операции и освобождалась от тягостных симптомов: кровотечений и болей, то, по мнению большинства врачей самых различных специальностей, она становилась вследствие явлений выпадения, связанных судалением половых желез, полным инвалидом. Это, повидимому, до известной степени априорное и чисто теоретическое мнение было в значительной степени рассеяно не одной сотней случаев подобных операций на материале Свердловского Акушерско-Гинекологического Института, при чем дальнейшее прослеживание больных после опера-

*) Это выяснилось из прений на V Всесоюзном Съезде акушеров-гинекологов в Москве по докладу д-ра Перетц „Лечение инфицированного выкидыша“.

**) Надо думать, что после доклада проф. Новикова об этой операции на V Всесоюзном Съезде акушеров-гинекологов она должна привиться в СССР.

ции выявило, что явления выпадения далеко не обязательны и представляют собой лишь временное явление.

Легализация в 1921 году искусственного аборта резко обогатила наш клинический материал и позволила выработать ряд технических оперативных методов (как, например, путь малого влагалищного внебрюшинного кесарева сечения), целесообразность которых была проверена в дальнейшем как нами самими, так и подтверждена в ряде работ, принадлежащих нашим крупным отечественным авторитетам.

Конечно, на протяжении полувековой работы имелся и длинный ряд лечебных ошибок, но все они отчасти искупаются тем, что не проходили даром, в большинстве фиксировались, осознавались и тем самым предохраняли от их повторения.

Переходя к научной и учебной деятельности Свердловского Акушерско-Гинекологического Института, я позволю себе ограничиться лишь приведением в сокращенном виде приветственной речи представителя Уральского Медицинского Общества на юбилейном заседании 50-летия Института. *).

«Все, что волновало и занимало врачебную мысль в известные моменты, все, что было ново, все, что требовало новых изысканий и наблюдений, находило отражение и отклик в научной жизни Института.

Еще в те далекие времена, когда вопросы антисептики не являлись твердо разработанными, а вопросы асептики были совершенно новыми, д-р мед. В. М. Онуфриев, стоявший в то время во главе Института, много положил труда в научной разработке и практическом проведении в жизнь этих методов имевших целью предохранение ран от заражения. Благодаря этой работе Василию Михайловичу удалось понизить смертность от чревосечения с 22 проц. первой полусотни до 3—5 проц. во второй полусотне, а смертность от заражения с 12 проц. свести почти до нуля. К этой категории работ относится и его труд—«Методы ухода за раной».

Из стен Института вышли и первые, в то время еще совершенно новые, наблюдения над внематочной беременностью, 2 первых случая которой в 1890 году были доложены Василием Михайловичем на первом очередном заседании Уральского Медицинского Общества.

Василий Михайлович, не мыслил сам возможности лечебной работы отдельно от научной, как руководитель учреждения, старался ввести научный контроль в работу Родильного Дома помощью микроскопа и патолого-анатомических вскрытий, он же положил начало патолого-анатомическому музею при Институте. Работая научно сам, В. М. умел пробудить и поддержать эту любовь к науке и в своих сотрудниках.

Во время заведывания Василия Михайловича из Родильного Дома вышли 2 работы д-ра Федулова, 3 работы д-ра Суторихина и 12 работ д-ра Котелянского. Самому В. М. принадлежит около 20 печатных трудов, которые, конечно, нет возможности здесь разбирать. Надо только отметить, что Родильный Дом в то время являлся несомненно центром научной мысли. Это подтверждается теми многочисленными докладами, которые выходили из его стен и заслушивались в заседаниях Уральского Медицинского Общества.

Не угасая ни на один день, научная жизнь Института всколыхнулась и закипела новой волной, когда в его стенах начал работать проф.

*) Из речи товарища председателя Уральского Медицинского Общества д-ра К. П. Гаврилова.

А. М. Новиков. Алексеем Митрофановичем было выпущено из Института около 40 печатных трудов. И эти работы показали, что все животрепещущие вопросы науки находили свой отклик в Институте.

А. М. введен в широкое употребление и научно обоснован метод лечения орошениями в гинекологии, разработан вопрос об этиологии и лечении эклампсии. Особенно много наблюдений и изысканий положено над разрешением вопроса о влиянии яичников на половую сферу женщины. Вопросы по биологии беременности, профилактики путем повторных взвешиваний, вопросы обмена веществ у беременных, лечение злокачественных опухолей, внематочная беременность, вопросы охраны материнства и младенчества—все находило отражение в научных трудах проф. Новикова.

Чтобы теснее сплотить работников Института, чтобы даже более мелкие случаи не ускользали, не подвергшись критическому разбору и не пропадали для науки, при Институте были организованы научные конференции и начали издаваться записки Института под редакцией проф. Новикова.

Клиническое и патолого-анатомическое изучение острой желтой атрофии печени выявилось в работах В. Г. Перетц и А. З. Дягилевой. Возбудитель этого заболевания впервые в РСФСР был найден Л. Г. Перетц на материале Института.

Когда, с введением нового законоположения, внимание всех заострилось на вопросе об абортах, этот вопрос всесторонне был освещен многими докладами В. Г. Перетц, как с теоретической, общественной, так и с чисто практической стороны на материале Института. Биологические реакции на беременность, реакции осаждения эритроцитов в гинекологии и акушерстве и др. послужили темами для научных работ д-ра Перетц. Его перу принадлежит 17 работ, вышедших из Института. Из других сотрудников Института К. П. Фирсовой принадлежит 6 работ, часть которых напечатана. А. З. Дягилева разрабатывала все вопросы по патологической анатомии, которые выдвигались научной жизнью Института.

Все это ясно указывает, что все работники Института вовлекались в научную работу, никто не оставался чуждым ей и каждый принимал участие в разработке того или иного научного вопроса.

Материал Акушерско-Гинекологического Института за последние годы и в качественном и в количественном отношении настолько разросся, что назрела необходимость организации при Уральском Медицинском Обществе Хирургическо-Гинекологической Секции, руководителями которой стали лица, возглавлявшие Институт.

Но мало этого. Не только практически-лечебная и научная, но и огромная учебная работа была проделана за эти годы в Институте. Целый кадр акушеров, вышедших из школы Института, рассеялся по всей Уральской области, неся с собой в самые глухие углы знание и рациональное родовспоможение, вытесняя постепенно бабков-повитух.

Во время существования в гор. Свердловске медицинского факультета, Акушерско-Гинекологический Институт около 3-х лет служил клиникой, и из его стен выпускались врачи с определенной школой, созданной проф. А. М. Новиковым, врачи, вполне подготовленные к практической деятельности. В последние годы Институт служил и служит школой для молодых врачей—«стажеров».

Остается, наконец, упомянуть о проделанной общественной работе. Еще слишком 35 лет тому назад, д-ром мед. В. М. Онуфриевым нерпидически созываются живущие в городе акушерки, которых он знакомит с правилами антисептики, асептики и новейшими медицинскими достиже-

ниями. С 1903 года им читается ряд популярных лекций; в стенах Института проводятся самаритские курсы. Проф. Новиковым проводится целый ряд публичных лекций, им-же выдвигается и разрабатывается при Советской власти проект о контроле работы городских акушеров и, наконец, за последние годы врачи Института принимают активное участие в целом ряде популярных лекций и бесед по специальности на рабочих собраниях, фабриках и заводах. Общественная борьба с социальными заболеваниями (туберкулез, венерические болезни), проходит при участии врачей Института, освещающих эти вопросы с точки зрения охраны здоровья женщины, как будущей матери.

Закачивая настоящий обзор, мы прекрасно отдаем себе отчет в том, что он не может претендовать на полноту отражения той жизни, которая родилась и развивалась в стенах Гинекологического Института в течение 50-ти лет. Жизнь эта имела свои радости и печали, свои медицинские успехи и неудачи, однако, мы смело можем утверждать, что в одряхлевших стенах Института жизнь эта кипела ежедневно.

Под непримечательным внешним рубищем Института с самого начала и в течение всего полувека билось молодое и здоровое сердце. Этот молодой и крепкий организм неуклонно развивался, несмотря на бедность питавших его родителей, земства и города; в годы Европейской войны, хозяйственной разрухи, годы холода и голода он напряг все свои силы и вышел победителем.

И это неудивительно, ибо истинными родителями настоящего Свердловского Акушерско-Гинекологического Института были любовь и разум.

ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ, ВЫШЕДШИХ ИЗ СВЕРДЛОВСКОГО АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА ЗА 50 ЛЕТ.

Д-р Бархина Ф. В.

1. Два случая доношенной внематочной беременности (Ур. Мед. О-во, 1925 г.).
2. Медицинский отчет по Акушерскому отд. за 1924 г.
3. Медицинский отчет по Гинекологич. отд. за 1925 г.

Д-р Бушматов Э. А.

1. Случай доношенной внематочной беременности (Конферен. врач., 1926 г.).
2. Три случая пересадки яичника в матку (там-же, 1927 г.).
3. Гинекологические заболевания работниц ткацкой фабрики им. Ленина в Свердловске (там-же, 1926 г.).

Д-р Дигилева А. З.

1. Случай Situs inversus (Записки Екатеринбург. Пов. Гин. Института, 1921 г.).
2. О детской смертности в Екатеринбург. Пов. Гинекол. Инст. за 1920 г. (там-же).
3. 17 вскрытый острой желтой атрофии печени. Ур. Мед. Обзор., 1922 г., № 1).
4. Гипернефрома почки (Ур. Мед. Обзор., 1924 г., № 4—5).
5. Случай уродства плода Ischiopagus (Ур. Мед. О-во).
6. Случай кистообразно перерожденных почек (Ур. Мед. О-во).
7. Два случая хорион-эпителиомы (Ур. Мед. О-во).

Д-р Калмыков К. Н.

1. Разрезы брюшной стенки при чревосечении (Журн. Акушер.-Жен. с Бол.).
2. Случай недоразвития внутренних женских половых органов (Врачебн. Газета).
3. К вопросу об ядовитости водных растворов хлористого аммония (Зап. Ур. Мед. О-ва, 1911, т. XVI-XXI).

4. Кесарское сечение на мертвой с благоприятным исходом для плода (Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1911 г.).
5. Случай ботсомалиции, леченный кастрацией (там-же).
6. К вопросу о влагалищном кесарском сечении (Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1912 г.).
7. Об изменениях тканей под влиянием рентгеновских лучей (Ур. Мед. О-во, 1915 г.).
8. Статистика и клиника эклампсии по материалам Екатеринбург. Пов. Гинекологич. Инст. (Ур. Мед. о-во, 1917 г.).

