

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ

# УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА  
И ОБКОМА СОЮЗА МСТ

1930

АПРЕЛЬ

№

СВЕРДЛОВСК

1



292011

11-12048

8/586 to present

13 VIII - 86











УРАЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
ЖУРНАЛ

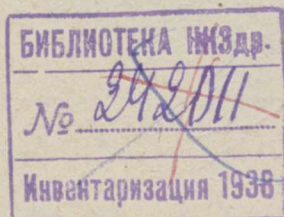
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Величкин В. И. (отв. редактор), Курдов И. К., Карнаухов М. Н.,  
Куроедов А. Д., проф. Розентул М. А. (Пермь). Секретарь  
редакции Серебренников В. С.

№ 1

АПРЕЛЬ 1930 ГОДА

ГОДИЗДАНИЯ ВТОРОЙ



ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВОТДЕДА

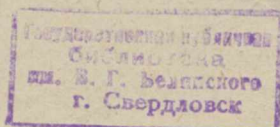
СВЕРДЛОВСК

1930



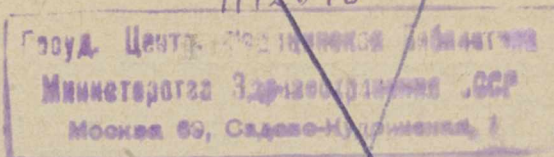
# СОДЕРЖАНИЕ

О медицинском обслуживании рабочих и крестьян (постановление ЦК ВКП(б) . . . . .	3
Обращение Областного Здраводела и Обкома МСТ . . . . .	4
<b>Организационные вопросы здравоохранения</b>	
Сербин Г. М. Здравоохранение в сельско-хозяйственном социалистическом секторе . . . . .	8
Колпащиков А. Е. Химико-аналитический контроль лекарственных средств . . . . .	14
Проф. Розентул М. А. По поводу статьи д-ра Курдова И. К. (см. У. М. Ж., № 9, 1929, (стр. 5) . . . . .	18
Курдов И. К. Мой ответ проф. Розентул М. А. . . . .	21
Луканин В. П. Санит. состояние и медпомощь на лесозаготовках в Ирбитском окр. . . . .	23
Яковлев А. И. Санит. жилищн. условия и быт лесорубов Пермского окр. . . . .	27
Куроедов А. Д. Решительно перестроить союзную работу . . . . .	29
<b>Вопросы теоретич. и клинической медицины</b>	
Перетц В. Г. Виленская П. А. К вопросу о раке матки и мерах борьбы с ним в Уральской области . . . . .	32
Дягилева А. З. К вопросу о ранней диагностике рака . . . . .	36
Шипицын В. П. О раке в молодом возрасте . . . . .	38
Багров Ю. К вопросу об оперативном лечении рецидивирующих паховых грыж . . . . .	45
Бахтияров В. А. Гипнотическое внушение в хирургии . . . . .	47
Прейсман А. Б. Гипноз в практике гинеколога . . . . .	52
Звягин К. Н. Случай кесарского сечения при необычных показаниях . . . . .	55
Кузнецкий Д. П. Мой взгляд на лечение паховых грыж . . . . .	
<b>Профилактика, гигиена и санитария</b>	
Лебедев Ф. П. Детская смертность на Урале в 1926 и 1927 г. . . . .	61
Орлов В. Л. Отравление спорыньей в Сарапульск. окр. Ур. обл. . . . .	69
Наравцевич А. М. Пункт первой помощи на Алапаевском металлургическом заводе. . . . .	79
Иванов М. И. Санитарное состояние жилищ в г. Лысьве . . . . .	89
Зайдель Д-ф. Л. К вопросу об алкоголизме среди молодежи . . . . .	97
<b>Рецензии и рефераты</b>	
Корреспонденции с мест . . . . .	103
Васильев Н. Работы венотряда в Кондинском районе Тоб. окр. . . . .	105
Сарапулова А. Ф. Санаторий Кисегач . . . . .	111
Х р о н и к а . . . . .	114
Заразн. заболеваемость по окр. области за окт. и ноябрь 28 и 29г. . . . .	118
Указатель статей за 1929 г. . . . .	122





П12048



*За классовую линию в деле здравоохранения.*

## О медицинском обслуживании рабочих и крестьян

(Постановление ЦК ВКП(б).)

Констатируя, что советская медицина в борьбе с реакционными элементами дореволюционной медицины добилась огромных достижений, — ЦК считает, что новые задачи реконструктивного периода требуют коренной перестройки работы Наркомздравов союзных республик. ЦК отмечает, что нынешнее состояние работы наркомздравов на практике не обеспечивает проведения в жизнь директив партии.

Темп развития дела здравоохранения значительно отстает от роста всего народного хозяйства страны и потребностей рабочего класса и крестьянства, слабо развита общественность в работе органов здравоохранения, совершенно недостаточно участие в их работе профсоюзов, особенно союза медсантруд, недостаточно внимание со стороны местных партийных и советских организаций к вопросам здравоохранения, слаб руководящий аппарат органов здравоохранения, в частности, мало рабочих и, наконец, неудовлетворительно руководство со стороны наркомздравов союзных республик их местными органами.

Исходя из этого, ЦК считает необходимым:

1. Наркомздравам союзных республик коренным образом перестроить всю практическую работу в области здравоохранения, более четко отражая в ней классовую пролетарскую линию.

Улучшить лечебную и профилактическую помощь в промышленных центрах, выделяя в особую группу основные индустриальные районы (горная, металлургическая промышленность и т. п.). В пятилетнем плане здравоохранения особо обеспечить медицинское обслуживание застрахованных.

В связи с переходом на 7-мичасовой рабочий день и на непрерывную производственную неделю перестроить работу лечебно-санитарных учреждений, обслуживающих нужды рабочих (организация вечерних приемов, расширение пунктов первой помощи, устранение очередей в лечебных учреждениях, приспособление и организация ясель и т. д.).

В виду особо тяжелого санитарного состояния Донбасса, Кузбасса и Урала, предложить Совнаркому СССР, РСФСР и УССР провести ряд широких мероприятий по санитарному оздоровлению этих районов.

2. Учитывая резкую недостаточность медицинской помощи в деревне, особенно в обслуживании бедняцко-батрацких масс, ЦК предлагает наркомздравам союзных республик наметить план систематического расширения сельской лечебной сети. Развертывание работы в деревне должно быть увязано с колхозным и совхозным строительством, охватывающим широкие массы батраков, бедняков и середняков.

3. Признавая неотложной задачей коренное улучшение в составе кадров народного здравоохранения, ЦК считает необходимым:



а) Взять решительный курс на орабочение аппаратов путем выдвижения в органы здравоохранения рабочего и крестьянского актива.

б) Констатируя значительное скопление медицинских работников и оканчивающих медвузы в крупных городских центрах при резком недостатке таковых в деревне и фабрично-заводских поселках, ЦК считает необходимым, чтобы Наркомтруд СССР совместно с Наркомздравами союзных республик и ЦК союза Медсантруд провели в месячный срок мероприятия, обеспечивающие использование этих работников в деревне.

4. Учитывая крайне слабое участие советской общественности в деле здравоохранения, ЦК подчеркивает необходимость большего участия советских, профессиональных и страховых организаций в деле организации здравоохранения путем оживления работы секций советов по здравоохранению, здравячеек на предприятиях и комиссий по охране труда при ФЗМК, комиссий по оздоровлению труда и быта при лечебно-профилактических учреждениях, жилищно-санитарных комиссий, оживления деятельности экономсоветов здраворганов, поощрения социалистического соревнования и большего привлечения к работе делегатских собраний работниц и крестьянок.

Одновременно ЦК считает, что Наркомздравы союзных республик должны повести решительную борьбу за поднятие трудовой дисциплины и среди медико-санитарных работников, а ЦК союза Медсантруд усилить привлечение медработников к социалистическому строительству (участие в экономработе, социалистическое соревнование и т. д.), всемерно укрепляя в их рядах трудовую дисциплину. В то-же время ВЦСПС должен усилить борьбу среди членов профсоюзов с нетоварищеским отношением к врачам со стороны больных.

5. Совнаркомы союзных республик должны разработать конкретные мероприятия, обеспечивающие улучшение работы Наркомздравов в соответствии с директивами партии и развертывание медико-санитарного строительства в соответствии с потребностями реконструктивного периода, ростом населения страны и колхозного и совхозного строительства. Необходимо решительно устранить случайность и кустарничество в этой работе, осуществить плановость, разработав пятилетний и соответственно годичный планы с обеспечением их необходимыми финансовыми и материальными средствами.

---

## **Всем органам и учреждениям здравоохранения, всем профорганизациям МСТ, всем медработникам Урала**

*Дорогие товарищи!*

Областной Отдел Здравоохранения и Областной Комитет Союза МСТ обращают Ваше внимание на необходимость немедленной глубокой проработки постановления ЦК ВКП (б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян.

Положение ЦК партии о том, что «нынешнее состояние работы наркомздравов на практике не обеспечивает проведения в жизнь директив партии», подтверждается в условиях уральской действительности целым рядом отрицательных моментов в нашей работе. До сих пор здравотделы не перестроили сметы и не перегруппировали кадры так, чтобы дать максимум возможного в существующих условиях обслуживания основных производственных групп рабочих. Система учета различных социальных групп населения, обращающихся за медпомощью, не соответствует потребности данного периода времени, т. к. не отражает полной классовой характеристики обслуживаемого населения. До сих пор имеют место



случаи (Челябинский округ) расходования фонда «М» не по прямому назначению, исключительно на застрахованных. Многие лечсанучреждения, обслуживающие рабочих, все еще не перестроили свою работу так, полностью обеспечить переход на 7 часовой рабочий день, на 2-х и 3-х сменную работу, на непрерывную производственную неделю. В ряде округов мы все еще имеем недостаточное внимание к столь важному и ответственному виду медпомощи, как пункты первой помощи на предприятиях. Имеют место случаи искривления классовой линии, выражающиеся в оказании медпомощи «прочим» при очередях и даже отказа в таковой рабочим.

Установлены факты использования лечучреждений в личных интересах с использованием амбулатории для увеличения домашнего приема и взимание платы за помещение на койку и оперативное пособие в стенах больницы (Н.-Тагил).

Почти нигде лечучреждения не перешли еще на диспансерные методы работы. Слабое внимание уделяется медико-санитарному обслуживанию совхозов, колхозов, батрачества, а также рабочих лесозаготовок и лесосплава. Почти полностью отсутствует работа по рационализации при неудовлетворительном состоянии и работе многих лечсанучреждений. Далеко недостаточен темп развертывания социалистического соревнования. Слабо проводится в жизнь решение партии об единоначалии, о поднятии трудовой дисциплины, о вовлечении рабочих и служащих в творческую работу по улучшению постановки дела, поднятию производительности труда — в каждом учреждении. Недостаточно развернута самокритика. Слабо вовлечены в работу по здравоохранению профессиональные, страховые и советские организации. Совершенно недостаточна связь с рабочей массой и ее непосредственное участие в строительстве здравоохранения.

Совершенно бесспорно и правильно для Урала также указание ЦК ВКП (б) о том, что: «Темп развития дела здравоохранения значительно отстает от роста всего народного хозяйства страны и потребностей рабочего класса и крестьянства». Намечаемые и проводимые органами здравоохранения Урала мероприятия ни в какой мере не соответствуют бурному росту промышленности, совхозов и коллективных форм крестьянского хозяйства Урала. Имеющийся пятилетний план развития здравоохранения на Урале также ни в какой степени не отвечает запросам хозяйства, потребностям рабочих и крестьян. Медленный темп развития оздоровительных мероприятий на Урале особенно недопустим потому, что санитарное состояние Урала значительно ниже по своему уровню других основных промышленных районов СССР. Высокая смертность и заболеваемость населения, тяжелые жилищные условия, санитарное неблагоустройство рабочих центров, при наличии ряда вредных производств, при суровом климате, — выдвигают со всею решительностью вопрос о быстрейшем санитарном оздоровлении рабочих районов Урала.

Не менее верно также указание ЦК партии на то, что «недостаточно внимание со стороны местных партийных и советских организаций к вопросам здравоохранения. Подтверждение этому на Урале мы имеем в снижении удельного веса расходов по здравоохранению, в общем своде местных бюджетов, в ничтожно малом проценте средств на здравоохранение, выделяемых по самообложению населения, в подборе работников в органы и учреждения здравоохранения, в отказах в заслушивании докладов работников здравоохранения, в слабом освещении вопросов здравоохранения в местной печати и др.

Исходя из всего этого, Областной Отдел Здравоохранения и Областной Комитет МСТ предлагают всем здравоотделам, лечсанучреждениям и профорганизациям Урала немедленно и решительно провести в жизнь следующие мероприятия:

1. Перестроить всю практическую работу в области здравоохранения так, чтобы в ней четко была отражена классовая пролетарская линия, для чего широко



практиковать шефство рабочих промышленных предприятий над органами и учреждениями здравоохранения, привлекая рабочих шефов к деятельной практической работе; взять решительный курс на орабочение аппаратов, путем выдвижения в органы здравоохранения и на заведывание лечсанучреждениями рабочего актива; систематически проводить отчеты о работе органов и отдельных учреждений здравоохранения перед рабочей массой; шире развернуть самокритику, максимально привлекая печать к вопросам здравоохранения; возложить персональную ответственность на заведующих лечсанучреждениями за проведение в работе каждого учреждения классовой пролетарской линии.

Неуклонно выполнять постановление Уралоблсполкома о «платном лечении нетрудового элемента».

2. Приступить к пересмотру пятилетнего плана развития здравоохранения на Урале, обеспечив в нем соответствующие росту хозяйства темпы развития и отчетливое проведение классовой линии в работе всей системы здравоохранения.

3. Уже сейчас пересмотреть существующую сеть, сметы и штаты с тем, чтобы путем перестройки максимально улучшить лечебную и профилактическую помощь в промышленных центрах, выделяя в особую группу основные промышленные районы (горная, металлургическая и химическая промышленность).

4. Пересмотреть сеть пунктов первой помощи на предприятиях в сторону их расширения, обеспечения более квалифицированным медперсоналом, лучшего их медицинского оборудования, правильной системы регистрации, усиления профилактической их работы, требуя от хозорганов немедленного представления соответствующих помещений, хозяйственного оборудования и санитарного транспорта. В каждом заводском цехе должны быть организованы уголки первой помощи (с аптечкой, носилками, умывальником), с привлечением к их работе рабочих прошедших кружки первой помощи РОКК.

5. Пересмотреть работу всех лечпрофучреждений (в первую очередь — пунктов первой помощи на предприятиях) с тем, чтобы полностью приспособить эти учреждения к обслуживанию рабочих и работниц, перешедших на 7 часовой рабочий день, на 2-х и 3-х сменную работу и на непрерывную производственную неделю.

Приступить к работе по рационализации постановки дела в медико-санитарных учреждениях (ликвидация очередей в амбулаториях, уменьшение прогулок, увеличение оборота койки, аптечное дело и проч.), привлекая к этому всех рабочих и служащих учреждений, а также советскую общественность, мобилизуя внутренние ресурсы на улучшение и расширение медицинского обслуживания трудящихся.

6. Увеличить кадры санитарных врачей, поднять авторитет санитарной организации и обеспечить действительное ее влияние на строительство, коммунальное благоустройство, оздоровление быта рабочих, привлекая к этому широкую рабочую общественность, печать и привлекая к ответственности все организации и лица, нарушающие или невыполняющие постановления правительства по вопросам санитарии и борьбы с эпидемиями.

7. Поставить на должную высоту медпомощь в совхозах, обеспечив рабочих и работниц совхозов пунктами первой помощи, яслями, коечным аппаратом и санитарными мероприятиями.

8. Усилить санитарное и медицинское обслуживание рабочих лесозаготовок и лесосплава, настойчиво добиваясь от хозорганов выполнения санитарных норм обеспечения рабочих жилищами, банями, водой и проч.

9. Полностью выполнить имеющийся план развертывания лечебно-профилактической сети в колхозах, привлекая к этому средства колхозов и общественность.



10. Принять все меры к максимальному обслуживанию медпомощью сельскохозяйственных рабочих и крестьян в предстоящую весенне-сельско-хоз. посевную кампанию.

11. Принять все меры к полному и целесообразному использованию врачей предстоящего весеннего выпуска из ШГУ, представив немедленно соответствующие заявки в Облздравотдел. Развернуть сеть школ для подготовки среднего и курсов повышения квалификации технического медперсонала. Поставить актуальнейшей задачей политическое воспитание и перевоспитание всех групп медработников, и в первую очередь — врачей, исходя из того положения, что в настоящих условиях нет места нейтральности и тот, кто не с пролетариатом — тот против него.

Принять все меры к удовлетворению спроса на медработников в промышленных и сельскохозяйственные районы за счет безработных, экстернов и др. В отношении уклоняющихся от поездки на периферию, без уважительных причин, немедленно снимать с учета Биржи Труда и ставить вопрос об исключении их из членов союза.

12. Усилить связь органов и учреждений здравоохранения с профессиональными и страховыми организациями и принять все меры к оживлению работы секций здравоохранения советов, здравячеек на предприятиях, комиссий по оздоровлению труда и быта, советов социальной помощи и санитарных комиссий.

13. Полностью провести в жизнь положение ЦК ВКП (б) об единоначалии в управлении, в то же время широко развернуть социалистическое соревнование, усилить деятельность производственных совещаний и экономкомиссий, во что бы то ни стало поднять трудовую дисциплину, обеспечивающую быстрое, четкое, добросовестное выполнение каждым сотрудником его обязанностей.

14. Усилить внимание к вопросам нового больничного строительства, приняв все меры к большей его плановости, удешевления стоимости, уменьшения сроков строительства, привлекая к вопросам строительства всю советскую общественность.

15. На основе решений ЦК ВКП (б) — добиваться большего внимания со стороны всех организаций к вопросам здравоохранения, привлекая средства промышленности, кооперации, колхозов, совхозов и других хозяйственных организаций к строительству дела здравоохранения. С учетом настоящего постановления приступить к составлению контрольных цифр на 1930 — 31 год и представить таковые в Облздрав не позднее 20 апреля с. г.

Многообразие местных условий и возможностей не может быть полностью учтено нами. Поэтому Облздравотдел и Обком МТС предлагают проработать постановление ЦК ВКП (б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян и настоящее обращение, во всех Окрздравотделах, Окроделениях МСТ, во всех без исключения учреждениях здравоохранения, с привлечением к проработке широких рабочих масс и сейчас же приступить к практическому проведению в жизнь всех директив ЦК партии, и тем самым способствовать наиболее бесперебойному и быстрому проведению реконструкции всего нашего хозяйства, этому основному условию строительства социализма.

*Уральский Областной Отдел Здравоохранения*

*Уральский Областной Комитет Медсантруд*



## Здравоохранение в сельско-хозяйственном социалистическом секторе \*)

Г. М. СЕРБИН

Значение Урала как промышленного центра всесоюзного значения и размещение промышленного пролетариата на Урале требовали от органов здравоохранения уделения всего своего внимания и всех ресурсов, какими располагало здравоохранение на Урале, городам и поселкам гортипа, где почти исключительно живет промышленный пролетариат. Результатом вышесказанного явилось резкое отставание обеспеченности медико-санитарной помощью села от города, чему способствовал в значительной степени и фонд «М», занимающий в бюджете здравоохранения Урала солидное место (51,92 проц. в 1928—29 г.). В то время как мы имеем в окрестностях 6,75 коек на 1.000 жителей, в поселках гортипа 4,4 койки, на селе всего только 0,5 койки на то же число жителей. Амбулаторных посещений в 1928 году мы имели на 1 жителя в окрестностях 4,2 поселке гортипа 5,4 и на селе только 1,25. Даже в пределах возможного на селе мы не получали от нашей сети должной продукции: так, в 1928 году вместо 871.803 койко-дней имели только 726.685, т. е. прогул коек составлял 16,5 проц. (учтен естественный прогул в 15 проц., могущий, конечно, быть сниженным). Общая обстановка работы сельского медучастка всем известна и нам остается только добавить, что среднее число жителей на 1 сельский врачебный участок составляет 26,1 тысяч, на одного лечебника 22,6 т., а 18 районов вовсе не имеют больниц. При норме для крестьянского населения в 2 койки на 1.000 жителей мы могли бы удовлетворить потребность лишь на 25 проц., если бы существующая сельская сеть была бы полностью загружена.

С таким неутрадным состоянием сельской медицинской сети на Урале мы встретили бурный поток коллективизирующихся хозяйств, рост крупных совхозов. До 1929 года на Урале было много мелких колхозов, объединявших в лучшем случае несколько десятков крестьянских хозяйств, зачастую к тому же разбросанных в разных деревнях. При существовании постановления правительства о равном оказании медпомощи всему крестьянству на селе, наша сеть, иногда, идя впереди здравоохранительного законодательства, устанавливала внеочередности приема колхозников. Наш сельский персонал, будучи до крайности перегружен, делал время от времени выезды в колхозы, но, естественно, обслужить их более или менее удовлетворительно он не мог; создавать же особую сеть для этих разрозненных карликовых колхозов мы не были в состоянии. Бурный,

\*) Приведенные в статье цифровые показатели выведены по данным статистического отчета Уралоблздравотдела за 1928 календарный год на 1/1 29 г. Психиатрическая помощь не учтена. Следует иметь в виду, что крестьянское население пользуется в поселках гортипа и окрестностях медпомощью в размере 30—50 проц. (Статбюро) продукции их учреждений, что, конечно, следует рассматривать, как явление отрицательного порядка.



рост коллективизации на Урале, позволяет вместо запроектированных первоначально 15 проц. коллективизации к концу пятилетки, констатировать на второй ее год коллективизацию значительного числа районов. Вместо задания на пятилетку освоить под зерносовхозы 1 мил. га. Зернотрест предполагает освоить 2,5 мил. га. Индустриализация сельского хозяйства, единовременная концентрация больших человеческих масс на небольших пространствах, тракторные и иные рабочие колонны, новые формы землепользования, а вместе с тем и новые формы труда и быта деревни требуют новых форм в работе здравоохранения на селе. Надо сказать, что, если старые отживающие формы быта и труда деревни не давали возможности более или менее удовлетворительно строить медсанпрофобслуживание, то реконструированная деревня представляет широкое поле для новой благодарной и плодотворной работы по оздоровлению крестьянства. Вопросы изучения заболеваемости населения, вопросы санитарно-гигиенического порядка, благодаря их особенностям в деревне, эпидемиология деревни, наконец, изучение сельско-хозяйственного травматизма становятся в порядок дня работы органов здравоохранения на селе. Рождается новая, мощная экономическая база—ресурсы самих колхозов, которая позволит здравоохранению заняться вышеуказанными вопросами.

Каковы же должны быть эти новые формы здравоохранения на селе? Об этом много говорилось на созванном НКЗ совещании по данному вопросу. Мы представляем себе в конечном итоге колхоз, как крупную районную организацию; пусть даже ее границы не совпадают с административными, хотя и эти последние должны будут измениться в соответствии с первыми. В центре такого района-колхоза должна быть больница не менее сорока коек, чтобы иметь возможность организовать в ней квалифицированную медпомощь. Мы мыслим себе центр не географический: им должна явиться индустрирующая его база—машинотракторная станция. Классовая политика здравоохранения на селе требует, чтобы в первую очередь медпомощью были обеспечены группы квалифицированного пролетариата, каковым на деревне явятся рабочие вышеуказанной станции и там, конечно, мы должны строить нашу основную медицинскую базу колхоза. При больнице должна быть амбулатория типа единого диспансера с несколькими кабинетами, в том числе кабинетами для работы по ОЗД и Охматмладу, конечно, с соблюдением, в виду их особенностей и некоторых условий в строительстве: отдельный ход, соответствующее расположение кабинетов и т. д. Крупный колхоз будет иметь несколько периферических экономий, и в этих экономиках в зависимости от величины экономики должны быть врачебные или фельдшерские амбулаторные пункты с приемными покоями на 4—5 коек. К базе и к наиболее крупным медпунктам прикрепляются раз'ездные врачи и фельдшера, которые во время работ в поле обслуживают непосредственно места работ; эти же врачи ведут учет и изучают сельско-хозяйственный травматизм. Амбулаторные пункты и базовая амбулатория—диспансер изучают заболеваемость населения, для чего пользуются учетом, рекомендованным НКЗ в «В.З.» № 35 за 1929 год. В колхозе организуется сеть яслей, акушерских пунктов и консультаций для грудных детей и беременных женщин, а также сеть детплощадок по линии ОЗД.

Все учреждения периферии подчинены базовому медучастку, амбулатория которого суммирует данные по заболеваемости, травматизму и т. д. В медицинской же базе организуется и санбюро. Таким образом, базовые учреждения, вместе с периферическими, в данном колхозе составляют как бы единый диспансер. При едином диспансере организуется комиссия по изучению заболеваемости населения данного колхоза, в которую привлекаются представители рабочих машинотракторной станции и других производств, могущих быть в колхозе, секции здравоохранения рик'а, сельсовета, комсомол, женотдел и др. Комиссия изучает причины повышенной заболеваемости той или иной группы рабочих или селения и определяет мероприятия к их устранению, для чего прежде всего мобилизуются



все имеющиеся в распоряжении медучастка лечебные, профилактические и социальные ресурсы и, если их недостаточно, ставится вопрос перед соответствующими организациями, подкреплённый данными вышеуказанной комиссии о необходимости тех или иных мероприятий. Конечно, на первых порах единый диспансер может взять для изучения заболеваемости не все население колхоза (что желательно при наличии достаточных кадров), а рабочую группу, изучая ее травматизм и повышенную заболеваемость. Таким образом мы втягиваем общественность в работу здравоохранения, получаем непосредственный общественный контроль и имеем возможность действительно планомерно расходовать средства органов здравоохранения.

Резкая недостаточность медсанпрофпомощи на селе в настоящее время, необходимость ее улучшения и расширения в кратчайший срок, переключение работы здравоохранения на новые формы (диспансеризация, классовость и пр.), требуют прежде всего нового строительства лечсанпрофучреждений и значительных кадров; требуются громадные средства. Местный бюджет должен увеличить свои ассигнования на сельскую медицинскую сеть и, в частности, на новое больничное строительство. Госбюджет и спецфонды НКЗ должны участвовать в расходах на новые медико-санитарные мероприятия в сельско-хозяйственном социалистическом секторе, колхозы должны взять на себя не менее 30 проц. стоимости как содержания, так и строительства больничной сети. Колхозы не могут, в особенности в ближайшее время, участвовать в расходах иначе, как продуктами питания, оборудования, строительными материалами и технической рабочей силой для нового строительства, но это участие, переведенное на язык цифр, должно составлять не менее 30% стоимости всех наших мероприятий.

Ясно, что содержание медперсонала и медснабжение должен целиком взять на себя местный бюджет, ему может прийти на помощь только госбюджет и спецфонд НКЗ, но средства последних легче получить и целесообразнее расходовать на новое больничное строительство, колхозы же должны целиком взять на себя питание в яслях, на детских площадках, хозяйственное оборудование новых и дооборудование старых лечсанпрофучреждений.

Вопрос о кадрах остро встает перед органами здравоохранения. Если мы имеем некоторую возможность получить на Урале и извне врачебный персонал, то крайне печально у нас обстоит дело со средним медперсоналом. На Урале средний медперсонал готовится в двух техникумах, выпускающих 80 — 90 чел. в год, приглашать его извне при современных ставках в 37—40 руб. в месяц при тяжёлом в большинстве жилищном кризисе — нет никаких надежд, если учесть к тому и общую его дефицитность в Союзе. Имеющийся средний медперсонал в большинстве своем недостаточной квалификации. Особенно большой спрос на средний медперсонал в ближайшие же годы предъявят учреждения Охраны Материнства и Младенчества, которые имеют широкие перспективы на развитие своей сети. Надо в срочном порядке приступить к подготовке среднего медперсонала из самих колхозников силами Обл-Окрудрахов.

Организация Облздраотделом 4-х месячных курсов для колхозниц, организация окружными здравотделами таких же курсов там, где это позволяют количество и квалификация врачебных сил, — задача ближайших дней. Но этого недостаточно, необходимо на Урале иметь медицинский техникум, а пока Уралом в порядке опыта в г. Свердловске придаю медицинский уклон программе одной из школ 2 ступени с расчетом, чтобы оканчивающие ее могли непосредственно приступить к практической деятельности среднего медицинского персонала. Эта школа выпустит через 2½ года первых 40 медработников; надо этот опыт расширить, распространив его на возможно большее количество школ.

Облздраотдел установил тесную связь с колхозсоюзом и все свои мероприятия в колхозах предварительно прорабатывает совместно с последним. В августе месяце 1929 г. Облздраотдел приступил к составлению плана медсан-



обслуживания колхозов, при чем было достигнуто согласие соответствующих организаций на выделение из общего прироста по местному бюджету 214.000 т. руб. на мероприятия в колхозах. В соответствии с этой суммой и был составлен план мероприятий (см. табл. № 1), предусматривающий ассигнование дотационных средств из госбюджета, спецфонда Наркомздрава и средств колхозов (последних в размере 40% стоимости всех мероприятий).

В колхозе «Гигант» Ирбитского округа предполагалось организовать в 1929—30 году: врачебную амбулаторию, зубкабинет, пригласить для выездов постоянного врача, и сезонного фельдшера, передать колхозу 20 аптек первой помощи. По Охматмладу: проектирован пункт Охматмлада с яслями на 75 коек и раз'ездной консультацией, 8 постоянных ясель на 390 коек, 20 летних ясель на 710 коек и 6 акушерских пунктов. По ОЗД — пункт ОЗД и 4 детплощадки. По санитарной линии — санбюро и венотряд. Наконец, решено построить поликлинику, ясли и заготовить материалы для будущей больницы. К сожалению, центральные источники не отпустили полностью всех средств, которые Облздравотделом испрашивались для реализации всего плана новых мероприятий в колхозах Урала. К моменту составления Облздравотделом своего плана медсанобслуживания крупных колхозов, последних насчитывалось 17, из коих только 5 районов сплошной коллективизации. Бурный рост коллективизации заставил Облздравотдел сделать дополнительный план для новых 11 районов сплошной коллективизации (см. табл. № 2), войдя с ходатайством как в областные организации, так и в центр об отпуске дополнительных кредитов. За это время количество районов сплошной коллективизации уже выросло до 45, и это число к тому времени, как читатель будет знакомиться с настоящей статьей, значительно отстанет от действительности. Угнаться за этим ростом, взять полностью темп развития колхозов органам здравоохранения, не удастся, но их обязанность предоставить полностью наличную сеть и новые мероприятия исключительно колхозникам, батракам и беднякам и тем самым хоть отчасти улучшить обслуживание социалистического сектора села.

По имеющимся в Облздравотделе сведениям даже мероприятия, предусмотренные в первом плане и на выполнение которых областные организации постановили отпустить средства, на местах не выполняются. Окрисполкомы по местному бюджету урезали ассигнования и эта операция, как это ни странно, коснулась мероприятий в колхозах. Окрздравы не оказали должного в данном случае сопротивления, не проявили достаточной настойчивости в таком ударном, политически и хозяйственно важном вопросе, как обеспечение медсанпрофпомощью коллективизирующейся деревни. Окрздравы не поставили в известность Облздравотдел об указанном выше, чтобы последний мог поставить в соответствующих организациях вопрос о неотпуске в округах средств, запроектированных Облздравотделом для колхозов по согласовании с партийными, советскими и общественными организациями. Остается немедленно пересмотреть ассигнования внутри своего бюджета и полностью обеспечить мероприятия предусмотренные планом.

Происходящая на наших глазах грандиозная реконструкция села, громадные сдвиги в экономике, труда и быте крестьянства и темп этих сдвигов должны нас заразить своей стремительностью, сделать нас более поворотливыми в нашей деятельности. Из бесстрастных наблюдателей, честно выполняющих свои обязанности, мы должны стать горячими пособниками социалистического строительства на селе, стать его активнейшими участниками и скорее переключить нашу сеть и ее деятельность на новые формы, взяв темп окружающей нас жизни.



## Сеть новых мероприятий, намеченных в колхозах на 1929—30 год по плану Облздравотдела \*)

О к р у г а	Н а з в а н и е м е р о п р и я т и й																														
	Количество колхозов			Постоянные ясли		Количество расширенных больничных коек	Пункты Охматмлада	Пункты О. З. Д.	Санбюро	Детплощадки	Летние ясли		Акушерские пункты	Врачебные амбулатории	Врачебные пункты	Зубкабинеты	Венотряды	Достройка и постройка				Пункты Матмлада	Заготов. материалов для строит. больниц	Консультаций	Раз'езды, консультац.	Раз'езды, врачи постоян.	Угловков здоровья	Оспопрививательниц	Раз'ездных сезонных врачей	Раз'ездных сезонных фельдшеров	Аптечек первой помощи
				Количество ясель	К о е к						Количество ясель	К о е к						Больницы	Поликлиники	Я с л и											
	Количество	К о е к	Количество																		К о е к										
Коми-Пермяцкий	1	1	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Златоустовский	1	1	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Кунгурский	1	1	20 доб.	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Сарапульский	1	1	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Курганский	3	3	115	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Ишимский	4	6	220	5	1	1	1	2	9	290	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Ирбитский	2	12	645	5	2	1	1	4	20	710	6	1	1	1	1	1	1	1	20	2 <sup>1</sup> / <sub>120</sub>	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	
Шадринский	2	4	240	5	—	1	1	2	5	170	1	1	1	—	—	—	—	—	20	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	
Тюменский	2	6	335	—	1	1	1	4	2	70	1	1	1	—	1	1	1	1	20	1 <sup>1</sup> / <sub>73</sub>	1	—	1	—	—	—	—	1	2	—	
Челябинский	3	7	320	10	1	1	1	3	37	1120	8	2	—	—	—	—	—	—	1	1 <sup>1</sup> / <sub>65</sub>	1	—	1	—	1	—	—	—	4	—	
Всего	20	42	1970	33	5	5	5	15	73	2360	19	5	1	3	3	4	—	2	4 <sup>1</sup> / <sub>260</sub>	3	1	4	1	1	1	1	4	14	146		

\*) Мероприятия лечебные, санитарные и ОЗД должны быть проведены в жизнь полностью, Охматмлада и строительства частично, в виду неясности кредитов центра.



## План дополнительных мероприятий во вновь организованных колхозах

(при условии отпуска Облисполкомом дополнительных средств на эти цели)

О К Р У Г А	Врачебные амбулатории	Раз'ездные врачи	Раз'ездные фельдшера	Зубкабинеты	Аптечки первой помощи	Пункты ОММ	Постоян. ясли		Летние ясли		Акушерские пункты	Раз'ездные консультации	Санбюро	Вспомогательные сан-пункты	Саньставки	Вешпункты	Тубпункты	Пункты ОЗД	Детплощадки	Строит. больниц	
							Количество ясель	Койки	Количество ясель	Койки										Колич. больниц	Коек
Курганский . . . . .	2	2	2	1	40	1	6	220	30	750	2	—	1	—	—	1	—	1	4	1	60
Пермский . . . . .	2	3	3	1	40	—	5	150	20	500	3	1	1	—	—	1	—	1	4	1	70
Сарапульский . . . . .	1	2	2	—	30	—	5	150	20	500	3	1	1	—	—	—	—	1	4	2	—
Кунгурский . . . . .	2	4	4	1	55	1	11	370	40	1000	6	1	1	1	—	1	—	1	4	—	—
Тюменский . . . . .	2	4	4	1	55	1	11	370	40	1000	6	1	1	—	1	1	—	1	4	—	120
Троицкий . . . . .	1	2	2	—	20	—	5	150	15	375	2	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Свердловский . . . . .	2	3	3	1	40	1	6	220	20	500	3	—	1	—	1	1	—	1	4	—	—
Златоустовский . . . . .	1	2	2	—	25	—	5	150	20	500	3	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Ирбитский . . . . .	1	2	1	—	20	—	4	120	15	375	2	1	—	—	1	—	1	—	—	1	40
В с е г о . . . . .	14	24	23	5	325	4	58	1900	220	5500	29	7	6	3	5	5	1	6	24	5	290



# Химико-аналитический контроль лекарственных средств

А. Е. КОЛПАЩИКОВ

(Свердловская Химико-аналитическая лаборатория Акц. О-ва «Уралмедторг»)

Контрольные функции по проверке доброкачественности лекарственных средств, обращающихся на Урале, выполняет Свердловская химико-аналитическая лаборатория Уралмедторга, основные задачи которой: 1) анализы медикаментов и других предметов медицинского снабжения, поступающих в центральный склад Уралмедторга; 2) испытание доброкачественности фармацевтических препаратов согласно требований действующей государственной фармакопеи, выпускаемых из фармацевтических предприятий Уралмедторга и 3) различные анализы по поручениям органов здравоохранения.

Аналитическая лаборатория в том виде как она представляется в настоящее время создавалась не сразу, а образовалась и постепенно развивалась из аналитического кабинета для проверки медикаментов, учрежденного б. Екатеринбургским уездным земством. Регулярная деятельность лаборатории начинается с 1923 года и следующая таблица характеризует работу лаборатории с 1923 г. по 1929 год.

Г о д ы	Произведено анализов по группам				Итого анализов
	химических (качест. и колич.)	фармано-но- зических. (макр. и микр.)	галеновых препаратов	разных	
1923—24	98	9	38	35	180
1924—25	111	26	314	11	462
1925—26	143	56	407	8	614
1926—27	622	180	613	101	1516
1927—28	732	38	723	36	1529
1928—29	359	48	754	13	1174
Итого . . .	2065	357	2849	204	5475

Из отдельных препаратов, прошедших через аналитическую лабораторию и представляющих практический интерес, приводим следующее:

1) *Иод кристаллический*. По заявлениям фармотделения Свердловского Окрздравотдела в практике лечебных учреждений имелись случаи, когда настойка, приготовленная из этого иода, вызывала ожоги операционного поля и рук персонала. При тщательном анализе иода оказалось, что препарат представляет кристаллический иод, который после обработки, согласно указаний гос. фармакопеи VII изд., с раствором аммиака и азотно-серебряной соли, подкисленной азотной кислотой, дал помутнение, указывающее на присутствие следов трехлористого иода. Примесей неорганических соединений, цианистого иода, графита и др. в препарате обнаружено не было. Случаи ожогов иодной настойкой можно объяснить тем, что выделение и очистка кристаллического иода на фабрике производились не сублимированием, а при действии раствора хлорного железа с образованием при этом трехлористого иода, присутствие которого, как вещества едкого и сильно действующего на слизистую оболочку кожи, могло вызвать отмеченные ожоги. Наличием же 3-х хлористого иода можно объяснить и неприятный, удушливый запах, замечающийся иногда в иодной настойке при хранении.



2) *Настойка ночной красавки* (препараты фармацевтической лаборатории). Настойка, приготовленная из листьев от культивированного растения, содержала алкалоиды в количестве превышающем требования фармакопей. Разбавлением 70% спиртом настойка проводилась к стандарту.

3) *Масло подсолнечное* (Свердловский рынок). Согласно указаний гос. фармакопей VII изд. подсолнечное масло считается официальным полуфабрикатом при приготовлении фармацевтических препаратов, между тем, как масло, обращающееся в торговле, часто неудовлетворяет медицинским требованиям. Прежде всего нередко пробы представляли масло мутное с обильным довольно плотным осадком, цвета темно-желтого, удельный вес выше нормы, иодное число также выше указанного в гос. фармакопей. В нескольких пробах все данные говорили за то, что подсолнечное масло было фальсифицировано льняным маслом.

4 и 5) *Хлороформ и эфир для наркоза*. Через Аналитическую Лабораторию прошло большое количество образцов хлороформа и эфира для наркоза, из которых часть послужила материалом для тщательных наблюдений и проверки метода, указанного в гос. фармакопей. Здесь будет, кстати заметить, что испытание хлороформа на альдегиды с едким кали должно производиться особенно тщательно и применяющийся при анализе едкий кали должен быть абсолютно чистым и хорошо сохранившимся, т. к. окраска, указывающая на альдегиды, зависит не от испытываемого вещества, а от реактива, которым испытан препарат. Далее возможно, что абсолютно чистый едкий кали, но недостаточно хорошо сохранившийся от воздуха и вследствие этого сверху превратившийся в углекислую соль, даже в случае наличия в хлороформе альдегидов, окраски, указывающей на альдегиды, не даст.