Д-р Котелинский Б.

1. Десять чревосечений и четыре экстирпации матки через влагалище произведенные в 1887-8 г.г. (Мед. Обзор., № 6, 1889 г.).
2. Надвлагалищная ампутация матки при гнилостном распадении подслизистой фибросаркомы и при общей инфекции (Мед. Обзор., 1889 г.).
3. Временное оперативное закрытие устья матки (там-же, 1889 г.).
4. Отчет об операционных случаях Гинекологич. отдел. Екатеринбург. Род. Дома с 1887—1889 г. (там-же, 1890 г.).
5. Два случая внематочной беременности (там-же, 1890 г.).
6. Отчет об акушерских операциях с 1887—1889 г. (там-же, 1890 г.).
7. Пришивание матки к брюшной стенке при проляпсе (Журн. Акуш. и Жен. Бол., № 6, 1890 г.).
8. Episicleis s cum fistula recto vaginalis artificial (Мед. Обзор., 1891 г.).
9. Краткий очерк деятельности акушерского отд. за 1887—89 г. (Записки Ур. Мед. О-ва, 1891 г.).
10. К вопросу о желательной организации акушерской помощи в Пермской губ. (5-й губ. съезд врачей в г. Перми, 1892 г.).
11. Об асептике в родовом и послеродовом периоде (Мед. Обзор., 1891 г.).
12. К диагностике внематочной беременности в ранних стадиях (Зап. Ур. Мед. О-ва, 1893 г.).

Д-р Миркина Л. С.

1. Лечение послеродовой инфекции гемотерапией (Конф. врачей Гинекологич. Инст., 1925 г.).

Д-р Мурза А.

1. Приобретенная атрезия наружного маточного зева (Журн. Акуш. и Жен. Бол.).

Проф. Новиков А. М.

1. О консервативном направлении терапии в хирургии, гинекологии и акушерстве (Зап. Ур. Мед. О-ва, Екатеринбург, 1911 г.).
2. К вопросу о терапии предлежаний детского места (Журн. Акуш. и Жен. Бол., февраль 1911 г.).
3. Случай надлобного внебрюшинного кесарского сечения при узком тазе (Медич. Обзор., Москва, 1911 г., № 2).
4. Обзор чревосечений, произведенных в Екатеринбург. Род. Доме с 1 сентября 1909 г. по 1 сентября 1910 г. (Зап. Ур. Мед. О-ва, Екатеринбург., 1911 г.).
5. К этиологии болей внизу живота (там-же).
6. Туберкулез и беременность (там-же).
7. Современное состояние вопроса о лечении предлежаний детского места (там-же).
8. К вопросу о диагностике и лечении рака слепой кишки. Резекция кишки, выздоровление (там-же).
9. Охрана материнства. Публич. лекции, читанные 14 и 21 марта 1911 г. в Екатеринбург., напечатаны в газете «Уральский Край», 1911 г. и в «Сборн. О-ва борьбы с детск. смертностью». Екатеринбург., 1912 г.
10. Значение акушерской помощи в борьбе с детской смертностью. Публич. лекции, напечатаны там-же.
11. Научные основы физич. и нравствен. воспитания подрастающих девочек (Зап. Ур. Мед. О-ва, 1915 г.).
12. Лечебное значение кастрации (Труды IV Съезда Общ. Росс. Акуш. и Гинекол., 1912 г., СПб.).
13. К вопросу о профилактике и лечении послеродовых инфекций (там-же).
14. Несколько замечаний о преподавании акушерства в русских университетах (там-же).

15. Обзор работ IV Съезда «Общ. Росс. Акуш. и Гинек.», 1914 г. (Зап. Ур. М. д. О-ва—XXII год).
16. К вопросу об этиологии и лечении остеомалиции (там-же).
17. Вопросы об искусственном выкидыше в современной немецкой медицинской литературе (там-же).
18. К статистике эклимиции (там-же).
19. Пельвитерм Флатау (там-же).
20. Обзор работ VI международн. съезда акушеров и гинекологов в Берлине (там-же).
21. 16 случаев кесарева сечения (Журн. Акуш. и Жен. Бол., СПб, 1913 г.).
22. К вопросу об этиологии нагноений брюшной стенки после чревосечений (Зап. Ур. Мед. О-ва. Год. XXIII, 1915 г.).
23. Гипернефрома и беременность (там-же).
24. Новый способ удаления женских половых органов при раке их (там-же).
25. К учению о прививочном рецидиве злокачественных опухолей (там-же).
26. К вопросу об оперативном лечении смещений и выпадений матки в детородящем возрасте (Журн. Акуш. и Жен. Бол., СПб, март, 1915 г.).
27. Лечение рака матки радием (Прилож. к медиц. отчету Екатеринбург. Род. Дома за 1912 г.).
28. О новом методе лечения туберкулеза («Зауральский Край», 1914 г., № 49).
29. О профилактике и лечении послеродовых инфекций. (Зап. Екатеринбург. Гинек. Ист.—Екатеринб., 1921 г.)
30. О происхождении доброкачественных и злокачественных опухолей матки. (Там же).
31. О лечении рака матки оперативным путем. (Там же).
32. О росте и весе внутриутробных плодов. (Там же).
33. Об этиологии и лечении эклимиции. (Там же).
34. Случай односторонней аплазии Мюллеровой нити у женщины. (Там же).
35. Случай беременности в зачаточном атретическом роге матки. (Там же).
36. О причинах повышения температуры после родов. (Там же).
37. О влиянии беременности на течение туберкулеза. (Ур. Мед. обзор., Екатеринбург., 1923 г., № 2-3).
38. Паразитизм или симбиоз. (Ур. Мед. Обзор., 1924 г., № 4-5).
39. О внебрюшинном кесаревом сечении. (Труды VI Съезда Всесоюзн. Об. Акуш. и Гинек. Москва, 1925 г.)
40. Об экстирпации раковых маток. (Там же).
41. О повторном взвешивании беременных. (Там же).
42. Гигиена беременности. (Гигиен. сборн.—Свердловск, 1924 г.).
43. Об участии червеобразн. отростка в хронических воспалительных заболеваниях придатков матки и брюшины. Доложено на съезде хирург., гинекол., офтальмол., ото-ларингол. и рентгенологов Уральск. обл. в г. Свердловске 20 января 1927 г., напечатан в журнале «Мед. М. Узбек. № 3-4, февраль, март 1926 г.
44. Внематочная беременность. Доложено там же.
45. О распознавании хронической гонорреи у женщин. Доложено там же. Печатается в журн. «Мед. Мысль Узбекистана».
46. Два случая беременности при пернициозных анемиях. Долож. там же.

Д-р Мед. ОНУФРИЕВ, В. М.

1. О выноскивании матки водой в 40^е Р при послеродовых маточных кровотечениях.
2. Мед. отчет Екатеринбург. Род. Дома с 1/IV-1877 г. по 1/IX-1887 г..
3. Два случая внематочной беременности.
4. Чревосечение при асцитике и почти без наркоза.
5. Медицинский отчет Екатеринбург. Род. Дома с 1887 г. по 1891 г.
6. 100 чревосечений, произведенных в Екатеринбург. Род. Доме с 1881 г. по 1893 г. (12 лет).
7. Вторая сотня чревосечений в кратком изложении.
8. Вторая сотня чревосечений, произведенных в Екатеринбург. Род. Доме с 1893 по 1895 г. (32 м-ца) в подробном изложении.
9. Метод ухода за ранами. 1899 г.
10. О результатах изъятия из употребления в Екатеринбург. Род. Доме карболовой кислоты, сулемы и подоформа и замены их спиртом и ксероформом. (Зап. Ур. Мед. О-ва).

11. Полная влагалищная экстирпация матки с наложением вместо швов зажимов Дуозна. (Там же).
12. Пересадка в мочевоу пузырь пораженного во время абдоминальной экстирпации раковой матки мочеоточника. (Там же).
13. Сальпингитис профлюэс. (Там же).
14. О применении подной настойки на брюшную стенку перед абдоминальным чревосечением. (Там же).
15. Показания и техника искусственного выкидыша. (доложено на IV Всероссий. Съезде врачей).
16. 1.000 абдоминальных чревосечений. (Зап. Ур. Мед. О-во).
17. Акушерские случаи. (Там же).
18. Случай диссептированной внематочной беременности. (Ур. Мед. О-во).
19. Техника операции искусственного выкидыша. (Там же).
20. К диагностике внематочной беременности, в особенности в раннем периоде (Там же).
21. Случай восстановления влагалища при его аплизии (ис способу Шуберта) (Там же).
22. Проблемы и достижения в акушерстве и гинекологии. (Там же).
23. Речь по случаю 100-летия со дня рожд. Н. И. Пирогова. (Ур. М. О-во).
24. Половой вопрос. (Екатеринб. Обществ. Собр.,). 1903 г.
25. Самаритские курсы. (Род. Дом.).
26. Курсы сестер милосердия. (Род. Дом.)

Д-р ПЕРЕЦ В. Г.

1. Случай сифилиса влагалищной части матки, принятый за рак (Ур. Мед. О-во, 1917 г.).
2. Искусственный выкидыш с общественно-медицинской точки зрения («Уральский Врач», 1922 г., № 4—5).
3. Статистика абортов по Екатеринбург. Пов. Гинек. Инст. за 1910—1920 г.г. (Ур. Мед. Обзор., 1922 г., № 1).
4. 2 года действия циркуляра о допустимости производства искусств. выкидыша по социальным показаниям (Ур. Мед. Обзор., 1923 г., № 2—3).
5. Классическое кесарское сечение с последующей стерилизацией с медич. и обществен. точек зрения (Врачебн. Газета, 1925 г.).
6. К вопросу о перфорации матки при производстве аборта (Врачебн. Газета, № 17—18, 1925 г.).
7. Хирургия, осложнения при операции искусств. аборта (Труды I Ур. Обл. Съезда хирургов-гинекол., 1927 г.).
8. Лечение инфицированного выкидыша (Ур. Мед. Обзор., 1924 г., № 4—5).
9. Случай разрыва матки (Зап. Екатеринбург. Пов. Гинек. Инст., том 1, 1921 г.).
10. Значение местного раздражения, как этиологич. момента общих увств (там же).
11. К вопросу о разрывах матки (Ур. Мед. О-во, 1927 г.).
12. Conglutinatio colli uteri (Врач. Газета, № 10, 1927 г.).
13. Острая желтая атрофия печени (Архив Клинич. и Эксперим. Медицины, № 2—3, 1922 г.).
14. Реакция осаждеия в гинекологии и акушерстве (Ур. Мед. О-во, 1926 г.).
15. Флоридиновая реакция, как способ определения начальной беременности (Конф. врач. Гинек. Инст.).
16. Биологические реакции на беременность (там же).
17. Определение липоидов в акушерстве и гинекологии при помощи биологич. реакции («Гинеколог. и Акушерство», 1927 г., № 2 и Monatschrift fur Geburtshilfe und Gynecol., т. 78, 1928 г.).
18. Отраженные явления беременности (Колл. врач. Гин. Инст., 1921 г.).
19. Menstruatio praecox (Ур. Мед. О-во, 1924 г.).
20. Туберкулез и беременность (борьба с туберкулезом на Урале в 1925 г.).
21. Биология половой жизни женщины (Окр. Съезд акушеров Тагильск. окр., 1927 г.).
22. Случай 7-ми мес. внематочной беременности (Ур. Мед. О-во, 1925 г.).
23. Искусственный выкидыш (Справочник Рабочего, 1924 г., Свердловск).