Принимая во внимание, что при испытании таких препаратов, как хлороформ и эфир для целей наркоза, невыполнение в точности всех реакций, указывающих на примеси, может повести к губительным последствиям, необходимо пересмотреть фармакопейную реакцию на альдегиды и дать в этом смысле совершенно точные указания какой едкий кали должен применяться для указанных целей.

6) *Иод кристаллический фирмы Аткинсон, Лондон*. Образец содержал примесь треххлористого иода и железа, повидимому, в виде иодистого железа. По всем данным препарат представлял так называемый английский иод-сырец, применяющийся на химических заводах лишь как полуфабрикат и непригодный для медицинских целей.

7) *Сырой фенол (неочищенная карболовая кислота)*. Исследованные образцы содержали различное количество крезолов:

Образец № 1 . . . . .	38% крезолов.
» № 2 . . . . .	17% »
» № 3 . . . . .	49% »

Таким образом, все исследованные образцы не удовлетворяли требованиям гос. фармакопей. Здесь нужно заметить, что метод количественного определения крезолов, рекомендуемый фармакопей VII изд. непригоден для точной оценки достоинства товара, и из фармакопей при анализе сырого фенола можно пользоваться только качественным реактивом.

8) *Кефир сухой*. Уже внешний вид зерен, имеющий сероватый оттенок, вызывал сомнения в свежести фермента, а при микроскопическом определении в образце были найдены различные плесневые грибки. Практическое испытание, имеющее решающее значение для оценки препарата, подтвердило с полной очевидностью, что кефир вследствие долгого хранения, потерял свои ферментативные свойства и к употреблению был непригоден.

9) *Коллодий*. Содержание нитроцеллюлозы в исследованном образце оказалось вместо 4%, требуемых фармакопией, только 2,6%.



10) *Корневище валерианы* (из образцов произрастающих в Ирбитском округе). Корневище почти лишено эфирного масла, главного условия которым определяется качество товаров. Настойка, приготовленная из образца, слабо окрашена, имеет низкий удельный вес и совершенно незначительный сухой остаток. Микроскопическая картина корневища не характерна для медицинской валерианы. Растение это принадлежит к другим не медицинским видам валерианы.

11) *Толуол*. Образец содержал примесь тиотолонов и ненасыщенные примеси. Удельный вес, точка кипения также не соответствовали литературным требованиям. По всем данным образец представлял так называемый 50% бензол, состоящий из 43% бензола, 12% ксилола и 40% толуола.

12) *Вода дистиллированная*. С установкой в фармаблатории нового дистилляционного аппарата получаемая вода подвергалась систематическому анализу на химическую чистоту, согласно указаний фармакопей, VII изд. и потребовалось много времени, чтобы иметь достаточно чистый перегон. Аммиак, хлористые соли и органические загрязнения были частыми спутниками в получаемой воде. С изменением конструкции аппарата удалось добиться получения дистиллированной воды, выдерживающей все реакции фармакопей.

13) *Парафин твердый*. Характеристикой доброкачественности этого товара является, прежде всего, точка плавления, при чем по фармакопее препарата должен плавиться не ниже 71°; между тем были случаи, когда исследованные образцы плавились при более низкой температуре (52, 56, 61°), что понижало ценность товара.

14) *Глауберова соль*. Внешний вид товара: крайне загрязненные серые кристаллы и значительное содержание хлоридов в исследованных образцах указывали на то, что производство велось недостаточно тщательно.

15) *Экстракт солодкового корня*. В одной из партий, полученных для анализа, содержалась значительная примесь железа, причину которой нужно искать вероятно, в аппаратуре, служившей для производства экстракта.

16) *Серно-кислый барий для рентгенографии*. Принимая во внимание случаи наличия в этом препарате растворимых солей бария, аналитическая лаборатория была сугубо осторожна при даче заключений о годности препарата, применяемого для рентгеновских снимков. В одной из серий препарата, полученного от ГМТП, были обнаружены растворимые соли бария и на этом основании вся серия была забракована. Здесь надо добавить, что при исследовании сернокислого бария на растворимые соли метод гос. фармакопей VII изд. целесообразнее заменить следующим стандартом, предложенным Мерком: 10,0 сернокислого бария нагревают до кипения (при частом взбалтывании) с 10 к. с. 80 проц. уксусной кислоты и 90 к. с. воды, после охлаждения фильтруют и фильтрат до суха выпаривают на водяной бане. Остаток обрабатывают при нагревании 20 к. с. воды, фильтруют и к прозрачному фильтрату добавляют несколько капель разведенной серной кислоты. По прошествии часа жидкость должна оставаться совершенно прозрачной, помутнение же укажет на присутствие углекислых и других растворимых солей бария. Изложенный метод является достаточно точным.

17) *Пепсин*. Способы получения этого препарата, как известно, различны и все они сводятся к тому, что приготовленный препарат смешивается с индифферентными веществами, при чем наша фармакопея официальным считает пепсин, смешанный с молочным сахаром. При испытании доброкачественности этого препарата помимо реакции на идентичность и чистоту главным условием пригодности его нужно считать физиологическую пробу растворять белок и в этом отношении были случаи, когда исследованные образцы только на 50 проц. обладали указанной способностью.

18) *Настойка опия*. В одном случае исследованная настойка содержала безводного морфина вместо 1% только 0,75%

19) *Марля гигроскопическая*. Марля, получаемая за последнее время от Всероссийского текстильного синдиката, была вполне обезжиренной и в этом отно-



шении качество ее улучшилось, но ширина ее (12 — 14 сантиметров) и число нитей в кв. сантиметре (максимум 14 нитей) все еще оставляют желать лучшего.

20) *Рыбий жир*. Кислотное число, число омыляемости и иодное число предложенного образца не соответствовали медицинским требованиям. Образец представлял технический рыбий жир, непригодный для медицинских целей.

21) *Эфирный экстракт папоротника*. Исследованные образцы по количеству действующих начал уже приближались к требованиям гос. фармакопей, но были случаи, когда содержание действующих начал еще не вполне доходило до нормы (сырого филицина было найдено вместо 26%, максимум 21%).

22) *Вата гигроскопическая*. В одном случае исследованная вата содержала соли кальция и серной кислоты. Кроме того, остаток после эфирного извлечения содержал до 8% жиров, тогда как очищенная вата должна содержать жиров до 0,5%. Таким образом, требованиям, предъявляемым к гигроскопической вате, образец не удовлетворял.

23) *Настойка чилибухи*. Содержание алкалоидов в настойке, приготовленной из семян, полученных по Карскому импорту, оказалось меньше нормы фармакопей, вследствие чего настойку предложено было готовить в концентрированном виде (1 : 5) и затем доводить до нормы разбавлением 70° спиртом.

24) *Экстракт яблочно-кислого железа*. В одной из партий оказалось, что содержание железа в экстракте превышает требования фармакопей: вместо нужных 5% железа содержалось 9%. По указаниям фармотделения Облздрава было принято во внимание при изготовления настойки яблочно-кислого железа делать соответствующий перерасчет, чтобы приготовленная настойка удовлетворяла требованиям фармакопей.

25) *Иодная настойка 10%*. Были случаи, когда содержание свободного иода в настойке, взятой из аптек в расфасованном виде, вместо минимума 9,5% было 8 — 6%. Указанное обстоятельство лишний раз подтверждает нецелесообразность заготовки запасов настойки на продолжительный срок, а с другой стороны, выдвигает вопрос об изменении способа приготовления этого препарата.

26) *Горько-миндальная вода*. В виду недостатка горького миндаль этот препарат нередко готовится искусственно из водосинильной кислоты и, повидимому, является крайне нестойким, т. к. при хранении общее содержание синильной кислоты быстро уменьшается, вследствие чего терапевтическая ценность такого препарата сомнительна. В нескольких случаях такой препарат был нами забракован в виду того, что содержание цианистого водорода вместо 0,1% было всего лишь 0,02%. Несомненно целесообразно способ гос. фармакопей пересмотреть и горько-миндальную воду готовить по методу германской фармакопей из бензальдегид циангидрина.

Приведенные примеры с совершенной очевидностью иллюстрируют необходимость тщательного контроля фармацевтических товаров и дальнейшее развитие работы аналитической лаборатории должно находиться в соответствии с общими указаниями Наркомздрава по этому вопросу. Сравнительно большое количество образцов различных фармацевтических товаров, прошедших через аналитическую лабораторию, дало обширный материал для наблюдений, а также проверки методов исследования некоторых из них. В лаборатории начато несколько работ по применению методов физико-химического анализа при исследовании медикаментов (растворимость, температура плавления и др.).

На V Менделеевский съезд по чистой и прикладной химии была представлена работа, проведенная в нашей лаборатории на тему: «К вопросу о методах анализа торговых сортов опиума». Основные положения этой работы съездом одобрены и признаны целесообразными для включения в гос. фармакопею.

Как известно в отношении некоторых весьма важных лекарственных препаратов методы химического анализа не гарантируют фармакологическую ценность препарата и в этих случаях лишь биологическая стандартизация, давая



врачу препарат С НЕИЗМЕННОЙ И БОСТОЯННОЙ АКТИВНОСТЬЮ, обеспечивает необходимый фармакологический эффект. Сюда относятся: сердечные средства (препараты наперстянки, строфанта и чернопорки), препараты надпочечной железы (адреналин), мозгового придатка (питуитрин), малочные средства и другие. На этом основании ученым медицинским Советом Н.К.З. в Гос. фармакопее VII изд. введены требования физиологического испытания перечисленных препаратов и организация при аналитической лаборатории отделения для определения фармако- динамической ценности медикаментов является очередной задачей, разрешение которой заполнит существенный пробел в ее деятельности.

## По поводу статьи д-ра И. К. Курдова—„Обзор деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 г.“

(„Ур. Мед. Журн.“ № 9 1929, стр. 5)

Проф. М. А. РОЗЕНТУЛ \*)

Уж сколько раз твердили миру..., что советская медицина органически, по существу своему, медицина профилактическая. Пора прекратить разговор о врачах лечебниках, такие не могут и не должны существовать среди работников советской медицины. Можно говорить о врачах, плохо или хорошо проводящих в своей практической деятельности идеи советской медицины, т. е. рассматривающих болезнь и больного в социальном аспекте, и о врачах, не проводящих профилактических мероприятий, неверно и невежественно рассматривающих больного абстрактно, вне влияния среды и т. п. Принято называть санитарного врача профилактиком, полагая, что он «ex officio» бытием своим является врачом профилактиком. К сожалению, это для настоящего момента еще далеко не верно. Санитарный врач, не умеющий диалектически мыслить, не знакомый с социологией, экономикой сегодняшнего дня и не умеющий правильно определить свои задачи в процессе социалистического строительства, конечно, не врач профилактик в советском понятии. Так называемые лечебники, т. е. врачи, не проводящие в своей деятельности даже элементов профилактики, не соответствуют выполнению задач текущего момента, но сплошь и рядом не потому, что они не хотят или не понимают идей советской медицины, но потому, что организационные формы и методика работы тех больнично-амбулаторных учреждений, в которых они работают, остались дореволюционными. Изменился ли подход к больному в амбулаториях? Имеют ли амбулатории организационный аппарат для связи с массами? Пока нет, не имеют и потому главным образом не могут оздоравливающим образом действовать на те условия, которые обусловили заболевание. Отсюда те настойчивые требования о переводе амбулаторной работы на диспансерные методы и об организации более идеальных форм в виде создания единого диспансера. Ударной задачей отделов здравоохранения и является создание таких медицинских учреждений, организационное построение которых дало бы на 100 проц. врачу возможность проводить на практике идеи советской медицины. Тогда методика работы заставит нынешнего врача лечебника стать на деле профилактиком. Бытие определит сознание. Тогда не будет этого «разрыва между идеалами советской медицины и миросозерцанием врачей», о котором так много говорят в последнее время. И, если мы вновь повторяем эти ставшие сейчас уже азбучными истины, то только потому, что помещенная в «У. М. Ж.» в № 9 статья д-ра И.К. Курдова, к сожалению, напечатанная без редакционных примечаний, содержит, на

\*) Примечание: Помещая статью проф. Розентул М. А. редакция считает необходимым отметить, что с рядом положений автора редакция согласиться не может.



наш взгляд, ряд абсолютно неверных положений. Вместо того, чтобы на основании «Обзора деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 г.» прийти к верным положениям в 1930 году, д-р Курдов зовет нас назад не то к земской медицине, не то еще подальше, к Гиппократу, (точно разобраться в этом у нас не было особого желания). Вот что пишет на стр. 9-й д-р Курдов: «В вендиспансерах принято 73,8 тыс. больных и здоровых. Больных кожными и мочеполовыми болезнями было принято 34,6 тыс., а венерическими 26,2 тыс. Таким образом, в работе вендиспансеров преобладают венерики, отвлекая тем самым врачей от их прямой работы» (курсив мой — М. Р.). «Не венерики» — следовательно, не только прием больных кожными и мочеполовыми болезнями, но и прием здоровых лиц отвлекал врачей вендиспансера от их прямой работы. До сих пор мы считали и считаем, что первой, а, следовательно, прямой и основной задачей врача вендиспансера является обнаружение индивидуального и социального источников инфекции и оздоровление их путем соответствующих профилактических мероприятий. Пора ведь знать, что мы рассматриваем болезнь с точки зрения влияния среды на индивидуум и коллектив и в равной мере принимаем во внимание обратное отношение — влияние болезни на социальную среду, окружающую больного. Мы ни на минуту не можем упустить из виду непреложный факт, на который в своей санпросветительной работе обращаем сугубое внимание широких масс, что сифилисом и гонорреей можно болеть и служить источником заражения окружающих, не зная того, не подозревая о своей болезни, и что только врач специалист в диспансере может во время открыть глаза на существующую болезнь, а вместе с ней и на опасность как для самого больного, так и для окружающих. Не говоря уже о женской гоноррее, о *syphilis ignorata*, стоит упомянуть о ряде сифилитических заболеваний полости рта, весьма заразных, но протекающих для больного незаметно. Человек, считающий себя здоровым, далеко нередко оказывается больным сифилисом или гонорреей.

Эту азбучную истину сам автор тут-же доказывает цифрами: «Вне диспансеров обследования дали в 1927 г. 5,8 проц. венериков». И чем больше здоровых лиц обратится за проверкой своего здоровья в вендиспансер, тем больше данных утверждать, что санпросветработа диспансеров принесла реальные результаты, она проникла в толщу масс. Массы сознали лозунг: «Здоровье трудящихся — дело самих трудящихся». Было бы идеалом, ярким достижением диспансеризации, если скажем, решительно все беременные женщины своевременно прошли бы через диспансер. И обслуживание таких лиц, оказавшихся, к счастью, «не венериками», д-р Курдов считает балансом, который отвлекает врачей вендиспансера от «их прямой работы». Также никак нельзя согласиться, что прием больных кожными болезнями является помехой в работе вендиспансера. Прежде всего, ведь не спроста кожные и венерические болезни соединены в одну общую научную дисциплину? Всякому врачу, даже врачу не специалисту, известно, каким разнообразием клинических форм отличаются явления сифилиса на коже. «Сифилис — великий симулянт», он, «как обезьяна, копирует симптомы других кожных заболеваний». И как часто приходится не без труда решать вопрос, с чем имеешь дело — с невинной болезнью кожи или с сифилисом? Для решения этой задачи иной раз приходится прибегать и к конфронтации и к терапии *ex juvantibus*. Парасориаз или сифилис? Особенно в случаях парасориаза с лейкодермой. Таких примеров при желании можно привести много. Или еще рельефнее. В процессе лечения сифилиса у больного появилась сыпь в виде красного плоского лишая (сальварсанный дермотит). Что делать в этих случаях? По д-ру Курдову (стр. 14 № 9) надо «вендиспансеры освободить от лечения кожных и мочеполовых заболеваний, открывая в общих амбулаториях специальные приемы по этим болезням» (курсив мой. М. Р.), т. е. направить больного в общую амбулаторию на прием по кожным



болезням, где больной в силу уже объективных условий будет осмотрен совершенно абстрактно. Кому от этого польза? Пользы никакой, а вреда много и не только потому, что больного будут гнать из одного учреждения в другое, а главным образом потому еще, что больной, рассмотренный абстрактно, вне связи с предшествовавшей болезнью, лечением, должен получить мышьяковистое лечение, которое и вызовет летальный исход. С другой стороны, никуда не годится, если сифилидолог будет лечить сифилис, не учитывая состояния кожи (себорройный статус, экзема и прочие явления сенситивности кожи). Сюда же, конечно, относятся и гонорройные дерматозы.

Вендиспансер (его можно назвать и кожно-венерологическим, но дело, конечно, не в названии) представляет собой учреждение, в котором на ряду с соответствующей организацией, характеризующей диспансер как профилактическую единицу, имеется опыт и соответствующая задачам советской медицины методика работы, и неужели не в его ведении должны находиться клинически родственные кожные болезни, болезни, принадлежащие бесспорно к группе социальных. Неужели еще надо доказывать, что парша, трихофития, чесотка, проказа, и т. д. болезни типично социальные, и что с ними мы должны бороться аналогичными методами, как и с сифилисом? Разве парша, чесотка, микроспория, пруритог и т. д. не есть результат социальной дисгармонии? И всякая кожная болезнь, будь это чесотка, экзема, асептическая, дерматит от примулы и т. д. требует прежде всего оздоровления труда и быта. В этих мероприятиях на 100 проц. лежит залог успеха нашей терапии. Кроме всего, хотя мы и говорим, что сифилис не позор, а несчастье, все-же это еще далеко-далеко не осознано массами, и организация вендиспансеров только для лечения венерических болезней отпугнет не малое количество больных, нуждающихся в помощи диспансера. Кстати, что понимает под мочеполовыми болезнями д-р Курдов? Сюда ведь входят гоноррейные, постгоноррейные и негоноррейные заболевания (уретриты, простатиты, эпидимиты, везикулиты и т. д.) мочеполовой сферы, этиологическую грань между которыми не легко и не всегда удастся твердо установить.

Автор пришел и к другой ошибке, мимо которой пройти мы не можем. На стр. 9 автор пишет: «количество сократилось за год с 42,4 тыс. до 26,2 тыс. или на 38,3%. Эти цифры подтверждают ослабление распространения венерических болезней среди трудящихся масс». Не диалектический подход привел к ошибочному оптимистическому выводу, так-как автор взял статистику венерических, не учтя динамику их. Какие венерические болезни снизились, какие формы? Быть может, убавился гоноррейный, третичный, латентный сифилис, но *lues II* *stadium* остался стабильным? Быть может, даже проявилась отрицательная сторона работы вендиспансеров, — исчезли больные без видимых явлений, нуждающиеся в повторном лечении? А гоноррея? По данным нашей клиники, диспансера, по данным НКЗ, гоноррея несколько не проявляет тенденции к снижению, и этот факт заставляет нас бить тревогу, а не успокаивать общественное мнение неверным оптимизмом, основанным на оценке суммарных цифр, без учета их сущности и содержания. «Число, говорит Энгельс, есть чистейшее известное нам количественное определение. Но оно полно качественных различий» (Диал. природы).

В заключение нельзя не удивиться довольно оригинальному единству противоположностей, когда в том же номере журнала, в статье «К вопросу о едином диспансере», принадлежащей перу другого работника Облздрави и помещенной непосредственно рядом со статьей д-ра Курдова, читаешь (стр. 17): «нужно создать такую обстановку, при которой врач легко мог бы связаться при осмотре больного с врачами других специальностей, при которой результаты всех исследований не будут пропадать, а находиться в одном санитарном журнале, при которой не будет траты сил на ненужную, а иногда и параллельную работу над больным». Вот безусловно верное определение одной из очередных и ударных задач здравоохранения.



# Мой ответ проф. Розентулу М. А.

И. К. КУРДОВ

В моем «Обзоре деятельности учреждений здравоохранения на Урале в 1928 г.» по работе вендиспансеров было отмечено, что из 73,8 тыс. первичных больных и здоровых, прошедших через них, на долю больных кожными и мочеполовыми болезнями приходилось 34,6 тыс., а венериков 26,2. В заключительной части статьи сказано было, что, так как не венерики, превалируя над венерическими больными в вендиспансерах, отвлекают венерологов от их прямой работы, то желательнее освободить вендиспансеры от лечения кожных и мочеполовых заболеваний, открывая в общих амбулаториях специальные приемы по этим болезням.

Эти строки вызвали резкие возражения и критику со стороны проф. Розентула. Он находит совершенно неправильным выделение приема кожных больных из вендиспансеров в общие амбулатории и стоит за приемы в вендиспансерах той и другой категории больных. Мотивировка его мнения сводится к следующему:

1. Кожные болезни являются такими же социальными болезнями, как и венерические, а потому выделение их из вендиспансеров в общие амбулатории поставит больных вне воздействия санитарно-просветительных и прочих профилактических мероприятий, предоставляемых диспансерами.

2. Кожные и венерические болезни соединены в одну общую научную дисциплину и дифференциальная диагностика между сифилитическими и не сифилитическими поражениями кожи часто бывает весьма трудна; поэтому разделение приемов приведет лишь к напрасному хождению больных из одной амбулатории в другую, а лечение может пострадать, если дерматолог не будет знать об имеющемся у больного сифилитическом страдании, а венеролог не будет учитывать состояния у него кожи.

3. Вместе с переводом кожных больных из вендиспансеров последним придется отказаться от приема здоровых лиц, которые также отвлекают врачей вендиспансеров «от их прямой работы», а между тем осмотры здоровых — одна из основных задач вендиспансеров.

4. Выделение приема кожных больных в общие амбулатории идет в разрез с идеей единого диспансера, которую в той же книжке нашего журнала проводит статья д-ра Когана, и тем самым нарушается единство редакторского руководства.

Рассмотрим каждое из этих возражений. Почему проф. Розентул думает, что перенос кожных приемов в общие амбулатории лишит их благ применения диспансерного метода? Ведь он не считает диспансерный метод исключительной привилегией диспансеров и наравне с нами находит, что амбулатории проникаются духом профилактики и чем дальше, тем все чаще и больше станут проводить в своей работе диспансерный метод. С другой стороны, не надо закрывать глаза и на то, что наши вендиспансеры в отношении диспансеризации стоят далеко не на должной высоте. При многочисленных моих обследованиях округов я убедился, что нередко санпросветительная, обследовательская работа и оказание разных видов социальной помощи в вендиспансерах поставлены слабо, а советы социальной помощи или отсутствуют, или числятся только на бумаге. Одной из главных причин этого врачи выдвигали перегруженность их амбулаторной, а иногда и станционной работой в венерических отделениях окружных больниц (вместо нескольких диагностических коек). В результате всего этого неудивительно, если сглаживается разница между приемом больных в общей амбулатории и в вендиспансере. При таких условиях естественно ожидать, что с освобождением амбулатории вендиспансера от половины больных качественно и ко-



личественно повысится профилактика венеризма, для борьбы с которым и созданы были вендиспансеры. Такого же взгляда держится и инспекция социальных болезней Облздравотдела.

Что касается второго пункта возражений, что кожные болезни соединены в одну научную дисциплину, то это не существенно и больше имеет место в отношении преподавания их на медфаке, нежели в учреждениях здравоохранения. Дерматология достаточно дифференцировалась от венерологии, чтобы нельзя было говорить об их отделении на практике, если это требуется в целях качественного улучшения постановки помощи определенной группе больных. По аналогии можно сослаться на тубдиспансеры и малярийные пункты, где прием ограничивается узким кругом больных, хотя связь туберкулезных и малярийных заболеваний с прочими внутренними не менее очевидна. В отношении «симулирования» других болезненных форм малярия смело может быть поставлена рядом с сифилисом, и это не мешает малярийным отрядам и пунктам успешно работать в своей отрасли. Если дерматолог и венеролог будут достаточно сведущи в обеих дисциплинах, то диагностические ошибки, которыми запугивает нас профессор, будут встречаться не чаще, чем теперь.

Далее проф. Розентул приписывает мне мысль, которой у меня никогда не было и которую я не высказывал, будто вендиспансеры должны отказываться от осмотров здоровых, обращающихся туда в обследовательских целях. Это, конечно, прямая их работа, и возмущения профессора направлены совершенно не по адресу.

Проф. Розентул утверждает затем, что выделение приемов кожных больных из вендиспансеров расходится с идеей единого диспансера, что совершенно неверно. При едином диспансере нет отдельных, самостоятельных, не связанных с общей амбулаторией диспансеров, и приемы не только кожные, но и венерические сосредоточиваются в поликлинике, которая и должна проводить всю диспансерную работу. Поэтому не вендиспансер будет обрастать новыми амбулаториями и поглощать работу общей амбулатории, а он сам вольется в единую амбулаторно-диспансер. Следовательно, никакого противоречия между вхождением в единый диспансер одного ли кожного приема или всего вендиспансера в целом нет и быть не может. И, если после полного слияния вендиспансера с поликлиникой, потребуется там отделить кожный прием от венерического, то это будет сделано без всякого вреда для больных.

Проф. Розентул упрекает меня в том, что, отметив сокращение в 1928 г. числа обращений венериков в вендиспансеры на 38,3%, я ограничился констатированием этого факта, не выяснив отдельные категории венбольных, давших снижение и оставшихся стабильными. Это произошло не вследствие моего невежества или легкомыслия, как это думает проф. Розентул, а по той простой причине, что в моем распоряжении таких материалов не имелось. В заключение нельзя умолчать о том, что статья проф. Розентула проникнута рассуждениями резко полемического характера и обвинениями меня в непонимании значения профилактики лечебного дела, незнании принципов советской медицины и в частности, диспансеризации, в отсталости и прочих грехах. На эту часть статьи я не считаю нужным отвечать, во-первых, потому, что она не имеет прямого отношения к существу нашего спора, а, во-вторых, носит характер личных выпадов, не интересных для читателя, который и без того сумеет разобраться в том, действительно ли моя компетенция в организационных вопросах советской медицины ниже, нежели у моего строгого критика.



# Санитарное состояние и медпомощь на лесозаготовках в Ирбитском округе

(По материалам спец. бригады Облздрави и Обкома МСТ)

д-р ЛУКАНИН В. П.

Одним из богатейших лесных массивов восточных склонов Урала обладает Ирбитский округ, где имеется более 6 миллионов га древесины. Если еще принять во внимание наличие здесь системы рек, по которым весьма удобно сплавлять лесные материалы к основному центру, то будет вполне понятно то внимание, которое уделяется Ирбитскому округу со стороны лесозаготовительных организаций. Ирбитский округ, кроме того, что дает и рабочую силу для лесозаготовок на месте, еще выделяет огромное количество лесорубов, лесоводов и т. п. для других лесистых округов. По данным Окрисполкома, около 40 тыс. человек рабочей силы должен в 1929 — 30 г. выделить Ирбитский округ. Тысячи лесорубов, тысячи крестьянских подвод идут по всем направлениям округа и по замерзшей тундре, и по дебрям векового леса. Там, где только что еще ночевал в берлоге медведь, звенит топор, строятся просторные бараки, идут обозы с провизией и пр. Сосредоточенные лица лесорубов говорят об осознанной ими грандиозной задаче индустриализации страны и полны готовности приступить к этой тяжелой ответственной работе.

Какова же была подготовка к лесозаготовкам заинтересованных в этом деле организаций округа? На 1 декабря 1929 года в Ирбитском округе работали 4 основных лесозаготовителя: П. Ж. Д., КУ, Окрлесхоз и Кустпром т-во с количеством рабочих около 11 тыс. человек, из них застрахованных около 4 тыс. человек. Лесорубов числилось несколько меньше половины и около 6500 тыс. лесовозов с более чем 8 тыс. лошадей. Лесозаготовители план кампании недостаточно проработали. Создается впечатление, что кампания их застала врасплох. В то время как лесозаготовки должны быть в разгаре в ноябре, лишь в декабре лесозаготовители могли набрать, и то не полностью, рабочую силу и обеспечить ее жилищем, продуктами питания и проч. Еще и теперь, в середине января 30 года, некоторые организации не закончили постройку бараков, а имеющиеся бараки недостаточно удовлетворительны в санитарном отношении. Некоторые лесозаготовители выполнили строительную программу лишь на 6,1 проц. Хотя общее впечатление от большинства бараков более или менее удовлетворительно — высокие, просторные, светлые помещения, с топчанами вместо нар, с отдельными сушилками, кухнями, столовыми, но все еще имеется много недочетов. Во многих бараках сушилки до смешного малы, помещены в центре барака. Бараки недостаточно приспособлены, нет отделения для умывальников, вентиляторов, недостаточно искусственное освещение, железные печи вместо кирпичных; в некоторых бараках нет баков с остуженной кипяченой водой, в других настолько холодно и сыро, что мы наблюдали несколько случаев серьезных простудных заболеваний. По данным Окргдравотдела на 1-XII — 29 г. мы имели следующую картину в отношении жилищ:

Количество бараков		Двойные рамы		Сушилки		Кипятильники		Умывальник.	
Сухих	Сырых	Есть	Нет	Есть	Нет	Есть	Нет	Есть	Нет
28	27	49	6	4	12	49	6	51	3

Если в большинстве бараков нет особенной скученности, то положение лесорубов и лесовозов, располагающихся в близ лежащих деревнях, в этом отношении очень печально.



Культурное обслуживание во многих бараках весьма слабо. Союзом куплены балалайки, но не выписаны газеты, нет литературы, нет руководителей. Но, с другой стороны, есть бараки, где проведено радио, в лесу в расстоянии сотен километров от проезжей дороги.

Если недостаточно подготовились профсоюзные и хозяйственные организации, то это же следует сказать и в отношении медикосанитарного обслуживания. Не было достаточно директив из области; например, предписания областного здравоотдела получить аптечки Ирбитским округом получены лишь в начале декабря месяца. Положение с медпомощью в Ирбитском округе было настолько плохо, что исполкомом был снят с работы заведующий окружным здравоотделом; в настоящее время оно несколько улучшилось. По данным Ирбитского здравоотдела медикосанитарное обслуживание лесозаготовок в отдельных районах представляется в следующем виде:

В Табаринском районе — 11 бараков. К Носовскому фельдшерскому пункту прикреплен 1 барак, Пальминскому 3, Аверинскому 3, Татаринскому 3, Табаринской больнице 3. Аверинский и Пальминский фельдшерские пункты открыты специально для обслуживания лесозаготовок. Аверинский фельдшер выезжает туда 4 раза в месяц. Заведующий врачебным уч. врач Семакова уже два раза обследовала все бараки района, при чем в последний раз произведен поголовный осмотр всех рабочих. По обслуживанию лесозаготовок Туринского района выделены фельдшерские пункты: Фабимение, Поречье и Николаевское. Кроме того, по совместительству для обслуживания лесозаготовок назначен врач Ракитин, который произвел уже обследование всех бараков. Для рабочих в Туринской больнице выделено 10 коек. По Благовещенскому району лесозаготовки прикреплены к 2-м фельдшер. пунктам — Санкинскому и Коршайскому. Для усиления работы по обслуживанию рабочих в Санкинском лесничестве здравоотделом был направлен второй фельдшер, но лесозаготовительная организация от него отказалась. Врач этого района обследовал уже все лесозаготовки и материал представил в здравоотдел. В Тавдинском районе специальный фельдшер обслуживает Азанку. Остальные бараки обслуживают фельдшера Тавдинской больницы. Приходится отметить недостаточное обслуживание на Азанке — одного фельдшера мало. В Ирбитско-Заводском районе имеется отдельный фельдшер, который работает на лесозаготовках. Для пригородного района на ст. Лопатково выделен отдельный фельдшер, который ведет работу на лесозаготовках. Рабочие в Ницинском лесничестве обслуживаются Ницинским врачебным пунктом. Обследование бараков произведено врачом, а текущее наблюдение производится фельдшером. Аптечки имеются во всех бараках, всего 131 аптечка, которые, как указано, пополняются через 10 дней.

За это время санитарным надзором (врачем Мехоношиной) были обследованы лесозаготовки Тавдинского района. Окружным санитарным врачом Кузнецовым произведено обследование Табаринского района. Отмечаются в некоторых бараках: скученность, плохо пригнанные и замазанные рамы, неправильно устроенные нары и др. дефекты санитарного порядка. Бани имеются почти во всех бараках, большинство их удовлетворительно и со значительной пропускной способностью.

С водоснабжением не везде благополучно, но есть курени, где пользуются водой из болот. По площади пола, кубатуре, световому коэффициенту бараки удовлетворяют требованиям, предъявляемым к этого рода постройкам. Нары отсутствуют во всех бараках; в бараках ПЖД топчаны, но они так сдвинуты, что ничем не отличаются от нар. Вообще же бараки хорошо пригнаны и если бы не было скученности, то производили бы удовлетворительное впечатление. Ни в одном бараке нет общественного питания; некоторые коммуны питаются артельно, но, как правило, общественное питание отсутствует. Мяса недостаточно (1000 грамм на человека в неделю), суп готовят без всякой приправы. Имеющиеся на складах крупы берутся очень неохотно. На одном складе обнаружен горох, но его никто



не берет и пришлось провести отдельную беседу на этот счет. Готовят каждый для себя, поэтому рабочие вынуждены вставать в 2—3 часа, чтобы готовить себе пищу. Печеный хлеб возят из дому. Выпечка при бараках не совсем удовлетворительна: хороший хлеб редко выпекается, что зависит от низкой квалификации пекарей.

Впечатление бригады о состоянии медпомощи и условиях труда на лесозаготовках могло составиться лишь из беглого осмотра взятых на выдержку некоторых пунктов лесозаготовок. Бригада была ограничена и временем и средствами. После предварительных совещаний с Оргбюро лесхозрабочих, Окспрофбюро, Окстрасхассой, Союзом Медсантруд, особо уполномоченным по лесозаготовкам, Окрисполкомом, внимание бригады остановилось на наиболее удаленном и мало обеспеченном медицинской помощью Благовещенском районе, в котором расположено около 40 барачных лесорубов. Бараки весьма удалены от ближайшего врачебного пункта, крайние северные бараки, примерно, на 110 верст. Осмотр лесозаготовок шел по следующему маршруту: лесозаготовки в окрестностях Туринска и по линии железной дороги Туринск — ст. Азанка. Эти пункты были взяты, как считавшиеся здравотделом более благополучными в медикосанитарном отношении. Дальше были обследованы Благовещенская больница, с. Санкино с его лесозаготовками, расположенными на 610 верст к северу от с. Санкино и далее бараки в районе Дубровина, что в 25 верстах южнее Санкино.

Нами прежде всего были осмотрены бараки в 8 — 14 верстах от поселка Фабричное имение, где построенный фельдшерский пункт организован специально для лесозаготовок. Несмотря на это, два старых барака на 8-й версте от Фабричного имения совершенно непригодны для жилья: полуразвалившиеся печи, промерзающие насквозь стены, отсутствие сушилок. Наблюдение за аптечкой поручено было малограмотной сторожихе, у которой рабочие растащили аптечку; она не могла даже дать нам нашатырный спирт, от ожога дала зеленое мыло. Санитарное состояние барачных бараков было таково, что нами предложено немедленно их закрыть.

Благовещенский район с 25 тысячным населением, где сосредоточены большие лесозаготовительные операции П. ж. д. и Кустпромлесоюза, обслуживается Благовещенской больницей с одним врачом. Находящийся от больницы примерно, в 40 в. Коршайский врачебный пункт, вместо положенных по штату врача, 2-х фельдшеров и акушерки имеет лишь одного ротного фельдшера, обслуживающего переселенцев, местное население и лесные бараки с количеством около 600 лесорубов. В селе Дубровино, в 30 верстах от с. Благовещенского, имеется небольшая контора П. ж. д. В бараках около Дубровино и в нем самом размещается до 800 человек лесорубов и лесовозов. Бараки отличаются теми же недочетами, что и в других местах. Аптечки размещены в особых шкафиках, фельдшер посещает бараки через 7 — 10 дней. В селе Санкино расположен фельдшерский пункт с 2-мя ротными фельдшерами, который обслуживает участок Санкинского лесничества и население окрестных деревень. Лесорубы и лесовозы в количестве примерно, 500 человек размещены частью в с. Санкино, частью в недавно отстроенных и еще достраивающихся бараках, тянувшихся в глухом лесу на расстоянии слишком 60-ти верст от Санкино к северу.

Бараки просторны, с вполне достаточным содержанием воздуха, но, так как они только что отстроены из сырого леса, в них сыро, в некоторых со стен еще течет. Часть барачных бараков имеет в общем такие же недочеты как и в других местах: вентиляторов или форточек недостаточно, в некоторых нет баков для кипяченой и остуженной воды, печи везде железные, сушилки недостаточных размеров, умывальники в некоторых бараках прямо над нарами. Во всех бараках устроены нары; аптечки снабжены памятками и инструкциями и систематически пополняются. Фельдшер посещает бараки еженедельно, но и здесь бывали в бараках случаи неправильного обращения с медикаментами, как, например, смазывание цинковой мазью раздробленного на работе пальца. Вода в бараках берется или



из колодцев, или из протекающих около речек; в одном из барачков вода совершенно непригодна к употреблению. Общественного питания нет. Продуктами лесорубы более или менее удовлетворительно снабжены, но обычно варится мясной суп без приправы. И лесорубы жалуются лишь на недостаток сахара и мяса. Отмечается скудность в бараках в 60-ти верстах от Санкино ввиду того, что здесь не все бараки готовы.

Санкинский фельдшерский пункт помещается в тесной комнатке за деревянной перегородкой. На нем нет термометров, бритвы, стетоскопа, иглы к шприцу и т. п.; ожидальня холодная, маленькая. Пункт хозяйственно обслуживается весьма плохо: из-за отсутствия дров недавно лопнула от холода бутылка с дистиллированной водой. Вообще пункт производит тяжелое впечатление, хотя должен обслуживать не только лесорубов, но в будущем и сплавщиков леса.

Тяжелое впечатление производит и Благовещенская больница, где один врач не может справиться с обслуживанием такого большого района. Больница плохо снабжена продуктами питания. В течении месяца уже нет круп, мяса, хотя в больнице лежат и лесорубы. Персонал заявил, что он голодает, что ему ЦРК не отпускает полагающийся паек. Отношение РИК к больнице крайне невнимательное: высланные медикаменты для больницы в течении продолжительного времени не выкупались и железной дорогой были предназначены для аукциона, так как РИК не отпускал для выкупа медикаментов денег, несмотря на многократные просьбы врача. Когда же поступил запрос от здравотдела, почему медикаменты не выкупаются, предрик'а сделал врачу строгий выговор «за халатное отношение к делу». Все это творится в центре лесозаготовок.

Здравотделом даны указания врачам, посещающим бараки, составлять соответствующие акты с предложением хозяйственным организациям в тот или иной срок устранить найденные недочеты. Нами были взяты на выдержку несколько таких актов для проверки, как выполняются хозяйственниками сделанные врачом предложения и в особенности в отношении снабжения аптечками. На основании договора хозяйственники обязались снабдить аптечками все бараки. На деле предложения здравотдела выполняются хозяйственниками весьма неаккуратно, при чем последние иногда вторгаются в неподлежащую им область. Например, Пермская жел. дор. отказалась от посылаемых фельдшеров, а КУЛ от обслуживания Сарагульских барачков фельдшером, находящимся в 6-ти верстах от барачков, заявив, что ему удобнее пользоваться услугами фельдшера со ст. Азанка, что в 16-ти км. от ст. Сарагулка. В отношении посещения барачков врачами надо сказать, что лишь в Туринском районе участковым врачом делались систематические и довольно частые об'езды барачков. В других районах, например, в Тавдинском, где имеется 6 врачей, врачебных об'ездов не было и фельдшера, за исключением Санкинского и Туринского районов, сравнительно редко об'езжали бараки.

На лесозаготовках работают крестьяне — лесорубы и лесовозы, кроме того, большое число рабочих на постройках барачков, бригады — комсомольцы на исправлении дорог и т. д. Среди крестьян есть подростки и старики; много рабочих страдает грыжей. Вообще в пунктах, где население и раньше занималось лесосплавом и заготовкой леса, бросается в глаза огромный процент всевозможных грыж. Травматизм на лесозаготовках довольно значителен: всего за первый квартал зарегистрировано 126 несчастных случаев, из них 3 тяжелых (переломы) и 1 смертельный (падение вершины на голову). Заболеваемость рабочих пока не особенно велика, но все врачебные пункты вблизи лесозаготовок загружены огромным числом желающих по болезни освободиться от наряда на лесозаготовки.

В смысле эпидемических заболеваний на лесозаготовках было благополучно, за исключением Туринского района. Здравотделом тотчас предложено принять соответствующие санитарные мероприятия, но на месте почти ничего не было сделано, хотя предписание от санврача имеется. Поставлено на вид санитарному



врачу округа недостаточно энергичное проведение в жизнь санитарно-профилактических мер.

Причины указанных недочетов кроются не только в недостаточном количестве медработников, но и в недостаточно внимательном отношении к делу соответствующих организаций. В первую очередь, на определенные финансовые издержки должны идти лесозаготовители, они же должны обратить внимание на правильную организацию работ. Далее, органы советской власти на местах должны были чутко относиться к требованиям медработников. Наконец, и медицинская организация должна проникнуться мыслью о необходимости более четкой и энергичной работы на местах, учтя своеобразные требования организации лесозаготовительных работ. Облздравотдел в этом отношении обязан составить общий план организации медпомощи на лесозаготовках на началах, отличных от обычной участковой сети. В первую очередь должно быть идеально поставлено дело срочной доставки раненых и больных к определенным медпунктам. Необходимо организовать определенный штат раз'ездных работников, которых снабдить продуманной и согласованной с заинтересованными организациями инструкцией. Инструкции должны быть составлены для лиц, на коих возлагается обязанность наблюдения за аптечками. Должны быть намечены определенные формы регистрации больных и несчастных случаев и форма отчетности\*). На санитарное просвещение и снабжение лесозаготовок сан-просвет-литературой Облздравотдел должен обратить серьезное внимание.

## Санитарно-жилищные условия и быт лесорубов Пермского округа

(По материалам спец. бригады Облздрава и Обкома МСТ)

д-р ЯКОВЛЕВ А. И.

Из рассмотренных «дел» в Окргздраве по лесозаготовкам было установлено, что до начала января к медико-санитарному обслуживанию лесорубов все организации относились хладнокровно. Решения, постановления, резолюции и отписки не сдвинули медико-санитарную помощь ни на шаг. Хозяйственные организации, союзы Рабземлеса и МСТ, страхкасса, окргздрав и прочие заинтересованные организации, получая с мест массу заявлений о неблагополучии с медпомощью, ждали, когда эта работа примет ударный характер, чтобы проявить свою деятельность.

К первым числам января на лесозаготовках в Пермском округе работало около 70000 лесорубов, из них 46400 коновозов. Из производственного плана заготовить дров 4024680 к. м. и стройматериала 1624716 куб. м. исполнено только 29,7%. Предстоит большая, тяжелая и напряженная работа, которую нужно закончить в марте месяце.

Обследование лесозаготовок было произведено в северной части округа (Ползня, Добрянка и Пермское). Лесорубы размещены по баракам и частным квартирам сел и деревень. Бараки, рубленные из бревен, трех типов. Первый тип—это старые бараки с наведенными 3—4 венцами, без сушилок; второй тип—построенные в 1928 году с сушилкой, отделенной капитальной стеной; третий тип—постройки последнего года; сушилка отсутствует. Бараки обычно ставятся без участия санитарного надзора, почему имеют большие недостатки: отсутствие специальных сушилок, недостаток светового коэффициента и вентиляции, от-

\*) Формы регистрации и отчетности Облздравом выработаны и разосланы местам. (Прим. Редакции)



сутствие земельных выходов для хранения овощей, а при некоторых бараках-бань и уборных. Жилая площадь в бараках рассчитана на размещение от 30 до 100 человек. Во всех бараках имеются нары, освещение керосиновое, отопление железными печами, оконные рамы одинарные.

Содержатся бараки в самом антисанитарном состоянии. За соблюдением чистоты и порядка никто не наблюдает, несмотря на то, что в каждом бараке имеется сторожика-уборщица. Грязь повсюду,—на полу, нарах, и пр. Имеющиеся баки для кипяченой воды наполнены сырой водой, умывальники для 35-40 человек с одним соском, мыла при них нет, хотя на складах леспромхозов запасы мыла имеются в большом количестве. В бараках нет плевательниц, мусорниц, ведер для грязной воды, воздух спертый, насыщен парами просыхающих полотняных, лаптей и штанов. В бараках второго типа живут в сушилках и сушат там, где спят. Часть барачников заселена густо.

При базах Леспромхозов организованы ларьки Ц.Р.К., из которых продукты лесорубы получают по выработочной норме. Ассортимент продуктов: хлеб, мясо, рыба, крупа, масло и сахар. Нормы мяса 1 килогр. на неделю и масла 500 грамм на месяц нужно признать при такой тяжелой физической работе недостаточными. Из-за продолжительного времени варки крупа в пищу применяется редко. Питаются лесорубы каждый отдельно.

Культурно-просветительная работа отсутствует: нет ни плакатов, ни книжек. Газеты приходят мешками один раз в 2—3 недели, и к старым газетам никто не прикасается. Навещают лесорубов со стороны крайне редко; в некоторых бараках с начала сезона не был никто: ни врач, ни фельдшер, ни союз. Медицинская помощь на лесозаготовках выразилась лишь в присылке аптечек первой помощи и то не во все бараки. Пользовались аптечками анархически. Медикаменты применяются или неумело, или используются для других целей: «душистые» капли—в табак, нашатырный спирт—в баню и т. д. Медицинский осмотр лесорубов не проводится; за помощью лесоруб обращается в ближайший медучасток на расстоянии от 2 до 40 километров. Инфекционных заболеваний среди лесорубов не встречалось, травмы не часты. Скученность в бараках, близкое общение лесорубов с жителями сел и деревень, отсутствие санитарно-просветительной работы, текущее рабочее, приходящих на работу с разных концов РСФСР, вшивость деревень—все это создает большие опасения за возможность появления паразитарных тифов.

В начале и первой половине января Пермский Окргдрав послал на лесозаготовки 11 врачей и 4 фельдшера. Отсутствие плана работ и инструкции медперсонала, а также неуведомление советского аппарата на местах—создало некоторую путаницу в деле медицинского обслуживания лесорубов.

Состав лесорубов самый разнообразный по всем категориям. В большинстве—это местное население, но немалое количество вербованных со всех концов РСФСР; нередко встречаешь лишенцев, кулаков и индивидуалов, попадают и «зимогоры». Преобладающий возраст рабочих 25—40 лет, есть и старики в 80 лет и молодняк 16—17 лет, прибывший с отцами для «помощи»—варить пищу и ухаживать за лошадьми. Работа ведется артелями, но больше одиночками. Единственно хорошо организованные артели—это комсомольцы, кроме одной небольшой группы из Шадринска, сбежавшей с Добрянской базы.

Настроение рабочих в общем удовлетворительное и было бы лучше, если бы среди них не проводил своей работы чуждый элемент через своих посредников, вербуя последних даже среди низших сотрудников аппарата Леспромхозов (Полазня, Учлеспромхоз). Чувствуется одиночество лесорубов: никто к ним не показывается и никакой работы среди них не проводится. Рабочком—единственный посредник лесорубов с культурными уголками и того они не видят. После известного нажима хозорганы с большой готовностью шли навстречу проведению медико-санитарных мероприятий на лесозаготовках и каждое требование исполнялось без промедления. Непонятным осталось отношение



Ц. Р. К., который встал на путь извлечения прибыли от общественного питания лесорубов, отпуская обед из 2-х блюд для лесорубов за 50 коп.

После всестороннего ознакомления с медико-санитарной постановкой на лесозаготовках как на местах, так и в центре (Пермь) бригадой было сделано следующее:

- 1) даны инструкции медперсоналу, посланному на работу лесозаготовок;
- 2) совместно с Лесотделом и Окргдравом разработан план обслуживания лесорубов, учитывая дальнейшие перспективы исполнения производственного плана;
- 3) предложено выделить и направить на лесозаготовки еще 7 врачей, причем 2 из них на пустующие фельдшерские пункты;
- 4) для предупреждения эпидемий паразитарных тифов организованы при базах простейшие изоляционно-пропускные пункты;
- 5) даны указания о дополнительном развертывании коек при больницах;
- 6) рекомендовано Окрграву поставить в Окрисполкоме вопрос о ветеринарном надзоре на лесозаготовках;
- 7) разработан план культпросветработы союза МСТ, ему же рекомендовано поставить этот вопрос в Профбюро для вовлечения в работу всех союзов и в первую очередь Раб. Зем. Леса.;
- 8) предложено врачам, работающим на лесозаготовках, при базах организовывать «уголки здоровья»;
- 9) установлен принцип освобождения временной и постоянной нетрудоспособности лесорубов;
- 10) дан материал в Пермскую газету «Звезда».

## Решительно перестроить союзную работу

КУРОЕДОВ А. Д.

Закончившийся 5-й пленум ЦК Союза в своих решениях определил собой резкий перелом в работе союзных организаций, дал указания о перестройке всей союзной работы, изменении ее методов и содержания. Указанное решение вполне правильно определяет и состояние нашей Уральской организации; последний пленум Областного Комитета признал, что работа союзных организаций еще не соответствует темпам реконструктивного периода, не изжита еще аполитичность и масса медработников не мобилизована на преодоление трудностей социалистического строительства. Эти решения ставят вопрос перед каждой организацией нашего союза о необходимости немедленной перестройки. В период социалистической реконструкции народного хозяйства, ликвидации кулака как класса, нам необходимо мобилизовать все силы, всю энергию рабочего класса для решительного наступления на кулацко-капиталистические элементы города и деревни.

Союзным организациям необходимо сплотить ряды медработников, повести решительную борьбу с шатаниями и колебаниями в отдельных прослойках и группах наших членов союза с оппортунистическими ошибками и правым уклоном в практической работе, с отклонениями от генеральной линии партии.

Союзным организациям надо обеспечить действительный поворот «лицом к производству», ближе подойти к работе органов здравоохранения, широко развернуть социалистическое соревнование, создать сотни и тысячи ударных бригад, что обеспечит лучшие результаты нашей работы. Надо решительно покончить с делячеством в нашей работе, объявить решительную борьбу за трудовую дисциплину, надо изгнать с нашего производства тех, кто дезорганизует произ-



водство, кто срывает нормальную работу: надо исключать и из членов союза всех лодырей, шкурников и вредителей производства.

Осуществление этих задач требует действительной перестройки в работе союзных организаций, надо изменить систему бумажного руководства, надо осуществить действительную помощь в работе на местах, научить работать низовые организации: сменить несправившихся, не сумевших встать во главе масс, не сумевших обеспечить перестройку союзной работы на началах добровольчества и привлечения к ней сотен и тысяч активистов, помогающих в повседневной работе перестраивающих негодные аппаратные методы работы на действительно быстрые темпы, соответствующие размаху нашего строительства.

Решительно проводя перестройку, ни одна организация не должна забывать о проведении в жизнь постановления ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян. Это постановление ставит задачей перестройку всего дела здравоохранения в целях обеспечения проведения четкой классовой линии отмечает совершенно недостаточное участие в работе органов здравоохранения наших союзных организаций и определяет конкретные задачи, поставленные перед нашим союзом. Как эти задачи осуществлены, что сделано союзными организациями для практической реализации этого постановления? Надо сказать, что сделано очень мало. Внимание широкой рабочей общественности и даже самих медработников не мобилизовано вокруг постановления ЦК ВКП(б). Надо в соответствии с решениями пленума ЦК Союза совместно с органами здравоохранения осуществить решение как о перестройке пятилетки, так и о приспособлении медпомощи к нуждам рабочих, перешедших на 7-ми часовой рабочий день, на 2—3 сменную работу, непрерывную производственную неделю и т. д. Нужно в повседневной работе лечебным учреждениям обеспечить деловую связь с обслуживаемым предприятием, привлекать заводские организации и рабочих через КОТИБ'ы к участию в работе лечебно-санитарных учреждений и профилактических, надо развернуть широкое соревнование с обслуживаемым заводом на основе взаимных обязательств по выполнению промфинплана со стороны рабочих и лучшей организации медпомощи со стороны лечебных учреждений. Необходимо также более решительно приступить к осуществлению постановления ЦК ВКП(б) по орабочиванию органов здравоохранения путем выдвижения рабочих и работниц на руководящую работу в органах здравоохранения как в аппараты, так и на заведывание лечебно-санитарными учреждениями. Необходимо, чтобы рабочему или работнице пришедшему в наши лечсанучреждения, была обеспечена со стороны всей массы медработников товарищеская помощь в работе. Союзным организациям надо не забывать о помощи выдвиженцу в его работе.

Не меньшей важности поставлена задача перед медработниками в предстоящей сельско-хозяйственной кампании—помочь колхозному строительству, быть активным участником в этой работе, помогая поднятию культурного и экономического роста коллективизированной деревни.

Осуществление поставленных задач требует решительных мероприятий со стороны союзных организаций в направлении политически-классового воспитания медработников, в этом отношении мы еще далеко отстаем от роста политической активности индустриальных рабочих.

Задачи социалистического строительства нашей страны и обострение классовой борьбы в городе и деревне требуют ясного понимания предстоящей борьбы и определения роли медработников, как части рабочего класса, в строительстве социализма. Необходимо стряхнуть с себя обывательщину, рутину, косность, не быть в стороне от великой ломки и гигантского размаха социалистического строительства.



Новое содержание требует новых людей и новых темпов. Надо решительно покончить с черепашьями методами работы, надо быстрее перестроиться, быстрее вовлекать сотни и тысячи новых людей из ударников в союзную работу, обеспечить на деле поворот к производству, крепче взяться за осуществление постановления ЦК ВКП(б), обеспечить полное участие медработников в выполнении великой задачи — пятилетку в 4 года.

Вот главное, что сейчас должно быть понято каждым членом союза.

---

---

---

5-ый ОБЛАСТНОЙ С'ЕЗД  
ЗДРАВООТДЕЛОВ УРАЛА,  
2-ой ОБЛАСТ. НАУЧНЫЙ  
С'ЕЗД ВРАЧЕЙ УРАЛА,  
ОБЛАСТ. КОНФЕРЕНЦИЯ  
ВРАЧЕБНЫХ СЕКЦИЙ  
УРАЛА — ОБЕЩАЛИ  
СВОЮ ПОДДЕРЖКУ  
„УРАЛЬСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ“.

ТОВАРИЩИ  
МЕДРАБОТНИКИ,  
ОКРЗДРАВЫ,  
ОКРБЮРО ВРАЧЕБНЫХ СЕКЦИЙ,  
ПРОВОДИТЕ  
В ЖИЗНЬ РЕШЕНИЯ ЭТИХ С'ЕЗДОВ!

Подписка на «У. М. Ж.» продолжается.

---

---



# ВОПРОСЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

## К вопросу о раке матки и мерах борьбы с ним в Уральской области

д-р В. Г. ПЕРЕТЦ и д-р П. Л. ВИЛЕНСКАЯ

Наш материал за 5 лет с 1925 по 1929 включительно обнимает 162 оперированных случая рака матки, что составляет только  $\frac{1}{3}$  всех прошедших за эти годы через нас раковых поражений матки. Учащение заболеваний раком матки как на западе, так и у нас в СССР, в частности и на Урале, заставляет нас встать на путь решительной борьбы и, вооружившись прежде всего самим, вооружить участковым медперсонал, а также широкую массу населения. Конечно, пока неизвестна истинная этиология рака вообще и рака матки, в частности, не приходится исчерпывающе ставить вопроса о профилактике этого заболевания, однако, поскольку мы знаем, что хроническое раздражение может предрасполагать к появлению рака матки, мы естественно должны устранять подобное состояние в половой сфере, иначе говоря, своевременно лечить катарры матки, эрозии, устранять рубцы шейки и т. д..

Основная борьба в настоящее время должна, с нашей точки зрения, вестись в 4-х направлениях: 1) изучение ракового материала, проходящего через наши клиники, институты, больницы и амбулатории, 2) наиболее широкого улавливания начальных форм рака матки, 3) дальнейшего совершенствования методов лечения как оперативного, так и лучистой энергией и 4) общего поднятия культурно-экономического состояния населения.

Совершенно естественно, что борьба с заболеваниями раком матки, как всякая борьба вообще, без изучения противника заранее обречена на гибель; поэтому, если нам и не под силу выяснить истинную причину рака, что является уделом специально занимающихся этим вопросом раковых институтов, то, во всяком случае, помочь в этой борьбе мы можем и должны путем изучения тех условий, которые, может быть, имеют значение, как предрасполагающие моменты. Мы должны фиксировать наше внимание на том огромном раковом материале, который перед нами и через нас проходит, и прежде всего научиться его правильно регистрировать, т. е. завести точный учет, точную статистику раков матки по Уральской области, ибо пока в нашей областной статистике учет раков матки, как таковой, фигурирует, как совершенно неопределенная цифра в общей цифре злокачественных новообразований. «Плохое состояние медицинской статистики в стране даже не позволяет нам научно разрабатывать вопрос о раке матки и с этой точки зрения», говорит проф. Груздев. Эти слова особенно приложимы к Уральской области.

Помимо общего учета раков матки, мы должны для всей области завести единую классификацию их, подразделив по Winter'у на рак начинающийся, рак операбельный, на границе операбельности, иноперабельный и инокурабельный. В высшей степени важно изучение влияния количества родов и абортот на частоту раковых заболеваний — вопрос и сейчас еще достаточно темный. В то время как существует мнение, что «зачатие и беременность оставляют после себя известный иммунитет по отношению к раку» (Альберт Нидермейер «Социально-гигиенические



проблемы в гинекологии и акушерстве»), целый ряд крупных специалистов склонны его оспаривать. В нашем материале на раковую больную падает в среднем 6,2 родов.

Не рожавших . . . . .	4
Рожавших 1 раз . . . . .	10
» 2 » . . . . .	12
» 3 » . . . . .	15
» 4 » . . . . .	20
» 5 » . . . . .	11
» 6 » . . . . .	15
» 7 » . . . . .	15
» 8 » . . . . .	18
» 9 » . . . . .	9
» 10 » . . . . .	9
» 11 » . . . . .	7
» 12 » . . . . .	5
» 13 » . . . . .	3
» 15 » . . . . .	2
» 17 » . . . . .	1

Количество аборт, наоборот, настолько минимально, что не заслуживает даже упоминания. В нашей работе мы не учитывали влияния противозачаточных средств на появление рака, однако, в дальнейшем на эту сторону необходимо обращать внимание в анамнезе раковых больных.

Изучая раковых больных, мы должны обращать внимание на принадлежность их к той или иной социальной группе; на нашем материале оперированных имеется 98 деревенских и 64 жительниц городов. Средний возраст наших больных 41½ лет, подробнее-же возраст раковых больных

	до 25 лет —	2 случая
от 25 » 30 »	—	10 случаев
» 30 » 35 »	—	20 »
» 35 » 40 »	—	44 »
» 40 » 45 »	—	39 »
» 45 » 50 »	—	23 »
» 50 » 55 »	—	17 »
» 55 » 60 »	—	5 »

Совершенно естественно, что на наследственность, бывшие перед этим как общие, так и местные заболевания, профессию, быт и конституцию должно быть в процессе изучения обращено также соответствующее внимание.

Следующим мероприятием, как мы уже упомянули, является наиболее широкое вылавливание начальных форм рака. «Ранней диагностикой рака», говорит V. Franque («Лучи рентгена и радия в гинекологии и акушерстве»—Архангельский, стр. 409) домашний врач, земский врач может в сто раз больше сделать в деле лечения ракового новообразования, чем выдающийся и опытейший специалист, обладающий исключительной оперативной техникой, или имеющий в своем распоряжении новейшую рентгеновскую аппаратуру, или достаточное количество радия». Кенигсбергский профессор Винтер (И. Л. Брауде и Е. Д. Беляева «Раннее распознавание рака матки») в 1902 году положил начало общественной борьбе с раком матки. Будучи убежден, что ранняя диагностика рака имеет незначительное значение, он разослал всем врачам восточной Пруссии специальную брошюру, практически знакомящую с данным вопросом, соответствующие листовки к акушеркам и статьи в газетах, знакомящие широкую массу с симптомами ракового



заболевания. Уже через год после этого он мог отметить, что операбельность рака матки возросла с 62-х до 74 проц. В то время как Winter'у удалось поднять процент операбельности раков матки до 74, таковой у наших отечественных гинекологов значительно ниже; так, например, у Груздева (по данным Дьяконова и Тимофеева — Казань) в довоенное время лишь 43,6 проц. обращающихся в клинику больных с раком матки имели операбельные формы последнего, в военное время этот процент упал до 33,8, за последние годы поднялся до 40,5 проц.

У Орлова (Вологда) операбельность довоенного периода равна 33,1 проц., послевоенного периода 56,2 проц. Правда, и у нас кое-где имеются сравнительно высокие цифры операбельности; так, например, в Саратове проф. Какушкину за последние 20 лет удалось довести процент оперативности до 70, то-же самое и д-ру Богушу в Н.-Новгороде. Операбельность наших случаев едва-ли превышает 35 проц., т. е. стоит на таком-же низком уровне, как в Татарской Республике, где основной причиной, по мнению проф. Груздева, является низкий ультимурный уровень татар и национальных меньшинств. На нашем оперативном материале время, протекшее от первых симптомов заболевания (бели, кровянистые выделения) до поступления больной в стационар, в среднем равнялось 5½ месяцам. Среди неоперабельных случаев срок этот значительно больше. Какова-же причина поздней обращаемости к нам больных раком матки? Нам нередко приходилось и приходится сталкиваться с запущенными случаями рака матки, долгое время лечившимися на участке (в различных округах) от эрозии, белей и т. д. и направлявшимися к нам только тогда, когда терапия оказывалась совершенно не действующей и состояние больной ухудшалось. Некоторые больные, по их словам, или совершенно не подвергались внутреннему исследованию и были лечимы чисто симптоматически от «кровотечений» каплями и от «белей» спринцеваниями, или же осматривались только акушерками; осмотренные-же в конце концов врачами, они направлялись сюда, но уже, как мы говорили, с запущенной формой рака матки. С другой стороны, как нам сообщил один из участковых врачей, постоянная нехватка коек в нашем гинекологическом отделении не всегда дает возможность своевременно поместить в стационар нуждающуюся в оперативном пособии больную. Мы это можем подтвердить. Бывали случаи, когда уже обращавшиеся к нам из округа больные с операбельной формой рака матки за отсутствием койки и пристанища в городе возвращались домой, а потом или совсем исчезали, или вновь появлялись уже с неоперабельной формой рака. Вопрос о расширении гинекологического отделения, являющийся острейшим вопросом уже в течение ряда лет, является актуальнейшим и требует своего срочного разрешения. Огромным плюсом в этом отношении, несомненно, явится онкологическое отделение Физиотерапевтического Института, открывающегося в ближайшем будущем. Необходимость открытия в каждом окружном городе хотя-бы небольших патолого-микроскопических кабинетов, где можно было производить исследования добытого путем биопсии подозрительного на рак материала понятна сама собой. Однако, в основе всей борьбы в смысле улавливания ранних форм рака является естественным участие в этой борьбе участкового медперсонала. Поднятие его уровня знаний по диагностике начальных форм рака матки, конечно, неминуемо подымет процент операбельности и курабельности и тем самым спасет не одну тысячу жизней. Вопрос о клинической диагностике затянул-бы нас слишком далеко, а потому касаться его мы здесь не будем.

Методика лечения рака матки лучистой энергией далеко еще не сказала своего последнего слова и будущее сулит нам большие перспективы. Однако, по многим причинам мы долго еще, вероятно, не сможем отказаться от хирургического лечения рака матки, несмотря на сравнительно большую первичную смертность от оперативного вмешательства. Таблица первичной смертности различных хирургов дает нам следующие цифры:



# Количество произведенных операций по Wertheim'у и % смертности

Г о д	А В Т О Р	Количество операций	% смертности
	Wertheim . . . . .	1.000	16
	Он же . . . . .	500	8
1909—1915	Орлов (Вологда) . . . . .		11,3
1918—1925	Он же . . . . .	с расш. показ.	27,8
1920—1925	Богущ (Н.-Новгород) . . . . .	317	13,6
	Варгасова . . . . .	90	18,7
	Какушкин . . . . .		17,3
	В. Д. Брант . . . . .	54	18,5
1905—1918	Бурдзинский . . . . .	254	7,1
			(за последние 6 лет 3,1 %)
1908—1914	Женская лечебница о-ва борьбы с раковыми заболеваниями в Киеве . . . . .	65	6,1
1902—1914	Б. Александровский приют в Ленинграде . . . . .	109	8,2
к 1914	Тихов и Грамматикати . . . . .	152	23
к 1/1—27	Скробанский . . . . .	170	20,2
1910—1926	Кривский . . . . .	268	20,1
1922—1926	Ширшов . . . . .	105	10,4
	v. Franque . . . . .		16,6
	Битт . . . . .		30
	Döderlein . . . . .		14,3
	Franz . . . . .		30,7
	Mackenrodt . . . . .		19
	Pfannestiel . . . . .		20
1925—1929	Свердловский Повивально-Гине- кологический Институт . . . . .	50	23,6
1925 1929	»	Для всех чрево- сечений по по- воду рака матки 132	18,7
1925 - 1929	»	Для влагалищ- ных 30	8,6

Конечно, колебания процента первичной смертности имеют целый ряд разнообразнейших причин, в рассмотрение которых мы здесь входить не можем. Однако, нужно сказать, что он может быть значительно снижен путем установки определенных показаний к операции и дальнейшего совершенствования методики, которая и сейчас еще не может считаться окончательно разработанной. Не касаясь здесь и этого специального вопроса, мы только остановимся на кратком анализе смертей. К сожалению, аутопсия в наших случаях имеется, как исключение, и судить о причине смерти мы можем лишь по клиническим явлениям, предшествовавшим смерти.

В среднем смерть наступала на 8-й день после операции, в 15-ти случаях в течение ближайших 3-х дней, а резкое ухудшение состояния отмечено уже на второй день, в остальных 12-ти случаях в различные сроки, самое позднее на 41-й день. В 15-ти случаях мы наблюдали острейший сепсис, в 6-ти септический перитонит и лишь в 6-ти остальных хронически протекающее септическое заражение.



Заканчивая наше сообщение, мы должны еще упомянуть об огромном значении поднятия культурно-экономического уровня населения вообще в борьбе как со всякими заболеваниями, так, в частности, с интересующим нас здесь раком матки. Мы не можем здесь не упомянуть о существенных недостатках, обнаруженных при разработке нашего ракового материала. Отсутствие аутопсий, недостаточный подсчет анамнез отдельных случаев, потеря связи с оперированными больными, отсутствие реакции Ruse-Philipp'a, производившейся, как исключение — все это в значительной степени лишает ценности наш большой материал и должно послужить уроком и нам и другим на будущее.

Выводов мы не делаем. Мы только пожелаем открывающемуся физиотерапевтическому Институту, в частности онкологическому отделению, учтя недостатки нашей работы, начать планомерную борьбу с раком матки в Уральской области, втянув в нее всю врачебную массу, в особенности участковый медперсонал и широкую общественность.

---

## К вопросу о ранней диагностике рака

А. З. ДЯГИЛЕВА

Рак является одним из стихийных бедствий человечества, который за последнее время захватывает все более молодые годы, но бороться с которым до сих пор мы не в состоянии, так как, несмотря на многочисленные исследования ученых, причину возникновения его и методов предупреждения мы совершенно не знаем. Единственно, что признается большинством ученых и что дает возможность бороться с уже появившимся заболеванием, это признание, что в самой ранней стадии рак является местной болезнью и удаление его в этот период может дать полное выздоровление больному. Поэтому усилия врачей направлены к тому, чтобы суметь диагностировать рак в этой ранней стадии развития. Но, к сожалению, не только рак внутренних органов, недоступный непосредственному исследованию, но и рак органов более или менее доступных (матка—шейка, пищевод) в самой ранней стадии развития не дает ясных признаков, по которым рак мог бы быть диагностирован.

В силу этого клиницистам в помощь их непосредственному клиническому исследованию и наблюдению предложен был целый ряд биологических реакций, основанных на физико-химических изменениях организма, пораженного раковой опухолью. Некоторые из этих реакций дают довольно большой процент положительных результатов при наличии рака, но все они не специфичны, так как дают положительный результат также и при ряде других заболеваний. Другим важным недостатком их является необходимость иметь лабораторную, часто довольно сложную обстановку и технический навык в работе. Все эти моменты привели к тому, что биологические реакции могут быть вспомогательным средством в ряде других более точных и то только в клинически обставленных больницах, где есть лаборатории и отдельный лабораторный персонал.

Вторым вспомогательным средством к клиническому наблюдению является метод биопсий — исследование под микроскопом кусочка ткани, вырезанного из пораженного участка. Этот метод, как и вообще всякие другие, имеет свои положительные и свои отрицательные стороны, и поэтому есть ярые противники его и горячие приверженцы. Противники указывают на ряд случаев проникания инфекции в глубину ткани после произведенной биопсии, которые ведут к местному (флегмоны, периметрии, перитонит) и даже общему (сепсис) заражению. Отдельные авторы указывают на активизацию процесса после биопсии (особенно после саркомы — проф. Петров) и поэтому настаивают на немедленной операции в случае положительного результата биопсии. Винц указывает на более плохие резуль-



таты лечения лучистой энергией в случае предварительной биопсии. Штеккель согласен признавать этот метод в случае, если бы можно было диагностировать «прекарциноматоз», а так как этого нельзя, то он отказывается от этого метода.

Сторонники биопсии, к которым относится проф. Брауде \*), не опровергая опасности в смысле распространения инфекции, как и во всякой другой операции, считают, что во многих сомнительных случаях только биопсия помогает разобраться в характере процесса, давая нередко рак там, где он клинически был очень мало подозрителен и, наоборот, не давая его в тех случаях, которые клинически дают картину весьма сходную с раком. Брауде в своей монографии подтверждает это цифрами и добавляет, что не видел случаев резкой активации процесса, хотя часто операции производились через продолжительный промежуток времени после биопсии. Росси применял повторные исследования кусочков в процессе рентгеновского лечения и получал очень ценные сведения, которыми руководствовался в дальнейшем лечении.

Вуд в Нью-Йорке на опытах животных доказал, что биопсия не повышает процента метастазов. Проф. Петров считает, что это «самое надежное из всех средств, которые имеются в руках клинициста». Проф. Лифшиц также признает ценность результатов биопсии.

Во всяком случае в клинической практике очень нередки случаи, когда вместо того, чтобы удалять пораженный орган, не будучи уверенным в злокачественном характере процесса, или ждать, когда выяснится картина болезни, — выгоднее сделать пробную биопсию, и, сообразуясь с результатами ее, предпринимать те или другие дальнейшие шаги. В случаях получения сомнительного ответа или ответа, несоответствующего клинической картине, приходится биопсию повторять (особенно, если ответ лаборатории отрицательный).

Уральский Областной отдел здравоохранения, идя навстречу участковым и окружным больницам области, организовал в Свердловске областную патолого-анатомическую лабораторию, которая производит анализы всего присланного ей материала (биопсии, операции, аутопсии). За 2½ года работы пользовались и продолжают пользоваться ее услугами многие окружные и районные больницы. Часть врачей не знает о наличии таковой, поэтому я пользуюсь случаем еще раз напомнить работникам на местах об ее существовании. Чтобы ответы лаборатории были более исчерпывающими и более точными, необходимо при взятии исылке материала принять во внимание следующие пожелания лаборатории:

1. Ткань пораженного участка брать возможно глубже с захватом здоровых тканей, так как при диагностике злокачественности необходимо выявить отношение эпителии к подлежащей ткани. Если поражен большой участок (например, распространенные эрозии шейки), то лучше сразу брать 2 кусочка из различных участков.

2. При выскабливании матки также захватывать глубокие слои слизистой, непосредственно прилегающие к мышечной. При наличии большого количества материала (распад опухоли) брать более здоровые живые ткани, так как мертвая ткань не дифференцируется покраской. При соскабливании большого количества материала лучше порции, полученные с отдельных ложек, помещать в отдельную марлю, завертывать и помещать в одну общую банку, — тогда материал, полученный при соскобе отдельных участков, будет исследоваться самостоятельно и не затеряется в общей массе.

3. При посылке кусочков большой опухоли брать их из различных морфологических участков, особенно на местах перехода их.

4. Весь оперированный материал, особенно в том случае, когда диагнозы не совпадают, по возможности присылать в ту же лабораторию, при чем с мест можно его посылать по мере накопления, раз он не носит характера экстренности.

\*) См. его книгу «Раннее распознавание рака матки».



5. При производстве радикальных операций посылать для исследования железки наиболее отдаленные от пораженного участка.

6. Весь материал лучше помещать в 5 проц. формалин в бутылочку, баночку и пробку привязывать. Опыт показал, что, вследствие сотрясений, особенно стеклянные притертые пробки, откакивают, содержимое выливается и препарат, если он остается внутри, высыхает. В спирте отправлять препараты необходимо зимой в морозы, так как в формалине они перемерзают и негодны для покраски.

7. В случаях крайнего недостатка посуды можно материал присылать в одной общей банке, при завертывании тщательно индивидуализируя отдельные пакеты. Внутри пакета (обязательно сверху марля) должен быть помещен четко написанный чернилами № на картоне.

8. При посылке опухолей в случаях слабого подозрения на злокачественность нужно ставить один крест +; ++ ставить при более сильном подозрении и +++ при почти несомненном раке.

9. При посылке материала в препроводительной следует давать следующие сведения:

- 1) Откуда взят материал.
- 2) Давность заболевания.
- 3) Краткое описание всего препарата (если посылаются кусочки).
- 4) Краткие клинические данные (боли, кровотечения).
- 5) Возраст больного.
- 6) Застрахованность, социальное положение и занятие больного.

Посылки направлять по адресу: Свердловск, Северная, 5. Областная патолого-анатомическая лаборатория.

## О раке в молодом возрасте \*)

(Из факультетской хирургической клиники П. Г. У. Директор проф. Д. П. Кузнецкий)

### В. п. шипицын

Раковые новообразования в молодом возрасте встречаются не часто. Под молодым возрастом для рака я разумею возраст до 40 лет, согласно разделения Шмидта \*), который различает рак в старшем возрасте — пятый, шестой десятков и в раннем — до 40 л. При этом я исключаю рак детского возраста, о котором существует специальная литература. Позднейшая статистика Fuchs'a и Репека \*\*) из клиники Хохенегга, основанная на 1717 случаях неоперируемых раков, подтверждает установленное положение, что большинство раков приходится на возраст от 50 до 60 л. При этом немногочисленная группа раковых новообразований скелета, кожи, слюнных желез, щитовидной железы, падает на возраст до 50 лет, раки же толстых кишок и прямой — на возраст свыше 60 лет и только 10 проц. общего числа раковых образований падает на более молодой возраст (30 — 40 л.). То же подтверждает и более старая статистика Penzold'a. Из общего числа 1717 случаев неоперируемых раков в статистике Fuchs'a и Репека рак желудка до 10 лет встретился 1 раз, до 20 л. 14 раз, до 30 л. 48, до 40 лет — 141. Рак толстых кишок до 1 года — 1 раз, до 20 лет — 1, до 30 — 5, до 40 — 27 раз. Рак грудных желез до 30 л. — 2 раза и до 40 л. — 4.

В годы после войны заболевания раком заметно увеличились, при чем возрастной состав заболевших продвинулся, т. е. стали заболевать более молодые.

\*) Доложено в Пермской научной ассоциации врачей 27/XI 1929 года.

\*\*) „Mediz. Klinik“ 1930 г. № 1.

\*\*\*) „Arch. f. klin. Chirurgie“ Bd 151 H<sub>2</sub> 2.



Так, в Тироле по данным Крафта,<sup>1)</sup> если в годы до войны (в предшествовавшие 5 лет) на 100.000 жителей приходилось 50 раковых больных, то во время войны оно упало до 39, за то в следующие 5 лет оно возросло до 62, а в 1923 г. даже до 70 на 100.000. При этом он отмечает устрашающее увеличение заболеваний раком желудка. Эйхенгран и Эссер (прив. по Ланда<sup>2)</sup>) из Кельна на секционном материале в 13318 случаев (1902-1926 г.) также отмечает резкое повышение числа вскрытий умерших от рака в 1915 и 1924 г. То же подтверждает и Кобланек. Ру заявляет: «увеличилось число смертей от рака в возрасте 41—50 л. за счет возраста 61—70» (Ланда). По данным Ланда из больницы имени Боткина в Москве рак грудной железы дает резкое повышение в 1918 и 1923 годах. Кожевников (прив. по Ланда) на основании изучения 50 кожных раков приходит к выводу, что он стал более часто поражать людей в молодом возрасте. В противоположность этому Бабука на основании изучения материала в 221 случае кожного рака говорит, что рак и сейчас есть преимущественно удел пожилого возраста.

Кауфман, изучавший поражение полового аппарата женщин констатировал, что если до войны максимум падал, главным образом, на возраст 50—55 лет, то во время войны он спустился на 46—50 л., а после войны на 41—45 л. Кларк<sup>3)</sup> приводит 51 случай рака S-Roman у людей моложе 20 лет, причем этиологическим моментом он считает туберкулезные язвы, вызывающие постоянное раздражение. Редько, собравший в 1914 г. из русской и иностранной литературы 592 случая рака до 30 лет, отмечает рак желудка 17 раз, рак кишек 9 раз, грудной железы 1 раз. Ауэ в работе, вышедшей в 1895 г., описывает три случая рака в молодом возрасте — 16, 19 и 22 лет. Корсаков<sup>4)</sup> приводит 4 случая рака 18, 20 и 26 л. На XIX съезде русских хирургов о раке до 30 лет делал доклад проф. Гаспарьян.

Приведенные цифры указывают, что в русской литературе описано еще незначительное число раков в раннем возрасте, поэтому я позволяю себе поделиться теми случаями, которые наблюдались в нашей клинике, присоединив сюда случай рака тонких кишек, оперированного проф. Д. П. Кузнецким в госп. хирург. клинике Уральского Университета в Свердловске. Всего у нас было 3 рака желудка у больных 26, 29 и 31 года, три рака толстых кишек у 19 л., 28 и 36 летнего больного, 1 рак тонких кишек у 35 летнего больного, 5 случаев рака грудной железы у 28, 32, 37, 31 и 36 л. б-ных, 2 рака матки (рецидивы) у 33 и 34 лет. б-ных и рак прямой кишки у 39 летнего больного, всего 15 случаев. В действительности же возраст больных в момент заболевания был ниже, так как больные поступали в клинику через известный промежуток времени от начала заболевания, иногда довольно продолжительный. Так, больные страдавшие раком желудка начало своего заболевания считали: один 1½ года, другой 2 года и 3-й 1 год.

В число 15 я не включаю 6 человек больных в возрасте до 39 лет страдавших раком различных органов (3 рака желудка, 1 рак поджелудочной железы, 1 рак слепой кишки, 1 рак грудной железы), так как они не были исследованы гистологически, хотя по клинической картине и изменениям, обнаруженным при операции, в раковом поражении сомневаться было невозможно; только двое из этих шести не были оперированы.