Д-р Перетц Л. Г.

1. К бактериологии эпидемической желтухи и острой желтой атрофии печени (Архив клинич. и экспер. мед., 1922 г., № 2—3).

Д-р Серебровская А. И.

1. Об оперативном лечении гонорройных придатков (Зап. Екатеринбург. Пов. Гинекол. Инст., т. 1, 1921 г.).

Д-р Суторихин.

1. Метод ухода за раной (Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1899 г.).
2. К вопросу об остановке кровотечения при полных экстирпациях матки через влагалище (Мед. Обзор., 1899 г.).
3. Простой способ полного удаления матки через влагалище с зашиванием сводов наглухо (там-же, 1900 г.).

Д-р Сяно И. А.

1. О причинах нагноения брюшной раны после чревосечения (Зап. Екатеринбург. Пов. Гинекол. Инст., т. 1, 1921 г.).

Д-р Федулов Я. С.

1. К вопросу о применении постоянного орошения при запущенных пузырно-влагалищных фистулах (Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1895 г.).
2. Случай полного удаления через влагалище беременной матки, пораженной раком (Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1895 г.).

Д-р Фирсова К. П.

1. Статистика эклампсии по материалам Свердловского Акуш.-Гин. Института (Зап. Екатеринбург. Пов. Гин. Инст., 1921 г., т. 1).
2. Рак матки по материалам Свердловск. Пов. Гинекол. Инст. (конфер. врачей, 1925 г.).
3. Эклампсия по материалам Екатеринбург. Пов. Гинекол. Инст. за 1919—1922 г. (Ур. Мед. О-во).
4. Этиология и лечение полных выпадений матки (Труды V Всесоюз. Съезда Акуш.-Гинекол., 1924 г.).
5. Отчеты по послеродовому отделен. (Хир. Акуш. Гинекол. секция Ур. Мед. О-ва).
6. Медицинский отчет по амбулатории Института (там-же).

Д-р Шутихин М. Н.

1. Случай гипернефромы почки (Ур. Мед. О-во, 1926 г.).
2. Отчет по гинекологич. отд. за 1924 г.).
3. Об организации акушерской помощи в Уральской области (Труды 1 Ур. Обл. Съезда Хирургов-Гинекол., 1927 г.).

ОКРУЖНОЕ САНИТАРНОЕ СОВЕЩАНИЕ В Г. ПЕРМИ.

(26—27 сентября 1928 года).

Д-р Г. И. РОЗЕТ.

Повестка совещания санитарных работников Пермского Округа состояла из трех основных пунктов: о ходе оспопрививания в Округе, о работе в области текущего санназора и о плане работ Пермской санитарной организации на 1928—29 г.

По первому вопросу совещание констатировало, что контрольная цифра прививок на 1927—28 г. Округом выполнена не будет. Вместо разверстаных Сан-Эпидем 229.000*) будет сделано к 1 октября (ориентировочно) только 175—180.000. Разбивка произведенных прививок по возрастам не дает уверенности в полном охвате вакцинацией детей до 10 летнего возраста.

*) Наряд Облздразотдела Пермскому округу с населением в 716 тыс. был дан—300 тыс. прививок. **Ред.**

Качество работы также оставляет желать лучшего: проверено всего 40 проц. привитых.

Основные причины невыполнения контрольной цифры:

а) значительное количество прививок, произведенных в 1926—27 г. (свыше 100.000) и охвативших легко доступные для прививок организованные группы (школы, детдома, предприятия); б) несерьезное отношение некоторых заведующих врачебными участками к делу оспопрививания; в) слабая помощь с-советов и рик'ов, главным образом, по причине занятости их различными кампаниями; г) слабая санпросветительная работа; д) недостаток средств на раз'езды оспопрививательниц и поздняя присылка дотации на раз'езды из Области (в разгар полевых работ; е) недостаточная квалификация оспопрививательного персонала.

Совещание обратило внимание на расход детрита, вдвое превышающий количество сделанных прививок, что объясняется по словам работников с мест, частой порчей детрита из-за больших ампул (по 50—100 доз). Качество детрита совещание признало хорошим. Совещание признало необходимым провести в Округе курсы для переподготовки оспопрививателей.

Совещание констатировало, что со стороны Окрасчэпиды были приняты все меры, чтобы обеспечить успешное проведение кампаний: установление штата оспопрививательниц на каждый район, приглашение дополнительных 9 оспопрививательниц, созыв 2-х совещаний в ноябре 1927 г. и в феврале 1928 г. с участковыми работниками по оспопрививанию, достаточное количество циркулярных указаний, об'езд 12 районов для инструктирования и т.д.

Совещание признало совершенно недостаточным работу по оспопрививанию транспортных лечебно-санитарных учреждений. При наличии 3 транспортных (2-х железнодорожных и 1 водн.) санврачей, большой сети лечебных учреждений и значительного контингента обслуживаемого населения, транспортники сделали всего около 3.200 прививок за 11 месяцев.

Доклады четырех санбюро (Пермь, Лысьва, Чусовая, Очер) о работе по текущему сан. надзору выявили неприглядную картину санитарного состояния фабрично-заводских поселков и вместе с тем нарисовали большую работу, изю дня в день проводимую санитарными работниками. Учет об'ектов саннадзора значительно подвинулся вперед и сама работа по текущему саннадзору начинает вестись планоно. Имеются серьезные достижения, особенно по пищевому надзору. Слабыми местами являются: 1) недостаток помощников санврачей; 2) игнорирование государственными и кооперативными предприятиями и учреждениями санитарных требований. Далеко не всегда Горсоветы и рик'и идут навстречу предложениям Саннадзора.

Совещание поручило Санэпиду войти по этому поводу с докладной запиской в Президиум ОКРИК'а.

Совещание особо остановилось на необходимости усилить санитарный надзор за фабрично-заводскими предприятиями (через пункты первой помощи), рабочими жилищами и лечебно-санитарными учреждениями.

В Пермь на помощь санбюро создан санитарный актив из числа членов здрав'ячеек. Приводились случаи, когда здрав'ячейки способствовали выявлению остро-заразных больных и помещению их в больницу. В районах здрав'ячейки еще не развернули работы. Совещание высказалось за обязательную организацию здрав'ячеек во всех основных фабрично-заводских центрах и поручило Санэпиду организовать специальные курсы для членов здрав'ячеек и работников милиции по вопросам санитарного надзора. Санитарное совещание признало необходимым более частое освещение в печати вопросов саннадзора и работы санврача путем создания сети санитарных корреспондентов.

План работ санорганизации на 28—29 г., предложенный Санэпидом совещание утвердило с некоторыми добавлениями. Из мероприятий, намеченных планом, необходимо особо отметить:

- а) участие и инициатива врачей в проведении самообложения на нужды санитарного благоустройства;
- б) участие в организации обществ по борьбе с алкоголизмом;
- в) мероприятия по устранению дефектов в новом жилищном строительстве на основе обследований в 1928 г.;
- г) организованное руководство профилактической работой врачебных участков;
- д) мероприятия по дальнейшему изучению санитарного состояния Округа;

Кроме этих основных вопросов Совещание заслушало информации: о плане празднования X-летия Советской Медицины и об издании Уральского Медицинского Журнала.

На совещании присутствовали все санврачи Округа, работники Бактериологического Института и кафедры гигиены, 6 зав. врачебными участками, представители секций здравоохранения Лысьвы, Чусовой и Перми, члены здравячек, представители Горкомхоза, Адмотдела, всего около 50 человек. Многочисленный состав совещания и активное участие в обсуждении всех вопросов, надо надеяться, оправдают уверенность приветствовавшего съезд от имени кафедры гигиены Пермского Университета проф. К.Н. Шапшева, что совещание даст сильный толчок к дальнейшему оживлению и развитию санитарной работы в Округе.

ОТЧЕТ ОБЛАСТНОГО БЮРО ВРАЧСЕКЦИИ.

(Доклад на Пленуме Облбюро Врачсекции 5 октября 1928 года).

Товарищи! Основные вопросы, на которых сосредоточено внимание всей нашей общественности—вопросы самокритики и наибольшего вовлечения трудящихся в производственную работу, для нас, специалистов, приобретают особо-важное значение по следующим причинам: 1) В силу того положения, которое занимает врач, как организатор и руководитель лечебного учреждения; 2) работа лечебных учреждений, естественно, привлекает к себе особое внимание советской общественности; 3) критика работы лечебных учреждений прессой или другими органами общественного контроля, еще встречает резкое недовольство у многих врачей.

Пленум, наметив практические мероприятия по созданию общественного контроля над работой лечебных учреждений и по ликвидации пережитков кастовости, цеховщины, имеющих еще силу над врачами и вызывающих нетерпимое отношение к критике, покажет, что врачебные секции вышли уже из младевческого периода, когда разрешение узко-профессиональных вопросов являлось основным в их работе.

Организационное оформление нашей областной и окружных секций закончилось, но все же на некоторые неувязки в организационной структуре бюро указать следует. Основным из них является отсутствие плановости в работе Окрбюро, валичие, наряду с практическими работниками, секретарями Окрбюро—председателей, являющихся по существу «почетными председателями», а также неправильное распределение нагрузки между членами бюро (всю тяжесть работы, как правило, несут на себе 1—2 товарища).