**1-ое наблюдение.** Б-ва Нат 26 лет, сиделка психиатрической лечебницы, поступила в клинику 14-XI 27 г. с жалобами на боли в подложечной области после еды, вздутие, рвоту и запоры. Заболела 1½ года тому назад и в начале мало обращала внимания, считая эти боли за проявление глист. Месяцев 6 тому назад рвота стала чаще, почти ежедневно, усилились также и боли. Лечилась все время у терапевтов амбулаторно и только перед поступлением в клинику была направлена на консультацию к хирургу. В отношении наследственности ничего патологического не отмечается; больная в детстве жила в очень плохих условиях, в особенности в годы голода испытывала большие лишения, но в то время была здорова. Перенесла оспу, корь, возвратный и сыпной тифы. Объективно в брюшной полости между мечевидным отростком и пупком по средней линии прощупывается опухоль величиною с куриное яйцо, плотная, подвижная. Со стороны желудочного сока — ахилия. Реакция на кровь и молочную кислоту отрицательны. Больная малокровна, истощена. Заключение рентгенолога — опухоль привратника и начальной части 12-ти перстной кишки. 24-XI операция (асс. А. Л. Фенелов): по

<sup>1)</sup> „Arch. f. klinische Chirurgie“ Bd. 134

<sup>2)</sup> „Журнал Современной Хирургии“, 1928 г. Вып. II

<sup>3)</sup> „Врач. Газета“ 1927 год. № 8, реферат.

<sup>4)</sup> Пермск. Мед. Журн., 1926 №№ 1, 2, 3.



вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль, концентрически обхватывающая привратник; малый сальник, а также большой сальник и мезоколон рубцево перерождены. Желудок очень растянут. Произведена резекция желудка по Билльроту II. Послеоперационный период без осложнений, но вскоре появился рецидив опухоли. При микроскопическом исследовании (проф. В. В. Алякритский) обнаружен скирр.

**2-ое наблюдение** Н-н. Ив., 29 лет, крестьянин, поступил в клинику 30-III 29 года с жалобами на боли в подложечной области, рвоту, отрыжку с запахом тухлых яиц и общую слабость. Болен около 2-х лет. Лечился сначала в терапевтической клинике, затем без определенного диагноза был переведен в хирургическую. Со стороны наследственности нужно отметить, что у брата было тоже какое-то желудочное заболевание. Из инфекций перенес дизентерию, сыпной и возвратный тифы. Условия жизни в голодное время были не важны. Об'ективно в животе в подложечной области, несколько справа прощупывается плотная опухоль, бугристая, несколько болезненная и подвижная, величиной с кулак. Со стороны желудочного сока — ахилия. Рентгеноскопия: в пилорической части сплошной дефект наполнения. В кале реакция на кровь положительная. 4-IV операция (асс. В. П. Шипицын): в пилорической части желудка обнаружена массивная плотная опухоль величиной несколько более кулака; по малой и большой кривизне много увеличенных лимфатических желез, произведена резекция желудка по способу Кохера. Большой выписался в хорошем состоянии. При микроскопическом исследовании железы и опухоли обнаружен рак. Отдаленный результат: в ноябре месяце 1929 г. получено письмо, что больной здоров, прибавился в весе и чувствует себя удовлетворительно.

**Наблюдение 3-е.** Т-н Дм., 31 года, поступил в клинику 3-II 1927 года с жалобами на боли в подложечной области; изжогу, запоры, кроме того на боли в нижней челюсти справа. Считает себя больным с год, когда почувствовал боли в подложечной области; боли эти наступали обычно часа через 3—4. Лечился в Вятской больнице промываниями желудка, но облегчения не получил. До настоящего заболевания был здоров, никаких инфекционных болезней не перенес, жил в удовлетворительных условиях; со стороны наследственности также ничего не отмечается. Об'ективно в подложечной области прощупывается плотная неподвижная, несколько болезненная опухоль. Со стороны желудочного сока — повышенная кислотность, общая кислотность 114, Св НСІ 38 (натошак). В кале реакция на кровь по Веберу резко положительная, но в желудочном содержимом Вебер и Уффельмай отрицательны. Рентгеноскопия — резкое сужение привратника. Больной малокровен, истощен, подкожный жировой слой почти отсутствует.

11-II операция под местной анестезией (проф. Д. П. Кузнецкий): по вскрытии брюшной полости обнаружена обширная бугристая опухоль твердой консистенции. проросшая в печень, мезоколон, поджелудочную железу. В виду невозможности произвести даже гастроэнтеростомию, брюшная полость закрыта. На следующий день — смерть. При вскрытии обнаружена большая опухоль желудка, проросшая поджелудочную железу и поперечную ободочную.

**Наблюдение 4-ое:** Д-ва А-ра, 19 лет, крестьянка, поступила в клинику 3-IV — 23 года по поводу болей в правой подвздошной области и опухоли в ней. Считает себя больной с июня 1922 года, когда у нее в подложечной области независимо от еды появились боли, перешедшие затем в правое подреберье. Месяцев через 5 она заметила в правом подреберьи опухоль, которая, по словам больной, как бы временами ускользала в глубину, то вновь появлялась наружу; опухоль постепенно росла и заняла правую подвздошную область. Запоров, поносов не было. Отец умер 34 лет, от водянки, мать здорова. Из инфекций перенесла корь и натуральную оспу. В правой подвздошной области прощупывается опухоль величиной с гусиное яйцо, болезненная, слегка подвижная, бугристая. Туберкулезных палочек в кале не найдено. Реакция на кровь в кале положительная. 14-IV — 23 г. операция (проф. В. Н. Деревенко): при вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль слепой кишки. Произведена резекция слепой кишки и восходящей толстой вплоть до печеночного угла. Через 1½ месяца больная выписалась в хорошем состоянии. При микроскопическом исследовании опухоли (проф. И. П. Коровин) найдена цилиндро-клеточковая аденокарцинома. Через 5 месяцев наступил рецидив опухоли.

**Наблюдение 5-ое.** 3-их Як, 28 лет, поступил в клинику 26- II — 24 года по поводу непроходимости кишечника. Больным себя считает четыре месяца, когда стал замечать, что спустя некоторое время после еды у него наступают боли, вздутие живота, урчание, рвота. В тот же день экстренная операция: при этом обнаружено, что на нисходящей толстой кишки имеется плотная твердая опухоль, кольцеобразно обхватывающая кишку и обуживающая ее просвет почти до полной непроходимости. Выше сужения кишка растянута *ad maximum*. Наложено соустье между подвздошной кишкой и S.-Romanum. На третий день смерть. При вскрытии обнаружена опухоль нисходящей толстой кишки; на слизистой кишки кратерообразная язва с плотными твердыми краями, суживающая



почти совершенно просвет кишки. При микроскопическом исследовании обнаружена аденокарцинома.

**Наблюдение 6-ое.** С-в., 36 лет, крестьянин, переведен из терапевтической клиники с диагнозом частичной непроходимости. В анамнезе заслуживает быть отмеченным, что родной брат больного был оперирован в нашей же клинике по поводу рака прямой кишки. При операции обнаружено раковое новообразование печеночного угла толстой кишки, перешедшее на нижнюю долю печени, поджелудочную железу и ретроперитонеальную клетчатку.

**Наблюдение 7-ое.** Аб-в, 35 лет, угольщик Пермской ж. д. поступил в госпитальную хирургическую клинику Уральского Университета в г. Свердловске (заведующий проф. Д. П. Кузнецкий) 18-XII 1922 года с жалобой на боли в подложечной области. Считает себя больным 2 года, когда у него стали появляться периодически непродолжительные боли в подложечной области минут через 10 — 15 после еды. Постепенно продолжительность и интенсивность болей усиливалась и за последние 3 — 4 месяца боли сделались нестерпимыми и держались почти постоянно. Из других симптомов стойко держалась изжога. Тошноты, рвоты, поносов и запоров не было. За последнее время похудел и физически ослаб. В ноябре 1922 года исследование желудочного сока после пробного завтрака дало следующие результаты: общее количество 450 к. с. резко кислой реакции, общая кислотность 115, свободная 31, связанная 10. При ощупывании живота в левом подреберье определяется плотная легко смещаемая, слегка бугристая опухоль величиною с куриное яйцо. 31-I операция (проф. Д. П. Кузнецкий): по вскрытии брюшной полости обнаружена, на тощей кишке в расстоянии 20 сантиметров от *plica duodeni jejunalis* опухоль величиной с кулак взрослого человека, очень плотная, бугристая; лимфатические железы того участка кишки, который содержит опухоль, увеличены. Произведена резекция кишки с опухолью в пределах здоровых тканей и гастроэнтеростомия типа Ру. 15-III больной выписался здоровым. Микроскопическое исследование опухоли: цилиндро-клеточковый рак тощей кишки. Через 6 месяцев рецидив, от которого больной и погиб.

Все приведенные наблюдения представляют большой интерес и прежде всего диагностический. Первые 3 больных поступили к нам уже с обычными клиническими поздними признаками рака с прощупываемой опухолью, рентгеновыми данными, общим истощением, изменением кислотности желудочного сока, при чем у одного (3 наблюдение) кислотность была повышена, не сказавшись еще ощелачивающее влияние рака. В смысле диагноза особых затруднений не представляли, но до поступления в клинику у них продолжительное время не находили ракового новообразования — первая больная была больна 1½ года, второй — 2 года и 3-й — год и все они лечились. Поэтому чрезвычайно важно раннее распознавание рака и в этом отношении большое значение имеет общее впечатление, получаемое от больного на основании знакомства с анамнезом, ходом явлений, с конституциональной средой и т. п. Констатирование, например, повышенной утомляемости, ночных потов, похудения, чувства слабости, изменения в цвете лица, отсутствия аппетита, говорит Шмидт, имеет особенно большое значение для подкрепления диагноза рака в том случае, когда это наблюдается у человека до того цветущего, крепкого, с хорошим аппетитом и значительно менее у астенического, неврастенического больного, с лабильным вообще состоянием физическим и психическим. Имеет значение особенно быстро наступающее отвращение к мясу и недостаточность пищеварения, несмотря на соблюдение диетических предписаний.

Не всегда следует придавать значение общему хорошему виду и самочувствию больных. Например, в начальном периоде рака прямой кишки страдающие ожирением вследствие похудания иногда даже начинают чувствовать себя лучше, «свежее» прежнего. Далее, следует иметь в виду, что симптомы не всегда развиваются обязательно параллельно с прогрессированием анатомического процесса. Благодаря установлению целесообразного режима может наступить даже прибавление в весе. Немалое значение для раннего диагноза рака желудка имеют болевые ощущения. Как раз в начальном периоде могут наблюдаться спазмы привратника вследствие того, что секреция соляной кислоты еще не угасла, подобно тому как наблюдается кардиоспазм при начинающемся раке пищевода. Характерно, что в отличие от болей при язве желудка, боли при раке



не поддаются ни лечению щелочами, ни язвенной терапии вообще. Важно исследование кала на скрытую кровь.

Что же касается до этиологии и патогенеза участвовавших за последнее время раковых заболеваний приходится сказать, что в общем они пока нам неизвестны. Но все же нельзя не указать на одно условие, несомненно играющее роль в возникновении рака, это те изменившиеся жизненные условия, которые не могли не отразиться пагубно на резистентности клеток слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Мы были свидетелями массового заболевания язвенными процессами желудка и 12-ти перстной кишки: известный % их перешел в рак. Кожевников (приведено по Ланда) причину увеличения раковых заболеваний усматривает в следующих моментах: 1) Голодание вызывает ослабление защитных сил организма, 2) Соли калия действуют возбуждающе на рост экспериментальных опухолей (Левин, Розенталь), 3) вегетарианство предрасполагает к раковым заболеваниям.

Интересны опыты Людвиг, который при кормлении крыс и мышей пищей, бедной витаминами, не получал увеличения роста злокачественных опухолей, между тем как у других животных, которые питались нормально, раковые опухоли прививались и быстро увеличивались в росте. Подобное же мнение высказывает Крафт<sup>1)</sup>, занимавшийся разработкой вопроса о распространении рака в Тироле. Приведенные положения имели место у нас в СССР: 1) голодание, 2) приемы калийных солей — картофель обильное у нас кушанье, 3) вегетарианство. Если это так, то можно, пожалуй, говорить и о профилактике рака, которую до настоящего времени многие считают утопией. Профилактически следовало бы, говорит Шмидт<sup>2)</sup> каждого человека в определенном возрасте подвергать исследованию через каждые полгода, имея в виду, что рак желудка и кишок может развиваться постепенно и столь же незаметно, как например, кариес зубов. Затем необходимо устранение ненормальностей обмена, оздоровление всего образа жизни: установление гигиены питания и устранение всех вредных хронических раздражителей.

Наблюдения 4, 5 и 6 касаются рака толстых кишок в возрасте 19, 28 и 36 лет. Раковые новообразования толстых кишок вообще не часты. Так, д-р Кочанов в своей диссертации, относящейся к 1906 году, приводит из такой большой клиники, как госпитальная хирургическая клиника Военно-Медицинской Академии, только 6 случаев правда, за короткий период — 2½ года. Д-р Пунин из той же клиники приводит 35 случаев — все больные свыше 50 лет. У Шаака<sup>3)</sup> за 5 лет было 12 случаев рака толстых кишок. Свиридова<sup>4)</sup> на основании русского материала приводит 512 случаев, начиная с 1885 года. Что касается острой непроходимости кишок на почве ракового новообразования, то у Красинцева<sup>5)</sup> на 81 случай непроходимости оно встретилось 8 раз, у Гордон и Зыковой на 71 случай 5 раз.

В отношении этиологии и патогенеза рака толстых кишок, я приводил уже мнение Кларка, который этиологическим моментом считает туберкулезные язвы, вызывающие постоянное раздражение. Шаак (Н. Х. А., кн. 51) приписывает возникновение рака раздражению каловыми массами, которое проявляется особенно в определенных анатомических местах.

Седьмое наблюдение касается рака тощей кишки у 35 летнего больного, по профессии угольника, оперированного проф. Д. П. Кузнецким. Рак тощей кишки встречается исключительно редко. Так, по статистике Иванова (привожу

1) «Medic Klinik» 1929 г. № 1

2) «Н. Х. А.» Кн. 25 1925 г.

3) «Н. Х. А.» Кн. 51

4) «Н. Х. А.» Кн. 51

5) «Н. Х. А.» Кн. 39



по проф. Д. П. Кузнецкому) из Морозовского ракового Института 1909 года на 500 вскрытий умерших от рака того или другого органа не отмечено ни одного случая рака тонких кишок. Редкость рака тонкой кишки подтверждается и клиническими наблюдениями, так Sudd (по Кузнецкому) в 1919 году на 1822 случая рака толстых кишок и прямой и на 1689 случаев рака желудка приводит всего 24 случая рака тонких кишок. Хокеннег на 284 случая рака кишечника наблюдал один случай рака тонкой кишки. Святухин в 1914 году собрал 41 случай рака тонких кишок и к ним присоединил один собственный случай рака тощей кишки. Из этих 42 случаев на рак собственно тощей кишки приходится только 17 случаев.

Следующие наблюдения 8, 9, 10, 11 и 12 относятся к больным раком грудной железы в возрасте 28, 32 и 37 л. 31 и 36 л.

**Наблюдение 8-ое.** Больная Б-р, 27 лет, впервые обратилась за врачебной помощью 19-11 — 26 г. вследствие воспаления обоих сосков грудных желез. Кормление двойни, повидимому, обусловило сильное и частое раздражение сосков, а также неустанный уход за ними. При осмотре оба соска воспалены и увеличены, при ощупывании болезненны, идущие в подмышечной впадине лимфатические сосуды и железы на обоих сторонах. Консервативное лечение — обтирание спиртом и цинко-висмутовая мазь помогли и при следующем осмотре было констатировано полное затихание воспаления обоих сосков, исчезновение лимфангоита и лимфаденита слева, но на правой стороне железа не исчезла.

1-11 — 27 года больная поступила в клинику, где ей профессором Д. П. Кузнецким была удалена лимфатическая железа величиною с голубиное яйцо, располагавшаяся по заднему краю большой грудной мышцы с правой стороны. При микроскопическом исследовании (проф. В. В. Алякритский) оказался (метастатический) рак или эндотелиома. 14-X — 27 года отмечена гиперплазия лимфатических подмышечных желез с правой стороны. 28-X — 27 г. под общим наркозом удалены все лимфатические железы. 30-XI — 27 г. больная поступила в третий раз по поводу опухоли правой грудной железы. 8-XII — 27 г. удаление всей правой грудной железы (проф. Д. П. Кузнецкий). 16-III — 28 г. рецидива нет. Беременность 3-х месяцев. 10-IX — 28 г. Рецидива нет, другая грудь здорова. Жалуются на сильные головные боли. Смерть от метастазов в головной мозг.

Тщательное микроскопическое исследование, произведенное профессором В. В. Алякритским, дало злокачественную аденому с метастазами в лимфатические железы.

**Наблюдение 9-ое.** Больная К-на. 32 лет, поступила в клинику 5-XII — 26 года по поводу рецидива опухоли правой грудной железы и опухоли левой грудной железы. В мае 1926 года больная подвергалась в другом городе операции удаления правой грудной железы по поводу опухоли; после операции больная стала худеть и из цветущей здоровой женщины превратилась в бледную, прямо высохшую, стала плохо ходить: заболели ноги. Со стороны наследственности ничего особенного, сестра одна страдала тбс и психозом. Имела 3 детей, роды были нормальны. Об'ективно в области рубца с правой стороны на груди большое количество мелких плотных образований. Такие же уплотнения прощупываются в правой грудной железе. Подмышечные железы с обеих сторон увеличены. Рентгенография позвоночника: опухоль в поясничной части в области 4 — 6 позвонков. Случай признан неоперабельным.

**Наблюдение 10-ое.** Ш-ая Ида, 37 лет, поступила в клинику 6-II — 28 г. по поводу опухоли в левой грудной железе, которую она заметила после брюшного тифа, перенесенного в сентябре 1926 года. Со стороны наследственности ничего особенного. Были две беременности, окончившиеся нормальными родами. Об'ективно: в левой грудной железе прощупывается опухоль величиной с куриное яйцо; кожа над ней слегка втянута. В подключичной впадине слева увеличенные лимфатические железы. 16-II — 28 г. операция. Ампутация левой грудной железы (профессор Д. П. Кузнецкий). При микроскопическом исследовании — скirr.

У первой нашей больной (7-ое наблюдение) развитие рака молочной железы совпало с кормлением, гср, раздражением — моментом, которому некоторые придают значение хронической травмы. Не исключена возможность, что раковое новообразование в виде незаметной для самой больной небольшой опухоли существовало и до того времени когда больная обратилась за врачебной помощью по поводу воспаления обоих сосков и сопутствовавшего лимфаденита.



Если по вопросу о кормлении в возникновении рака грудной железы мнения авторов различны, то иное дело, если рак возникает во время беременности или кормления. Вольф (прив. по Ланда) дает сведения о 13 таких больных, обратившихся к нему за помощью. Трое из них оказались уже иноперабельными, а девять оперированных дали рецидивы в течение первого же года после операции. Течение рака протекает до того злокачественно, что некоторые авторы предлагают подвергать молодых женщин после операции по поводу рака грудной железы кастрации (рентгеновскими лучами).

У обоих больных мы должны отметить особенную злокачественность рака, давшего метастазы в мозг. По данным Handley (прив. по Зильбербергу В. Х и погр. обл. кн. 53) на 32 аутопсий по поводу рака грудной железы—метастазов в позвоночник было 12, в грудную кость — 30, в ребрах — 28, ключицу — 5, черепных костях — 9. Бывают случаи, где только благодаря происшедшему перелому распознают у больной рак грудной ж. раньше протекавший совершенно незаметно и для больной.

**Наблюдение 11-ое.** О-на Кл., 31 года поступила 16-X — 29 г. по поводу из'явившейся опухоли правой грудной железы. В 1928 году после родов и кормления грудью в первые же недели заметила в правой грудной железе небольшое, величиною с горошину, уплотнение совершенно безболезненное. В 1929 году больной предлагали операцию, но она предпочла лечиться домашними средствами, вследствие чего опухоль из'явилась. Имела две беременности, грудью кормила всего лишь несколько дней, в силу чего груди нагубали и болели, но нарывов не было.

Об'ективно: вся правая грудная железа занята плотной неподвижной из'явившейся опухолью; подмышечные железы, а также надключичные, прощупываются. Микроскопическое исследование кусочка железы показало, что имеется рак. Интересно, что во время пребывания в клинике еще до операции больная перенесла рожу, однако, последняя не оказала никакого влияния на раковую опухоль. После произведенной ампутации у больной развилась пизмия, от которой она и погибла. Эта больная по времени возникновения раковой опухоли во время беременности и кормления грудью сходна с седьмым нашим наблюдением.

**12-ое наблюдение.** М-ва, А. 36 лет. Рак правой грудной железы. Беременность 2½ месяца. 2 года тому назад вскоре после кормления грудью в 1927 году заметила опухоль в правой грудной железе. Беременностей было девять, детей кормила сама, нарывов в грудной железе не было. В правой грудной железе прощупывается опухоль величиной с яйцо, плотная, подвижная. По краю большой грудной мышцы, в подмышечной ямке, а также над ключицей имеются увеличенные лимфатические железы. 6-XII — 29 г. операция удаления правой грудной железы (проф. Д. П. Кузнецкий); оказалось, что железы проросли сосудисто-нервный пучок. Надключичные железы не удалены. Выписана с советом произвести аборт и лечиться Рентгеном. Этот случай также указывает, что рак грудной железы, возникающий во время беременности и кормления грудью, протекает чрезвычайно злокачественно. Больная уже при поступлении в клинику была иноперабельна.

**13-ое наблюдение** касается больной Н., 34 лет, поступившей в клинику 29-X — 29 г. по поводу рецидива рака матки, вследствие чего она в декабре 1928 года подверглась операции удаления матки. Из анамнестических данных нужно отметить, что у больной было 11 беременностей. Со стороны наследственности ничего особенного. Об'ективно: узелки во влагалище в области рубца, уплотнение вдоль уретры и ракового характера язвы в мочевом пузыре.

**14-ое наблюдение.** Больная Х-ва, 34 лет. В сентябре 1929 года была произведена операция удаления матки по поводу рака. Рецидив через 1½ месяца. Сильнейшие нейралгические боли в нижних конечностях; общее истощение.

**15-ое наблюдение.** А-в Хр. 39 лет, чернорабочий. Рак прямой кишки. Болен год. Сначала врачи диагностировали геморрой. Операция в два момента (д-р Шипицын): сначала наложен *anus praeter* по способу Ламбрэ, видоизмененному Каргановой-Мюллер, а затем через 4 месяца (вследствие закрытия клиники) удаление раково-пораженной прямой кишки по крестцовому способу. Выписан поправившимся.

### Выводы из работы следующие:

1. Число больных, страдающих раком различных органов по сравнению с довоенными временами, заметно увеличилось.
2. Отмечается более частое заболевание лиц молодого возраста.



3. Рак в молодом возрасте протекает злокачественно, особенно грудной железы и матки.

4. Беременность и кормление грудью крайне неблагоприятно влияют на течение рака грудной железы.

5. Причину увеличения заболеваний рака повидимому нужно искать в биологическом ослаблении организма.

В заключение считаю долгом выразить благодарность проф. Д. П. Кузнецкому за предоставленный материал и указания и проф. В. В. Алякритескому за микроскопическое исследование препаратов.

#### Л и т е р а т у р а:

1. «Mediz. Klinik», 1929 г., № 1. 2. «Arch. f. klin. chir». Bd. 151, N 2.
3. «Arch. f. klin chir». Bd. 134. 4. Ланда. «Журнал Современной Хирургии», 1928 г., В. 2. 5. Кларк. «Врачебная Газета», 1927 г., № 8. Реф. 6. Корсаков. Пермский Медич. Журнал, 1926 г. Кн. 1, 2, 3. 7. Гаспарьян. XIX съезд хирургов. 8. Кочанов. «О лечении злокачественных опухолей». Дисс. 1906. 9. Пунин. «Н.Х.А.». Кн. 39. 10. Шаак. «Н.Х.А.». Кн. 25. 11. Свиридова. «В. Х. и п. об.». Кн. 51. 12. Красинцев. «Н. Х.А.» Кн. 51. 13. Кузнецкий. «К вопросу о раке тощей кишки». Перм. Мед. Ж. 14. Зильберберг. «В. Х. и п. об.». Кн. 53. 15. Гордон и Зыкова. «Н.Х.А.». Кн. 51.

## К вопросу об оперативном лечении рецидивирующих паховых грыж

Ю. Багров (Златоуст)

Способов радикальных операций паховых грыж предложено такое множество, что пишущему по этому вопросу нужно какое-нибудь оправдание.

Для меня этим оправданием является отсутствие надежных методов для оперирования грыж рецидивирующих.

При таких повторно рецидивирующих грыжах приходится встречаться с топографией совершенно необычайной.

Паховой канал принимает уже вполне прямое направление: *plica epigastrica* сдвинута кнутри. Поперечная фасция не может быть отпрепарирована.

От внутренней косой мышцы остается обыкновенно очень небольшое количество функционирующих пучков в наружном углу раны, вся-же остальная мышца расположенная в области пахового канала, многократно использованная для пластики, превратилась в рубцовую ткань.

Наконец, главная надежда хирурга, — апоневроз наружной косой мышцы тоже изуродован.

Только там, где его еще не захватили во время предыдущих операций, т. е. тоже в наружном углу раны и дальше внутри на некотором расстоянии от раневой щели, он обыкновенно сохраняет еще свои основные свойства — ясную волокнистость и блеск.

И из этих тканей приходится создавать преграду внутрибрюшному давлению, да при том еще заведомо ослаблять эту преграду оставлением канала для семенного канатика.

Неудивительно, что таким больным хирург решается предложить более или менее надежно избавить их от грыжи лишь ценою иссечения яичка.

Действительно, если исключить необходимость оставления упомянутого канала для канатика, — закрыть дефект представляется уже не таким сложным делом.



Сохранившаяся обыкновенно хорошо пупартова связка сшивается с тканями внутренней губы раны на всем протяжении выпячивания таким, примерно, образом. Внутренний и наружный углы раны закрываются особенно тщательно, при чем здесь удастся отыскать крепкие ткани. Измененные ткани прошиваются с образованием складок, и такая операция дает хорошие результаты, — рецидив больше не появляется.

Вот это упрощение вмешательства при сопутствующей кастрации и дало мне повод испытывать способ, который я и позволю себе изложить.

Я очень тщательно выделяю весь мешок, особенно стараюсь возможно выше освободить шейку. Если, как обычно бывает, шейка широка, — лучше не переязывать ее, а, придавши больному положение Трендельбурга, отсечь мешок и закрыть отверстие в брюшине узловатыми швами. Таким образом не получается об'емистой культи и исключается образование брюшинной воронки.

Затем возможно меньше травмируется образование канатика и, соблюдая гемостаз, я освобождаю яичко из мошонки совершенно и откладываю его в сторону, обернувши теплыми влажными компрессами.

Далее, в верхнем углу раны я отыскиваю участок «хорошей» внутренней косой, покрытый нормальными апоневрозами и на расстоянии двух-трех сантиметров от раневой щели сверху и внутри проделяваю в этом пласте (из мышцы апоневроза) ножом отверстие, через которое прошло-бы яичко.

Теперь яичко проводится из глубины к поверхности через это отверстие и накладываются швы с оставлением канала для семенного канатика. Дальнейший ход операции мною описан.

Когда выпячивание хорошо ушито, яичко опускается в мошонку и над семенным канатиком сшивается подкожная клетчатка и кожа.

Следует лишь упомянуть, что при этой операции лучше иссечь кожный рубец и шить здоровую кожу, под которой клетчатка, конечно, гораздо более способна служить покровом для канатика.

По этому способу мною оперировано всего два больных. Это объясняется тем, что я применил его лишь в случаях многократно рецидивировавших грыж.

В первом случае дело шло о рабочем, которого я оперировал по поводу правосторонней паховой грыжи, рецидивировавшей в пятый раз, т. е. сделал ему шестую операцию. Первые пять операций сделаны другими хирургами. Во втором случае я оперировал тоже рабочего, у которого грыжа (снова правосторонняя) рецидивировала в четвертый раз. Этому больному я же произвел и предпоследнюю операцию около года назад. Тогда представилась возможность применить метод Бассини, но рецидив последовал менее чем через два месяца. Оба больных в настоящее время от рецидива свободны: первый больше года, второй несколько месяцев. Оба работают.

Мне кажется, что описанный способ может быть применен и при обычных грыжах с прямым ходом канала, но малое количество наблюдений мешает мне чувствовать себя достаточно об'ективным.

#### П р и м е ч а н и е:

Когда мое сообщение уже было отправлено в «Уральский Медицинский Журнал», я прочел в 157-м томе Архива клинической хирургии (Archiv für Klinische Chirurgie, 157 Band) сообщение проф. Шмидена, в идее сходное с моим. Интересуясь, по понятным причинам, чтобы мое предложение не было обесценено, указывая, что, как видно из пред'явленного мною в президиум хирургической секции Областного научного с'езда операционного журнала за 1928 год, больной Андреев, коему мной впервые была произведена описанная операция, записан 14-IX — 1928 г., т. е. за 1/2 года до того, как профессор Шмиден доложил о своем способе на хирургическом конгрессе. История болезни по приемному журналу № 3319 от 13-IX — 1928 года.



В последнем номере Вашего журнала помещен отчет о заседании Златоустовской научной ассоциации, в коем совершенно искажен смысл моего сообщения с демонстрацией желудка, иссеченного по поводу рака. Не откажите в помещении краткого реферата моего сообщения в изменение этого искаженного сообщения.

«Демонстрация желудка, иссеченного целиком по поводу рака, занимавшего малую кривизну и захватившего кардиологическую часть пищевода.

Удачных случаев в литературе к 1927 году было несколько более 30-ти. Операция до манипуляций на кардиологической части проведена под местным обезболиванием, далее дан эфир.

Как указывают авторы, так и в нашем случае производил впечатление непрочного шов на пищеводе. Больной прожил 12 дней и погиб от вторичной пневмонии, которую, конечно, все же следует поставить в связь с операционным вмешательством.

Обычно при неудачном исходе больные погибают либо в первые дни от шока, либо к 4-му, 5-му дню от перитонита.

Интересно влияние на паретический кишечник инъекций эзерина, которым, начиная с 8-го дня, удалось ежедневно вызывать стул».

Ю. Багров.

## Гипнотическое внушение в хирургии

(Из Свердловской жел. дор. больницы)

Доктор В. А. БАХТИАРОВ

История внушения начинается с далеких времен, когда многие больные получали «чудесные исцеления». В XVIII веке Hassner (из Италии) и Mesmer (из Парижа) широко начали психическое врачевание; первый — путем религиозных обрядов и второй — животным магнетизмом с его «флюидической силой».

Lieubault, Charcot, Forel, Bernheim, Beaunis, Токаровский, Данилевский и другие вырвали гипноз из рук шарлатанства, и учение о нем с того времени освещается с физиологической точки зрения. Это подтверждено солидными работами по рефлексологии (акад. И. П. Павлов, акад. В. М. Бехтерев).

Культивирование гипнологии, как отдельной и самостоятельной дисциплины, мало еще прививается в наших университетах. Проф. А. А. Токарову впервые удалось открыть в Московском университете самостоятельный курс по гипнологии. В Саратове работает известный своими работами по психологии и гипнологии П. П. Под'япольский и в Харькове К. И. Платонов.

Я не буду перечислять название дисциплин и заболеваний, где не применялся бы гипноз. Одно скажу, что применение его должно быть гораздо шире, чем это думают некоторые. И хирургия осталась незабытой. Впервые (в 1821 г.), операцию под гипнозом произвел Resamier. В 1829 г. Cloquet оперировал рак груди. Loisel (1845 г.) ампутировал ногу под гипнозом. Valneau и Wgosa внесли предложение французской Академии Наук о более широком применении гипноза в хирургии. Esdail и Elliotson произвели около 300 операций в гипнотическом сне. В 1890 г. Naab и Wielander с успехом применили гипноз при глазных операциях (иридектомия, удаление катаракты). Forel, Wood, Follin, Aldrich Ward и мног. друг. также применяли гипноз при операциях. Forel произвел 70 операций — удаление зубов, катаракты, в одном случае рака прямой кишки; операция продолжалась час (цит. по Платонову). В России П. П. Под'япольский первый применил гипноз в хирургии (1898 г.); ему принадлежит около 30 операций, произведенных с большим успехом; некоторые из них были сложные (ампутации, лапоротомии). В начале XX века стали применять внушение при небольших операциях Ермаков, Бехтерев, Вяземский, Срезневский. В 1924 года у нас в Союзе появляется много работ о применении гипноза в хирургической практике. Проф. К. И. Платонов и Г. З. Вельвовский



с успехом применяли гипнотическое внушение при родах, в одонтологии, в гинекологии и хирургии (удаление опухоли на бедре, опухоли на груди и appendectomy). Проф. П. Н. Барабашевым описывается 2 случая применения гипноза в глазной хирургии (enucleatio bulbi и Snellen'овская операция). Также д-р Т. Крылов (из клиники проф. Адамюка) провел под гипнозом несколько глазных операций. С. М. Берг применил гипноз при appendectomy. Целый ряд русских авторов с успехом проводили под гипнозом выскабливания матки, роды (А. Д. Кудашев, Н. П. Казаченко-Триродов, К. И. Пырский, А. П. Николаев, проф. В. Г. Божовский и доктор И. И. Туревский, Г. Б. Геренштейн, проф. К. И. Платонов и доктор М. В. Шестопол, одна из учениц проф. К. И. Платонова, С. И. Иоффе и друг.). Ю. А. Поваринский удачно провел операцию под гипнозом (удаление пупочной грыжи). Г. Б. Геренштейн под наркогипнозом сделал малое кесарево сечение с последующей стерилизацией и под гипнозом extirpationi uteri totalis.

Е. Л. Яновский наблюдал случай истерической опухоли сигмовидной кишки, что подтвердилось при операции и спазм под влиянием глубокого сна исчез. Операция дала хороший результат. Небезынтересно упомянуть о кровотечениях, остававшихся путем внушения в гипнозе некоторыми авторами (Moll, Forel, Wetterstrand, Lieubault, Bernheim, П. П. Под'япольский, А. П. Николаев, В. П. Федоров, А. Кнеппер и др.).

В XIX веке на Западе гипноз при родах применяли Dimpallyer, Voisin, Schrenk, Notzing, Delboeuf, Lichtschein и друг., а в последнее время Hallauer, Kirstein, Schultz, Heberer, Friedlander и друг.).

Silovie, проводя роды в постгипнотическом состоянии, наблюдал полную анальгезию в течение 12 час. (цит. по Платонову).

Rifat, а позднее Hallauer предложили наркогипноз при за трате незначительного количества наркотического вещества с последующим внушением. Hallauer за 15 лет наркогипноз применял в 1200 случаях при различных малых операциях, при которых 60 — 70 проц. — полнит результат и в 10—15 проц. — неудачный.

Kirstein предложил гипнонаркоз, когда во время гипноза накладывается пустая маска и еще несколько капель хлороформа.

✕ Гипнонаркоз применялся и русскими авторами (Под'япольский, Платонов, Берг, Николаев, Геренштейн и друг.). Не следует к этому методу относиться скептически, так как он дает хорошие результаты, подавляя психическое сопротивление незначительными дозами хлороформа или эфира, давая глубокий сон. ✕ П. П. Под'япольский для получения сомнамбулизма при гипнотизировании прибегал к нескольким каплям хлороформа (1905 г.).

✕ К. И. Платонов в своей книге «Гипноз и внушение» пишет: «гипноз-наркоз должен, по нашему, иметь самое широкое распространение в области хирургии, так как ничто не может дать такого совершенного отдыха и покоя, как гипноз — этот искусственно вызванный без участия ядов сон».

Известна большая токсичность наркотических веществ при операциях. Иногда бывают неприятные случаи при пользовании ими. Не приходится и говорить об осложнениях, появляющихся у больных после наркоза. Всем известны пневмония, рвота, головные боли, задержка стула и мочеиспускания, болезненность ран, подавленное настроение и проч. Этого не бывает при употреблении словесного наркоза.

✕ При какой угодно операции больного следует психически подготовить. ✕ Нередко больные страдают предоперационным страхом. Каждый хирург может ✕ устранить это, применив словесное внушение уговариванием и успокаиванием. Гуманное отношение хирурга к больному должно занимать первую позицию в предоперационном периоде. Иногда больные слышат от хирурга о предстоящих болях при операции, о сердцебиении от новокаина. Этим самым создаются уже определенные внушения, которые у больного фиксируются и он с волнением ждет грядущего часа. Не лучше ли будет, если внушить спокойствие и ободряющие фразы? Целый ряд авторов, упомянутых выше, подготавливали больных к операциям, устраняя путем внушения в гипнотическом сне страх, боль, внушая спокойствие и хорошее настроение, видели положительные результаты.

✕ Как я уже говорил, применение гипноза при хирургических операциях дает ✕ хороший результат. После оперирования полная, а иногда и частичная амне-



зия, общее самочувствие больных бывает хорошее, бодрое настроение, отсутствие болезненности на месте разреза, функция кишечника и мочевого пузыря в норме и не бывает ни рвоты, ни тошноты.

К операции под гипнозом следует готовить minimum недели за 2 (П. П. Под'япольский). Необходимо получить *Somnambulismus totalis momentanus* — *Stm* (по терминологии П. П. Под'япольского) и сделать пробный прокол на чувствительность. При получении полной анестезии можно надеяться на успех операции. Так как глубокий сон с анальгезией получается не у всех, то широкие проведение операций под чистым гипнозом у всех невозможно.

Перехожу к собственному материалу:

1. Роды в постгипнотическом состоянии.

Т. П., 35 л., беременность X месяцев, по счету 2-я. Предложено ей родить под гипнозом. В 1-й же сеанс *Somnambulismus totalis momentanus* — (сокр. *Stm*). Внушена безболезненность схваток и родов. На 2-й день утром еще гипноз. Вечером произошли роды без боли и спокойно, чему были удивлены находившиеся в родильном отделении роженницы и родильницы.

2. Искусственный выкидыш под гипнозом (хирург д-р П. Д. Самохин).

Больная З. Я., 26 л., беременность 1 1/2 мес. Проведено 3 подготовительных сеанса.

С первого же сеанса *Stm* с анальгезией. В день операции больная загипнотизирована в коридоре и в гипнотическом состоянии переведена в операционную. При введении последнего расширителя Hegar'a (№ 12), больная слегка застонала. Быстро ее внимание отвлечено созданием галлюцинаций (сад, цветы), и после того операция протекала очень спокойно.

По окончании операции больная перенесена в гипнозе в другой барак, где разбужена в хорошем настроении, с полной амнезией, с отсутствием каких-либо болей.

3. Остановка маточного кровотечения.

Больная А. В., 38 л., обратилась ко мне по поводу кровотечения, так как слыхала, что в гипнозе можно остановить его. Прежде чем приступить к внушению, анамнез ее пропускаю через «гипнотическое сито» (П. П. Под'япольский). Причина выяснена. Психогения на лицо. Месяц тому назад мужа ее перерезало поездом, и, как она увидела его мертвым, сразу же появилось кровотечение, продолжавшееся в течение месяца ежедневно.

Первый сеанс гипноза — *Stm*. Внушено прекращение кровотечения: кровь де, теперь равномерно распределяется по всему организму. И внушил еще забыть тяжесть несчастного случая прошлого. С того момента кровотечение прекратилось. На 2-й день еще сеанс для закрепления внушенного.

4. Урегулирование месячных.

Больная А. К., 32 л., после ссоры с мужем стала нервной, слезливой, появились вздрагивания и месячные начали путаться—обилие и частота их. Долго этим не страдала и обратилась к врачу в первый же месяц своей болезни. Нурпос (*Stm*) с соответствующим внушением, месячные сразу прекратились и в дальнейшем шли аккуратно и в срок.

5. Наложение хирургической повязки в гипнотическом сне.