Вопрос о связи Облбюро с местами попрежнему остается одним из самых слабых мест в работе Облбюро, несмотря на то, что связь с Окрбюро, несомненно, улучшилась, так как выделение освобожденного работника в составе Облбюро дало возможность обследовать несколько окружных врачебных секций и районы и инструктировать их на месте (Сарапул, Кунгур, Тюмень, Невьянск, Надеждинск, Кыштым). Введение института уполномоченных связало Облбюро с лечебными учреждениями города и усилило влияние Облбюро на врачебную массу. В дальнейшем Облбюро необходимо будет еще увеличить количество выездов на места, но этим все же вопрос о связи не разрешается, так как огромное пространство Уральской области не дает возможности часто бывать в отдаленных округах (есть округа, в которых представитель Бюро ни разу не был); к тому же при отъезде освобожденного работника страдает и общее руководство работой секции. Поэтому наиболее правильной и дающей наибольшие результаты формой связи яв-

ляется регулярная посылка Облбюро на места информационно-инструктивных писем и взаимная информация окружных наших организаций Облбюро о своей работе.

Вопросам материально-правового характера Облбюро, естественно, уделило за отчетный период много внимания. Первый опыт участия бюро в составлении и заключении колдоговора со специальными требованиями охраны труда врачей дал положительные результаты там, где секции проявили достаточно энергии в защите этих требований. В ряде участков Свердловского округа удлинён отпуск врачам с ненормированным рабочим днем, оговорено предупреждение врача при увольнении за месяц, введены выходные дни у городских врачей (Тобольск) и т. д.

Все же вопрос о рабочем дне врачей еще окончательно не урегулирован. На участке это зависит от объективных причин, главным образом, от недостатка врачебного персонала и здесь бюро необходимо будет настаивать перед органами здравоохранения на введении второго врача на всех участках. В городе же этот вопрос может быть легко разрешен при правильном учете и правильном использовании рабочего времени врачей. Но учет рабочего времени, как это ни странно, встречает резкое сопротивление со стороны самих врачей, и здесь Облбюро предстоит большая задача воспитательного характера по разъяснению врачам абсолютной необходимости учета их рабочего времени, так как с этим вопросом связан также вопрос об улучшении обслуживания больных.

Участием в госнормировании мы достигли устранения чрезвычайной пестроты в зарплате врачей; единичные случаи снижения зарплаты врачей при проведении госнормирования не представит особого труда выправить при проведении госнормирования в 28—29 году.

Вопрос о зарплате участковых врачей получает некоторое удовлетворительное разрешение благодаря декрету о периодических прибавках участковым врачам; окружным бюро необходимо только проследить за включением в смету здравоотделов средств на выполнение прибавок. Но если вопрос о заработной плате участковых врачей несколько потерял остроту, то больным остается вопрос о продвижении участковых врачей в город. Чрезвычайно широко развитое совместительство врачей в городах, искусственное дробление должностей здравоотделами делает временами невозможным переход с участка на городскую работу.

Облбюро занялось изучением и учетом совместительств (по Свердловку около половины врачей имеет по одному совместительству, часть по несколько). Вопрос о полной ликвидации совместительств требует осторожного подхода, так как мы упираемся здесь в вопрос о недостаточном количестве врачей на Урале вообще и специалистов, в частности, и недостаточную подготовленность части участковых врачей к городской работе, требующей специализации медпомощи; все же значительную часть совместительств можно ликвидировать в настоящее время совершенно безболезненно.

Вопрос о научных командировках несколько урегулирован. Как правило, бюро врачебной секции постоянно участвует в распределении командировок по округам, а также при персональном обсуждении кандидатур. При этом интересы участковых врачей при распределении научных командировок строго соблюдаются. Ненормальным остается поздняя посылка извещений НКЗ о командировках на места. Этот вопрос поможет нам разрешить только центр.

Нам удалось добиться некоторого улучшения бытового положения стажеров; ликвидированы совершенно непригодные общежития стажеров, подыскиваются новые, введено страхование стажеров. Бюро занима-

лось также программой стажа и проработкой характера прохождения стажа в отдельных лечебных учреждениях по отдельным дисциплинам и дало ряд указаний Облздраву в этой работе, отметив, главным образом, необходимость улучшения прохождения профилактических дисциплин.

Количество курортных мест за отчетный период не увеличилось сравнительно с прошлым годом, но организация фонда взаимопомощи врачей дала возможность дополнительно удовлетворить курортной помощью нескольких врачей. Опыт централизации фонда целевого назначения в областном масштабе не оправдал себя, т. к. затрудняет получение ссуд врачами на местах, лишив инициативы места, и нам необходимо немедленно приступить к организации самостоятельных окружных фондов взаимопомощи врачей. Перейдем теперь к судебным процессам над врачами. Количество судебных дел у врачей за последнее время увеличилось. Во многих случаях привлечения врачей к судебной ответственности Облбюро участвовало посылкой общественных защитников из состава Обл-бюро, предоставлением квалифицированной экспертизы и т. д. и, хотя в каждом отдельном случае мы имели удовлетворительные результаты в смысле снятия обвинения с врача или смягчения ему наказания, все же результаты нашего участия удовлетворить нас не могли, т. к. количество судебных процессов не уменьшалось. Анализируя причины частой судимости врачей по поводу не оказания помощи больному, мы пришли к выводу, что основными являются следующие причины:

1) в нашем законодательстве (как и в дореволюционном), нет достаточно ясного определения понятия—«врачебная ошибка» (один и тот же случай врачебной ошибки получает различное толкование в различных местах); 2) положение о правах и обязанностях участкового врача не конкретизирует обязанностей врача в зависимости от количества врачей на участке, а в настоящее время на многих участках работает несколько врачей; 3) в ряде случаев имеет место невнимательное и недобросовестное отношение врача к своим обязанностям; 4) трудящиеся, обращающиеся за лечебной помощью, в большинстве случаев не знают об особенностях и трудности работы врача и несовершенстве медицины, как науки. Нужно поставить перед ЦК нашего союза вопрос о необходимости внесения в Уголовный Кодекс специальной статьи о профессиональных проступках врачей и их судебной ответственности, внести ясность в вопрос о «врачебной ошибке», уточнить обязанности участкового врача в зависимости от количества врачей на участке. Но этим вопрос не исчерпывается до тех пор, пока врач не будет связан с общественными организациями и до тех пор, пока трудящиеся не будут ознакомлены с работой лечебных учреждений, судебные процессы врачей неизбежны.

Участие врача в работе производственных совещаний лечебных учреждений, активное участие в секции здравоохранения совета, освещение работы лечебного учреждения в прессе, выступление с докладами о работе лечебного учреждения на предприятиях, изжитие предубеждения против критики общественных организаций, как вмешательства в лечебную работу врачей, и привлечение широкого рабочего актива к работе лечебных учреждений создаст чувство ответственности за свою работу у каждого медработника до прачки и сиделки включительно, все это повысит авторитет врача у населения, создаст условия взаимного понимания у врача и больных.

Бюро Врачсекции должны максимум внимания уделить вопросам организации здравоохранения. Мы не должны ограничиваться обсуждением на бюро докладов здраводелов или их отделов, как это имело место в работе бюро до последнего времени. Кстати будет сказать, что наши Окрбюро здравоохранением чрезвычайно мало занимались.

Активное участие в организации общественного контроля над работой лечебных учреждений, вовлечение всей врачебной массы в активное строительство советского здравоохранения, используя при этом опыт Облбюро в проработке 5-ти летнего плана здравоохранения, воспитание врача руководителя производственной работой низовой профессиональной организации—неотложная задача сегодняшнего дня Облбюро врачесекции.

Рядом с этим вопросом, неразрывно связанный с ним, стоит вопрос о культурном обслуживании врачей.

В культурном обслуживании врачей у Облбюро имеются достижения; организовано Областное Бюро научных ассоциаций, объединившее руководство всей научной работой врачей в области, выполнено настойчивое требование всех наших съездов—издается «Уральский Медицинский журнал», в Свердловске и Тагиле работают кружки текущей политики, в Уральском медицинском обществе было поставлено несколько марксистских докладов и этим положено начало кружку врачей-материалистов, начинающему работать в ближайшее время и ставящему себе задачу создать марксистское материалистическое мировоззрение у врача. Организованы передвижки художественной литературы, оформлен библиотечный совет при областной научной библиотеке Облздора, ведется подготовка к областному научному съезду. Наряду с удовлетворением культурных запросов врачей, Облбюро использовало врачей, как культурную силу. Большинство врачей вели кружки первой помощи, работали в пионеротрядах, руководили курсами по химобороне, культработой МК, редактировали стенгазеты. В общественную работу вовлечены были, конечно, не все врачи и не во всех округах равномерно; часть врачей имела по несколько нагрузок, значительная часть никакой работы не вела. Не всегда это зависело от пивертности врачей; окружные бюро, как правило, мало внимания уделяют вовлечению в общественную работу врачей и их культурному обслуживанию в то время, как во врачебной среде в силу отсутствия общественных интересов часты склоки. Ими буквально заражены, как показали обследования, некоторые окрврачсекции: подсиживания друг друга, обывательщина, иногда нетоварищеское отношение к младшим работникам. Сказываются также порою пережитки кастовости, цеховщины при разрешении принципиальных вопросов. Все эти отрицательные явления выдвигают перед Облбюро неотложную задачу культурного политического воспитания врачей, перенеся центр внимания на окружные бюро (работу научных окружных ассоциаций, политических кружков, организацию комнот врача и т. д.) и руководство культурным обслуживанием студентов ПГУ, готовя из них актив работников секций. Грандиозная задача по осуществлению культурной революции, стоящая перед страной, требует привлечения врачей к борьбе с алкоголизмом, к антирелигиозной пропаганде и другим практическим культурным начинаниям.

ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО НОРМИРОВАНИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ МЕДРАБОТНИКОВ В УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

М. А. АГУЛЬНИК.

Вопрос о госнормировании зарплаты служащих государственных учреждений СССР был разрешен постановлением СНК СССР от 9-VI—25 г. В первую очередь этой реформе в системе зарплаты подверглись аппараты Наркоматов и непосредственно подведомственные им учреждения.

В дальнейшем постановлением СНК РСФСР от 20-IX—27 года проведение госнормирования было распространено и на учреждения местного бюджета с обязательством закончить эту работу не позднее 1-го апреля 1928 г.

К моменту, когда мы приступили к осуществлению указанных выше постановлений, мы имели следующие явления:

1. Чрезвычайную пестроту и разноречивость в зарплате для работников различных учреждений одного и того же ведомства. Достаточно указать, что по области мы имели 29 различных ставок для врачей, 28 ставок фельдшеров, 23 ставки сестер, 25 ставок санитаров и 21 ставку служащих, для того, чтобы иметь представление о существовавшей пестроте в зарплате.

2. Несмотря на наличие твердого фонда зарплаты по государственным и местнобюджетным учреждениям путем расходования дополнительных «спецсредств» и других кредитов, произвольно увеличивалась зарплата отдельных категорий работников учреждений.

3. Отсутствие твердых штатов и установленной сокращенной номенклатуры должностей с детальной характеристикой для каждой должности.

Проведение госнормирования должно было повести к значительному сокращению пестроты в зарплате, установлению твердых штатов, единой сокращенной номенклатуры должностей с проведением по возможности в зависимости от наличия фондов зарплаты твердых окладов для данной должности.

О проведении унификации зарплаты, как конечном этапе госнормирования, в 27-28 году речи не было, ибо это должно было бы повести или к значительным дополнительным ассигнованиям для увеличения фонда зарплаты или к массовому снижению зарплаты многим категориям работников. И то и другое не могло иметь места, так как об этом достаточно четко было сказано в постановлении СНК.

Целый ряд трудностей усложнили нашу работу при проведении госнормирования:

Совершенно недостаточное внимание этому вопросу со стороны местных органов Исполкомов, сводившееся к систематическому опаздыванию в представлении в Областной Отдел Труда проектов окладов на утверждение. В представляемых проектах допускался целый ряд ошибок, которые не давали возможности безболезненно и правильно установить оклады по должностям. Так, Троицкий округ совершенно не представил даже проекта окладов по Здравоохранению, так что медработники этого округа не попали в сеть госнормирования; некоторые округа давали неправильные данные о фактической зарплате, проставляя в ведомостях бюджетные ставки вместо фактически выплачиваемых. Два округа (Ишим и Коми-Пермяцкий) вовсе не учли участия фонда медпомощи в зарплате, в результате чего комиссия по госнормированию устанавливала ставки ниже фактически выплачиваемых. В-Камский округ ограничился указанием фактических ставок без обозначения фонда зарплаты на 27—28 г. и проекта новых окладов.

Результатом перечисленных выше фактов мы имели затяжку в окончании работы по госнормированию почти до октября 28 года.

Не было также выполнено постановление СНК об окончании госнормирования по учреждениям, состоящим на госбюджете к 1 января 28 г., так как эта работа проводилась на местах, материал со сведениями о фактическом штате и зарплате передавался в центр, а там уже устанавливались ориентировочные ставки, допуская на местах в дальнейшем коррективы через Отдел Труда в пределах существующего фонда зарплаты.

Как по учреждениям госбюджетным, так и местнобюджетным необходимо было точно учесть источники зарплаты (бюджетные, внебюджетные

случайные) с тем, чтобы в дальнейшем все эти фонды нашли бы отражение в бюджете. К этой части работы не все округа подошли с должным вниманием.

Несмотря на четкие указания центра и области о том, что в учреждениях, финансируемых исключительно из средств фонда медпомощи; проводится не госнормирование, а окладная система путем установления ставок через колдоговор между хозорганом и союзом, округа включили и эти учреждения в свои проекты по госнормированию.

Наконец, неотпуск специальных средств на проведение госнормирования также усложнил работу по госнормированию.

Каковы же основные результаты проведенной работы по госнормированию? Прежде всего уменьшение пестроты в зарплате. Помещенная ниже табличка характеризует это положение:

Категории работников	Количество окладов до госнорм.	Количество окладов после гос- нормиров.
1. Врачи	29	20
2. Сестры медицинские	23	11
3. Фельдшера	28	9
4. Санитары	25	10
5. Служителя	21	16

Несмотря на значительное уменьшение пестроты в зарплате мы еще имеем большой разрыв между минимальной и максимальной ставкой отдельных категорий работников. Помещенные ниже несколько цифр подтверждают данное положение:

Название должности	Минималь- ная ставка	Максималь- ная ставка
Врачи	100 р.	250 р.
Фельдшера	42 „	58 „
Сестры, оспопрививат.	33 „	46 „
Санитары, ветсанитары	15 „	до 40 „
Служителя	13—50 (Перм. окр.)	до 40 „

Помимо указанных ставок имеются единичные ставки вышеуказанных в таблице максимальных ставок, но мы их не приняли в расчет, в виду наличия их в количестве одной—двух единиц. Так, имеются 2 ставки сестер по 63 рубля, одна в 75 рублей—в В.-Камском округе, одна ставка служителя в 50 рублей. Наличие высоких ставок служителей объясняется включением в эту группу кучеров-конюхов, получающих более высокую зарплату в связи с ненормированным рабочим днем.

По отдельным же округам мы имеем более серьезные уменьшения пестроты в зарплате. Так, в Шадринском округе вместо 20 ставок для служащих установлены 3 ставки, вместо 18 ставок санитаров установлены 2 ставки, вместо 13 ставок сестер установлены 2 ставки.

Анализируя результаты госнормирования в плоскости изменения зарплаты в сторону повышения или снижения ее, мы получаем следующие результаты:

Всего нормировано по области	Получило повышение	0/00/0	Получило снижение	0/00/0
11536 человек	6.054	52,5	832	7,2
До 1 рубля	975	8,5	362	3,1
1—3 руб.	2.417	20	181	1,5
3—5 „	1.291	11,2	64	0,6
5—7 „	596	5,2	94	0,8
7—9 „	441	3,8	37	0,3
9—10 „	103	0,9	3	—
10—15 „	192	1,7	52	0,5
Свыше 15 руб.	139	1,2	39	0,3

Если не считать получивших снижение до 1 рубля, то проц. получивших снижение по области сократится с 7,2 проц. до 4,1 проц.

Помещенная выше таблица указывает, что повышение зарплаты до 3 рублей получило 28,5 проц., а снижение до 3 рублей 4,6 проц. Осталось без изменения 4650 или 40,3 проц. окладов подвергнутых госнормированию.

К серьезным недочетам в проделанной работе относятся:

1. несоблюдение стажа работников при установлении окладов по госнормированию, а также и характера работы учреждений;

2. непроведение полностью в жизнь номенклатуры должностей по медико-санитарным учреждениям, ни утвержденной НКРКИ, ни установленной ЦК Союза. Количество названий должностей значительно сократилось, но работа в этой области не доведена до конца;

3. наличие довольно высокого проц. снижения зарплаты отдельных групп работников по отдельным округам, в частности, по Пермскому;

4. недостаточная разъяснительная работа среди членов союза;

5. незаконченная работа по нормированию зарплаты в целом ряде учреждений госбюджета и в частности, значительное снижение зарплаты судебным экспертам, получавшим ранее вместе с дотациями из других источников 150 рублей и сниженным до 95 рублей.

Основной задачей в работе по госнормированию в 28—29 году является исправление недочетов, имевших место в проделанной работе 27—28 года.

УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ КУРОРТА „ОЗЕРО ГОРЬКОЕ“.

Д-р М. М. ВИЛЕНСКИЙ (Свердловск).

Интерес к бальнеологическому курорту «Озеро Горькое», находящемуся в Челябинском округе, Уральской области, естественно растет, потому что курорт этот из маленькой грязелечебницы, обслуживавшей в дореволюционное время преимущественно окрестное население, становится теперь одним из мощных факторов в деле курортного лечения трудящихся Урала, особенно важного, если учесть социальный патогенез тех болезней (артропатии), для которых, главным образом, и показан этот курорт.

К целебным факторам курорта относятся грязи, добываемые со дна озера и рапная озерная вода, принадлежащая к сульфатно-хлоридно-натронно-магнезиальным водам.

За последние годы курорт расширяется, воздвигнуты новые корпуса для больных, поликлиника, курзал, но основа курорта—ванное здание—крайне ветхое и непригодное, недостаточное по размерам, примитивное, построенное когда то без соблюдения самых элементарных санитарно-гигиенических правил, до сих пор не переоборудовано.

Наше НКБ при Уральском Обкоме МСТ интересовал труд той категории работников курорта, которая непосредственно имеет дело с грязями.

Их можно разделить на 2 основных группы: артель в 32 человека грязевиков рабочих, занятых добычей и приготовлением грязи для ванн, и группу медработников, обслуживающих кабины и ректальное отделение: санитаров—9, сестер медицинских—3, врачей—2.

Работа по добыче и приготовлению грязи происходит следующим образом: часть рабочих грязевиков на особом плоту выезжает на озеро, где черпают со дна озера грязь, укладываемую в особый ящик, находящийся посредине плота. По заполнении ящика плот подъезжает к мосткам, причем выгружаемая из ящиков грязь в вагонетках по рельсовому пути подкатывается к ванному зданию. Здесь у стены ванного здания и происходит приготовление грязевой ванны. Вся грязь, доставленная с озера, размещается в 2-х громадных ящиках—одном с холодной грязью, в другом постоянно подогреваемым паром. Для получения грязевой ванны нужной температуры смешиваются в соответствующих пропорциях холодная и горячая грязь. Приготовленная ванна вкатывается в каждую кабину через специально поднимаемый на блоках щит, и таким же путем выкатывается наружу использованная грязь.

Рабочие грязевики в своей работе по добыче, откатке грязи и приготовлению грязевой ванны чередуются, так что здесь не приходится говорить о каких либо более детальных профессиях.

К особенностям курорта «Озеро Горькое» надо отнести то, что здесь грязь применяется почти исключительно в виде ванн, местное грязелечение имеет сравнительно небольшое применение (преимущественно ректально-вагинальное применение), а грязевые лепешки совершенно не применяются.

Таким образом к основным вредностям труда рабочих-грязевиков надо отнести: во-первых, длительное пребывание отдельных частей тела в грязи различных температур и, во-вторых, тяжелую физическую работу при заполнении ящиков грязью и вычерпывании грязи из ящиков для ванн—так для приготовления одной грязевой ванны приходится черпак с грязью весом в 10 килограмм поднимать и опускать 20 раз.

Рабочие грязевики не получают спецодежды натурой, а получают в виде денежной компенсации с каждой ванны. Все они вследствие этого работают в своей загрязненной, совершенно непригодной одежде.