Больная Е. Н., 32 л., явилась ко мне на прием — (тогда я работал на участке) с резаной раной в 6—7 сант. длиною на правой пятке и жаловалась на болезненность в этом месте. В гипнотическом сне (*Stm*) наложена хирургическая повязка, внушена безболезненность раны.

По пробуждении боль исчезла и боль в ноге больше не появлялась.

Процесс заживления раны — *per gr̃i tam*. —

6. Подготовка к операции.

Больная А. Т., 42 лет, очень боялась операции (appendectomy), много волновалась и слезы не покидали ее. После нескольких сеансов внушения всякий страх к операции исчез, волнение пропало и больная была очень спокойна во время операции и после нее.

7. Левостороннее грыжесечение под гипнонаркозом (хирург д-р А. Н. Меньшиков).

Больной Ф. Н., 28 л., тяжелый невротик (*Hysteria*). По этому поводу лечился у меня гипнозом с значительным успехом. *Somnambulismus totalis momentanus*. Интересно отметить следующий факт. Однажды получил от больного письмо (он жил на одной станции железной дороги) с жалобой на появившуюся нервность. В письме ему написал ободряющие фразы. По прочтении



письма он сразу успокоился и, благодаря этому, не поехал на прием в Свердловск. До операции удалено ему под гипнозом один за другим два зубных корня. Экстракции были абсолютно безболезненными. В день операции больной в гипнотическом состоянии переведен из одного барака в другой. Так как он очень любил охоту, то я решил создать ему подобную невинную галлюцинацию, надеясь отвлечь его внимание во время операции. При разрезе тканей больной кричит о неудаче охоты. Потом кричит, что его на охоте ранил товарищ (явная реакция на страх боли). На случай прибегнули к эфиру и в течение всей операции израсходовано было не более 20 куб. После эфира операция протекала уже спокойнее. Длительность операции 30 минут. Больной разбужен в палате. Боли никакой нет, об операции не помнит, настроение веселое. Норма со стороны органов отправления.

8. Appendectomy — новокаин + гипноз (хирург д-р А. Н. Меньшиков).

Больная А. Б., 31 г., просила автора присутствовать на операции, так как ею владел страх.

На операционном столе лежала очень спокойно, находясь в гипнозе, не чувствовала ни единого укола. Новокаина всприснуто меньше обычного наполовину. Во время операции больная улыбалась и не было ни вздрагивания, ни стоны. Разбужена в операционной и была удивлена уже произведенной операцией. После операционный период протекал прекрасно; больная была весела, никакой боли абсолютно не чувствовала, N — со стороны органов отправления. На шестой день сняты швы под словесным внушением нараву безболезненно.

9. Удаление зубов под гипнозом.

Насчитывается более 30 экстракций; из них описываю более интересные, заслуживающие внимания.

а) Н. Ш., 28 л., в глубоком сне (Stm) удалено два корня. Больная была спокойна. После экстракций появилось кровотечение, внушено, что кровотечение прекращается (катаlepsия) и кровь моментально остановилась образованием кровяного тромба. Об экстракциях не помнит, боли не ощущала.

б) О. А., 38 л. При попытке удалить два аномальных резца в бодрствующем состоянии с больной случился припадок. Через два дня зубы были удалены под гипнозом без боли и она не помнила об экстракциях.

в) В. В., 37 л., удалено: 1 корень и 2 зуба. При экстракции одного зуба последний сломался и попытка удалить корень элеватором оказалась безуспешной. Удаления зубов совершенно не помнит и боли никакой не ощущало.

г) А. П., 38 л., всегда кричала от боли, когда зубной врач смотрела у ней подлежащие удалению корни. Удалено под гипнозом два зуба и 3 корня. Больная спала хорошо и спокойно. Не помнила экстракции и не чувствовала боли.

д) А. Б., 31 г. Экстракция 2-х корней оказалась сложной. При затрате значительной силы со стороны зубврача с помощью элеватора корни удалены. Больной ничего не чувствовал и спокойно спал в гипнозе.

Остальные экстракции также проходили спокойно и без боли, кроме двух случаев, когда больные в момент удаления стонали и производили рефлекторное движение руками. По пробуждении они ничего не помнили и боли не чувствовали. Почти все экстракции произведены зубврачем Ф. И. Черняк.

Хотя имеется целый ряд работ о применении гипнотического внушения в хирургии, но и дальнейшее появление таковых может только пролить больший свет в понимании сущности явлений гипноза.

Авторами определенно доказана целесообразность применения его при хирургических, гинекологических операциях и при родах, и мои описанные случаи только могут подтвердить то же самое.

## ВЫВОДЫ:

1. В тех случаях, когда имеется противопоказание к применению наркотических веществ, можно прибегнуть к словесному внушению, гипно-наркозу или нарко-гипнозу, где применение в небольших количествах наркоза даст возможность избежать последующих осложнений.

2. Каждый хирург должен быть психотерапевтом в подготовке больных к операции, путем успокаивания, уговаривания. Здесь можно надеяться только на выигрыш в экономии расхода наркотических веществ и в сохранении здоровья оперируемых.

3. Применение гипнотического внушения в пред и послеоперационном периоде может дать лучший результат. По этому поводу проф. К. И. Платонов



говорит: «Прививание путем внушения покоя, безболезненности ран и т. п. еще более подчеркивает ценность суггестивного метода, как всемогательного средства в хирургии».

4. Как в хирургии, так и в других отраслях медицины гипнотическое внушение вреда не приносит, и применение его с лечебной целью оценивается с положительной стороны. То же могу подтвердить на своем опыте при применении более четырех тысяч сеансов гипноза.

5. Целесообразность применения гипноза бесспорно доказана в одонтологии.

Нужно надеяться, что появление дальнейших работ «Гипноз в хирургии» и вообще из области гипнологии пробудит большой, заслуженный интерес к гипнозу среди врачебных кругов.

#### ЛИТЕРАТУРНЫЕ ИСТОЧНИКИ:

1. И. П. Павлов.—Лекции о работе больших полушарий мозга. 1927 г.
2. В. М. Бехтерев.—Мозг и его деятельность. 1928.
3. Он-же.—Гипноз, внушение и психотерапия. «Вестник знания», 1911 г.
4. Э. Э. Эйхвальд.—О животном магнетизме и гипнотизме. «Практич. медиц.», 1891 г.
5. А. Форель.—Гипнотизм или внушение и психотерапия. «Образов.». Ленинград, 1928 г.
6. H. BERNHEIM. — Die suggestion, Deipzig, 1896.
7. A. MOLL.—Der Hypnotismus. Berlin, 1924.
8. В. Я. Данилевский.—Гипнотизм, 1924 г.
9. Б. Н. Бирман.—Экспериментальный подход к гипнозу. «Журнал для усов. врач.», 1923 г.
10. Он-же. — Сон и гипнотизм., Мск. 1927 г.
11. К. И. Платонов. — Гипноз и внушение — в практической медицине. Харьков, 1925 г.
12. П. П. Под'япольский. — Случай применения гипнотического внушения в лазаретной практике. «Журн. Невропат. и псих. им. Корсакова», 1915 г., кн. 2.
13. Он-же.—Простое словесное внушение в качестве общего наркоза. «Кл. журн. Саратов. У-та», 1925 г., т. I.
14. Он-же.—Гипнотическое внушение, его значение при дифференциальной диагностике, применение в терапии и хирургии. «Кл. журн. Саратов. У-та», 1929 г., т. VII, № 4—5.
15. К. И. Платонов и Г. З. Вельвовский. — К вопросу о применении гипноза в хирургии, акушерстве и гинекологии. «Вр. дело», 1924 г., № 7.
16. П. Н. Барабашев.—Гипноз в оперативной офтальмологии. «Вр. дело», 1924 г., № 11—13.
17. Т. Крылов.—Опыт применения гипноза в глазной хирургии. «Вр. дело», 1925, № 24—26.
18. А. Д. Кудашев.—Опыт применения гипноза в акушерстве и гинекологии. «Каз. мед. журн.», 1927 г., № 12.
19. Н. П. Казаченко-Триодов.—О применении гипноза при гинекологических операциях. «Вр. газ», 1925 г., № 17—18.
20. С. М. Берг.—Гипноз и хирургии. «Вр. дело», 1925 г., № 24—26.
21. К. И. Пырский.—К вопросу о психотерапии в акушерстве и гинекологии. «Журн. акуш. и жен. бол.», 1927 г., т. XXXVIII, кн. 2.
22. А. П. Николаев.—Теория и практика гипноза, Киев, 1927 г.
23. Он-же.—Гипноз в акушерстве и гинекологии. «Вр. газ.», 1924 г., № 19—20.
24. В. Г. Божовский и И. И. Туревский.—Гипноз при родах. «Каз. мед. журн.», 1927 г., № 2.
25. Г. Б. Геренштейн.—Гипноз в акушерстве и гинекологии. «Журн. акуш. и жен. бол.», 1924 г., кн. 3—4.
26. К. И. Платонов и М. В. Шестопал.—Внушение и гипноз в акушерстве и гинекологии, 1925 г.
27. К. И. Платонов.—Врачи и гипноз. «Вр. дело», 1925 г. № 24—26.
28. С. И. Иоффе.—К вопросу о гипнотерапии. «Днепрот. м. ж.», 1928 г., № 1—2.
29. Ю. А. Повзаринский.—Значение подготовки в применении гипноза при хирургических операциях. «Журн. для усов. врач.», 1928 г., № 12.



30. Г. Б. Геренштейн.—Введение в практическую психотерапию. «Практич. мед.», 1927 г.
31. Е. Л. Яновский.—К вопросу об истерических опухолях кишечника. «В. хир.», 1928 г., 42.
32. В. П. Федоров.—Гипноз и психоанализ в гинекологии. «Журн. для усов. врач.», 1925 г., № 9.
33. А. Кнеплер.—К вопросу о применении гипноза в гинекологии. «Врач. дело», 1925 г., № 19—20.
34. М. М. Гринберг.—Обезболивание при нормальных родах. Acta medica, 1927 г.
35. В. HALLAUER.—Гипноз в гинекологии и акушерстве и наркогипноз. «Рефер. журн. для усов. врач.», 1924 г., № 2.
36. А. А. FRIEDLÄNDER.—Die Hypnose und Hypno-narkose. 1920 г.

Литература по данному вопросу приведена лишь доступная автору.

## Гипноз в практике гинеколога

Врач А. Б. ПРЕЙСМАН (г. Ишим, Уральской Области)

«Из гинекологического Отдел. I Ишимской Советской больницы»

Целью настоящей статьи является не систематический обзор современного состояния гипнологии и не материалистическое объяснение многообразных явлений гипноза, что для автора представляет пока особые трудности, а лишь непосредственное эмпирическое описание некоторых (из общего числа нескольких десятков) наиболее эффектных в практике автора эпизодов. Последние могут послужить подходящим сырым материалом для исследовательских обобщений ученых—гинекологов. Для исследовательской же работы, в той еще сравнительно молодой отрасли науки, над отдельными проблемами которой автор работал и пытается работать сейчас, публикуемый материал, почерпнутый из практической деятельности в условиях отдаленной провинциальной периферии, может оказаться далеко не лишним.

Мощная волна абортов, охватившая своим размахом и сельскую женщину, вынуждает акушеров и гинекологов искать пути к наименьшей как физической, так и психологической уязвимости женского организма. Все виды анестезии, применяющиеся для этой цели, как нам кажется, не достигают результата. Опасности ингаляционного—в особенности хлороформенного наркоза—имеют вполне заслуженно колоссальное число противников и даже применение его ни в коей мере не разрешает вопроса, а наличие тяжелых как непосредственных, так и отдаленных результатов делает применение его ограниченным.

Попытки найти разрешение этого вопроса в местной инфильтрационной анестезии (Подзоров) требуют дальнейших наблюдений и проверки.

Исходя из приведенных соображений, я решил применить гипноз при абортах.

В технике применения гипноза я пользовался подготовительными сеансами и мои небольшие наблюдения совпадают с мнением Пырского, по мнению которого подготовительные сеансы дают возможность узнать врачу «с кем он будет иметь дело» и уже в связи с этим применить тот или иной способ воздействия.

Эти сеансы рассеивали опасение наших больных в боязни «не проснуться» и ликвидировали скептицизм к гипнозу, порой царящий у населения. В противовес Геренштейну мы на нашем небольшом материале всегда видели положительные результаты от подготовительных сеансов.

1. Т-ва А. Д., 27 лет, проживающая в г. Ишиме, поступила во временно заведываемый мной роддом 10-VIII—28 г. ( № 586) для производства искусственного аборта, направленная из аб. комиссии. Первые крови на 14-м году, через 26, 28 дней шли по 3 дня, умеренные, безболезненные. Замуж вышла на 21 году, пер-



вые роды 23 лет, родов всего 3. Настоящая беременность 4-я, последние менструации 6-VI—28 г. Объективно: матка увеличена соответственно началу 3-го месяца беременности со всеми признаками последней *Retroversio flexio uteri submobilis*. Придатки незначительно увеличены. Т.—Норма. 11-VIII по нашему желанию в присутствии акушерки и санитарки сеанс гипноза *Lowerfeld*. II содержание внушаемых идей—безболезненность аборта. Достигнута анальгезия.

12-VIII—то же в присутствии акушера Вит 13-VIII операция. Дилатация до 13—14 № Hegar'a Корнцанг, *Abrasio cav. uteri* в соскобе продукты беременности. Тампон. Больная во время аборта спала, временами рефлекторное подергивание ног. Разбуженная после операции, не знает, делали ей операцию или нет. Потом больная сообщила, что у нее было впечатление будто режут рубашку, было желание высказать удивление, но не могла. 14-VIII чувствует хорошо. Умерен. сер. кров. выделения. Беспокоится, делали ей операцию или нет. 16-VIII успокоенная, что операция ей произведена, в хорошем состоянии выписана.

2. 3-ва А. В. 23 лет. Замужем 5 лет, детей 3 — все живы. Гинекологический *habitus* без резких отклонений. Имела ряд нервных переживаний. Страшно боится аборта, но общее истощение организма и наличие маленьких детей толкают на это. Поступила в заведываемое мной гинекологическое отделение I Савольницы 7-11—29 г. (больничный журнал № 263). Страх аборта настолько велик, что согласна лучше родать и «умереть», чем подвергнуться аборту обычным путем. 2 подготовительных сеанса в присутствии персонала больницы. 10-11 мной была произведена операция искусственного выкидыша 2-х месячной беременности. Глубокий сон, лишь изредка подергивание ног при дилатации большими номерами Hegar'a. 14-11 в хорошем состоянии и полная благодарности за безболезненную операцию 3-ва выписалась.

3. Д-ва Е. Д., 24 лет. по профессии учительница, прислана из амбулатории для производства аборта. Д-ва изъявила желание, чтоб ей аборт был произведен под наркозом. Являясь принципиальным противником производства аборт под наркозом, я от последнего отказался и, учитывая жуткую боязнь подвергнуться «просто так» операции, порекомендовал гипноз. Произведены в амбулатории 2 подготовительных сеанса; внушено: во время аборта больная будет настолько себя хорошо чувствовать, что ей захочется петь.

10-V—1929 г. Д-ва поступила во вверенное мне гинекол. отд. I Савольницы (б. ж. № 708). Замужем 5 лет. Две беременности. Живой один ребенок 2 лет, последние менструации 9-III—29 г.; никакими болезнями кроме тифа и малярии не болела *status gynaecologicus* без резких изменений. Матка увеличена соответственно 2-м месяцам беременности с признаками последней. Нервная система в пределах нормы. В то время, как больной производилась операция другим врачом, я ей внушал, что она испытывает настолько приятные ощущения, что ей хочется петь и действительно, операция, продолжавшаяся с приготовлениями 15—20 минут, прошла под пение больной («Стоит гора высокая», «Белой акации» и др.).

Психогенные заболевания в гинекологии, их роль и значение за последнее время ставятся в повестку дня современной гинекологии и пополняют портфели редакций специальных журналов (Дик, Тарло, Васильев-Чехотаев и др.). Старый девиз «лечить не болезнь, а больного» большинством врачей стал игнорироваться. Увлечение поисками аномалий в анатомической архитектонике женщины привело к тому, что органический подход в глазах врача подавлял эмотивную сторону больного человека. Последняя игнорировалась. Расхождение «ножниц», порой, быть может, бессознательное, в нашем подходе к больному не давало нам возможности видеть перед собой человека в его общей «психической и физической совокупности» (Дюбуа). Как часто мы забываем все то, что не относится к анатомии и тем самым не достигаем желаемого успеха в диагностике и терапии. Роль психического момента, этого *genius morbi*, и его связь с местным страданием тесно переплетаются и первое очень часто является исходным началом в развитии болезни включительно до злокачественных новообразований (Быховский).

Этого рода больные, к которым мы применяли различные виды психотерапии (рац. терапия по Дюбуа, гипноз и др.), требуют в отношении собирания анамнеза от врача такта, терпения и умения нащупать «больной нерв». Я остановлюсь на одном из своих случаев, имеющем отношение к затронутому вопросу. Примененная гипнотерапия дала положительный эффект.



4. К-ва А. А., 18 лет, Абатского р-на. Пришла на амбулаторный прием с жалобами на долго длящиеся *menses*. В процессе постепенного всестороннего анamnестического беседования, когда речь зашла о муже и *coitus'e*, больная зарыдала. Выяснилось, что больная испытывала отвращение к *coitus'u* и страшную боль при нем. (Дома, когда она вспоминала мужа и *coitus*, у нее появлялось сильное отвращение, доводящее ее до рвотных движений включительно. Вызвано все это было, как нам удалось узнать от больной, первым насильственным *coitus'ом* со стороны мужа, тогда еще жениха. Больная мечтала о первом *coitus'e* «как у всех людей». С тех пор прикосновение к влагалищу болезненно. При бимануальном исследовании введение пальцев сопряжено с криком и судорожным сокращением *vagin'y*. Последняя слегка гиперемирована, матка нерожавшей женщины плотна на ощупь—безболезненна. Придатки без изменений. Кровянистые выделения умеренны. Определена в гинекологич. отделение I Ишимской совбольницы для психотерапии.

18-V—28 г. осмотр сопряжен с криком. Скудные кровянистые выделения, в остальном *item*.

19-V кровей нет. В присутствии женщины врача С. — гипноз. Поверхностный ровный сон. Содержание внушаемых идей: исчезновение отвращения к *coitus'u*, безболезненность последнего, потребность полового акта и удовлетворение таковой, отсутствие ощущения биения сердца, отсутствие анатомических отклонений в органах. Проснулась веселой, жизнерадостной.

20-V в присутствии сестры С. гипноз. Спала ровным, спокойным сном. Погружена в сон быстро. Содержание внушаемых идей прежние. Проснулась и стала рассказывать, что она видела сон, как ехала со своим мужем и он ей говорит: «Теперь ты здорова и у нас не будет из-за этого ссор». «Чувствую, что теперь мне половые сношения будут безболезненны» — говорит больная. Чувствует себя здоровой, даже тоскует о муже. Воспоминание о *coitus'e* с ним никакого отвращения не внушает; «теперь я чувствую, что буду здорова».

21-V содержание внушаемых идей прежние. Сон глубокий, спокойный. После сна она должна без приглашения лечь на гинекологический стол. Больная, будучи разбуженной, встала, пошла и легла на стол. Введение № 2 зеркала безболезненно. Больной был показан объем зеркала. Благодарит за лечение, — выпилась.

Впоследствии я имел сведения о ее благополучной семейной жизни.

Следующий случай излеченный нами относится к разряду «иатрогенных» заболеваний, талантливо разобранных Диком в «В. Совр. медицины».

Избегать таких врачебнотворных заболеваний мы сможем, если будем придерживаться правил: «прежде всего необходимо отказаться от узкой, «анатомической» точки зрения на болезнь, а помнить и изучать всю живую, чувствующую женщину; необходимо помнить о громадной роли внушения в жизни вообще и в медицине, в частности; наконец, необходимо изучать неврозы женской половой сферы» (Дик).

5. Г-ка К-ва А. Ф., 20 лет из Ларихинского р-на, дотоле совершенно здоровая и, не чувствуя никаких болей, вынуждена была обратиться к районному врачу, так как муж ее после долгих вопросов, не болеет ли она чем и несмотря на отрицательные ответы, направил ее к врачу, сказав, что у нее, наверное, триппер. Приехав к районному врачу она сказала, что муж, чувствуя в себе болезнь, направил ее для осмотра и совета. Во время осмотра больной райврачем зашла акушерка и спросила у врача: «что с этой больной». «У нее—гоноррея» — последовал ответ, с тех пор боли в спине и в «луне» стали беспокоить больную. В июне 28 года больная обратилась в горамбулаторию с жалобами на «трипперную болезнь» и ограниченную в связи с этим работоспособность. Родовая деятельность, менструальный цикл и анатомический статус половой сферы в пределах нормы. Бимануальное исследование, подтвержденное микроскопическим исследованием мочи и влагалищной флоры, убедило в наличии лишь гонофобии. Разъяснение и написанные нами капли не убедили больную. Значительно позже К-ва явилась ко мне на прием с запиской от одного наиболее авторитетного т-ца гинеколога, как типичный случай «иатрогенного» заболевания. После 3 сеансов гипноза в комбинации с внушением — электризацией слабым током внутренних поверхностей бедер и 3-х столовых ложек в день *Aq Menthae* «совсем здоровой» по словам больной, — выпилась. Через месяц К-ва пришла, заявив, что «трипперной болезни» у нее нет, но идут менструации 10 дней, чего раньше не было. Живет с мужем плохо: угрожает ей разводом. Тут же на приеме сеанс—внушено, что менструации будут приходить, как и раньше, через 26—30 дней по 3—5 дней. Со стороны гениталий бимануально обнару-



жено незначительное увеличение правых придатков. Впоследствии больная мне написала письмо по моей просьбе, где сообщает что месяцы идут по 5 дней—необычны. Просит повторить рецепт.

Выше описанные эпизоды, не объясненные материалистически, могут породить у поверхностного читателя идеалистические иллюзии на счет непознаваемости «тайн» человеческой, в частности, женской психики. Сторонниками же материалистического мировоззрения в медицине вышеприведенный опытный материал будет воспринят лишь как частный случай проявления общих законов, присущих высшим формам деятельности высоко организованной материи, что, повторяю, выходит за пределы рамок данной статьи и представляет пока особые трудности для автора.

## Случай кесарского сечения при необычных показаниях

К. П. Звягин

5-го ноября в четвертом часу утра я был вызван в Родильный Дом по поводу того, что поступила больная с повышенной температурой, выделением из влагалища жидкости с запахом кала и схватками судорожного характера.

При расспросе и исследовании оказалось:

Д—на Афонасия Петровна, 32 лет, скорбный лист № 1689 поступила того же числа в 3 часа утра для родовспоможения. В анамнезе значится: беременность доношенная, пятая. Первые 3 беременности закончены щипцами, при чем все трое детей извлечены мертвыми. 4-я беременность в 1923 году была закончена кесаревым сечением в Окружной больнице в Перми и ребенок жив. В начале настоящей беременности больная, не желая более подвергаться тяжелым операциям, обратилась в Абортную Комиссию одного из волжских городов с просьбой о разрешении аборта, но ей было в этом отказано. «Сделайшь и второй раз кесарское сечение»—сказали ей там, по словам больной.

Когда беременность была около 8 месяцев, больная была у нас в Родильном Доме и я предложил ей сделать кесарское сечение через 2—3 недели, но больная категорически отказалась, сказав: «делайте с ребенком что хотите, а я на большую операцию не соглашусь». То же самое подтвердил и муж. Не оставалось ничего делать, как посоветовать больной поступить в Родильный дом при первых же схватках.

Больная при поступлении рассказала, что каждый год болеет малярией уже несколько лет и что 3 недели тому назад заболела кровавым поносом в тяжелой форме и что понос и теперь еще есть, хотя крови не заметно; кроме того заметила с неделю тому назад, что из влагалища выделяется жидкий кал. Схватки почувствовала накануне с 6 часов вечера. При исследовании найдено:

Больная умеренного телосложения и питания. Размеры таза: Д 25, Сг 27, Тр 30, conjug ext 18.

При наружном ощупывании живота резкая болезненность живота ниже пупка; матка не расслабляется и как бы все время находится в стадии сокращения. Предлежащая часть головки над входом в таз. Сердцебиение справа ниже пупка. При внутреннем исследовании в перчатках шейка найдена еще не сглаженной, открыта на 1½ пальца, нузырь цел, головка над входом. Исследующие пальцы запачканы коричневым выделением с запахом кала. После впрыскивания морфия исследована зеркала, при чем калового свища на стенках влагалища не найдено, но обнаружен кал в небольшом количестве в полости влагалища. Температура 38,3. Общее состояние беспокойное, возбужденное при удовлетворительном пульсе. Встал вопрос,—что делать?

Ясно было, что больную необходимо родоразрешить немедленно. Это необходимо было по нескольким причинам.

Первая—повышенная температура, которая вероятнее всего зависела от начинающейся инфекции полости матки, что вполне объяснялось наличием в полости влагалища кала и где-то выше в полости шейки, а, быть может, и матки, так как свищевого хода на влагалищных стенках не было. Надежды на скорые самостоятельные роды никакой не было в виду данных исследования и анамнеза.

Второе показание к немедленному родоразрешению давал еще некоторых угрожающих симптомов именно—судорожные боли и резкая болезненность нижних от-



делов матки. Что эти симптомы могли означать? Если припомнить теорию Бандля о механизме разрывов матки, то судорожные боли и болезненность нижнего сегмента матки являются часто предвестниками угрожающего разрыва матки. Если принять во внимание бывшее кесарское сечение, то эти симптомы будут еще тревожнее, так как бывшие сечения стенки матки не редко при следующих родах дают разрывы стенки матки. Если даже успокоить себя тем, что здесь не наблюдается истончения нижнего сегмента матки, что должно быть перед разрывом (по Бандлю), то и тогда приходит на память теория Вербова, который говорит, что для наступления разрыва нет необходимости в истончении нижнего сегмента, что здоровая мышца матки при пространственных несоответствиях не рвется, а только перестает работать. Рвется только больная мышца и при всяких родах судорожные боли должны быть рассматриваемы, как возможное уже начало разрыва. Что в данном случае мышца матки больная не могло быть сомнения: при умеренной степени сужения таза matka при 3-х родах не могла протолкнуть головку через узкость таза, к тому же еще был разрез стенки.

Все это не успокаивало. К тому же еще акушерка сказала, что при поступлении больной ей показалось при наружном исследовании, что головка была во входе в таз. Значит теперь она отошла вверх. Это же постоянный сопутствующий симптом разрыва. Против разрыва говорил удовлетворительный пульс,—но это не исключает разрыва—я сам наблюдал полный разрыв матки (оперированной) с выходением части плода в полость живота при вполне хорошем пульсе.

И так—высокая температура и наличие симптомов, заставляющих предполагать возможность, а быть может и наступление разрыва матки, хотя-бы и не сквозного—делали необходимым немедленное родоразрешение.

Главным показанием все же была высокая температура и данные анамнеза, т.е. отсутствие надежды на самостоятельные роды.

Теперь нужно было решить второй вопрос. Как родоразрешать? Ясно было, что от всех влагалищных способов придется отказаться: нельзя же оперировать среди кала. Это обстоятельство, с одной стороны, как бы упрощало решение, но, с другой стороны, осложняло наличием повышенной температуры и возможностью калового свища в полости матки. Последние два обстоятельства заставляли как будто остановиться на внебрюшинном кесарском сечении и отказаться от классического.

Но здесь я вплотную должен был подойти к вопросу об этиологии наблюдающегося здесь присутствия кала во влагалище.

Больная впервые заметила его во влагалище за неделю до поступления в Родильный Дом, при чем перед этим за 1—2 недели у нее появился понос с кровью. Понос без крови продолжается и сейчас. Так как до поноса кала во влагалище не было, это обстоятельство заставляло предполагать связь появления во влагалище кала с этим поносом. Других причин нельзя было найти. Поставить это в связь с бывшим кесарским сечением не представлялось возможным, после него прошло уже несколько благополучных лет. Но каков же механизм происхождения калового свища в данном случае, очевидно что в толстой кишке произошел язвенный колит. Вся кишка при беременности в последнем месяце прилежит к стенкам матки. Одна из язв настолько глубока, что дошла дном своим до серозной оболочки, где и произошло реактивное воспаление: вследствие этого кишка на месте этой язвы спаялась вследствие слипчивого местного перитонита со стенкой матки; затем язва перфорировалась и кал пробил себе путь в полость матки и оттуда во влагалище. Этому могло способствовать наличие возможной даже и ранее спайки кишки с маткой в области бывшего разреза при кесарском сечении, что не редко наблюдается. Но в какой части полости матки она перфорирована? Я предполагал, что если бы перфорация произошла где нибудь выше внутреннего зева, то вероятно результаты инфекции полости матки были более бурные и наступили бы ранее, чем они наступили здесь. Поэтому я предполагал, что перфорация произошла ниже внутреннего зева, т.е. ниже плодного пузыря,—где нибудь в полости шейного канала матки, и вследствие того, что здесь шейка была еще сформирована и нижний сегмент не растянут—я отверг внебрюшинное кесарское сечение, так как едва ли здесь удалось бы вскрыть полость матки, не поранив или брюшины или пузыря. И к тому же, оперируя внебрюшинно, я мог бы попасть в область свища, т.е. кала. Таким образом, путем исключения я пришел к выводу, что я мог сделать здесь только классическое кесарское сечение, тем более что, идя на эту операцию, я мог обследовать полость живота, и если нужно будет, ре-ципировать фиксированную и перфорированную кишку, если бы та ковая оказалась, и в крайнем случае, сделать операцию Рогго.

Больной было выяснено ее положение и предложена указанная операция. Муж был по желанию больной в Родильном Доме и оба дали свое согласие.

Операция была сделана с большим разрезом брюшных стенок и извлечением всей матки наружу; полость брюшины была тщательно закрыта салфетками и заколоты пулевыми шпильками в нескольких местах. Матка вывернута кпереди почти на ноги больной (во избежание попадания околоплодных вод в полость брюшины) и сделан продольный разрез в нижней части передней стенки матки. Воды были бурозеленоватого цвета с некоторым запахом, но не каловым. Извлеченный ребенок в глубокой асфиксии



(сердцебиение перед операцией прослушивалось, но глухо) был передан акушерке, которая, к сожалению, не могла привести его к жизни. После удаления последа полость матки была тщательно протерта салфетками, смоченными в спирте, и затем наложены на стенку матки шелковые швы, сверху прикрытые серо-серозным швом. Трубы были резецированы. Брюшная рана закрыта обычным способом. При осмотре полости брюшины сращений с кишками матки нигде не было и в сводах ничего ненормального не найдено.

Таким образом мое предположение, что свищ открывался в полость шейки, было правильно. Свищ образовался, очевидно, внебрюшинно в парацервикальной клетчатке. Послеоперационное течение было с значительными и тяжелыми осложнениями. Первые сутки больная кричала от болей в животе. Температура первые 10 дней была субфебрильная. Общее состояние не внушало ничего хорошего. С первых же дней после операции опять начался понос, хотя без крови, но понемногу, часто, со слизью. Больная слабела с каждым днем. 7-й и 8-й день были самыми тяжелыми. Пульс, участвовавший тотчас же после операции до 120, в эти дни почти не прощупывался. Больная лежала в полусознании, холодная, в холодном, клейком поту. К этому присоединилось вздутие живота, газы не отходили. Поставленная сифонная клизма частью выливалась из влагалища. В эти дни сердечные средства впрыскивались каждый час: *ol camphorae, coffein, digalen urotropin* в вену. Физиологический раствор почти ежедневно с первого же дня операции. *Pituitrin* под кожу для сокращения матки и кишечника. Больная производила впечатление совершенно безнадежной. Не смотря на это на 10-й день сняты серфины с кожной раны—первое и атижение. Матка еще большая и болезненная, живот по ходу толстой кишки.

Больная не умерла. В дальнейшем течении понос продолжался все время. Появилась болезненная припухлость выше пупка и 26 ноября разошлась рана в верхней части и выделилось порядочно гноя с каловым запахом. В дальнейшем из этого отверстия выделялся гной, кусочки кала и даже непереваренной пищи. Впоследствии вскрыт был гнойник и ниже пупка, но здесь кала не было. Через месяц ниже отверстие закрылось. Через два месяца перестал выделяться кал из влагалища. Через 3 месяца не стало кала и в верхнем отверстии брюшной раны, но гной выделяется и до сих пор. Понос с перерывами продолжается до сих пор, но больная медленно, но поправляется. В настоящее время она ходит довольно свободно и собирается выписаться.

Первое время я не трогал больной; не делал ни внутренних исследований, ни зондирований, ни даже спринцеваний, пока не сократилась матка. Я считал, что покой в данном случае лучшее лечение. Затем, когда сократилась матка и прекратилось выделение кала из влагалища—произвел зондирование. Оказалось, что из наружного отверстия можно было ввести зонд по двум направлениям: вверх и несколько направо зонд попадал в полость матки, а влево в слепой ход в область парацервикальной клетчатки, очевидно, в закрывшийся свищевой ход из верхнего отдела прямой кишки. Таким образом подтвердилось мое предположение о локализации имевшегося при поступлении калового свища.

Откуда взялся второй каловый свищ, открывшийся в послеоперационном периоде в области рубца выше пупка? Для меня было ясно, что этиология его та же, как и первого свища, т. е. язвенный процесс в толстой кишке. Зонд, введенный в верхний каловый свищ (выше пупка) идет вправо и вниз куда то к восходящей толстой кишке. Здесь можно высказать два предположения: или толстая кишка спаялась в области рубца с передней стенкой живота и затем здесь перфорировалась язва, или язва перфорировалась в окружающую кишку клетчатку, образовалась внебрюшинная флегмона, которая распространилась по подбрюшной клетчатке по передней стенке живота и вскрылась на месте меньшего сопротивления, т. е. в области свежего рубца, дав при вскрытии гной с калом. Те клинические явления, которые предшествовали вскрытию (сильная болезненность в области правой половины живота, особенно по ходу восходящей кишки), говорят как будто за второе предположение. Это же подтверждается, по видимому, и произведенной рентгеноскопией.

Д-ром А. А. Яковлевым сделаны два прекрасных снимка с больной в области живота. К сожалению, снимки сделаны тогда, когда свищ частично закрылся, и из кожного отверстия кала уже не выделялось,—раньше транспортировать больную в факультетские клиники не представлялось возможным из за ее слабости.

На снимке ясно виден дивертикул кишки в виде длинного отростка и надо думать, что это и есть оставшийся еще свищевой ход.

Рассматривая снимки можно было заметить, что 3-й и 4-й поясничные позвонки срослись. Не здесь ли кроется причина того, что при достаточных размерах таза больная так плохо рожала. Нет ли у нее еще каких либо деформаций костей, уменьшающих костный родовый канал?

Я уже говорил, что у больной все время наблюдался понос, есть он и сейчас и кроме того, у нее сильная диспепсия: она только незначительную часть пищи переваривала, остальную выделяла иногда даже в неизмененном виде. Мы наблюдали много раз, напр., зерна гречневой крупы и во влагалище и в повязке живота, т. е. они выделялись обоими свищами. Это подтверждено и микроскопическими исследованиями кала; там вместе с



многочисленными гнойными клетками и красными кровяными шариками видны и остатки непереваренной пищи. Это же указывает и исследование желудочного сока: здесь резкая ахилия.

Больная пользуется, конечно, соответствующим лечением. Вследствие сильного истощения пульс у больной не бывает менее 100 ударов. Но терапевт не находит здесь органического изменения.

Я позволю себе сделать из сказанного несколько выводов:

1. *Bacterium coli comm* не производят тяжелой инфекции в половом тракте родильницы.

2. Классическое кесарское сечение с некоторыми предосторожностями возможно произвести при подозрении на инфекцию полового тракта.

3. Язвенный колит в исключительных случаях может давать после предварительного слипчивого воспаления каловые свищи в полые органы брюшной полости.

4. Описанный случай показывает, насколько уродливо понимается на местах закон об абортах. Абортные комиссии не достаточно учитывают медицинские показания для аборта, и научные ассоциации врачей должны поднять вопрос о том, чтобы при медицинских показаниях к аборту мнение врача, находящегося в составе абортной комиссии, было обязательным. В данном случае ответственность за все перенесенные страдания моей больной приходится возложить на членов абортной комиссии, отказавших больной в производстве прерыва беременности.

## Мой взгляд на лечение паховой грыжи у мужчи

Проф. Д. П. Кузнецкий (Пермь)

В советской участковой больнице так называемая радикальная операция паховой грыжи у мужчин является одной из частых операций. На первых-же порах самостоятельной хирургической работы у молодого врача возникают практические вопросы: как-же оперировать паховую грыжу у мужчин, какой способ надо выбрать и какой наиболее радикален? Чаще всего молодой хирург начинает применять те способы, которые он проделал на трупах во время практических занятий по оперативной хирургии, или те, которые он видел в хирургических клиниках.

Известно, что почти у каждого руководителя хирургического отделения или клиники обычно имеется свой «любимый», если можно так выразиться, способ радикальной операции паховой грыжи у мужчин. Но в общем наибольшей популярностью до последнего времени пользовался способ *Bas ini*, как на то указывает статистика Линберга, по подсчету которого из 19.768 радикальных операций паховых грыж, на способ *Bassini* приходилось 10.890 операций, выполненных 50-ю русскими хирургами. Эти цифры взяты из доклада Линберга на XVIII съезде российских хирургов по программному вопросу о радикальных операциях паховых и бедренных грыж и их отдаленных результатах. С двумя выводами докладчика я вполне согласен. Во первых, с тем, что вопрос о паховых грыжесечениях нельзя считать оконченным: движение хирургической мысли по этому вопросу в данный период несомненно; и, во-вторых, с тем, что способ *Bassini* отходит с первого места, каковое постепенно занимают способы менее травмирующие и более физиологические.

Свободная, не ущемленная паховая грыжа сама по себе представляет болезнь до некоторой степени безопасную, не лишающую человека трудоспособности. Естественно, что кровавое хирургическое лечение паховой грыжи также не должно представлять никакой опасности и не должно давать смертности. Это положение является главным основным при выборе способа операции и способа анестезии при ней. Ясно, что в практической деятельности в качестве хирургов молодой врач должен из всей массы разнообразных способов операций паховой грыжи (более ста) выбрать

\*) Сообщено на заседании Студенческого Хирургического Клуба при ПГУ 7-го декабря 1929 года



самый простой, безопасный, наименее травматизирующий и наиболее физиологический. Что касается анестезии, то паховую грыжу надо оперировать только под местной анестезией новокаином, так-как  $\frac{1}{2}$  проц. раствор новокаина, повидимому, является самым безопасным средством для местной анестезии, даже при пользовании им в больших количествах до 200 куб. сант.

Что касается радикальности способа операции паховой грыжи, то все старые хирурги по многолетнему личному опыту убедились в том, что радикальных способов операций паховой грыжи у мужчин не существует, что все способы дают рецидивы, в среднем до 5 проц., через разные промежутки времени. Погоня за радикальностью в этой плоскости, конечно, должна быть оставлена, так как теперь мы хорошо знаем, что в кондициональном генезе паховых грыж самую важную роль играют конституция и наследственность, условия труда и производства, а влияние всех этих факторов, само собою понятно, нельзя устранить тем или иным способом операции.

Далее, так как в паховом канале мужчины проходит семенной канатик с сосудами и нервами, снабжающими яичко, то в жертву иллюзорной радикальности нельзя приносить нормальную и столь ценную внутреннюю секрецию яичка, применяя такие способы операции, при которых нередко нарушается кровообращение и иннервация яичка. Вот поэтому-то способ Bassini, после применения которого иногда наступает даже атрофия яичка, отходит с первого места, по выражению Линберга, тем более, что и такой, казалось бы, радикальный способ, как Bassini дает к тому-же до 5 проц. рецидивов.