Переходя к работе персонала обслуживающего непосредственно ванное здание, приходится отметить следующее: все кабины смежные, так что для перехода из одной кабины в другую обслуживающий персонал не выходит через коридор, таким образом все свое рабочее время персонал проводит в атмосфере самих кабин. В некоторых кабинах имеются фонарные вытяжения, в большинстве же никаких вентиляционных приспособлений не имеется.

В целом ряде кабин нами было произведено определение относительной влажности (психрометром Ассмана) помещения этих кабин. Получились следующие данные: в кабинах без фонарных вытяжений процент относительной влажности $96\frac{1}{2}$ —97; в кабинах с фонарным вытяжением процент относительной влажности $92\frac{1}{2}$ —93. В специально рапных кабинах процент относительной влажности—93.

В тех же кабинах, ката-термометром Хилла нами была исследована величина охлаждения тела ($H = \frac{F}{T}$ кататермометра по Хиллу) и получены крайне низкие цифры.

Величины H получились в грязевых кабинах лучших с вентиляцией = 2,4, в грязевых кабинах худших = 2, в рапной кабине = 1,8, а в ректальном отделении = 4,1.

Если мы сопоставим эти цифры H , добытые нами у работников ванного здания курорта, с приводимой Хиллом таблицей величин охлаждения воздуха, необходимых при различной физической работе без нарушения хорошего самочувствия работающего:

Профессия.	Требуемая величина охлаждения H .
Портной	5,44
Переплетчик	6,88
Сапожник	7,24
Плотник	8,4—до 10.
Металлист	9,24
Маляр	9,76
Каменщик	15,44
Пильщик	18,5

то мы убедимся в том, что помимо работы в атмосфере почти насыщенной влажности эти работники работают в условиях резко-нарушенного теплового равновесия. Последнее обстоятельство не может не влиять на работоспособность и самочувствие работающих, а в будущем грозит им расстройством сердечно-сосудистой системы.

Хотя это химически еще не определено, но есть основание предполагать в кабинах наличие свободного сероводорода и триметил-амин.

Спецодежда этой категории работников курорта совершенно не рациональна—они носят из простой холщевой ткани свободные халаты.

Текущее состояние в течение почти каждого летнего сезона персонала курорта не дает права говорить о поражениях органов или систем органов, которые с уверенностью можно было бы объяснить за счет профессиональных факторов, но врачам, работавшим на курорте несколько лет, пришлось отметить у работников грязелечебницы, работавших несколько сезонов, гипертрофию сердца с гипотонией. При опросах выяснилось, что кожных язв, на подобие отмеченных доктором Гуткиным у работ-

ников Илецкой грязелечебницы, на курорте «Озеро Горькое» не отмечалось. Быть может это объясняется различием в химическом составе самой грязи. Однако, врач, ведущий амбулаторный прием персонала на курорте, отметил несколько случаев пиодермии и стойкого фурункулеза как у рабочих грязевиков, так и у персонала, обслуживающего грязевые кабины.

ВЫВОДЫ:

1) Необходимо полное капитальное переоборудование ванного здания на курорте «Озеро Горькое», или постройка нового ванного здания.

2) Необходимо механизировать работу по добыче, а главным образом по доставке грязи в ванное здание.

3) Персонал, обслуживающий ванное здание, должен быть снабжен рациональной спецодеждой, в виде плотных халатов из прорезиненной ткани, резиновых рукавиц и наглухо закрытых туфель.

Рабочие грязевики должны быть снабжены спецодеждой в виде комбинаций из прорезиненной ткани и непромокаемых сапог.

4) Необходим периодический осмотр персонала, и особенно тщательное наблюдение за состоянием кожи.

5) Имеющие место сверхурочные работы персонала не должны быть допущены.

6) Зарплата и жилищные условия персонала грязелечебницы должны быть улучшены.

С 25 по 27 августа при Уральском Областном Исполнительном Комитете состоялось 1-е Уральское Областное совещание председателей Советов районных промышленных городов и фабрично-заводских поселков, посвященное вопросам благоустройства этих городов и поселков.

На совещании был заслушан доклад Уралмехстхоза — «О состоянии и перспективах благоустройства» (тов. Коровин) и доклад Обл. СНК — «Промышленность — участница благоустройства» (тов. Антонов), Уралмета (т. Тарыгин) и Облздравотдела (т. Коган).

Большое впечатление произвело выступление в прениях санврача тов. Кочановской (Н.-Ляля), говорившей об игнорировании хозорганами требований саннадзора даже в тех случаях, когда исполнение их не требует особых затрат, и о ненормальностях в положении санитарного врача.

Представитель Сан-эпида Облздрова тов. Серебренников говорил о грубых погрешностях против санитарии и гигиены в рабочем жилищном строительстве и о недостатках в деле благоустройства рабочих поселков.

Вопросам санитарии вообще было уделено много внимания в речи председателя Уралоблсполкома тов. Кабакова.

«Каждый понимает, что вопросы благоустройства без нашей пролетарской санитарии двинуть вперед ни в какой мере нельзя. Без научной консультации, без научных советов эту проблему не разрешить. И вот, когда в том или другом районе строится баня, строится дома, санитарный врач не привлекается к консультированию; к его советам относятся пренебрежительно, его предложения не принимают, а обижаются на то, что он дает советы. Мы ясно понимаем, что без науки строить социализм нельзя. Мы должны использовать все культурные силы, которые в той или иной мере могут принести нам пользу в деле городского или поселкового благоустройства. Этот вопрос мы должны поставить перед нашими организациями во весь рост».

В октябре месяце закончил свою годовую работу в Уралобласти отряд

Н.К.З. по медико - педологическому обслуживанию детских городков.

Отрядом проведено углубленное обследование и оказана лечебная и педологическая помощь Верхотурскому, Соликамскому и Миасскому детгородкам; при этом наряду с другими недочетами выявлено антисанитарное содержание детучреждений, значительная болезненность детей, недостаточная обеспеченность детдомов медикосанитарной помощью и др. недочеты.

На происходившей в августе т. г. в Москве Всесоюзной Спартакиаде Уралу присужден приз Н.К.З. (полное оборудование кабинета по врачебному контролю) за лучшую постановку врачебного контроля. Уральскую группу физкультурников сопровождали и оказывали им врачебную помощь специально командированные Облздравотделом с этой целью 2 врача-специалиста по физкультуре.

В пермской окружной научной ассоциации.

10-Х состоялось многолюдное заседание Научной Ассоциации врачей, посвященное 10-летию Советской медицины. По докладу т. Розет о достижениях Советской медицины, Ассоциация приняла два серьезных решения. Заинтересовавшись большой общей и особенно детской смертностью в Округе, значительно превышающей среднюю смертность по Союзу, Ассоциация выделила специальную комиссию под председательством профессора К. Н. Шапшева для изучения этого вопроса. Собрание признало необходимым организовать кружок врачей для изучения методов исторического материализма в применении к медицине (Ленинизм в медицине).

По докладу профессора Г. Е. Шумкова «Алкоголизм и борьба с ним» собрание создало секцию для разработки практических мероприятий по борьбе с алкоголизмом и связи с общественными организациями в целях организации в Перми О-ва по борьбе с алкоголизмом. Председателем секции избран профессор Шумков. Запись в комиссию прошла успешно. Пожелаем успеха хорошему начинию.

Г. Розет.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА.

На основе указаний НКЗ дается примерный план работ органов охматмлада на осенне-зимний сезон, которым Вам надлежит руководствоваться в Вашей дальнейшей работе.

1. Практика прошлых лет показала, что за окончанием работ летних сельских яслей не следует обыкновенно никакой отчетной кампании. Необходимо сейчас-же начать широкую отчетную кампанию о результате работы летних яслей на крестьянских собраниях, женских собраниях, в различных организациях деревни и в первую очередь на президкумах Рик'ов и сельсоветов. Целью этих отчетов должна быть общественная оценка результатов ясельной кампании и закрепление ее на будущий год — постановление о включении расходов на содержание яслей в местный бюджет, проведение средств на ясли из сумм самообложения, закрепление помещений под ясли и т. д.

2. Нужно теперь-же приступить к разработке ориентировочного плана летних яслей на 1929 год, обращая особое внимание не на расширение сети, а на качественное улучшение дела в них.

3. Весьма важной задачей органов охраны материнства и младенчества должно явиться закрепление части летних яслей, организованных при крупных колхозах и совхозах, в постоянные, работающие в течение круглого года. К организации постоянных яслей в колхозах и совхозах следует подходить при наличии достаточного количества детей ясельного возраста, обеспеченности необходимым помещением и оборудованием, наличии в яслях хотя бы одного специально подготовленного работника. Средства на содержание постоянных яслей в крупных колхозах и совхозах должны идти частично за счет последних: питание, хозрасходы, оборудование и необходимый инвентарь, техническое обслуживание, приготовление пищи, стирка белья и т. д. и частично за счет соответствующего здравоохранения: содержание персонала по уходу за

детьми, медицинское обслуживание, часть оборудования. Бурный рост числа колхозов и мероприятия советского правительства по укрупнению и хозяйственному укреплению колхозов делают эту задачу матмлада, — организацию постоянных яслей при крупных колхозах, — особенно актуальной.

4. В нынешнем году Облздравотделом и некоторыми Окргздравотделами проведены курсы подготовки работников для летних яслей. Слушательницы этих курсов набирались из среды крестьянок. Нужно учесть, насколько они справились со своей работой, какие недостатки их подготовки выявились в процессе работы и т. д. Желательно наиболее активных из них направить на дальнейшую учебу в акушерские и сестринские техникумы.

На подготовку персонала необходимо обратить особое внимание и в будущем бюджетном году. Добивайтесь соответственных ассигнований для этой цели по бюджету.

5. Особое внимание должно быть уделено учету результатов ясельной кампании текущего года. Учет этот проводится на основе директив НКЗ (циркуляр от 15-II-1928 г. № 44-50, «Бюллетень» № 4, циркуляр НКЗ от 7-VII-1928 г. № 196-МВ, «Бюллетень» № 14).

6. Следующей первоочередной задачей является оказание родильной помощи крестьянке. Необходима организация сети акушерских пунктов в деревне.

Для участия в их организации привлечите кооперацию, ККОВ, РОКК, шефов и само крестьянство путем самосбложения и т. п.