Предлагая оперативное лечение при паховой грыже, ценность и необходимость которого нет надобности доказывать, Вы хорошо сделаете, если будете разъяснять больным при обращении их к вам за советом или во время бесед на санитарно-медицинские темы среди населения, что радикального способа операции паховой грыжи не существует, что в общем процент рецидивов после операции равен около 5. Но вы особенно ярко подчеркните, что операция паховой грыжи безопасна, безопаснее бандажа, при ношении которого может произойти ущемление грыжи, медленно от давления петлотом атрофируется брюшная стенка, увеличивается нередко грыжевое отверстие, а, следовательно, и сама грыжа; что операция проста, что после нее повысится трудоспособность больного, что если и наступит рецидив, то операцию при ее безопасности и простоте производства не так уже трудно для больного повторить, что причины рецидивов лежат не в способе операции, а в громадном большинстве случаев, если не всегда, в конституции больного, или его наследственности, или в несоответствующем последним выборе больным категории труда.

Если в конце концов вы спросите меня, какой-же способ я рекомендовал-бы вам применять в будущей вашей практической хирургической деятельности, то я вам отвечу на это, что лично я считаю одним из наиболее физиологических, наименее травматичных и одним из самых простых способов — способ Боброва, который я применяю более 30 лет. Там, где встречаются очень большие с плотными сращениями грыжевые мешки, я их не удаляю, внося таким образом небольшое упрощение в способ Боброва.

Я думаю, что всестороннее разрешение вопросов о лечении и профилактике паховых грыж лежит не в плоскости исканий новых способов операций, а в плоскости всестороннего изучения и исследования кондиционального генеза грыж.



# Случай доношенной внематочной беременности

(Graviditas abdominalis)

Верхне-Уральская городская больница зав. доктор К. Нужнов

21-IV—28 г. в хирургическое отделение городской больницы поступает больная Анна К., 24 л. Замужем с февраля 1926 г. Menses с 16 лет, безболезненны. Последние в январе 1927 г. 19-X—27 г. поступила в родильное отделение по поводу беременности. Во время беременности больная постоянно чувствовала боли в пояснице и животе. В больнице, по словам больной, ребенок в течение двух дней шевелился особенно интенсивно и наблюдались схваткообразные боли в животе, но через два дня движения плода остановились и боли прекратились. Шейка матки, по словам исследовавшей акушерки, оставалась закрытой. С приглашенной врачом консультацией доктором Малковой О. М. установлено, что плод мертв. Дважды за время лежания в больнице предлагалось оперироваться, но больная из боязни не соглашалась и 28-X—27 г. выписалась.

Спустя недели три после выписки из больницы у нее появилось кровоотделение длившееся около недели.

21-IV—28 г. больная вновь поступает в больницу. При обследовании устанавливается несколько меньший в объеме живот, мягковатый на ощупь. Решено произвести laparatomia, но через три дня появилось кровоотделение в небольшом количестве, длившееся 6 дней. Операция отложена. Со стороны сердца, легких и других органов отклонений от нормы не обнаружено. 4-V—28 г. laparatomia под смешанным наркозом. По разрезе брюшной стенки обнаружен истонченный, богатый сосудами сальник, каковой со всех сторон окутывал опухоль. По отсепарировании сальника различными способами обнаружился околоплодный пузырь, а в нем прощупывались части плода.

Пузырь освобожден со всех сторон от сальника и по удлинении разреза брюшной стенки выведен из брюшной полости. В виду большого объема произведен разрез пузыря (вытекла околоплодная мутноватая жидкость с примесью кусочков мекония) и извлечен мертвый плод. Пуповина перевязана. При дальнейшем рассмотрении уменьшенной в объеме массы оказалось, что послед прикреплен был к верхне-задне-левой стороне матки. Удалить тупым путем не представлялось возможным, поэтому послед иссечен вместе с маточной стенкой, на дефект наложены 2-х этажные швы, и сделано пересечение и перевязка труб. Яичники в норме, левый спаянный с околоплодным пузырем, легко отсепарирован. Брюшная стенка зашита наглухо. В течение двух дней были небольшие кровянистые выделения из vagin'ы. По рассмотрении околоплодного пузыря последний представляется плотным, толстостенным мешком, в месте прикрепления последа к матке заметна гипертрофия мышечной. Плод женского пола, доношенный, слегка мацерирован: запал левый глазок, нос приплюснут, волосы на голове хорошо развиты. Послеоперационное течение гладкое.

12-V сняты швы. Заживление гладкое.

17-V выписана из больницы.

Труп ребенка, послед с околоплодным пузырем сохранены и находятся в горбольнице.

Р. С. О настоящем казуистическом случае доложено мной в январе 1929 г. секции врачей в г. Троицке. В виду редкости и интереса случая высказано желание врачей поместить настоящее сообщение в Медицинском Журнале.



## Детская смертность на Урале в 1926-27 годах

Ф. Н. ЛЕБЕДЕВ (Уралстатотдел)

По высоте детской смертности Урал занимает одно из первых мест в Союзе ССР и первое место в Европейской части РСФСР.

На 1000 родившихся приходится смертных случаев детей до 1 года:

Название районов		Название районов	
1. Уральская область . . . . .	315,89	9. Московско-Промышленный . . . . .	178,31
2. Северный район . . . . .	281,46	10. Северо-Кавказский . . . . .	176,56
3. Крайне-Северный . . . . .	242,41	11. Западный . . . . .	156,80
4. Волжский . . . . .	198,38	12. Центрально-Земледельческий . . . . .	152,34
5. Волжско-Камский . . . . .	196,29	13. Крымская АССР . . . . .	111,02
6. Северо-Западный . . . . .	188,93		
7. Рязано-Тульский . . . . .	188,14		
8. Низовье Волги . . . . .	184,25	По 13 районам . . . . .	190,60

Сравнение получается настолько невыгодное для Урала, что заставляет сосредоточить усиленное внимание на детской смертности. Первое, что необходимо сделать, это возможно точнее установить интенсивность детской смертности в территориальном разрезе, второе — выявить причины высокой детской смертности и, наконец, третье — наметить меры борьбы со злом. Третья задача выходит из компетенции статистических органов, вторая требует длительной совместной работы статистических органов с санитарными и медицинскими учреждениями и первая является непосредственной обязанностью статистических органов. Настоящий очерк дает в грубых чертах наметку решения первой задачи.

Интенсивность детской смертности исчислена до пятилетнего возраста для каждого года жизни отдельно. Исчисления проведены исходя из смертности 1926 — 27 годов, данных о возрастном составе детей от 2-х лет до пятилетнего возраста, учтенных переписью 1926 г. и данных о рождении 1924 — 27 годов. Для городского населения вероятности умереть исчислены для всего городского населения в целом и для Горнозаводского Урала, а для сельского населения по пяти сельскохозяйственным полосам и нескольким отдельным округам области.

Сравнивая характер детской смертности по всей области среди городского и сельского населения, устанавливаем: 1) смертность детей мужского пола как в целом по области, так и в отдельности для городского и сельского населения выше смертности детей женского пола; 2) смертность детей в возрасте до года в сельместностях резко преобладает над смертностью детей того же возраста в городах. В возрасте от 1 года до 2-х лет, наоборот, городская смертность преобладает над сельской, 2 и 3 года дают преобладание смертности в сельместностях, в 4 года



интенсивность детской смертности в городах делается почти равной интенсивности ее в сельместностях с некоторым преобладанием для сельместностей.

	Вероятность умереть в продолж. следующ. года жизни для детей достигш. точного возраста					
	Мужского пола			Женского пола		
	Область	Города	Сельместности	Область	Города	Сельместности
0 . . .	0,31420	0,25594	0,32774	0,27990	0,22311	0,29263
1 . . .	0,07765	0,08276	0,07636	0,07007	0,07538	0,06872
2 . . .	0,04007	0,03822	0,04056	0,03801	0,03564	0,03782
3 . . .	0,02432	0,02332	0,02456	0,02269	0,02141	0,02255
4 . . .	0,01731	0,01720	0,01734	0,01583	0,01618	0,01631

Повышенная смертность сельского населения в возрасте до 1-го года и в возрастах 2, 3 и 4 года легко объясняется меньшей культурностью села по сравнению с городом и хуже поставленной работой охматмлада.

Труднее объясняется повышенная смертность детей в возрасте от 1 года до 2-х лет в городах, но и она может быть поставлена в связь с более ранним отнятием в городе детей от груди, более плохим качеством и меньшим количеством молока в городах по сравнению с селом.

Сравнивая смертность детей городского населения Горнозаводского Урала со смертностью детей всего городского населения области, находим, как и следовало ожидать, для обоих полов всех возрастов\*) более низкую смертность в Горнозаводском Урале.

Вероятность умереть в течение следующего года жизни для детей достигнувших точного возраста ( $q_x$ ):

Возраст	Мужского пола		Женского пола	
	Все городское население	В том числе Горнозавод. Урал	Все городское население	В том числе Горнозавод. Урал
0 . . . .	0,25594	0,24513	0,22311	0,21050
1 . . . .	0,08276	0,07990	0,07538	0,07327
2 . . . .	0,03822	0,03594	0,03564	0,03592
3 . . . .	0,02332	0,02282	0,02141	0,02107
4 . . . .	0,01720	0,01662	0,01618	0,01370

Города Горнозаводского Урала дают более высокий процент населения, зачатого по найму, т.-е. застрахованного. Медицинская помощь застрахованного населения поставлена лучше, чем для незастрахованного, отсюда более низкая смертность детей в городах Горнозаводского Урала, но приходится отметить, что понижение смертности здесь не особенно значительно. Смертность отдельных полов сельского населения дает гораздо более резкие колебания.

\*) Исключение представляет возраст в 2 года для детей женского пола.



Вероятность умереть в продолжение следующего года жизни для лиц, достигнувших точного возраста  $x$  среди населения сельместности ( $q_x$ )

В о з р а с т	М у ж с к о г о   п о л а						Ж е н с к о г о   п о л а					
	Область	Северное		Ю ж н о е		Горноза- водский Урал	Область	Северное		Ю ж н о е		Горноза- водский Урал
		Пред- уралье	Зауралье	Пред- уралье	Зауралье			Пред- уралье	Зауралье	Пред- уралье	Зауралье	
0 . . . . .	0,32774	0,30664	0,35877	0,36874	0,29868	0,30838	0,29263	0,25945	0,32142	0,34564	0,26844	0,27577
1 . . . . .	0,07636	0,07877	0,07367	0,09257	0,06616	0,09302	0,06872	0,07129	0,07288	0,07854	0,06029	0,08416
2 . . . . .	0,04056	0,04868	0,03948	0,04770	0,03782	0,03433	0,03782	0,03971	0,03749	0,04278	0,03549	0,03201
3 . . . . .	0,02456	0,03205	0,02355	0,02874	0,02222	0,02261	0,02255	0,02979	0,02293	0,02685	0,01938	0,02076
4 . . . . .	0,01734	0,02606	0,01766	0,01910	0,01580	0,01565	0,01631	0,02050	0,01615	0,01912	0,01540	0,01479



Смертность мальчиков среди сельского населения, точно так же, как и среди городского, превышает смертность девочек. Все полосы и все возрасты, за исключением возраста в 4 года по Центральному и Южному Предуралью, дают для мальчиков более высокую смертность. Наиболее низкую смертность для обоих полов наблюдают в Центральном и Южном Зауральи. На втором месте стоит Горнозаводский Урал, но нужно отметить, что эта полоса при низкой смертности детей до года и старше года, выделяется высокой смертностью детей в возрасте 1 год и, таким образом, характер смертности детей сельместностей этой полосы несколько приближается к характеру смертности детского населения городов Уралобласти, которые тоже дают пониженные коэффициенты смертности детей до года и выше года и повышенные для детей в возрасте 1 год. Северное Предуралье дает пониженные коэффициенты смертности для детей до года, близкие к средней по области для детей в возрасте 1 год и повышенные для детей от 2—4 лет и, наконец, Северное Зауралье дает повышенные коэффициенты для детей в возрасте до года, близкие к средним по области для детей старше года. Сопоставление всех этих коэффициентов говорит только одно, что кроме климатических условий на детскую смертность влияет ряд других причин, для выявления которых необходимо специальное исследование, выходящее из рамок настоящего очерка. Настоящим же очерком мы устанавливаем: 1) 1926 и 27 г. г. дали чрезвычайно высокую детскую смертность; 2) детская смертность по своей интенсивности неравномерно распределена по области: в сельских местностях она выше, чем в городских; 3) среди сельских местностей некоторые полосы выделяются высокой смертностью.

Мера интенсивности смертности представляет интерес с двух точек зрения: установления количества жизней, преждевременно пресеченных смертью и выявления порядка вымирания поколения, т.-е. установления числа доживающих до определенного возраста из каждых 100.000 новорожденных. Вторая задача решается путем построения функции  $l_x$  числа доживающих до такого возраста из каждых 100.000 новорожденных.

В о з р а с т	Число доживающих до возраста $x$ из каждых 100000 новорожденных ( $l_x$ )					
	М у ж с к о й   п о л			Ж е н с к и й   п о л		
	Область	Города	Сельмест.	Область	Города	Сельмест.
0 . . . . .	100000	100000	100000	100000	100000	100000
1 . . . . .	68580	74406	67226	72010	77689	70737
2 . . . . .	63255	68248	62093	66964	71833	65876
3 . . . . .	60720	65640	59574	64419	69273	63385
4 . . . . .	59243	64109	58111	62957	67790	61955
5 . . . . .	58218	63006	57103	61961	66693	60945

$l_x$  является функцией  $q_x$ , связанной с нею обратной зависимостью: чем выше вероятность умереть ( $q_x$ ), тем ниже число доживающих до возраста  $x$  ( $l_x$ ). Отсюда понятно, что количество доживающих до возраста в 5 лет мальчиков ниже соответствующего числа девочек, а количество доживающих до этого возраста детей в городах выше соответствующего количества в сельместностях. Общее же



число доживающих до возраста в 5 лет относительно очень невысоко: из каждых 100.000 новорожденных доживает до 5 лет 58218 мальчиков и 61961 девочек. В сельских местностях количество доживающих до 5 лет еще ниже — 57103 мальчика и 60.945 девочек, в городах несколько выше — 63006 мальчиков и 66693 девочек. Города Горнозаводского Урала дают еще более высокие цифры доживающих.

		Из каждых 100000 новорожденных доживает до возраста x (1x)					
		0	1	2	3	4	5
Мужчин . . . . .	100000	75487	69456	66959	65431	64344	
Женщин . . . . .	100000	78950	73165	70537	69051	68105	

Сравнительно незначительная как будто бы разность в интенсивности детской смертности в городах Горнозаводского Урала по сравнению со всеми городами области дает довольно крупную цифру сохранившихся от смерти детей на протяжении первых четырех лет жизни. Из каждых 100.000 новорожденных в городах Горнозаводского Урала доживает по сравнению со всеми городами-Урала более мальчиков на 1338, девочек на 1412. Сельские местности, как указывалось выше, дают более низкие цифры доживаемости, причем для некоторых полос эти цифры на дают чрезвычайно низко по сравнению с областной цифрой.

Число доживающих до возраста x из каждых 100000 новорожденных среди населения (1x)

В о з р а с т	М у ж с к о й   п о л						Ж е н   к и й   п о л					
	Область	Северное		Южное		Горнозавод. Урал	Область	Северное		Южное		Горнозавод. Урал
		Предуралье	Зауралье	Предуралье	Зауралье			Предуралье	Зауралье	Предуралье	Зауралье	
0 . .	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000
1 . .	67226	69336	64123	61126	70132	69162	70737	74055	67858	65436	73156	72423
2 . .	62093	63874	59399	55468	65492	62729	65876	68776	62913	60297	68745	66328
3 . .	59574	60765	57054	52822	63015	60575	63385	66045	60554	57717	66306	64205
4 . .	58111	58817	55710	51304	61615	59205	61955	64077	59165	56167	65021	62872
5 . .	57103	57285	54727	50324	60641	58278	60945	62763	58210	55094	64019	61942

На первом месте по числу доживающих до 5 лет стоит Центральное и Южное Зауралье, в котором из каждых 100.000 новорожденных доживает до 5-ти летнего возраста 60.641 мальчиков и 64.019 девочек, на последнем Центральное и Южное Предуралье, в котором из 100.000 новорожденных своего пола только 50.324 мальчика и 55.094 девочки доживают до возраста в 5 лет, другими словами около 50 проц.



мальчиков и 45 проц. девочек умирают, не достигнув 5-летнего возраста. Сравнивая между собою максимальное и минимальное число доживающих до пятилетнего возраста, находим, что Центральное и Южное Зауралье сохраняет от преждевременной смерти в возрасте до 5 лет по сравнению с Центральным и Южным Предуральем 10.317 жизней мальчиков и 8.925 девочек на каждые 100.000 новорожденных своего пола.

Если мы перейдем к абсолютным цифрам и вычислим какое количество детских жизней было бы сохранено в том случае, если бы удалось среднюю по области детскую смертность понизить до минимального размера, т.е. до смертности городов Горнозаводского Урала, то получим еще более внушительные цифры. Так как интенсивность смертности мы исчисляли исходя из данных 1926 и 27 г. г., то и абсолютное число родившихся возьмем за эти же годы. Вычислим, какое число из этой суммы умерло бы до наступления пятилетнего возраста при средней смертности по области и при смертности городов Горнозаводского Урала. Разность и даст нам искомую цифру сокращения абсолютного числа умерших до пятилетнего возраста при понижении средней детской смертности до минимального по области уровня. Всего по области за 1926 и 27 г. г. родилось мальчиков 377.623 и девочек 356.222. Вероятность умереть до возраста 5 лет ( $q_{05}$ ) при средней по области смертности и при минимальной смертности равняется цифрам, приведенным в следующей табличке:

Вероятность умереть до возраста 5 лет ( $q_{05}$ )			
При средней смертности		При минимальн. смертности	
Мужск. п.	Жен. пола	Мужск. п.	Жен. пола
0,41782	0,38039	0,35656	0,31895

Умножаем число родившихся на означенный коэффициент и получаем число умерших детей в возрасте до пяти лет, при средней по области смертности 293.281, при минимальной смертности — 248.262; разность между этими цифрами 45.019 и составляет сумму детских жизней, которые Урал мог бы сохранить, если бы детская смертность в среднем по области была понижена до уровня этой смертности в городах Горнозаводского Урала.

Если мы сравним детскую смертность по Уралу со смертностью детей Украины, то получим еще более ошеломляющие цифры. На Украине по таблицам смертности 1925 — 26 г. г. вероятность умереть до достижения 5-ти летнего возраста равняется для мальчиков 0,27.969, для девочек 0,24.965. Умножая приведенные выше цифры родившихся на Урале мальчиков и девочек на эти вероятности, получим цифру умерших на Урале из поколения 26 — 27 г. в том случае, если бы детская смертность Урала равнялась украинской. Перемножение дает 194.548. Разность между этой цифрой и приведенной выше 293281 дает число сохраненных Уралом детских жизней при смертности, равной украинской в 1925 — 26 г. г. Цифра эта равна 98.733 и красноречивее всяких слов говорит о гекатомбах, которые мы приносим детской смертности.

На первый взгляд недостаточно ясно, какую громадную экономическую невыгоду для края представляет высокая детская смертность. Но достаточно только несколько глубже вдуматься в явления, чтобы понять чисто экономический вред высокой детской смертности. Каждая человеческая единица является силой, поглощающей и создающей некоторую сумму материальных благ из об-



щей массы этих благ, создаваемых и поглощаемых обществом, как целым. Поглощение ценностей человеческой единицей начинается еще до рождения ее. Беременность, послеродовой период и период вскармливания ребенка грудью понижают трудоспособность женщины-матери. В итоге сокращена сумма энергии, затрачиваемой на создание материальных благ, а, стало быть, и уменьшены суммы этих благ. Уменьшение это, хотя и косвенно, но может и должно быть поставлено на счет новой зарождающейся жизни. После рождения новая жизнь начинает поглощать материальные блага непосредственно — поглощение это идет в продолжение всей жизни. Создание же новых благ, которые должны окупить блага, затраченные на человеческую единицу в течение всей ее жизни и до ее рождения, наступает только тогда, когда человеческая единица достигает трудоспособного возраста. Отсюда ясно, что каждая смерть до наступления трудоспособного возраста является с экономической стороны чистым минусом для общества. Минус, этот, как и всякий другой, может быть подвергнут измерению в определенных условных единицах.

Принимаем за такую единицу год человеческой жизни. Вычисляем число лет, прожитых умершим до наступления 5-тилетнего возраста для различных категорий населения и полос Уралобласти, вычисляем количество этих лет на 100.000 доживших и получаем коэффициент нагрузки лет жизни умерших до пятилетнего возраста на 100.000 живущих. Высота этого коэффициента и может служить условной мерой экономической невыгодности высокой детской смертности. Исчисление этого коэффициента чрезвычайно просто. Исчисляется сумма лет, прожитых 100.000 новорожденных до наступления 5-летнего возраста. Для этого устанавливается число лет, прожитых этой детской совокупностью в возрастах 0, 1, 2, 3 и 4 г., т.-е. числа  $L_x$ .  $L_x$  по упрощенным формулам, как известно, исчисляется так

$$L_0 = l_1 - 2 \frac{l_0 - l_1}{3}; \quad L_1 = l_1 - \frac{l_1 - l_2}{2}; \quad L_2 = l_2 - \frac{l_2 - l_3}{2}; \quad L_3 = l_3 - \frac{l_3 - l_4}{2};$$

$$L_4 = l_4 - \frac{l_4 - l_5}{2}.$$

Затем берется сумма  $\sum_4^0 L$  и получается число лет, прожитых 100.000 новорожденными до 5-ти летнего возраста. Из полученной суммы вычитается число лет, прожитых дожившими до 5-ти летнего возраста; число это, очевидно, равно  $5l_5$ . Отсюда число лет прожитых умершими до 5-ти летнего возраста, равно  $\sum_4^0 L - 5l_5$ . Коэффициент же нагрузки на 100.000 доживших до 5-ти летнего возраста лет жизни прожитых умершими до этого возраста =  $\sum_4^0 L - 5l_5 \frac{100.000}{l_5}$

Для отдельных полос и категорий населения Уралобласти соответствующие цифры, исчисленные исходя из смертности 1926 и 27 г. г., равны:

(См. таблицу на стр. 68)

Наименее тяжелым бременем детская смертность ложится на города Горнозаводского Урала и сельместности той же полосы, наиболее тяжелым — на сельские местности Предуралья, Центрального, Южного и Северного. В случае, если бы удалось среднюю смертность по всей области свести до уровня наблюдений в 1925 — 26 г. в Украине, то мертвая нагрузка лет жизни, проведенных умершими до пятилетнего возраста, на оставшихся в живых, исчисленная из числа родившихся в 1926 — 27 г., понизилась бы на 65363 года. Цифры эти настолько красноречивы, что ни в каких комментариях не нуждаются.

В заключение немного пояснений относительно метода построения вероятностей умереть  $q_x$ , чисел доживающих  $l_x$ , числа живущих  $l_x$ . В виду неточности учета переписи детских возрастов  $q_x$  для первых годов жизни обычно выводят из сопоставления числа родившихся и умерших за четыре предшествовавшие времени



		Вся область	Все горпоселения области	Горпоселения гор- нозаводск. Урала	Сельские местности					
					Вся область	Северное		Южное		Горноза- водский Урал
						Предур.	Зауралье	Предур.	Зауралье	
Сумма лет, прожитых до 5 летн. возр.										
$\Sigma_4^{\circ} L$ . . . . .	м. пол.	325670	349640	355419	320093	326323	307670	289403	335596	325670
	ж. пол.	342666	366213	372247	337548	350010	324238	311403	350763	342202
Сумма лет, прожитых до 5 летн. возр. дожившими до 5 л.—5 л. . . . .	м. пол.	291090	315030	321720	285515	286425	273635	251620	303205	291390
	ж. пол.	309805	333465	340525	304725	313815	291050	275470	320095	309910
Сумма лет, прожитых умершими до наступлен. 5 лет										
$\Sigma_4^{\circ} L$ 5 л. . . . .	м. пол.	34580	34610	33699	34578	39898	34035	37788	32391	34280
	ж. пол.	32861	32748	31722	32923	36195	33188	35933	30668	32492
Нагрузка										
$(\Sigma_4^{\circ} L - 5 \text{ л.}) 100.000$	м. пол.	59397	54931	52373	60554	69579	62191	75079	53414	58822
$I_3$	ж. пол.	53035	49103	46578	54021	57669	57014	65221	47905	52456



построения таблиц смертности года. При построении таблиц смертности за 1926 — 27 г.г. необходимо было бы иметь данные о рождаемости, начиная с 1923 года. Подобными данными Уралстатуправление не располагает. Поэтому только  $q_0$  и  $q_1$  были исчислены из сопоставления данных о рождаемости и смертности. Формулы исчисления для этих двух лет были приняты следующие:

$$q_0 = \frac{D_{0-26} + D_{0-27}^*)}{N_{24}'' + N_{25}' + N_{25}'' + N_{26}'}; \quad q_1 = \frac{D_{1-26} + D_{1-27}^*)}{N_{25}'' + N_{26}' + N_{26}'' + N_{27}' - (D_{0-25} + D_{0-26})}$$

При построении этих формул было принято, что умирающие в возрасте до 1 года в данном календарном году принадлежат к генерации родившихся за вторую половину предыдущего года плюс в первую половину данного года.

$q_2$ ,  $q_3$  и  $q_4$  исчислены, исходя из данных переписи о числе живущих и смертности 1926 — 27 г. по формуле  $q_x = \frac{D_x}{L_x + \frac{1}{2}D_x}$ . Так как  $q_x$  выводится, исходя из смертности 1926—27 г., то числа живущих в возрасте 2, 3 и 4 года приведены к тому поколению, к которому относятся умирающие данного возраста.

Умирающие в возрасте 2 года в 1926 — 27 г.г. были учтены переписью 1926 г. в возрасте 2-х лет и 3-х лет, при чем трехлетние были учтены неполностью, так как часть их умерла в 1926 г., исходя из этого вероятность умереть в возрасте 2, 3 и 4 г. исчислена по формуле

$$q_2 = \frac{D_{2-26} + D_{2-27}}{L_2 + L_3 + D_{2-26} + \frac{1}{2}(D_{2-26} + D_{2-27})};$$

$$q_3 = \frac{D_{3-26} + D_{3-27}}{L_3 + L_4 + D_{3-26} + \frac{1}{2}(D_{3-26} + D_{3-27})}; \quad q_4 = \frac{D_{4-26} + D_{4-27}}{L_4 + L_5 + D_{4-26} + \frac{1}{2}(D_{4-26} + D_{4-27})}$$

$l_x$  исчислено по формуле  $l_x = l_1(1 - q_x)$ ,  $L_x$  исчислено по приведенным в тексте формулам, исходя из положения, что вымирание поколения располагается равномерно в течение года, т.е. умершие в течение года проживут число лет, равное половине числа умерших в данном году.

Для возраста 0 в виду гораздо большей смертности в первую половину года принимается, что умершие в течение года проживут число лет, равное  $\frac{1}{3}$  умерших в течение года.

Примечание. Все исчисленные работы проведены под руководством ст. статистика Е. А. Колупаевой.

## Отравление спорыньей в Сарапульском округе, Уральской области

Санврач В. Л. ОРЛОВ (Сарапул)

В 1926 г. наблюдалось необычайное развитие спорыньи в Уральской обл., преимущественно в сев.-западной, прикамской ее части, в округах: Пермском, Коми-Пермяцком, Верх.-Камском, Сарапульском и Кунгурском. Кроме Уралобласти то же явление, повидимому, в менее резкой форме, было отмечено в ряде соседних с ней областей: Башреспублике, Татарреспублике, Вотобласти, Вятской и Сев. Двинской губерниях.

Употребление в пищу хлеба, зараженного спорыньей, дало массовую заболеваемость населения, в особенности в Сарапульском округе, на который приходится 91 проц. всех случаев отравления спорыньей в Уралобласти, зарегистрированных по март 1927 года.

\*) D—число умерших, первый показатель внизу означает возраст, второй—год смерти  $D_{0-26}$  умерших в возрасте 0 в 1926 календарном году.

N—число родившихся, показатель внизу—год рождения, значек вверху—нумерацию полугодия  $N_{25}''$ —родившиеся во второе полугодие 1925 года.



Первые единичные случаи отравления спорыньей появились в августе м-це. Они не были своевременно замечены. В сентябре отравления сразу приняли массовый характер и в следующие ближайшие месяцы развернулись в грозную эпидемию, достигнув максимума в ноябре. В дальнейшем число отравлений снижалось весьма медленно, дав повторные подъемы в феврале и мае 1927 года и только в июне резко пало. По данным Сарапульского окрздрава движение отравлений по месяцам выразилось в следующих цифрах:

сентябрь 26 г. . . . .	1021	январь 27 г. . . . .	1412	май 27 г. . . . .	1025
октябрь 26 г. . . . .	1118	февраль 27 г. . . . .	1454	июнь 27 г. . . . .	230
ноябрь 26 г. . . . .	1724	март 27 г. . . . .	1061	июль 27 г. . . . .	86
декабрь 26 г. . . . .	1373	апрель 27 г. . . . .	980	август 27 г. . . . .	46

Всего за год зарегистрировано 11308 случаев, что дает 209 заболеваний на 10 тыс. населения.

Распределение отравлений по отдельным районам округа было весьма неравномерно. На ряду с сильно пострадавшими районами, оказались почти совсем благополучные, с единичными случаями отравлений не давшими смертности.

В нижепомещаемой таблице приведены данные о числе амбулаторных больных, отравленных спорыньей, по районам с указанием числа поступивших на госпитальное лечение. Районы расположены в порядке убывания цифр показателя на 10 тыс.

Наименование районов	Зарегистрировано отравлений		Из них госпитализировано		Из госпиталя умерло	
	В абсол. цифр.	На 10 тыс.	Абс. ц.	%	Абс. ц.	%
1. Усинский . . . . .	2535	845	262	10,3	11	4,1
2. Куединский . . . . .	2219	634	193	8,7	14	7,2
3. Частинский . . . . .	1454	581	361	24,8	12	3,3
4. Бардымский . . . . .	1484	329	58	4,0	10	17,0
5. Ножевский . . . . .	Нож. врач-участ.	896	224	18,9	7	4,1
6. Еловский . . . . .		846	188	22,6	12	6,3
7. Осинский . . . . .		645	182	18,5	6	6,1
8. Черновской . . . . .		394	157	26,6	2	1,9
9. Фокинский . . . . .		503	111	7,0	10	14,3
10. Чернушинский . . . . .		335	84	28,6	7	7,3
11. Воткинский . . . . .		42	17	9,5	—	—
12. Каракулинский . . . . .		17	8	35,3	—	—
13. Камбарский . . . . .		28	5	10,7	—	—
14. Сарапульский . . . . .		10	4	10,0	—	—
15. Киясовский . . . . .						
По округу . . . . .	11308	213	1613	14,2	91	5,6

Чем объяснить такое неравномерное распределение отравлений спорыньей по районам? Имеют ли здесь значение климатические, бытовые и проч. особенности?

Сарапульский округ расположен по среднему течению р. Камы, занимает площадь 200053 кв. километр. и имеет население по переписи 1927 года 539852 чел. По плотности населения— 26,9 чел. на 1 кв. километр—округ стоит на первом месте в Уралобласти, средняя плотность которой на 1 кв. килом. — 4,1 чел. Преобладает русское население. Им полностью заселен наиболее пострадавший от спорыньи Усинский район. Стоящий на втором месте Куединский район имеет 15,4 пр. вотяков, которые, на ряду с соседними русскими сельсоветами, дали большое число отравленных. Те же вотяки в Киясовском районе (9,4 проц. населения) о т спорыньи не пострадали, так как вообще этот район оказался самым благополучным. В таких же условиях оказались марийцы в Каракулинском районе (7,6 проц.). Наиболее заселенный нацменами Бардымский район (77,9 проц. татаро-башкир) оказался одним из пораженных. Очевидно, что национальные особенности населения



не играли существенной роли в распределении отравлений. Основное занятие сего сельского населения округа—земледелие.

Рельеф округа разнообразен и пестр. Местность испещрена увалами, грядками, склонами и холмами, иногда значительных размеров. На ряду с этим имеются обширные низменные долины по берегам р. Камы и некоторых ее притоков. Такая же пестрота наблюдается в почвенном отношении: чернозем (5 проц.), суглинок и глина (36 проц.), песок и супесок (16 проц.), подзольные почвы (40 проц.) и проч. (3 проц.), разбросаны в различных соотношениях по всему округу. Лесистость округа небольшая. Только средняя и северо-восточная части округа покрыты лесами на 27 проц. при чем большинство их сосредоточено в лесных массивах по р. Каме, в остальных местах лесистость округа не превышает 5 проц.

По метеорологическим условиям округ может быть отнесен к умеренному поясу со средней температурой: годовой — 2 град., летней — 17 град. и зимней — 13 град. Ц. Господствующими ветрами являются: юго-западные осенью и весной, западные летом и южные зимой.

По температуре и количеству выпадающих осадков замечается значительная разница между западной и восточной частями округа. Заморозки в округе наступают в среднем с 30 сентября повсеместно, а оканчиваются в западной части 5 мая, в восточной 15 мая. Среднее годовое количество осадков для западной 413 м.м., для восточной 500 м.м., — среднее летнее для западной и средней 150 м.м., для восточной 200 м.м. \*).

Таким образом, восточная половина округа на 10 дней дольше западной подвергается действию весенних заморозков вследствие более низкой температуры. Одновременно она имеет повышенную влажность. Эти условия задерживают развитие озимей и готовят почву для появления спорыньи, которая более успешно развивается на поздних хлебах. Известно, что наиболее благоприятная погода для развития спорыньи—дождливая, холодная весна, сухая солнечная погода перед цветением и дождливая во время цветения. Отсюда ясно, что восточная половина округа более предрасположена к развитию спорыньи, чем западная.

В Сарапульском округе неблагоприятные метеорологические условия для озимых хлебов сложились еще осенью 1925 г., когда, благодаря засушливой погоде, вспашка под озимь запоздала, сев был поздний и озими ушли под снег в плохом состоянии, не окрепнув. Весной 1926 г., выйдя из под снега, они развивались плохо вследствие холодной погоды. Период цветения наступил с запозданием и пришелся на дождливое время, благодаря чему сильно растянулся. Так как заражение хлебов спорыньей совершается в период цветения, то, естественно, чем дольше этот период, тем больше возможности заражения. 1926 г. был вообще исключительным в Сарапульском округе по большому количеству осадков и низкой температуре. Температура весны и лета была ниже обычной на 0,5° 3,3°, количество осадков по данным Ножевской метеорологической станции было за год 841 мм., вместо обычных 400—500 мм. Естественно, что эти неблагоприятные условия проявились более резко в восточной половине округа и повели к наибольшему развитию в ней спорыньи.

На приводимой картограмме наглядно видно, что наиболее пострадавшие от спорыньи районы находятся как раз в восточной половине округа. В картограмме сохранена нумерация районов предыдущей таблицы.

Из других условий, способствующих развитию спорыньи в восточной части округа, по мнению местного агрономического персонала, можно указать на то, что восточная часть вообще является более отсталой в агрикультурном отношении. Поля здесь более засоренные, обработка почвы неудовлетворительная, урожайность невысокая, натура зерна низкая. Такие слабые хлеба более подвержены заражению спорыньей.

Возможно, что неблагоприятные метеорологические условия 1926 г., способствовавшие развитию спорыньи, одновременно оказали неблагоприятное влияние

\*) Цифровые данные взяты из «Офиц. указателя» за 1924—25 г.







Восточные районы										Западные районы						По округу
Усинский	Куединский	Частинский	Бардымский	Ножевский	Еловский	Осинский	Черковский	Чернушинск.	Фокинский	Воткинский	Каракулинск.	Камбарский	Сарапульск	Киясовский	Средний за 10 дней	
27 г.	39,4	38,5	29,8	30,4	25,0	30,1	40,4	33,5	38,9	40,2	41,9	54,5	49,5	43,1	49,6	48,3
26 г.	27,0	27,0	25,6	27,0	28,5	27,0	25,6	2,56	40,1	30,9	40,1	28,5	33,8	41,5		

Для определения спорыньи в муке окрздравом посылались для исследования пробы из разных районов и с Сарапульского рынка в Свердловский Санитарно-бактериологический Институт и в Пермский Университет. Из 126 проб, полученных из 8 районов, только 14 или 11,1 проц. оказались без примеси спорыньи, 39 или 30,9 проц. содержали допустимое количество спорыньи и 63 или 50,0 проц. оказались негодными в пищу. Среднее содержание спорыньи в муке по всем 8 районам в отдельности оказалось выше допустимой нормы, которая по Уральской области была установлена в 0,2 проц. Среднее по округу было 0,65, минимальное— 0,08 и максимальное — 4,0.

Сарапульский рынок на основании анализа 53 проб, оказался сравнительно благополучным. 56,0 проц. проб муки имели допустимую примесь спорыньи или вовсе ее не содержали, максимальный процент спорыньи 0,5 надо признать невысоким.

Отравления спорыньей отмечались исключительно среди крестьянского населения. Жители городских местностей—Сарапула и Осы—случаев отравления не дали. Объяснить это можно как более культурным составом жителей, так и условиями питания городского населения, где хлеб не является основной массой пищевого пайка, как у крестьян. Воткинский завод, где случаи отравления наблюдались, является некоторым исключением из числа городских местностей, т. к. значительная часть его жителей занимается земледелием. Главный поставщик печеного хлеба для населения г. Сарапула ЦРК выпекал хлеб по договоренности с санназором исключительно из привозной самарской муки. Следы спорыньи в печеном хлебе в Сарапуле были найдены 2 раза: в хлебе исправдома и одной частной хлебопекарни. Исследования производились в местной лаборатории окрздрава.

Приведенные выше данные, имеющиеся в распоряжении окрздрава, о распространении отравлений по округу не являются, конечно, полными, данные же о смертности в первой таблице приведены только по больницам. Для выяснения истинных размеров бедствия было произведено обследование селений в одном из наиболее пораженных — Куединском районе. Были обследованы в октябре, ноябре 1927 года с. Аряж и дер. Суюрка, а в марте 28 года Гожанский с-совет.



С. Аряж имеет 101 крестьянское хозяйство, жителей 438, муж. 207, жен. 231; является старым культурным центром, однако, 7 проц. его населения (26 чел.), оказались явно отравленными спорыньей, при чем женщин вдвое больше, чем мужчин. Отравленные были найдены в 18 семьях, что составит 17,8 проц. общего количества, из них 10 бедняцких и 8 середняцких; 6 семей питались своим хлебом и 12 покупным на местном рынке. Очищали зерно от спорыньи очень не многие — из числа пострадавших 5 дворов, из благополучных 8. Выбрали они и продали спорыньи 39½ фунт. Количество заболевших было: в 13 семьях по одному и в 5 по два человека.

В деревне Суюрке, отстоящей в 5 верстах от Аряжа, число жителей 484, муж. 218, жен. 266, найдено отравленных 64 (13,2 проц.) в том числе муж. 28, жен. 36 чел. Оказалось пораженных дворов 45 из 110 (40 проц.), в том числе 1 двор середняцкий, остальные бедняцкие. Питались своим хлебом из группы пострадавших 23 семьи, покупным 22; из группы благополучных своим—27, покупным — 41. Очищали зерно от спорыньи в первой группе 17 семей, при чем продали 41½ фунт., во второй — 14 семей и продали 26½ фунт. Первые производили очистку более энергично, но в общем количество очищенного хлеба все же было весьма невелико (170 пуд., если принять среднее содержание спорыньи 1 проц.).

Гожанский сельсовет, состоящий из 3 селений, населенных вотяками, имеет жителей 1347, в том числе муж. — 628, жен. — 719. Из них имели явные признаки отравления спорыньей 437 человек (9,8 проц.), в том числе муж. 214, жен. 223. Из 250 дворов сельсовета оказалось пораженных 74 (30 проц.), в том числе бедняцких 54 (73 проц.). По отдельным селениям число пораженных дворов колеблется от 14½ до 85½ проц. Подавляющее большинство населения здесь питалось смешанным хлебом — своим и купленным в пределах своего района. Очистка хлеба производилась слабо: из 74 пораженных семей очищали хлеб 20, из 176 не пострадавших — 37. Первые продали 20¾ фунта, вторые 19¼ фунта. Очистка от спорыньи зерна производилась в 52 проц. руками, в 23 проц. веялкой, 21 проц. на дернухах и 4 проц. сортировками.

Из приведенных данных обследования видно, что население одинаково отравлялось как своим хлебом, так и покупным, при чем большее число отравлений приходится на бедняцкие семьи. Очистка зерна от спорыньи производилась очень слабо. Число пораженных дворов по отдельным селениям весьма разнообразно. Процентное отношение числа отравленных к общему числу жителей в центре района значительно меньше, чем в других селениях; по отношению же к числу членов пораженных семей большой разницы не замечается: в Аряже—29 проц., в Суюрке 31,9 пр. и в Гожанском с-совете—30,2 проц. Всего на 2267 жителей найдено 222 отравления, что дает повышение показателя на 10000 до 980.

Относящиеся к обследованию таблицы не помещаются за недостатком места. Более детальные сведения о заболеваемости по возрастам, смертности и проч. опубликованы в статье д-ра Мельниковой в № 7 „УМЖ“ за 1929 год.

Для выяснения истинных размеров смертности от спорыньи были использованы также данные окрестатбюро. В подсчет брались только те карточки, где причина смерти указывалась ясно: «корча» или «злая корча», карточки с неопределенными обозначениями, напр., «судороги» и пр. в подсчет не включались.

В течение 13 мес. смертные случаи распределялись так:

август	1	декабрь	37	апрель	39
сентябрь	11	январь	27 г. 47	май	24
октябрь	32	февраль	51	июнь	17
ноябрь	49	март	46	июль	6
				август	7

Первый смертный случай относится к августу 26 года—умер мальчик 2-х лет в Частином районе. Видимо, мы имеем здесь остро-протекавший случай отравления. Наибольшие цифры смертности приходятся на ноябрь, январь, март с максимумом в феврале. Сопоставляя цифры смертности с данными Окрадрава о заболеваемости, необходимо отметить, что движение тех и других по месяцам совпадает—наибольшие цифры заболеваемости приходятся на ноябрь, январь и февраль. Точно такой же параллелизм наблюдается в распределении смертности по районам.



Наименование районов	Мужчин	Женщин	Всего	На 1000 населения
Усинский . . . . .	19	25	44	1,4
Куединский . . . . .	46	49	95	2,7
Частинский . . . . .	32	18	50	2,5
Бардымский . . . . .	40	55	95	2,1
Ножовский . . . . .	7	9	16	0,75
Еловский . . . . .	10	4	14	
Осинский . . . . .	4	8	12	
Чорновской . . . . .	9	4	13	0,37
Фокинский . . . . .	4	3	7	0,23
Чернушинский . . . . .	6	5	11	0,24
Воткинский . . . . .	4	5	9	0,21
Каракулинский . . . . .	—	—	—	—
Камбарский . . . . .	—	1	1	0,05
Сарапульский . . . . .	—	—	—	—
Киясовский . . . . .	1	—	1	0,04
По округу . . . . .	182	185	368	0,7

Сравнивая настоящую таблицу с данными о заболеваемости и смертности таблицы 1, мы видим, что исключением является Усинский район, который по заболеваемости стоит на первом месте, по фактической же смертности оказывается лишь на 4. Это обстоятельство можно скорее поставить в зависимости от неточности работы загсов, чем от более полной регистрации больных лечебными учреждениями, т. к. Усинский район является одним из самых глухих, отдаленных в округе мест, населен старообрядцами и не имел врача до половины 1927 г.

Возрастной состав умерших виден из следующей таблицы:

В о з р а с т	Мужчин	Женщин	Всего
До 1 года . . . . .	1	1	2
От 1 года до 4-х лет . . . . .	37	28	65
„ 5 до 9 лет . . . . .	24	19	43
„ 10 —19 „ . . . . .	71	46	117
„ 20 —29 „ . . . . .	22	40	62
„ 30 —39 „ . . . . .	7	26	33
„ 40 —49 „ . . . . .	10	15	25
„ 50 —59 „ . . . . .	5	6	11
„ 60 и выше . . . . .	5	5	10
Всего . . . . .	181	186	368

Наибольшая смертность наблюдалась среди детей от 1-го года и выше и среди рабочего возраста до 30 лет. Детей до 1 года умерло 2. Сопоставляя смертность по полу, можно отметить определенную тенденцию к повышенной смертности среди мужского населения от 1 года до 20 лет и среди женского от 20 до 50 лет.

Сарапульский округ не смог освободиться от отравлений спорыньей в течение одного года. Настал новый хозяйственный 1927—28 г. и количество отравле



ний снова начало увеличиваться. Прежде всего дали знать себя рецидивы. Те, кто болел в предыдущем году, начали опять испытывать приступы судорог после употребления в пищу хлеба нового урожая, даже, повидимому, в тех случаях, когда проц. спорыньи был допустимый в пищу. Болезненные явления в таких случаях принимали хронический характер—не резко выраженные судороги в руках и ногах, повторяющиеся по несколько раз в день, эпилептоидные припадки, особенно последние. Такие хроники прибывают в больницу иногда в тяжелом состоянии, иногда же вся болезнь выражается только в легком сведении пальцев («акушерская рука»). Все они, независимо от тяжести положения, являются инвалидами, обузой для семьи, т. к. не могут работать. Появились и новые острые случаи, число которых сравнительно было невелико.

Зарегистрировано отравлений по округу:

в сентябре	27 г.	42	в январе	28 г.	304	в мае	92
» октябре	» »	45	» феврале	» »	310	» июне	50
» ноябре	» »	77	» марте	» »	537	» июле	5
» декабре	» »	283	» апреле	» »	208	» августа	25

Всего за второй год эпидемии зарегистрировано 1991 случай. Свежих отравлений по данным за февраль—август наблюдалось 246, что составляет 20 проц.

Зараженность спорыньей хлебов на корню по Куединскому району на основании 74 проб. определяется в среднем от 0,8 проц. до 13,6 проц., максимум 30,7 проц.; тоже по Чагинскому району—от 2,7 проц. до 10,0 проц., максимум 30,0 проц. Содержание спорыньи в зерне по определению хлебной инспекции по Куединскому, Чагинскому и Осинскому районам от 0,1 проц. до 1,5 проц., по Каракулинскому и Киясовскому 0,06 проц. Содержание спорыньи в муке по анализам Свердловского санитарно-гигиенического Института, на основании 55 проб из 9 районов, оказалось следующее:

Средний процент по более пораженным районам весьма высок—1,6—2,0, также высок процент в пробах с максимальным содержанием—3,5—5,0. Минимум в 27 году дал сотые доли по всем 9 районам, тогда как в предыдущем году были десятые доли. Среднее по округу несколько снизилось с 0,65 до 0,55. Значительно повысился процент проб., содержащих допустимую примесь спорыньи по всем районам. Можно было констатировать, что заражение хлеба спорыньей много меньше, но все же оно значительно.

Отравления по округу в большинстве районов (10 из 15) продолжались и в 1928—29 хозяйственном году, дав такую картину:

Сентябрь	28 г.	$\frac{8}{2}$	Март	29 г.	$\frac{52}{16}$
Октябрь	» »	$\frac{5}{0}$	Апрель	» »	$\frac{65}{4}$
Ноябрь	» »	$\frac{4}{5}$	Май	» »	$\frac{11}{0}$
Декабрь	» »	$\frac{21}{19}$	Июнь	» »	$\frac{19}{0}$
Январь	29 г.	$\frac{29}{1}$	Июль	» »	$\frac{3}{0}$
Февраль	» »	$\frac{35}{0}$	За год		$\frac{252}{47}$

В числителе указаны хронические случаи отравления, в знаменателе свежие. Последние составляют 15,7 проц. общего количества. С августа месяца отравлений больше не было. Таким образом первоначальная вспышка отравлений 1926—27 года дала длинный хвост, растянувшийся ровно на два года.



Что касается организации мер борьбы, то надо отметить, что округ сам по себе не мог справиться с этим неожиданно обрушившимся громадным бедствием. Помощь от выше стоящих органов пришла с запозданием: 1000 руб. на госпитализацию получены только в апреле 1927 г. Характер борьбы, поскольку он выявлялся, преломляясь в постановлениях местного окрисполкома, выражался в организации общественной самодеятельности населения путем агитационно-просветительной работы, в побуждении населения к очистке хлеба от спорыньи и пр. На какие либо запретительные меры, предлагаемые окрздравом, окрисполком не пошел, предоставив право их проведения на местах районным исполкомам. Из последних только три вынесли постановление—запретить помол зерна с большой примесью спорыньи, но кто должен был определять проц. спорыньи и как определять, было неясно.

Такие методы борьбы не дали удовлетворительных результатов, что объясняется как многими условиями Сарапульского округа, так и особенностями эпидемии. Радиус врачебных участков здесь очень большой—в среднем 30 верст при довольно густом населении—вторых врачей на участках нет, за исключением 2-х раймедучастков, имеющих в центре городские поселения (Воткинск, Оса), районных санитарных врачей нет. Население почти всех районов состоит в большинстве из старообрядцев, весьма косных по своим настроениям, и нацменов, стоящих на низком культурном уровне. Санитарное просвещение, несмотря на обилие лекций и бесед, статьи в газете и большое количество распространенных листовок (17000 экз.), не оправдало возлагавшихся на него надежд. Вспомогательные санитарные органы среди населения работали недостаточно энергично.

Очистка хлеба от спорыньи проходила слабо. Из приведенных выше данных обследования в Кюединском районе видно, что на 5 селений собрано было всего 147 фун. при среднем проценте содержания спорыньи по Кюединскому району 1,1 проц.; получается, что очистке подверглись всего только 335 пудов хлеба на 2267 ч. населения. Весь урожай спорыньи по округу на 26—37 хоз. год определялся в 30000 пуд. (по Уралобласти 100000 п.), а всеми заготовительными органами закуплено 2465 пуд., что составляет 8,2 проц. Очистка спорыньи затруднялась тем, что рожки ее в 26 г. были чрезвычайно мелкие, величиной в большинстве с ржаное зерно. Благодаря этому массовое отделение ее при помощи сортировок было невозможно, т. к. спорынья подходила вместе с зерном. Не удавалось также отделение свспорыньи при помощи вкруживания на решетках, т. к. зерно было легковесное и рожки не выделялись из него при вкруживании кверху, т. к. были приблизительно одного с ним удельного веса. По той же причине совершенно правились широко рекомендованный населению способ отделения спорыньи в солевом растворе (10—12 ф. соли на ведро воды), основанный на разнице удельного веса спорыньи и ржи. На деле выходило, что вместе со спорынней всплывало на поверхность раствора громадное количество легковесного зерна. Последнее нужно было еще несколько раз погружать в менее концентрированный раствор для отделения от спорыньи. Вынутое из солевого раствора зерно необходимо было промывать чистой водой и просушивать. Таким образом способ этот оказывался весьма хлопотливым. Оставался только один надежный и простой способ очистки хлеба, это отделение спорыньи руками, но и он не во всяком хозяйстве был применим. Борьба в 27—28 г. облегчалась прежде всего тем, что урожай спорыньи был значительно меньше, затем рожки оказались нормальных размеров, благодаря чему стала возможной массовая очистка хлеба машинным путем. Госпитализация отравленных облегчилась после получения из Облзддрава 1500 р. Наконец, в марте месяце 28 года удалось добиться издания обязательного постановления окрисполкома о проведении тех мер, с которых следовало бы начать борьбу 1½ года тому назад. Этим постановлением: а) воспрещается размол зерна, неочищенного от спорыньи и содержащего примесь его более одного-двух рожков среднего размера



в мужской горсти зерна или 2—3 рожков на стакан обыкновенного размера, б) все хлебозаготовители обязуются прекратить покупку ржаной муки в пораженных районах, в) всем хлебозаготовителям вменяется в обязанность производить в пораженных районах обмен зараженного спорыньей зерна ржи на здоровое, г) зерноочистительные машины, имеющиеся в распоряжении гос. и кооперативных организаций, предоставляются бесплатно крестьянскому населению для очистки зерна от спорыньи.

По применению обязательного постановления была выпущена инструкция, в которой указывалось практически, как производить обмен зерна со спорыньей на доброкачественное, учитывая качество зерна, и указан способ очистки зерна от спорыньи. На основании опыта эпидемии, станцией защиты растений Уралоблзу рекомендовался комбинированный способ очистки зерна. Сначала зерно, содержащее спорынью, пропускается через сортировки, в особенности рекомендуется через куколеотборники, затем вскруживается на решетах и после того уже часть зерна, смешанного со спорыньей, выделившаяся на поверхности в центре решот, собирается и окончательно очищается руками.

Спорыньевые эпидемии в одной и той же местности повторяются редко (в Сарапульском уезде в 1889 г.), поэтому не остаются в памяти населения и последнему трудно доказать зависимость заболевания от питания хлебом со спорыньей. Однако, ни одна местность не застрахована от них, спорынья у нас есть повсюду и при известных условиях может повести к эпидемии. Так было в Сарапульском округе в 26 году.

Из приложенного вытекают следующие выводы:

1. Эпидемия разразилась неожиданно в сентябре, хотя предсказания о «спорыньевом» годе можно сделать в июне-июле. Со стороны органов Земуправления такого предупреждения не было.

2. Развитие спорыньи обуславливалось неблагоприятными метеорологическими и экономическими условиями и сказалось более на восточной части округа, как более ранимой в указанных отношениях.

3. От отравления наиболее пострадало бедняцкое крестьянское население вследствие преимущественного питания хлебом.

4. Развитие спорыньи сопровождалось недородом хлебов, что способствовало широкому распространению отравления.

5. Отравления поражали главным образом цветущий рабочий возраст и детей дошкольного возраста. Взрослых женщин было значительно больше, чем мужчин, среди мальчиков и девочек такой разницы не наблюдалось.

6. Мелкие размеры рожков спорыньи затрудняли очистку зерна и как более токсичные способствовали тяжести отравлений.

7. В борьбе с эпидемией методы, основанные на самодеятельности населения в силу ряда местных условий и некоторых особенностей эпидемии, не оправдали надежд.

8. Органы управления, которые по своим обязанностям должны были вести борьбу с эпидемией, оказались медлительными.

9. Наиболее действительными мерами в условиях Сарапульского округа следует считать обмен зерна, пораженного спорыньей, на доброкачественное и снабжение населения здоровой привозной мукой.

10. Число отравлений, учтенное официальными данными, далеко не является полным. Точный учет возможен только путем поголовного обследования населения квалифицированными медработниками, т. к. при опросе населения некоторые случаи (легкие, неясные) в регистрацию не попадают.



# Пункт первой помощи и травматизм на Алапаевском металлургическом заводе

Врач А. М. НАРАВЦЕВИЧ

Пункты первой помощи на предприятиях в ряду профилактических учреждений здравоохранения должны занять одно из самых основных мест. Если мы говорим о приближении медпомощи к трудящимся, то в лице этих пунктов мы как раз и имеем такие учреждения, которые находятся непосредственно рядом с ними на производстве. Последнее обстоятельство является особенно важным, так-как, находясь там, они имеют возможность более чем кто-либо другой выполнять наш основной лозунг о коренной реорганизации и улучшении условий труда и быта, как предпосылки для общего оздоровления жизни трудящихся масс. Положением о пунктах первой помощи на предприятиях, утвержденным НКЗдравом и ВСНХ, им вменяется в обязанность скромная задача оказывать первую, неотложную помощь рабочим, пострадавшим от несчастных случаев на производстве и способствовать ведению санпросветработы. Пункты наряду с основной своей работой также могут и должны заниматься изучением профвредностей данного производства, изучать существующий травматизм на предприятии и вести санитарное обследование условий труда. Делая соответствующие выводы, пункт обязан принимать самостоятельно или через органы инспекции труда те или иные меры к устранению существующих недостатков.

Совершенно ясно, что ни одну из этих задач пункт не сумеет выполнить, если он не будет тесно связан как с рабочей массой данного предприятия, так и с соответствующими организациями, а именно: с завкомом в лице его комиссии охраны труда, с отделом техники безопасности заводоуправления, с инспекцией труда, со страхкассой и, наконец, с учреждениями здравоохранения. В чем конкретно выражается эта связь, — видно, например, из практики Алапаевского пункта, где врач последнего совместно с инспектором труда обследовали случай тяжелого профотравления в доменном цехе и добились приобретения газовых масок для работы; врач пункта с комиссией охраны труда, санврачем и инспектором труда обследовали баню прокатного цеха и закрыли таковую для капитального ремонта, и, наконец, пункт через отдел техники безопасности добывается от заводоуправления приобретения для него кареты скорой помощи.

Связь с рабочими устанавливается через беседы в цехах на темы, близкие рабочим данного производства. Так, врач проводит в электрическом цехе беседу о первой помощи при поражениях электрическим током, в горячих цехах беседует об ожогах и т. п. Этим, конечно, не исчерпывается вся санпросветработа пункта и последняя должна вестись им на заводе на общих основаниях в виде докладов, бесед, санвыставок и санпостановок, книжных передвижек и т. п.

Что касается страхкассы, то она, пожалуй, является наиболее заинтересованной в работе пункта, так-как от последнего часто зависит, останется-ли рабочий после той или иной травмы на производстве, или он, получив бюллетень, будет неделями обременять кассу страховых органов.

Большой работой пункта является организация и наблюдение над цеховыми аптечками первой помощи. Хорошо функционирующая аптечка гарантирует от многих осложнений различных травм. В связи с этим вытекает потребность в наличии кадров рабочих, которые заведывали бы этими цех-аптечками и могли бы оказывать первую помощь при несчастных случаях, а потому при пункте обязательно должны функционировать кружки первой помощи, члены которых и должны составлять бригады по подаче первой помощи в цехах.

Но несмотря на важность поставленных выше перед пунктами задач, им все же до последнего времени уделялось очень мало внимания. Достаточно ука-



зять, что лишь на единичных заводах Уральской области на пунктах работают врачи, в громадном же большинстве случаев пункты эти являются фельдшерскими и, как таковые, они ограничиваются в своей работе действительно лишь подачей первой помощи. Оборудование этих пунктов так же, как и отпускаемые на их содержание средства являются крайне недостаточными. И лишь в последнее время в отношении пунктов наметился перелом и положение их должно резко измениться к лучшему. Так, недавно Облздравотдел провел через специальный стаж группу будущих врачей заводских пунктов.

Принимая во внимание важность статистической обработки работы пункта и то, что работа пунктов только налаживается, я и счел нужным поделиться нашими данными, при чем должен отметить, что все цифры, использованные в настоящей работе, являются данными заводского пункта за исключением числа несчастных случаев с временной утратой трудоспособности, каковые взяты из других источников. Следует также отметить, что до последнего времени статистика на нашем пункте была поставлена не на надлежащую высоту. Из данных записи первичных посещений составлялись месячные отчеты в Окргдравотдел, чем собственно и ограничивалась статистическая обработка материала.

Алапаевский завод относится к металлургическим заводам и выпускает листовое железо. Основными цехами его являются «горячие» цеха — доменный, мартеновский и прокатный, который, в свою очередь, разделяется на собственно прокатный (сутуночный), листопркатный и листоотделочный. Главными вспомогательными цехами являются механический, электрический и ремонтно-строительный. Вот эти восемь цехов и являются объектами нашей обработки, при чем другие цеха и производства, как У. Ж. Д., ФЗУ, кирпичный и другие цеха отдельно нами не разрабатывались, но в итог по всему заводу они входили. Данные же эти восьми цехов достаточно показательны для всего завода в целом, так как и по количественному и по качественному своему положению они составляют 80 — 85 проц. всего завода.

Пункт первой помощи на Алапаевском заводе существует уже много лет, работает круглые сутки в течение всего года. До октября 1929 г. он был фельдшерским; в настоящее время штат его состоит из врача, трех фельдшеров и одной санитарки. Помещение он занимает в центре завода у контрольной проходной и состоит оно из 3-х комнат — перевязочной, ожидальни, где имеется сануголок, и дежурной комнаты для фельдшеров. В случае необходимости транспортировать рабочего после тяжелой травмы конный двор завода предоставляет пункту лошадь. Хозяйственное оборудование и снабжение пункта идет за счет заводоуправления, остальные расходы за счет здравоохранения.

Таблица № 1.

### Посещаемость пункта первой помощи на заводе

	Ср. списоч. колич. рабочих на заводе в месяц	Посещений			Средняя посещаемость		Посещаем. на каж- дого раб. в год	Сделано перевязок	
		Первичных	Повторных	Всего	В месяц	В сутки		Всего	В среднем в сутки
1928 год . . . . .	2850	8734	7729	16463	1372	45,8	5,8	12952	35,5
1929 год . . . . .	2936	9774	7660	17434	1452	48,0	6,0	13125	35,8



Как видно из таблицы № 1, посещаемость пункта не является особенно высокой, а именно в среднем за 1929 год его в сутки посещало 48 чел., или каждый рабочий за год в среднем посетил пункт шесть раз. Объяснить это следует тем, что помимо того, что пункт был фельдшерский и некоторое число тяжелых травм проходило мимо него, направляясь в больницу, пункт по своим материальным возможностям совершенно не мог удовлетворить всей потребности обращающихся как в отношении перевязочного материала, так и в отношении медикаментов, что и отталкивало подчас рабочих от пункта. Достаточно указать, что на более чем тысячу перевязок в месяц пункт получал лишь 40—50 метров марли. Медикаментозной помощи он почти не оказывал никакой. За последнее время, когда улучшилось снабжение пункта, посещаемость его также увеличилась. Также надо иметь в виду, что почти во всех цехах есть цеховые аптечки, и рабочие в ряде случаев оказывают себе первую помощь в цеху, не обращаясь на пункт.

Посещаемость пункта по месяцам является далеко не одинаковой, что и видно из таблицы № 2.

Таблица № 2.

### Средняя суточная посещаемость пункта по месяцам

Год	Январь	Февраль	Март	Апрель	М а й	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	За год
1928 .	36,9	35,0	42,0	37,2	48,4	45,1	54,4	53,4	51,1	43,4	44,9	48,9	45,8
1929 .	41,6	46,3	42,0	43,3	53,0	55,9	58,6	52,3	56,2	44,0	42,4	40,8	48,0

Таблица эта показывает, что в летние месяцы, особенно в июле, посещаемость пункта заметно повышается, что объясняется следующим. В летнее время количество рабочих, и в частности чернорабочих, на много увеличивается в связи с ремонтами и новым строительством, а рабочие этих производств, крестьяне по преимуществу, как недостаточно или совсем не квалифицированные и работающие больше руками без машин и технических приспособлений, наиболее подвергаются травматизму. Другой причиной являются летние отпуска, когда взамен уходящих в отпуск в цеха вливаются новые кадры рабочих, еще не знакомых с данным производством, а потому и наиболее травмирующиеся. Также и старые рабочие перед отпуском являются особенно утомленными, а, приходя вновь на работу, подвергаются чаще травме, пока вновь не приспособятся к знакомой им уже работе. Если поинтересоваться вопросом о средней посещаемости пункта по дням недели, то ответ мы получим из таблицы № 3

Таблица № 3.

### Средняя суточная посещаемость первичных по дням недели

Г о д	Понедельн.	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
1929 г. . .	28,2	26,7	27,4	28,8	29,8	28,5	26,0



Здесь мы видим, что с течением недели обращаемость на пункт первичных (без повторных) увеличивается с каждым днем, что вполне объяснимо в связи с вопросом об утомляемости, т. е., что чем рабочий больше утомлен, тем больше случается с ним несчастных случаев. Особенно обращает на себя внимание высокая посещаемость пункта по понедельникам, что следует связать с нашим бытовым и социальным злом — алкоголизмом. После воскресного отдыха рабочий частенько является на работу, если не в состоянии опьянения, то в состоянии «похмелья». Здесь играет роль и недостаточная приспособленность организма к работе после 42-х часового отдыха. Во вторник, когда рабочий полностью вошел в темп жизни своего цеха, и организм его опять приспособился к работе, то и обращаемость на пункт является минимальной, кроме воскресения. В субботу замечается некоторое падение обращаемости в связи с тем, что в этот день на производстве работают на два часа меньше, чем в остальные дни. Если повысить соответственно эту цифру на 25 проц. (время, которое они не работают), то мы получим обращаемость больше 35 человек, т. е. наивысшую из всех дней недели. В воскресенье посещаемость держится достаточно высоко, так-как в эти дни горячие цеха работают полностью, а вспомогательные работают частично.

Как мною уже отмечалось выше, пункты, согласно положения, должны принимать только рабочих, пострадавших от несчастных случаев на производстве, оказывая им первую помощь и направляя их в случае необходимости в амбулаторию или больницу. Но на самом деле рабочие все-же обращаются на пункт по поводу различных своих заболеваний, и если пункт не может оказать им лекарственной помощи или выдать бюллетень, то отказать в совете он, конечно, не может, тем более, если пункт является врачебным. А потому по вопросу о причинах, вызвавших первичное посещение пункта, мы имеем следующие данные.

Таблица № 4.

### Причины, вызвавшие первичное посещение пункта

	1928 год		1929 год	
	Абсол.	%	Абсол.	%
1. Травматические повреждения . . . . .	4529	51,9	4843	49,5
2. Болезни органов зрения . . . . .	1049	12,0	1279	13,2
3. Ожоги и отмораживания . . . . .	942	10,8	911	9,3
4. Болезни кожи и подкожн. клетчатки . . . . .	713	8,2	763	7,9
5. Болезни органов пищеварения . . . . .	660	7,5	825	8,5
6. Грипп и лихорадочное состояние . . . . .	298	3,5	500	5,1
7. Болезни органов дыхания . . . . .	157	1,8	168	1,7
8. Болезни костей, суставов и мышц . . . . .	94	1,1	91	0,9
9. Острые отравления газом (угары) . . . . .	33	0,4	70	0,7
10. Болезни органов кровообращения . . . . .	33	0,4	37	0,4
11. Болезни органов слуха . . . . .	19	0,2	20	0,2
12. Острый и хронич. сочленов. ревмат. . . . .	19	0,2	7	—
13. Опьянение алкоголем . . . . .	7	—	26	0,2
14. Другие болезни . . . . .	181	2,0	234	2,4
Всего . . . . .	8734	100,0	9774	100,0

Как видно из таблицы, несчастные случаи на производстве составляют 75,1 проц. в 1928 г. и 72,7 проц. в 1929 году всех причин обращаемости, при чем в это



число входят травматические повреждения, ожоги, газовые отравления (угары) и болезни органов зрения, так как в рубрику последних входят почти исключительно инородные тела в глазу. Если к этому добавить часть обращающихся по болезням кожи и подкожной клетчатки, то процент этот еще более увеличится, так как в эту рубрику входят и панариции, которые в некоторых цехах являются если не несчастными случаями, то следствиями таковых. Обращает на себя внимание большое число заболеваний органов пищеварения, в частности, обращений по поводу поносов, что заставляет санитарную инспекцию завода принять соответствующие меры в отношении снабжения рабочих питьевой водой и проверить качество отпускаемых рабочим в цехах обедов ЦРК. По поводу гриппа и лихорадочных состояний рабочие часто обращаются непосредственно во время работы для измерения у них температуры; в случае повышения таковой они освобождаются от работы в данной смене и направляются на амбулаторный прием в больницу или же домой. В отношении других болезней обращаемость очень незначительна, так как это и не входит в обязанности пункта да и оказать какую-либо помощь кроме совета он едва ли имел возможность при его материальных ресурсах. Особо следует остановиться на обращаемости по поводу опьянения алкоголем, тем более, что цифра эта с 1928 г. до 1929 г. увеличилась почти в 4 раза. Порядок этого обращения таков: если цеховая администрация замечает рабочего на работе в состоянии опьянения, а рабочий это отрицает, тем более, что в проходной его пропустили, то его направляют для определения его состояния на пункт, при чем, если там удостоверяют, что рабочий действительно пьян, то он с работы в данной смене снимается. Вполне понятно, что на этой почве частенько бывают неприятности.

Обратившись на пункт, рабочий получает первую помощь, будет ли это перевязка раны, ожога или лекарственное средство (валериановые капли, опийная настойка, нашатырный спирт и т.п.) и в зависимости от состояния рабочего или несчастного случая он или идет обратно в цех на работу, или освобождается от работы на данную смену и направляется в амбулаторию для получения больничного листа. Больше чем на одну смену пункт освобождения от работ дать не может. Если рабочий остается на производстве, то пункт производит ему повторные перевязки до полного излечения травмы. Рабочим же, находящимся на бюллетене, повторные перевязки пунктом не производятся.

Переходя к рассмотрению данных пункта на Алапаевском заводе, я должен отметить, что цифры несчастных случаев со временной утратой трудоспособности, получаемые из разных учреждений, сильно разнятся между собой, что лишний раз показывает насколько плохо поставлена регистрация травматизма на заводе. Так, по данным отдела техники безопасности заводоуправления за 1928 — 29 год было 523 несчастных случая с временной утратой трудоспособности; по данным же инспектора труда их было 817, при чем обе эти цифры по существу должны были бы быть равными, так как обе они составляются по сведениям цехов. Стражасса же считает за год 767 несчастных случаев. В наших таблицах принята цифра инспектора труда, общая же сумма всех несчастных случаев взята из книги первичных посещений пункта, а потому в число их вошли все и малейшие, в том числе ушибы, порезам с какими только рабочие обращались на пункт. Для ясности коэффициенты частоты приводятся параллельно в отношении и всех несчастных случаев и несчастных случаев с временной утратой трудоспособности, при чем последнюю цифру следует признать наиболее интересной и показательной.

Как видно из таблицы № 5, наивысшие коэффициенты частоты травматизма дают горячие цеха и из них на первом месте мартеновский. Это и не удивительно, если принять во внимание ту огромную тесноту, которая царит в этом цехе и то, что здесь рабочие имеют дело и с расплавленным металлом, и с так называемой шихтой, наиболее травмирующей рабочих в отношении порезов и ушибов. Вторым по высоте коэффициента идет прокатный цех, а за ним и доменный. В отношении



Таблица № 5.

## Несчастные случаи на заводе за 1928-29 год.

НАЗВАНИЕ ЦЕХА	Среднее списочное число рабочих за месяц	Число прорабо- ванных за год человеко-дней	Число несчастных случаев						На 1000 рабочих приходилось		Коэфф. частоты на 300.000 чел. дн.	
			Смертельно	С утрат. тру- доспособи-**)		Без утраты трудоспос.	Всего		Всех несчаст. случаев	Нес. сл. с утрат. трудо- способн.	Всех несчаст. случаев	Несчаст. сл. с утрат. трудо- способн.
				Тяже- лых	Лег- ких		Абс.	% %				
Доменный . . . . .	181	46.939	—	—	33	361	394	7,0	2177	182,3	2518,2	210,9
Мартеновский . . . . .	445	122.711	—	3	147	786	936	16,8	2103,3	337,0	2288,3	363,4
Прокатный (сутуночный)	371	92.813	—	—	—	—	1302	23,5	3509,4	—	4208,5	—
Листопрокатный . . . . .	639	163.335	—	2	309	2232	899	16,1	1406,8	221,9	1632,8	261,2
Листоотделочный . . . . .	391	101.441	—	—	—	—	342	6,1	874,7		1011,4	
Электрический . . . . .	100	28.084	—	—	11	62	73	1,3	730,0	110,0	779,2	117,5
Механический . . . . .	157	55.792	—	1	26	280	307	5,5	1955,4	172,0	1650,8	145,2
Ремонтно-дворово-строительный . .	350	102.740	—	—	94	493	587	10,5	1677,1	268,6	1714,0	274,4
По всему заводу: *)	3020	829.339	1***)	9	807	4750	5567	100,0	1843,4	270,5	2014,8	295,5

\*) Включая УЖД, ФЗУ, кирпичный цех и др.

\*\*) По сведениям Инспектора труда III уч. Тагильск, Округа.

\*\*\*) Смертельный случай был на УЖД.



всех этих трех цехов следует указать, что очень большое количество несчастных случаев зависит только от отсутствия механизации многих работ. Так, в мартеновском цехе две печи из трех загружаются вручную; в прокатном цехе раскаленные ленты железа оттаскиваются от валов руками, при чем рабочие вынуждены бежать непосредственно вместе с этими лентами. Далее, недостаточно и наблюдение за техникой безопасности труда; виновата здесь и спецодежда, которая неудобна и по своему покрою, а подчас и совершенно недостаточна по своему количеству, не говоря уже о том, что иногда она совсем отсутствует. Правда, часто и рабочие пренебрегают правилами безопасности и спецодеждой, работая, например, без вачек, предохранительных очков или газовых масок, когда это полагалось бы применять. Особенно это относится к защитным очкам (механический цех) и маскам (доменный цех). Из вспомогательных цехов наивысший травматизм имеется в ремонтно-дворово-строительном цехе, куда, в частности, входят и конный двор и пожарная команда. Объясняется это тем, что наряду с наличием там большого количества неквалифицированной рабочей силы работы там совершенно не механизированы и все совершаются вручную. В противоположность этому в электрическом цехе, где все рабочие прошли предварительную подготовку и достаточно квалифицированы, травматизм имеется минимальный.

Если подразделить все несчастные случаи по характеру и локализации повреждений, то мы получим интересные данные (таблицы №№ 6 и 7). Вполне понятно, что как характер так и локализация повреждений зависят главным образом от рода производства данного цеха. Половина всех повреждений относится к порезам, но в листоотделочном, ремонтно-строительном и механическом цехах процент этот повышается до 62 проц., так как там и объекты и орудия труда острые и выполняются работы, главным образом вручную. Приблизительно четверть всех повреждений относится к ушибам, за исключением прокатного цеха в целом, где процент этот понижается. В частности, велико количество ушибов в мартеновском и доменном цехах, так как там работы связаны с передвижением больших тяжестей. Ожоги дают высокий процент в горячих цехах (до 20 проц.) и минимальный в механическом и ремонтно-строительном. Особо следует отметить большой процент инородных тел в глазу в механическом цехе, где металлическая пыль и стружки, попадая в глаз, причиняют рабочим много вреда.

Таблица № 7 подтверждает наши предыдущие данные. Больше половины всех повреждений приходится, конечно, на руку, при чем процент этот повышается в листоотделочном и мартеновском цехах. Следующим после руки местом повреждения является глаз, дающий максимум в механическом цехе. Далее следует нога и, наконец, меньше всего травмируется туловище.

Что касается острых профотравлений, то по данным пункта мы можем судить только о газовых, и при том острых отравлениях (угарах), при чем около половины (42,4 проц.) всех отравлений происходит в доменном цехе доменным газом и в мартеновском цехе — генераторным газом; в остальных же цехах происходят отравления угарным газом (СО).

Больше половины угаров бывает в летние месяцы. В число 59-ти отравлений вошли все (и легкие в том числе, после которых рабочий оставался на производстве), отравления, бывшие на заводе.

Анализируя данные травматизма на Алапаевском заводе (приняв во внимание еще некоторое преуменьшение их), мы должны признать, что коэффициент частоты несчастных случаев и на 1.000 рабочих и на 300.000 проработанных человеко-дней (1000 полных годовых рабочих) у нас высок; данные же заводоуправления на сей счет следует признать совершенно неосновательными. К сожалению, я не имею пока возможности сравнивать наши коэффициенты с цифрами других заводов Уралмета и всей промышленности СССР в целом за одно и то-же время, но кое-какие данные за прошлые годы я имею, при чем надо иметь в виду, что, если



## Распределение несчастных случаев по характеру повреждений

Название цеха	1 9 2 8    г о д									1 9 2 9    г о д								
	Ушибы		Порезы		Ожоги		Инородн. тела в глаз., заноз, и друг.		Всего	Ушибы		Порезы		Ожоги		Инородн. тела в глаз. заноз, и друг.		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Доменный . . . . .	94	25,2	146	39,0	68	18,2	66	17,6	374	86	24,1	162	45,5	65	18,1	44	12,3	357
Мартеновский . . . . .	233	27,1	390	45,3	155	18,0	83	9,6	861	208	21,4	502	51,3	178	18,3	87	9,0	975
Прокатный (сутуноч.) . . .	288	19,6	649	44,5	288	19,6	238	16,3	1464	168	15,7	506	48,1	211	20,1	169	16,1	1054
Листопрокатный . . . . .	106	14,1	385	51,3	138	18,4	122	16,2	751	102	12,2	441	52,8	165	19,7	128	15,3	836
Листоотделочный . . . . .	50	16,7	165	55,0	55	18,3	30	10,0	300	46	14,3	202	62,9	45	14,0	28	8,8	321
Механический . . . . .	114	28,4	212	52,7	22	5,5	54	13,4	40	45	18,9	130	54,3	14	5,9	50	20,9	239
Электрический . . . . .	46	31,9	54	37,5	26	18,1	18	12,5	144	20	26,7	35	46,6	11	14,7	9	12,0	75
Рем.-двор.-строительный .	95	22,0	237	54,9	36	8,3	63	14,8	431	125	26,4	244	51,8	36	7,6	67	14,2	472
Всего по основным цехам .	1027	21,8	2238	47,4	788	16,6	674	14,2	4727	800	18,6	2222	51,3	725	16,7	582	13,4	4329



## Распределение несчастных случаев по месту повреждений

Название цеха	1 9 2 8    г о д									1 9 2 9    г о д								
	Р у к а		Н о г а		Г л а з		Друг. части тела		Всего	Р у к а		Н о г а		Г л а з		Друг. части тела		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Доменный . . . . .	230	61,5	47	12,5	64	17,2	33	8,8	374	196	54,9	65	18,2	62	17,4	34	9,5	357
Мартеновский . . . . .	597	69,3	98	11,4	79	9,2	87	10,1	861	647	66,3	135	13,8	93	9,6	100	10,3	975
Прокатный (суточн.) . . .	933	63,7	151	10,3	243	16,6	137	9,4	1464	645	61,2	94	8,9	199	18,9	116	11,0	1054
Листопрокатный . . . . .	477	63,7	67	8,9	150	19,9	57	7,9	751	540	64,6	64	7,7	144	17,2	88	10,5	836
Листоотделочный . . . . .	200	66,7	34	11,3	43	14,4	23	7,6	300	221	68,8	25	7,7	51	16,1	24	7,4	321
Механический . . . . .	281	69,8	24	5,9	62	15,6	35	8,7	402	138	57,6	17	7,1	49	20,5	35	14,8	239
Электрический . . . . .	98	68,2	12	8,4	17	11,7	17	11,7	144	47	62,6	6	8,0	11	14,7	11	14,7	75
Рем.-двор.-строительный . .	291	67,6	51	11,8	41	9,5	48	11,1	431	257	54,4	81	17,2	68	14,4	66	14,0	472
Всего по основным цехам .	3107	65,7	484	10,2	699	14,9	437	9,2	4727	2691	62,3	487	11,2	677	15,6	474	10,9	4329



в 1926 — 27 г. государство вложило в мероприятия по охране труда 37 милл. руб., то в 1927 — 28 году было вложено уже 49 милл. руб., а потому следует думать, что в 1928 — 29 году коэффициенты частоты по другим заводам были еще ниже, чем приводимые мною в таблице № 9.

Таблица № 8.

**Количество острых профессиональных отравлений по зав. за 1929 г.**

Название цеха	Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль	Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Всего за год	% к общ. к-ву
1. Доменный . . .	—	—	—	—	—	1	3	1	1	—	1	4	11	18,7
2. Мартеновский .	3	—	—	—	2	—	6	3	—	—	—	—	14	23,7
3. Прокатный (сугуночный) . . .	—	—	1	1	—	—	7	2	1	1	—	—	13	22,0
4. Листопрокатн.	—	1	—	1	2	2	7	—	1	1	—	1	16	27,1
5. Механический .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1,7
6. Электрический	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	3,4
7. Паровое хоз. .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1,7
8. Химич. лаборат.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1,7
Всего за мес. .	3	1	1	3	4	3	24	7	3	4	1	5	59	100
% % . . .	1,5	1,7	1,7	5,1	6,8	5,1	40,7	11,8	5,1	6,8	1,7	8,4	100	—

Таблица № 9.