7. Нужно добиться выполнения постановлений ряда съездов здравотделов (в том числе последнего совещания здравотделов) о разгрузке участковых акушеров от посторонней работы по больнице и участку. Самый характер работы участковых акушеров должен быть видоизменен — патронаж беременных и послеродовых, патронажонов

рожденных, санпросветработа по охране материнства и младенчества должны стать основными элементами в работе каждой акушерки.

8. Нужно добиваться выделения родильного отделения (родильной палаты) в каждой участковой больнице. (Отдел Охраны Материнства и Младенчества НКЗ считает нормой выделение в среднем 15 проц. всех коек участковых больниц в качестве родильных).

9. Резолюция II Уральского областного совещания по охране материнства и младенчества в части работы консультации в деревне гласит: «Основным учреждением по-прежнему остается консультация; нужно стремиться к превращению примитивных консультационных приемов (консультационные дни и «часы») в самостоятельные консультации и во всяком случае к выводу консультаций в отдельные помещения, не отказываясь от «консультационных дней» там, где нет возможности организации самостоятельных консультаций».

Эти примитивные консультационные приемы существуют во многих участках, однако, учет их работы и какое-бы то ни было руководство со стороны матмлада почти полностью отсутствует.

Предоставленные сами себе, не владея в большинстве своем методами консультационной работы, не имея никаких печатных руководств и пособий, многие участковые врачи ведут этот «консультационный день», как-бы выполняя тяжелую и мало интересную для них повинность. В таких условиях консультационный день ничем не отличается от обычного участкового амбулаторного приема за исключением контингента пациентов — исключительно детей и женщин. Первой задачей матмлада должен явиться поэтому тщательный отбор тех медучастков, где должен быть организован консультационный день. Консультационную работу необходимо ставить в первую очередь в более мощных медучастках — с двумя, тремя и более врачами, а также там, где участковый врач проявляет интерес к этой работе и желание проводить ее всерьез. Сплошной подход, а тем более выделение «консультационных дней» во всех участках без исключения по приказу из Окздрова не должны иметь места. Выделив медучастки, проводящие консультационную работу, матмлад должен систематически руководить их работой и помогать в ней. Надо дать возможность участковым врачам, проводящим эту работу, пополнить свои знания в области гигиены, патологии и диететики грудного и раннего дет-

ского возраста, ознакомиться с методами консультационной работы.

С этой целью необходимо ввести в практику краткосрочное хотя-бы одно или двух-недельное, прикомандирование участковых врачей к областной научно-показательной или к ближайшей хорошо поставленной и правильно работающей консультации. Местные органы здравоохранения должны поставить свой очередной задачей снабжение участковых врачей, ведущих эту работу, основной руководящей литературой по охране материнства и младенчества.

Одной из главных причин неточных результатов консультационной работы медучастков является отсутствие патронажа. К патронажной работе нужно привлечь участковых акушеров. Кроме того, следует приступить к организации в медучастках так называемых первичных пунктов матмлада, т. е. патронажных сестер, которые помогают участковому врачу во время консультационного приема, а в остальное время берут на учет и систематически патрулируют все детское население как данной деревни, так и ближайших в радиусе 2—3 верст от медучастка, привлекают матерей с детьми на консультационный прием, ведут санпросветработу по матмладу среди населения и т. д.

Персональный подбор сестер для этой работы следует проводить весьма тщательно, укомплектовывая пункты вполне подготовленными опытными сестрами.

Дальнейшее развитие сети самостоятельных сельских консультаций является основной задачей матмлада в деревне. В деятельности сельских консультаций следует обратить особое внимание на организацию выездной консультации, т. е. систематическое обслуживание путем выездов последней 1—2 раза в неделю соседних более крупных деревень. В этом отношении большую помощь может оказать кооперация, предоставляя перевозочные средства и помещение (с некоторым оборудованием) для выездной консультации. Последний съезд уполномоченных Центросоюза включил выездную консультацию в число форм работы по культурно-бытовому обслуживанию пайщиков кооперации в деревне.

Нужно значительно усилить организацию социальной помощи матери-крестьянке.

Органы матмлада должны принять деятельное участие в наблюдении за осуществлением закона о социальном страховании батрачества в части получения батрачками пособий по случаю родов, по материнству и т. д.

Необходимо обратить особое внимание на постановление СНК РСФСР от 14-IV—1928 г.—«О мероприятиях по оказанию материальной помощи детям беднейших семейств» и добиваться выделения на первых порах хотя-бы небольших ассигнований на организацию материальной помощи нуждающейся матери-крестьянке со стороны местных исполкомов. На эту цель привлекать также средства общественных организаций, в первую очередь ККОВ и кооперации.

В ряде кооперативов имеются ассигнования на летние ясли и другие нужды, которые не используются в виду того, что ассигнования эти очень малы по размерам. Такие-же небольшие суммы часто бывают у РОКК, ККОВ, и эти организации не знают, как использовать их. Эти мелкие средства лучше всего использовать на оказание социальной помощи матери-крестьянке.

Во всей работе в деревне необходимо опираться на секции здравоохранения рик'ов. Задачей матмлада является оживить деятельность этих секций, дать им конкретный план работы и руководить в части, касающейся работы охматмлада. В тех местах, где нет матмладовских работников, продвигать наши вопросы в секции здравоохранения кроме медицинского персонала участка может райженорганизатор, общественники, делегатки.

При наличии развернувшейся работы постановлением президиума рик'а может быть выделена при секции здраво-

охранения специальная подкомиссия охраны материнства и младенчества. В круг работ секции должна входить работа по организации летних яслей, организация социальной помощи матери-крестьянке, организация акушерских пунктов, содействие мед-работников в проведении санпросвет-работы по матмладу, организация уголков «Мать и дитя» в кооперативах и избах-читальнях, бесед в кружках кройки и шитья, привлечение к делу Охмлада и объединение работы в этой отрасли различных общественных организаций и т. д. Секции здравоохранения рик'ов и сельсоветов или их подкомиссии матмлада могут взять на учет всех батрачек своего села, имеющих право на получение пособий по материнству для содействия им в деле осуществления их прав, они помогают батрачке истребовать пособие в страховых пунктах и т. д.

Опыт кампании самообложения истекшего года показал слабое участие в ней работников матмлада. Необходимо **теперь-же** начать подготовительную работу к кампании текущего года, наметив где и какие матмладовские мероприятия по Оммладу желательно провести по самообложению, согласовать их с рик'ами и т. д.

Работе в деревне органы матмлада должны уделять больше внимания, чем это делалось до сих пор.

Облаздравотдел.

4/X 28 г.; № 1001.

Ответственный редактор: Белостоцкий, И. С.

Заразная заболеваемость по округам

Уралобласти за июль месяц 1927 и 28 годов.

Таблица 3.

№ по порядку	НАЗВАНИЕ ОКРУГОВ	Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возврат. тиф		Неопред. тиф		Малярия		Оспа натуральн.		Корь	
		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело	
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Уралобласть 27 г.	431	190	70	37	18	2	256	38	8669	378	60	19	1887	88
	28 г.	361	182	69	35	16	1	161	34	7923	177	54	9	3117	106
1	В.-Камский 27 г.	7	5	3	1	—	—	1	—	87	7	—	—	24	2
	28 г.	10	10	8	8	—	—	—	—	75	5	—	—	270	7
2	Златоустов. 27 г.	18	13	—	—	—	—	—	—	529	36	3	—	98	1
	28 г.	9	6	—	—	—	—	4	—	703	25	15	—	181	2
3	Ирбитский 27 г.	13	3	10	—	—	—	19	—	88	3	3	3	73	—
	28 г.	12	5	5	2	—	—	11	3	67	—	4	2	139	1
4	Ишимский 27 г.	67	7	1	—	—	—	33	1	544	14	1	—	36	—
	28 г.	52	8	7	—	—	—	4	—	520	3	9	1	73	1
5	К.-Пермяцк. 27 г.	6	3	7	7	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
	28 г.	14	10	4	3	—	—	1	1	49	2	—	—	—	—
6	Кунгурский 27 г.	24	12	3	2	1	—	10	2	207	11	7	1	68	—
	28 г.	12	2	2	1	2	—	16	—	253	7	3	—	39	—
7	Курганский 27 г.	36	11	6	4	1	—	24	—	1023	15	1	—	42	—
	28 г.	14	1	14	1	4	—	10	—	760	5	3	—	234	2
8	Пермский 27 г.	27	20	9	5	—	—	2	1	431	30	6	4	153	20
	28 г.	54	38	5	4	—	—	16	—	291	28	2	2	328	56
9	Сарапульск. 27 г.	19	8	2	—	—	—	1	—	449	16	7	—	41	3
	28 г.	38	16	4	1	—	—	5	1	553	14	—	—	281	1
10	Свердловск. 27 г.	46	21	11	9	—	—	80	7	527	54	2	—	513	22
	28 г.	34	22	8	6	1	—	10	3	509	23	4	3	514	27
11	Тагильский 27 г.	30	25	5	3	—	—	3	4	275	16	13	5	345	—
	28 г.	14	12	2	2	—	—	9	—	241	27	4	1	608	—
12	Тобольский 27 г.	12	8	—	—	—	—	—	—	173	8	—	—	2	—
	28 г.	6	2	1	—	—	—	3	—	213	6	—	—	78	—
13	Троицкий 27 г.	9	—	1	—	1	—	3	1	1066	99	1	—	121	—
	28 г.	5	2	—	—	—	—	6	1	853	3	—	—	75	1
14	Тюменский 27 г.	31	6	1	—	2	—	16	11	384	7	3	—	50	2
	28 г.	15	7	3	2	4	—	22	17	336	3	1	—	146	2
15	Челябинский 27 г.	39	16	3	2	2	—	14	3	2203	43	7	4	252	32
	28 г.	26	10	3	1	3	—	16	1	1772	17	8	—	203	1
16	Шадринский 27 г.	47	32	8	4	14	2	40	8	683	19	6	2	67	—
	28 г.	46	31	3	4	2	1	28	7	728	9	1	—	201	3

Скарла- тина		Коклюш		Дифте- рия		Грипп		Дизентерия		Трахома		Туберкулез легких		Туберкул. проч. орг.		Сифилис I, II и III		Гоноррея	
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
859 663	494 316	2146 3550	14 5	146 173	29 51	1942 26819	837 1051	9407 1125	542 67	6776 4930	178 74	9373 7636	328 314	3377 3398	264 118	2955 2667	286 321	4806 4756	102 111
36 17	35 14	11 66	—	5 5	—	785 1212	35 76	90 55	16 10	128 133	6 2	124 380	11 6	77 101	5 2	33 48	2 4	92 133	3 1
23 28	16 10	153 104	2 —	6 4	3 2	1320 1827	38 63	182 39	28 7	116 179	4 3	542 397	14 11	95 126	11 5	113 149	1 1	134 156	— 2
41 18	10 10	7 288	—	5 1	—	1114 2521	24 54	512 39	17 1	112 135	1 3	376 413	13 14	93 260	56 17	59 82	4 12	141 153	1 —
79 18	8 —	164 535	—	8 20	—	586 692	21 22	341 51	3 —	575 5	1 —	275 243	10 10	158 172	2 2	150 210	20 —	219 207	5 —
32 1	16 1	13 37	—	—	—	241 389	22 35	120 32	8 —	303 232	8 13	70 86	6 6	90 83	8 9	49 29	8 6	49 80	— 3
24 29	9 17	177 60	—	2 8	1 —	1072 1726	45 79	964 60	109 5	1104 923	20 6	340 406	12 9	164 176	2 4	172 146	7 14	261 308	8 7
19 82	3 9	88 186	2 —	6 14	—	916 1640	9 18	499 173	24 —	710 388	8 7	640 792	11 18	232 271	2 9	425 387	31 22	653 569	7 16
165 128	129 83	268 566	3 2	3 22	3 10	2409 3244	190 212	1671 130	97 6	481 339	10 11	929 563	46 53	300 346	20 26	310 267	25 55	493 615	16 14
7 14	1 8	152 164	—	3 4	2 —	954 990	28 52	794 67	32 1	678 540	69 2	484 448	9 8	174 170	1 4	224 153	15 26	323 318	— 2
186 151	172 103	248 345	—	21 36	7 18	3144 4083	172 162	689 101	34 6	413 335	19 14	1712 1237	87 62	475 450	122 13	320 228	50 40	614 607	35 22
55 49	38 38	46 190	—	45 16	3 4	2277 3011	110 118	719 77	60 7	257 84	14 3	965 667	39 35	197 168	11 8	245 250	39 34	307 312	18 18
42 16	28 4	130 190	5 1	1 12	—	308 554	10 15	527 50	21 4	99 205	6 4	298 274	4 7	90 85	—	87 59	13 11	137 129	1 3
32 31	— 4	89 142	—	4 12	—	690 690	15 1	407 69	7 —	319 295	1 —	368 201	13 —	156 84	1 —	150 126	6 —	198 166	2 —
66 64	11 10	133 233	—	10 7	2 —	918 1268	16 47	633 57	38 —	385 365	7 5	648 398	8 2	156 211	2 6	163 194	— 11	363 378	1 4
35 5	13 3	259 258	—	18 6	4 —	1391 1354	27 35	702 54	28 1	748 557	—	766 473	18 28	355 343	4 9	194 173	42 49	389 297	4 5
17 12	5 2	208 186	2 —	14 6	4 5	1399 1618	75 62	557 71	20 19	348 215	4 1	836 658	27 45	565 352	17 2	282 166	23 36	433 328	2 13

ЗИМНИЙ САНАТОРИЙ



1 декабря
1928 г. открыва-
ется при Курьин-
ском курорте физиотера-
певтический санаторий.

Основной контингент больных, подлежащих лечению в санатории: невращения в умеренной степени, легочные (не туберкулезные), малокровные, компенсированные формы сердечных болезней, начальная форма склероза центральных и периферических сосудов. * Лечебные средства: а) водолечение (души всех видов--Шарко, мантиль и др., углекислые и сосново-ароматические ванны, обертывания и т. д.); б) электролечение (франклинизация, гальванизация, ритмическая фарадизация, местный д'Арсонваль, электро-вибро-массаж и т. д.); в) светолечение (кварцевая лампа, горное солнце, лампа Минина, прожектор, световые ванны).

Зубоврачебный кабинет. Физкультура: лыжный спорт, коньки, катание с гор, воллейбол, легкая гимнастика. * При санатории библиотека, шахматы, шашки, читальня. * Имеется стационарное кино.

Больные располагаются в двух двухэтажных корпусах по 3 человека в комнате.

Хороший стол под наблюдением опытных поваров. Курорт будет функционировать на 100 кроватей на срок с 1/XII 28 г. по 21/IV—29 года.

СТОИМОСТЬ КОЙКИ ЗА КУРС ЛЕЧЕНИЯ В 35 ДНЕЙ — 146 РУБ.

ЗАЯВКИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:

СВЕРДЛОВСК, УЛ. РОЗЫ ЛЮКСЕМБУРГ, № 34, УРАЛКУРУПРУ.

УРАЛКУРУПР.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
Ко всем врачам и др. работникам Здравоохранения	3
В. И. Величкин. —К десятилетию советской медицины	5
И. С. Белостоцкий. —Больничное строительство в Уральской области	19
Н. И. Коган. —Рокк на Урале	28
С. М. Бриль. —Здравоохранение в г. Надеждинске	31
М. И. Леривман. —О рационализации работы зубоврачебн. кабинета на участке	37

Теоретическая и клиническая медицина

В. И. Величкин. —Сущность метода диалектического материализма . .	39
Д-р Б. П. Кушелевский. —К вопросу длительной инкубации при малярии .	48
М. В. Шац. —К диагностике прерванной внематочной беременности .	54
Д-р Ф. Л. Зайдель. —К клинике вазодилататорных ангионеврозов . .	57
Д-р Б. П. Кушелевский. —X Всесоюзный съезд терапевтов	60

Профилактика, санатория и гигиена

А. Ф. Широков. —Роль медпунктов на предприятиях в профилактике профес. болезней	70
Д-р О. Я. Смирнова. —Санитарное состояние г. Надеждинска	73
Д-р Н. А. Чеканинская-Полякова. —Состояние органа зрения рабочих под- ростков г. Свердловска	79

Обзоры медицинской печати	94
--	----

Корреспонденции с мест

Д-р В. Г. Перетц. —Медицинский обзор 50-летней деятельности Свердлов- ского акушерскогинекологич. института	97
Д-р Г. И. Розет. —Окружное санитарное совещание в г. Перми	113

Труд и быт медработника

Отчет Областного Бюро врач-секции	стр. 116
М. А. Агульник.—Итоги проведения госуд. нормирования зарплаты медработников в Уральской области	119
Д-р М. М. Виленский.—Условия труда работников курорта „Озеро Горь- кое“	123
Хроника	126

Официальный отдел

Инструкция по охране материнства и младенчества	127
---	-----

Теоретическая и практическая медицина

Е. Н. Великий.—Сущность и значение	130
Д-р Е. П. Кузнецкий.—И вопросы	132
М. А. Шан.—И значение	134
Д-р Ф. А. Зайцев.—И значение	136
Д-р В. В. Кузнецкий.—И значение	138

Профилактика, санитария и гигиена

А. Ф. Широкое.—Роль	140
Д-р О. Р. Смирнов.—Санитарное	142
Д-р Н. А. Рязанская.—Санитарное	144

Обзоры медицинской печати

Корреспонденция

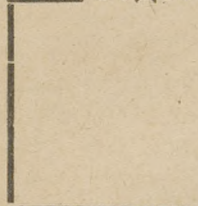
Д-р В. П. Перет.—Медицинский обзор	146
Д-р Г. М. Розет.—Обзор	148

УРАЛМЕДТОРГ

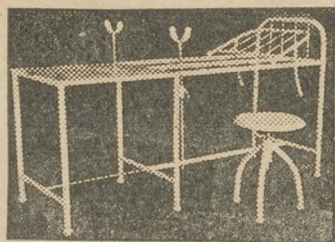
ПРИНИМАЕТ ЗАКАЗЫ

на больнично-аптечно-лаборатор-
ное оборудование,

ПРОИЗВОДИМОЕ НА УРАЛЬСКИХ ЗАВОДАХ ПОД РУКО-
ВОДСТВОМ СПЕЦИАЛИСТОВ УРАЛМЕДТОРГА



КАК-ТО:



КАК-ТО:

КРОВАТИ РОДИЛЬНЫЕ по профессору РАХМАНОВУ.
ТЕЛЕЖКИ СО СЪЕМНЫМИ НОСИЛКАМИ для перевозки больных.
ТАБУРЕТЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ с винтом для операционных
комнат и зубкабинетов.

КРОВАТИ больничного типа с английской панирной сеткой.

КРОВАТИ ДЕТСКИЕ и для ЯСЕЛЬ.

НОСИЛКИ для переноски больных.

РЕФЛЕКТОРЫ по МИНИНУ для лечения синим светом.

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ СВЕТОВЫЕ ВАННЫ для местного лечения
с 6-ю лампами.

АППАРАТЫ для дезинфекции формалином по ФЛЮТТЕ.

ТОЖЕ: " " " по ЗАРЕВИЧУ.

АППАРАТЫ для сжигания серы по ЗАУСАЙЛОВУ.

СТЕРИЛИЗАТОРЫ для перевязочного материала по ТУРНЕРУ.

КОРОБКИ ШИММЕЛЬБУША (БИКСЫ) всех размеров.

ПРИБОРЫ для измерения роста.

СТЕРИЛИЗАТОРЫ для аптек разных размеров.

НАПЫЛЬНИКИ для каучука.

ПЛЕВАТЕЛЬНИЦЫ для зубных кресел.

СТАКАНЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для дезинфекции зубных инструм.

ШТАТИВЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для кружек Эсмарха.

ГРЕЛКИ ДЛЯ ЖИВОТА оцинкованного железа.

ПРИНАДЛЕЖАЮЩИЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ, ПОДСТАВКИ И ПРИБОРЫ для
ПРОБИРОК И БЮРЕТОК, а также другие предметы больничного
и лабораторного оборудования.

Кроме того имеется на складе ассортимент хирургических, зубоврачебных ин-
струментов и материалов, предметов ухода за больными, изготавливаемых заво-
дами и фабриками СССР.

Отпуск производится как учреждениям, так и частным лицам.

ТРЕБОВАНИЯ АДРЕСОВАТЬ: Правлению Уралмедторга или Хирургическому складу
г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, № 34.

ЦЕНА 1 РУБ.

СВЕРДЛОВСК, „УРАЛПОЛИГРАФ“,
ТИП. „Г Р А Н И Т“. ЗАКАЗ № 10.
УРАЛОБЛЛИТ № 4455. ТИРАЖ 1002.