**Коэффициенты частоты несчастных случаев на 1000 полных годовых рабочих**

	1926 год	1927 год	1928 год	1928-29 г.
По всей промышленности СССР <sup>1)</sup> . . .	—	213,0	—	—
То же по РСФСР . . . . .	169,2	175,7	—	—
То же по Ленинграду <sup>2)</sup> . . . . .	—	159,7	170,6	—
По металлургической промышленности СССР . . . . .	—	307,5	—	—
То же по РСФСР . . . . .	259,5	269,4	—	—
То же по Ленинграду . . . . .	—	261,3	279,9	—
По Алапаевскому заводу <sup>3)</sup> . . . .	—	—	—	295,5
То же <sup>4)</sup> . . . . .	—	—	—	277,4
То же <sup>5)</sup> . . . . .	—	—	219,9	170,9

Чтобы показать, какой громадный ущерб приносит травматизм и промышленности и государству в целом, приведу еще одну цифру. За 1928 — 29 год Алапаев-

<sup>1)</sup> «Гигиена, безопасность и патология труда» № 3 за 1929 г.

<sup>2)</sup> » » » » № 10 »

<sup>3)</sup> По данным инспектора труда.

<sup>4)</sup> По данным стражассы.

<sup>5)</sup> По данным заводоуправления.



ский страхпункт, по данным Тагильской стражкассы, оплатил 10.873 дня нетрудоспособности, наступивших вследствие травматизма на производстве, при чем средняя длительность одного несчастного случая равнялась 14,22 дня.

Управление Алапаевского Комбината недостаточно внимательно относится к травматизму на заводе, хотя и увеличивает ежегодно свои ассигнования на мероприятия по охране труда и технике безопасности. Так, в 1927—28 году по Комбинату с горным отделом было отпущено 53.000 руб., но израсходовано 51.145 руб. 90 коп.; в 1928 — 29 г. было отпущено 80.000 руб., но израсходовано 71.150 руб., и, наконец, в 1929 — 30 году на эти-же нужды отпущено 109.000 руб., но на заводы, собственно без горного отдела, ассигновано лишь 66.000 руб.

Для того, чтобы вести действительную борьбу с травматизмом на производстве, надо прежде всего провести ряд рационализаторских мероприятий на заводе, в частности, приняв меры к механизации целого ряда производственных процессов в горячих цехах; необходимо изжить тесноту в мартовском цехе. Работы по технике безопасности должны быть усилены, для чего при заводоуправлении должно быть создано бюро по технике безопасности с широким представительством, куда, в частности, должен войти и врач. Каждый вновь поступающий на завод рабочий должен предварительно пройти через инструктаж отдела техники безопасности; правила последней должны быть хорошо известны каждому рабочему. Завкому вместе с инспекцией труда следует строго следить за выполнением мероприятий по охране труда и технике безопасности, принимая все меры к максимальному развитию таковых. Особенное внимание должно быть обращено на спецодежду, которая должна иметься не только в достаточном количестве, но и удовлетворительного качества. И, наконец, пункту первой помощи на заводе должно уделяться гораздо больше внимания, чем его уделялось до сих пор.

## Санитарное состояние жилищ в гор. Лысьве \*)

Врач М. И. ИВАНОВ (Заведывающий санитарно-обследовательским отрядом Облздравотдела в гор. Лысьве)

Гор. Лысьва расположен в районе слияния трех рек: Лысьвы, Болотной и Травянки на расстоянии 20 верст к югу от ст. Калино Горнозаводской линии железной дороги. Ввиду особенностей рельефа местности город можно разделить на несколько районов, а именно: 1) центр города, 2) технический поселок, 3) Сахалин, 4) Октябрьский поселок, 5) Ленинский поселок, 6) Заречный и 7) Заболотный поселок.

Санитарно-обследовательским отрядом Облздравотдела в течение июля-августа 1929 года обследовано 368 домовладений, в которых имеется 1911 квартир с населением в 11680 человек, что составляет 25,7 проц. к общему составу населения города. Из 368 домовладений обследовано 200 домовладений дореволюционной постройки и 168 новых жилищ послереволюционной постройки.

Старые жилища дореволюционной постройки располагаются на ровной, низкой, местами болотистой местности, особенно около реки Лысьвы, и частью Травянки. Типы старых домов можно разбить на три категории, а именно: 1) бараки 3, 2) казармы — 24, 3) дома-квартиры — 173. Бараки и казармы находятся в весьма плохом санитарном состоянии (скученность и грязное содержание этих помещений).

\*) Статья печатается в сокращенном виде.



Новое жилищное строительство в г. Лысьве развернуто главным образом в Октябрьском поселке, центре города, а в последний год на мысу — в Ленинском поселке. Индивидуальное жилищное строительство развивается на окраинах города: к востоку от центра, особенно по берегам реки Травянки, к западу за рекой Лысьвой, в Заболотном поселке и к северу от Октябрьского поселка.

Октябрьский поселок располагается на восточном склоне холма к западу от железнодорожной линии и центра города на левом берегу реки Лысьвы. Местность высокая и сухая, почвенные воды стоят низко, за исключением домов на самой окраине поселка к западу, где почвенные воды стоят высоко и затопляют подполья жилых помещений. Жилые дома в Октябрьском поселке можно разбить на три типа: 1) Дома типа Госстроя, 2) Пермостроя, 3) Уралпромстроя. Все указанные дома деревянные, 2-этажные, 8 квартирные, в каждой квартире — 2 комнаты и 1 кухня. По своей конструкции указанные типы домов мало отличаются один от другого. В основных чертах недостатки новых жилых домов в Октябрьском поселке сводятся к следующему: 1) отсутствие огороженных строительных участков и зеленых насаждений, 2) нет сараев для складов дров — последние находятся под дождем, 3) кладовки и чуланы при квартирах малы и не удовлетворяют жильцов, т. к. в каждой квартире живет минимум две семьи, 4) отсутствие отделки внутри квартир, 5) плохая изоляция комнат в квартире, комнат от кухни и уборной, 6) малы коридоры и не имеют естественного освещения, 7) в верхние этажи лестницы неудобны, узки, 8) квартиры холодные.

В центре города вновь построенные дома имеют два типа, отличающиеся между собой размером жилой площади и различной конструкцией окон. Дома кирпичные, двухэтажные, на 8 квартир, при чем каждая квартира состоит из трех комнат и кухни. Большинство этих домов построены на низкой местности около механического завода, часто подвергаются действию газов и дыма со стороны завода. Остальные дома построены на высокой и сухой местности. Эти дома, в смысле предоставления необходимых удобств жильцам, в сравнении с домами Октябрьского поселка, несколько лучше, но и они имеют ряд недостатков, а именно: строительные участки совершенно не огорожены, зеленых насаждений не имеется, участки загрязнены, почвенные воды стоят высоко, некоторые квартиры переполнены.

Что касается жилищного строительства на мысу — в Ленинском поселке — следует отметить, что дома строятся частью из кирпича и частью шлакобетонные, при чем из 10 строящихся домов в августе сдано в эксплуатацию два кирпичных дома. Все дома трехэтажные, рассчитанные на 12 квартир. В каждой квартире имеется 3—4 комнаты, одна кухня, теплая уборная и ванная комната. Трехэтажные дома являются наиболее совершенным типом жилых помещений в городе Лысьве с санитарной стороны. Кроме того, в указанных домах жильцам предоставляется ряд удобств, а именно: общая прачечная, сушилка и затем имеется центральное отопление с вентиляцией. К недостаткам нужно отнести то, что заселение домов произведено очень рано, именно, когда дома еще окончательно не были построены (в части канализации и отделки нижних этажей). Затем при заселении домов в них создали очень большую скученность, особенно в доме предназначенном для рабочих семей. В результате в дом с рабочими семьями поселено до 160 человек, тогда как во второй дом для семей служащих — 63 человека.

Жилищно-строительная кооперация в городе Лысьве в 1929 году впервые приступила к постройке новых жилых помещений. Строительные участки для жилищно-строительной кооперации отведены на западной окраине города в Заречном поселке. Местность низкая, затопляемая во время половодья и дождей, с высоким стоянием почвенных вод. С весны 1929 г. кооперация приступила к постройке 7 деревянных одноэтажных домов на 2 квартиры, по три комнаты и



кухня в каждой квартире, с теплыми уборными и балконом. При каждой квартире имеются кладовка и чулан. На усадьбе устроены: конюшня, хлев, сарай и погреб. Строительные участки всех домов огорожены, отведено место под огороды, дворы и небольшие палисадники перед окнами. К августу месяцу дома еще не были окончены постройкой и не заселены.

В 1929 году строительные участки для индивидуального жилищного строительства отводятся в Заболотном поселке вверх по реке Болотной и к югу от поселка и реки. Жилые дома возводятся на чистой, сухой и высокой местности (за исключением частных домов на мысу по берегу р. Травянки). Индивидуально строят дома небольшие, обычно на две половины: кухня и одна комната, комната-кухня, редко кухня и две комнаты. Дома деревянные, одноэтажные, одноквартирные, без теплых уборных, с чуланами и сеними. В подавляющем большинстве случаев на усадьбе помойных ям не имеется.

Плана развития жилищного строительства в соответствии с ростом города, а также стандартных планов жилых помещений для Лысьвы, город не имеет до сих пор. Имеющиеся планы жилых помещений, по которым и производилось жилищное строительство, утверждены окринжком и СНХ. При выполнении этих планов имели место случаи частичных изменений и отклонений от этих планов. Дома жилищной кооперации строятся также по плану. Что касается индивидуального жилищного строительства, то здесь, повидимому, никаких определенных планов не имеется. Дома строятся по мысли хозяина и без соблюдения самых основных санитарных требований.

Стоимость жилых помещений весьма разнообразна и она выражается следующими данными:

1. Кирпичные 3-х этажные дома	— 139.000 руб.	Жилая площадь—	754,74 м <sup>2</sup>
2. Шлакобетонные »	— 95.000 »	» »	791,16 м <sup>2</sup>
3. Дома жакта . . . . .	— 9.000 »	» »	неизвестно
4. Дома типа Госстроя	— 24.430 »	» »	248,32 м <sup>2</sup>
5. » » Пермкрестроя	— 34.009 »	» »	285,12 м <sup>2</sup>
6. » » Уралпромстроя	— 36.694 »	» »	238,84 м <sup>2</sup>
7. Кирпичные 2-х этажные № 1	— 83.300 »	» »	341,76 м <sup>2</sup>
8. » » » № 2	— 67.111 »	» »	230,4 м <sup>2</sup>
9. » » » № 3	— 67.075 »	» »	» »
10. » » » № 4	— 69.180 »	» »	» »
11. » » » № 5	— 69.345 »	» »	» »

Таким образом, с экономической стороны наиболее выгодными домами являются, из расчета стоимости 1 м<sup>2</sup> жилой площади, дома типа Госстроя и шлакобетонные дома. К наиболее дорогим и невыгодным экономически нужно отнести кирпичные двухэтажные дома.

Типы жилищного строительства в городе Лысьве характеризуются следующим: из числа обследованных домовладений построено до 1900 г.—13, в 1901—1905 г.г. — 6, в 1906—10 г.г. — 10, в 1911 — 14 г.г. — 33, в 1915—16 г.г.— 26, в 1916 г. — 21 и неизвестно время постройки — 91 дом. Новое жилищное строительство соответственно выражается следующими данными:

- 1) Построено в 1921 — 22 г.г. — 1 дом.
- 2) Построено в 1923 — 24 г.г. — 5 домов.
- 3) Построено в 1925 году — 14 домов.
- 4) Построено в 1926 году — 28 домов.
- 5) Построено в 1927 году — 30 д.
- 6) Построено в 1928 г. — 70 д.
- 7) Построено в 1929 г. — 16 домов.
- 8) Построено в неизвестном году 4 дома.



Цифры указывают на все возрастающий темп жилищного строительства из года в год, но, несмотря на это, жилищное строительство в значительной степени отстает от роста города, а именно: за 3 года 8 месяцев население города возросло с 27.246 человек на I-I — 1926 г. до 45.409 человек на I-VIII — 1929 г., т. е. население возросло на 66 проц. Жилая площадь, за это же время выросла с 121394 м<sup>2</sup> до 132000 м<sup>2</sup>, т. е. на 8,8 проц. (по сведениям санврача). Жилая площадь на 1 человека в 1926 году была равна 4,5 м<sup>2</sup>, а в 1929 году — 2,6 м<sup>2</sup>. По данным же санитарного обследовательского отряда, обследовавшего 69,5 проц. заводских каменных домов и 3,5 проц. индивидуальных — выяснено, что жилая площадь в среднем равна 4,02 м<sup>2</sup> на 1 человека. Таким образом, существующие темпы жилищного строительства значительно отстают от роста города. Для полного обеспечения населения города Лысьвы жилой площадью и доведения ее до минимальных санитарных норм требуется имеющуюся жилую площадь 132.000 кв. м. увеличить на 260.800 кв. м., т. е. нужно построить еще 353 трехэтажных 12 квартирных кирпичных дома (не принимая во внимание дальнейший рост города). По данным санитарного отряда, исходя из имеющихся 4,02 кв. м. жилой площади на 1 человека, требуется увеличить жилую площадь в 2 раза с лишним.

Огороженные строительные участки домовладений по г. Лысьве имеются в индивидуальных домах и домах жакта старой дореволюционной постройки в 100 проц., в остальных домовладениях от 10,5 проц. до 23 проц. Новые домовладения с огороженными строительными участками имеются в частных домах в 97 процентов. Остальные новые домовладения не огорожены. Процент застройки строительных участков (принимая во внимание только огороженные) неодинаков и колеблется от 6 до 52 проц.

Уровень почвенных вод и затопляемость строительных участков характеризуются следующими данными в проц.:

	В городе	Тех. п.	Лен. п.	Окт. п.	Жакт	Инд. д.
1. Уровень почвен. вод стоит высоко *) . . .	45%	100%	80%	34,5%	20%	42,4
2. Затопляемость уч. . .	16%	—	4,4%	—	—	1,4

Дренажные канавы имеются и обслуживают 36 проц. обследованных домов в Ленинском поселке и 8 проц. в частных. Освещение улиц города имеется: в центре — 37 проц., в тех. поселке — 36 проц., в Ленинском — 4,5 проц. У остальных домовладений освещения улиц не имеется. Улицы грязны, в большинстве случаев не мощены. Надворные постройки при домовладениях имеются и выражаются в следующем:

	Погребя	Копюшки	Хлева	Бани	Амбары	Сараи
1. Старые домов . . .	10,8%	26%	1,6%	18%	3,2%	17,1%
2. Новые > . . . .	3,2%	11,1%	1%	8,1%	1,3%	8,7%

\*) Под высоким стоянием почвенных вод надо понимать такое состояние, когда почвенные воды затопляют подполья и погребные ямы. Если затопления погребных ям и подполья нет, то в анкетах обследователь отмечает «почвенные воды стоят низко».



Таким образом, новые жилые дома возводятся почти при полном отсутствии надворных построек. Жильцы, получая квартиры в казенных домах без конюшен и хлебов, вынуждены строить своими силами помещения для скота из негодного бросового материала: обрезы бревен, доски, железные листы и т. д. При чем эти конюшни возводятся населением без учета расстояния до жилых помещений и обычно располагаются возле дома в беспорядочном виде. При отсутствии навозных ям, мусорных ящиков и дренажных канав участки около домов быстро загрязняются, образуются груды навоза и мусора, не удаляемого целыми годами. Участки, особенно в низких местах, заболачиваются, загрязняют почвы, почвенные воды и воздух. В домовладениях, в коих имеются надворные постройки, дело обстоит не лучше, а иногда еще хуже, т. к. навоз и мусор регулярно не удаляются, а скопляются на участке в течение ряда лет. С постройкой конюшен создаются условия для разведения скота населением, а это в еще большей степени усугубляет положение. Является необходимость в воспрепятствовании заселять новые жилые дома семьями имеющими скот, тогда условия загрязнения сами по себе отпадут.

Уборных во дворах, а там где нет дворов — около домов — имеется 185, т. е. в 50,5 проц. Расположены на расстоянии от жилых помещений от 4 до 27 мтр. Ямы уборных имеют глубину в среднем около 1,9 метров с деревянными срубам, проницаемы. Содержатся грязно и переполнены в 53,3 проц. Выгребные ямы от уборных в квартирах имеются в новых жилых домах по 2 ямы на 1 дом. Всего выгребных ям 439. Расположены на расстоянии около 0,5 — 1 мтр. от стены жилого дома, имеют глубину около 2,7 м.; бетонных ям 57 проц., остальные деревянные. При новых домах позднейшей постройки ямы почти все бетонные. Помойных ям 206, они имеются при домовладениях в 56 проц. Жильцы остальных домов без помойных ям удаляют помой: во двор 4,1 проц., в уборные — 3,3 проц., в огород — 29 проц., на улицу — 19 проц. и в другие места 0,3 проц. 10,2 проц. помойных ям — бетонные, остальные деревянные. Расположены от жилого дома на расстоянии в среднем 8,1 мтр. Переполнены и содержатся грязно 33 проц.

Фасады домов обращены: 1) новые дома на юг — 17 проц., север 1,3 проц., восток — 12 проц. и запад — 15 проц.; 2) старые дома на юг — 16 проц. север — 3,2 проц., восток — 15,5 проц. и запад — 20 проц. Лестницы домов в 94 проц. деревянные. В 83 проц. дома имеют железную крышу, остальные деревянную. По количеству квартир дома распределяются следующим образом:

	Колич. домов	Комн.- кухня	1 кв.	2 кв.	3 кв.	4 кв.	5 кв.	6 кв.	7 кв.	8 кв. и бол.
1. Бараки . . .	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Казармы . .	24	—	1	—	2	9	1	—	—	11
3. Стар. д. . .	173	8	41	50	11	50	2	2	3	6
4. Нов. д. . .	155	31	60	3	—	3	3	2	—	53
Итого	368	39	102	53	13	62	6	4	3	70

Все обследованные нами квартиры в 60,5 проц. состоят из 1 комнаты (из них 76 проц. комнат-кухонь) в 29 проц. из 2-х комнат и кухни, в 8 проц. из 3-х комнат и кухни, в 2 проц. из 4-х комнат и кухни и свыше 4-х комнат 0,5 проц. Средняя высота квартир около 3 мтр.: до 2,5 мтр. — 173 квартиры, от 2,5 до 3 мтр. — 1720 квартир и свыше 3,5 мтр. — 18 квартир. Световой коэффициент в среднем от 1 : 8 до 1 : 5. Световой коэффициент выше 1 : 4 имеется в 21 квартире и меньше 1 : 12 — в 71 квартире. В казенных домах искусственное



освещение в 100 проц. электрическое, в частных в 43 проц. керосиновое. Холодных квартир в новых домах— 72 проц., а в старых 63 проц. В 22 проц. обследованных квартир нет никакой вентиляции, нет даже форточек, в 44 проц. на каждую квартиру имеется 1 — 2 форточки и в 34 проц. — дома имеют центральную вентиляцию в связи с центральным отоплением.

Внутренняя отделка квартир характеризуется следующими данными:

1. Старые дома—стены штукатурены в 986 квартирах, побелены в 21 кварт., обои в 98 кварт., нет отделки в 237 кварт. Потолок: штукатурен в 991 кварт., побелен в 45 кварт., обои в 79 кварт. и нет отделки в 231 квартире.

2. Новые дома—стены: штукатурены в 72 кварт., побелены — нет, обои в 39 кварт. и не отделаны в 455.

Потолок штукатурен — в 68 кварт., побелен в 4 кв., обои в 32 квар. и нет отделки в 462 кварт.

3. Полы в старых домах крашены в 128 кварт., в новых в 189 квартирах. Заселение квартир характеризуется следующими данными:

НАЗВАНИЕ ДОМОВ	Число семей в квартире						Общее число людей		Число детей			Число квар- тирантов			Число лю- дей на 1 комнату			Примечание	
	1 семей	2 семей	3 семей	4 семей	5 семей и более	одиночек	Максимум	Минимум	Максимум	Минимум	Среднее	1 человек	2 человека	3 чел. и более	Площадь на 1 человека	Максимум	Минимум		Среднее
Баракы старые	—	—	—	—	3	—	107	24	33	15	21	—	1	1	2,8	6	4	5	V = 12,5 м. <sup>2</sup> на 1 человека
» новые	—	—	—	—	—	13	76	40	8	1	4	1	—	—	5,5	71	10	35	
Казармы ста- рые . . .	745	52	23	2	1	22	68	1	96	1	16	14	6	9	3,3	26	1	—	
Дома-кварт. старые . .	363	102	27	3	—	—	19	2	9	1	6	37	21	16	3,8	12	1	—	
Дома-кварт. новые . .	179	329	38	7	1	1	19	2	9	1	7	34	23	34	4,4	24	1	—	
ИТОГО . . .	1286	483	88	12	6	36	107	1	96	1	—	86	51	60	4,02	71	1	4	

Таким образом, выяснено, что в 32 проц. обследованных квартир живет больше 1 семьи, т. е. 2 — 3 — 4 и больше семей приходится на одну квартиру. В 10,3 квартир живут кроме семей еще квартиранты. На каждую комнату в среднем приходится по 4 человека.

По социальному положению жилая площадь и кубатура распределяются следующим образом:

	Обслед. насе- лен.	Жил. площ.	Жил. площ. на 1 челов.	Кубат. на 1 челов.
1. Рабочие семьи . . . . .	10364	37405,4	3,6	11,18
2. Служащие „ . . . . .	1296	9712,2	7,5	24,06
3. Прочие „ . . . . .	20	46,1	2,3	4,9



Данные нашего обследования указывают на неравномерное распределение жилой площади и среди отдельных социальных групп населения. До 3-х кв. метр. на 1 человека имеется в 1.153 кварт., от 3 до 8—640 квартир, 9 кв. метр. на 1 чел. и свыше—118 квартир. При чем следует отметить, что число квартир с семьями, занимающими жилую площадь больше 9 кв. метр. на 1 человека, распределяется следующим образом: квартир занимаемых семьями рабочих имеется—12, т. е. 0,62 проц. к общему числу обследованных, а с семьями служащих— 74 квартиры, т. е. 3,87 проц.

Неравномерность распределения жилой площади имеется и среди каждой социальной группы в отдельности и колеблется в довольно больших пределах, а именно:

1. Среди рабочих квартир это колебание равно—от 0,66 кв. м. до 15,5 кв.м. на 1 человека.

2. Среди служащих квартир это колебание равно—1,9 кв. м. до 38,5 кв. м. на 1 человека.

Во всех обследованных квартирах имеется 3.004 комнаты, из них семьи рабочих занимают 2.379 комнат, при чем на 1 комнату в среднем приходится 4,3 человека; служащие занимают 531 комнату, на каждую из них приходится 2,4 человека и прочие (пенсионеры, безработные) занимают 2 комнаты и на каждую комнату приходится по 5 человек.

На 1911 квартир имеется 978 кухонь, из них 29 для общего пользования, остальные индивидуальные. Кухни, кроме приготовления пищи в 6,9% служат для жилья, в 9%—в кухнях спят, в 94,9%—стирают белье. Кроме того, население стирает белье в 3,7%—в прачечных, в 2,5%—в банях, в 0,5%—в коридорах, в 44,3%—в жилых комнатах и в 0,3%—во дворах. Пища готовится в 8,6% в жилых комнатах.

Съестные припасы населением хранятся в большом количестве квартир в жилых комнатах и на кухне, вследствие переполнения квартир и недостатка кладовых и чуланов; особенно это относится к новым жилищам и казармам.

	В погребе	Подвале	Кладов.	Чулан.	Кухне	Коридоре	Жил. комн.
Стар. барак. . . . .	—	—	—	2	—	1	3
Новые » . . . . .	—	—	—	—	—	—	13
Старые казармы . . . . .	5	—	78	463	4	32	684
Дома-кв. старые . . . . .	102	37	221	301	23	10	4
» новые . . . . .	24	386	400	108	91	67	44
Итого . . . . .	131	423	699	874	118	110	784

Квартир, имеющих сырость, обнаружено 364, т.-е. 19 проц. В старых бараках сырость имеется в 66 проц. и в новых 7,6 проц.; в казармах сырость отмечена в 14,5 проц., в домах-квартирах старой постройки сырость имеется в 39 проц., в новых—в 7 проц.

Насекомые обнаружены почти во всех квартирах, а именно: блохи и вши имеются в Ленинском поселке в 2 бараках и в 61 квартире домов казарменного типа. Клещи имеются в 1780 квартирах, т.-е. в 93 проц., тараканы в 90 проц.



и мухи в 44 проц. всех обследованных квартир. Особенно поражает наличие клопов в новых деревянных домах, не имеющих внутренней отделки.

Бытовые жилищные условия населения города весьма тяжелые. Это подтверждается рядом приведенных выше цифровых данных и кроме того характеризуется числом квартир не имеющих на каждого жильца отдельной кровати.

Наименование домов	Отдельн. кровать		Постельн. принадлежн.		На кровать приходится челов.					Больше 3 человек
	Есть	Нет	Есть	Нет	1 ч.	2 ч.	3 ч.	4 ч.	5 ч.	
Бараки старые . .	—	3	—	3	—	1	1	—	1	—
» новые . .	13	—	—	13	13	—	—	—	—	—
Казармы старые .	—	845	—	845	—	26	799	20	—	—
Дома-квартиры:										
Старые . . . .	61	434	61	434	61	181	197	41	8	7
Новые . . . .	26	528	26	528	28	126	293	29	56	23
Итого . . .	100	1811	87	1824	100	334	1291	90	65	30

Из приведенной таблицы видно, что из 1911 квартир только в 100 квартирах имеются отдельные кровати на каждого жильца, в 94,8 проц. жильцы вынуждены спать не по одному человеку на кровати, а больше или же спать на полу. В среднем по всем обследованным квартирам на одну кровать приходится по 3 человека.

Просушка одежды и обуви рабочими производится в 6,4 проц. в жилых комнатах и остальные на улицах (летнее время). Просушка белья населением производится: в специальных сушилках в 0,57 проц., на кухне—в 1 проц., в жилых комнатах—в 30,9 проц., в коридорах—в 1,8 проц., на чердаках—в 57,3 проц., на сеновалах—в 1,3 проц., на улице—в 40,4 проц. Вопрос с просушкой белья в новых жилых помещениях обстоит также неблагоприятно, а именно: в специальных сушилках белье просушивается в 11 квартирах, на кухне в 2 кв., в жилых комнатах в 12 кв., на чердаке в 481 кв. и на улице в 45 квартирах.

На основании вышеизложенного по жилищному вопросу в городе Лысьве следовало бы сделать следующие выводы:

1. Несоответствие роста жилой площади в сторону отставания от роста населения города Лысьвы.

2. Отсутствие плана жилищного строительства особенно необходимого в связи с расширением промышленности и ростом города.

3. Неудовлетворительное состояние в части жилищного строительства, заключающееся в ряде конструктивных недостатков, отсутствие определенных типовых планов жилых помещений для г. Лысьвы.

4. Из наиболее рациональных жилых помещений, существующих в данное время, следует отметить 3 этажные кирпичные дома в большой степени отвечающие санитарным требованиям по сравнению с другими домами.

5. Кооперативное жилищное строительство до сих пор находится в зачаточном состоянии и только в 1929 году впервые приступило к постройке жилых помещений.



6. Индивидуальное строительство имеет высокий рост, но жилые дома ни в какой степени не удовлетворяют основным санитарным требованиям, предъявляемым к жилищу.

7. Заселение вновь построенных домов производится без соблюдения санитарных требований (заселение производится в дома не выдержанные, не просушенные, иногда частью недостроенные, дома перенаселены).

8. В связи с острым жилищным кризисом и перенаселением квартир следует отметить тяжелые санитарные и бытовые условия населения города. Перенаселение особенно относится к квартирам, занимаемым семьями рабочих.

9. Сильное загрязнение строительных участков имеет место в домах заселенных семьями, имеющими собственный скот (коровы и лошади). Это обстоятельство вызывает необходимость воспрещения заселять новые жилые дома семьями, имеющими скот.

10. В целях оздоровления строительных участков необходимо вместо возведения при каждой квартире надворных построек (конюшен и хлевов), разбивать небольшие садики и напосадники с разведением зеленых насаждений. Вместе с этим является необходимо и огорожения строительных участков.

В заключение приношу искреннюю благодарность профессору К. Н. Шапшеву, принимавшему участие в руководстве работой санитарно-обследовательского отряда Облздравотдела и при выполнении данной статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Г. В. Хлопин. «Основы гигиены». Том. II, издание 1923 года.
2. В. П. Поморцев — «Санитария и гигиена жилищ и населенных мест», часть I, издание 1927 года.
4. Уипль Д. Ч. и С. А. Новосельский — «Основы демографической и санитарной статистики». Издание 1929 года.

## К вопросу об алкоголизме среди молодежи \*)

Д-ра Д.Ф. ЗАЙДЕЛЬ

(Из детпрофамбулатории № 2, г. Свердловск)

У нас во всем Союзе, как недавно отметил А. А. Ковалевский, почти нет опыта в изучении алкоголизма среди молодежи. Все же из тех данных, которые имеются в немногочисленных работах, специальных или затрагивающих попутно этот вопрос, видно, что потребление алкоголя начинается обычно еще в юном возрасте. Например, Д. И. Лассе при обследовании студентов обнаружил, что потребляли алкоголь до 15 лет 15 проц. мужчин и 26 проц. женщин; к возрасту 18—20 лет четвертая часть студенчества становится потребителем алкоголя. Среди учащихся наблюдаются по Б. Ф. Дидрихсону даже алкогольные психозы (18 учащихся из 773 мужчин в одной Ленинградской больнице). По Т. М. Богомоловой обследовавшей школьников в возрасте от 6 до 16 лет, оказалось около 14 проц. детей, втянутых в бытовой алкоголизм. На I-м Всесоюзном съезде психиатров и невропатологов этот же автор, на основании данных обследования нескольких окраинных и прифабричных школ, высказалась в том смысле, что бытовой алкоголизм среди детей растет параллельно алкоголизму среди взрослых и поэтому необходима санитарно-просветительная работа среди родителей. По данным И. И. Розенблюма, относящимся к Ленинградским рабочим, среди юношей 15—19 лет насчитывается 71,5 проц. пьющих. Э. И. Дейчман обследовал младшие

\*) Доложено в санитарно-профилактической секции Урал. Мед. О-ва 15-XI-29 г.



группы школьников (280 чел.) и пришел к заключению, что детский алкоголизм — в значительной мере алкоголизм праздничный; Д. отметил понижение успешности у пьющих детей. Об установленном экспериментальном понижении психической работоспособности у алкоголизированных подростков приводит литературные данные А. Л. Мендельсон. Э. Вельде приводит мнение Ibrahim'a о глубоком экзогенном вредном влиянии на детскую нервную систему алкоголя при его систематическом употреблении. По В. Воробину, приводящему некоторые литературные данные об алкоголизме среди рабочих, большинство пьющих начинает пить до 20 лет. Несовершеннолетние правонарушители, как сообщает Н. И. Озерский, начинают пить в возрасте 12 — 14 лет — 53,4 проц., 8 — 11 лет — 28,3 проц. Б. Л. Ландкоф подчеркивает ту опасность, что обычное в семьях алкоголиков приучение маленьких детей к алкоголю может перейти с возрастом в хронический алкоголизм. Значительное количество несовершеннолетних алкоголиков имеется по А. Сегалу; в Германии, например, в Мюнхене из 4652 школьников оказалось не пьющих лишь 13,7 проц. М. И. Агол при обследовании рабочих небольшой фабрики установил, что из 36 пьющих рабочих 15 начали пить в возрасте 12—20 лет Н. И. Чучелов, на основании данных, полученных анкетным способом среди мужской молодежи (165 чел.) в фабрично-заводском районе, приходит к выводу, что борьба с алкоголизмом должна начаться с детского возраста.

По сообщению И. Вольфсона об одном крупном Ленинградском заводе, среди рабочих в возрасте до 20 лет пьют алкогольные напитки 22 проц., курят 61 проц. Б. С. Сегал обследовал учащихся ФЗУ и профшколы (всего 352 чел.) транспорта в возрасте 16 — 18 лет и установил у большинства бытовой алкоголизм (связанный с празднествами); как одну из мер борьбы с алкоголизмом, С. предлагает организацию ячеек в школах для подростков под руководством врача и призывает врачей к более активной борьбе на алкогольном фронте.

В. Липский и И. Тетельбаум, обследовавшие школу ФЗУ транспорта (264 чел.), рекомендуют, помимо организации ячеек, оздоровление быта и физкультуру. Е. Смирнова считает, на основании своего опыта, важной мерой борьбы с алкоголизмом систематическое противоалкогольное обучение в школах.

В области изучения алкоголизма среди молодежи, как видно из вышеприведенных литературных данных, сделано пока еще мало. В виду этого мы считаем целесообразным сообщить о результатах проведенного нами весной этого года анонимного анкетного обследования учащихся (преимущественно юношей) 2 школ ФЗУ и 1 профтехшколы. При этом мы пользовались анкетой проф. Молькова (из института соц. гигиены), которая заполнялась учащимися (подвергавшимися в это время медосмотру человек по 15 в день) в помещении детпрофамбулатории. Раздаче анкет (278) предшествовало краткое разъяснение цели исследования и порядка заполнения анкет. Все анкеты были возвращены удовлетворительно заполненными и нами разработаны. В числе 278 чел. было 17 девушек; все они отметили себя, как не пьющие и не курящие. В дальнейшем мы будем говорить лишь о мужской молодежи. Из 261 юношей в возрасте 14—19 лет (из них 60,5 проц. в возрасте 16 — 17 лет), 102 (39,1 проц.) пили когда либо спиртные напитки. Эту цифру, по сравнению с др. авторами, приходится считать довольно низкой. Так, у Сегал среди подростков в возрасте 16 — 18 лет пили алкоголь хоть раз в жизни 87,5 проц.; у Чучелова не пили совершенно до 23 лет лишь 3 проц.; по Дейчману, школьников 1 гр. не знакомых со вкусом спиртных напитков оказалось только 11,8 проц.

О бытовых условиях учащихся (261) получены следующие сведения:

Таблица 1-я семейное положение:

живут в семье	— 223 (85,4 проц.) чел.
одиночки	— 38 (14,6 проц.) »

---

ИТОГО: 261 (100 проц.) чел.



подавляющее большинство, следовательно, имеет семейную обстановку.

Т а б л и ц а II — З а р а б о т о к:

Зарботок на 1 чел.	до 10 р.	имеют	— 98 (37,5 проц.) чел.
»	» 10 — 20 р.	»	— 105 (40,2 проц.) »
»	» 20 — 30 р.	»	— 37 (14,2 проц.) »
»	» 30 — 40 р.	»	— 7 ( 2,7 проц.) »
»	» 40 и выше	»	— 14 ( 5,4 проц.) »

ИТОГО: 261 (100 проц.) чел.

Свыше  $\frac{1}{3}$  учащихся имеют низкий заработок (до 10 р. на человека) и только около  $\frac{1}{4}$  данной группы зарабатывают 20 р. и больше на человека.

Т а б л и ц а III — Ж и л и щ н ы е у с л о в и я:

Удовлетв. жилищные условия имеются у 140 (53,6 проц.) чел.

Неудовлетв. » » » 121 (46,4 проц.) »

(тесное, сырое, темное помещ.)

ИТОГО: 261 (100 проц.) чел.

Значительная часть молодежи (около половины) живет в неблагоприятных жилищных условиях, при чем бросаются в глаза отметки, главным образом, о тесноте помещения, что находится, конечно, в связи с существующей в Свердловске недостаточностью жилплощади.

Т а б л и ц а IV — К у л ь т у р н ы е з а н я т и я.

(чтение газет, книг, посещение клуба, собраний).

Имеют культурные навыки — 251 чел. (96,2 проц.)

Не имеют » » — 10 » ( 3,8 проц.)

ИТОГО: 261 чел. (100 проц.).

За малым исключением (около 4 проц.), вся молодежь имеет культурные навыки.

Т а б л и ц а V — П а р т и й н о с т ь.

Состоят в комсомоле — 104 чел. (39,8 проц.)

Беспартийные — 157 » (60,2 проц.)

ИТОГО: 261 чел. (100 проц.)

Почти 10 проц. молодежи состоит в комсомоле. Данные таблиц IV и V, свидетельствующие о довольно высоком культурном и общественно-политическом развитии обследованной группы подростков, могут служить некоторым объяснением наличия значительной группы абстинентов.

Т а б л и ц а VI — К у р е н и е.

Число курящих — 81 (31 проц.) чел.

» не курящих — 180 (69 проц.) »

ИТОГО: 261 ( 100 проц.) чел.

Курит, таким образом, около  $\frac{1}{3}$  всех учащихся:

Т а б л и ц а VII — С а м о ч у в с т в и е.

Чувствуют себя здоровыми — 194 (74,3 проц.) чел.

» » больными — 67 (25,7 проц.) »

ИТОГО: 261 (100 проц.) чел.

Значительное большинство ( $\frac{3}{4}$ ) молодежи чувствует себя в отношении здоровья хорошо.

Переходим теперь к изложению данных о потреблении алкоголя среди группы подростков в 102 человека — которые пили когда либо спиртные напитки.



Т а б л и ц а VIII—Возраст первой алкоголизации:

5 — 10 лет	—	9 ( 8,8 проц.) чел.
10 — 12 лет	—	9 ( 8,8 проц.) »
12 — 14 лет	—	10 ( 9,8 проц.) »
14 — 19 лет	—	74 (72,6 проц.) »

ИТОГО: 102 (100 проц.) чел.

В возрасте до 14 лет пить начали 27,4 проц. (из 102 пьющих), при чем с 10 лет число алкоголизированных увеличивается. Подавляющее большинство подростков (72,6 проц.) начали пить в возрасте 14—19 лет. Такой же процент пьющих в возраст 15 — 19 лет (71,5 проц.) мы встречаем и у Розенблюма.

Т а б л и ц а IX—Возраст первого опьянения:

До 10 лет	у	9 ( 8,8 проц.) чел.
10 — 15 лет	»	26 (25,5 проц.) »
15 и выше	»	38 (37,2 проц.) »

ИТОГО: 73 (71,5 проц.) чел.

Из 102, пивших когда либо напивались хоть раз до опьянения 73 (71,5 проц.) чел., большинство в возрасте 15 — 19 лет. У Липского и Тетельбаума напивались до потери сознания (приблизительно такой же возраст) лишь 20,7 проц.

Т а б л и ц а X—первое опьянение.

Вином	— у	6 ( 8,2 проц.) чел.
Пивом	— »	37 (50,7 проц.) »
Водкой	— »	13 (17,8 проц.) »
Не выяснено	»	17 (23,3 проц.) »

ИТОГО: 73 (100 проц.) чел.

На первом месте среди факторов опьянения стоит пиво, на втором, значительно уступая ему — водка, и на последнем — вино.

Т а б л и ц а XI—Характер первого опьянения:

Случайно	—	20 (27,4 проц.) чел.
На праздниках	—	28 (38,4 проц.) »
При разн. обстоят.		
(в дни получек «с устатку	—	3 (4,1 проц.) »
Не выяснено	—	22 (30,1 проц.) »

ИТОГО: 73 (100 проц.) чел.

Преобладает влияние празднеств, вероятно, к праздничным же надо отнести часть случайных и невыясненных поводов к опьянению.

В отношении потребления алкоголя за последний год, по нашим сведениям, пьют 66 юношей, т. е. 25,3 проц. всех подростков, между тем как у Липского и Тетельбаума потребляют алкоголь 37,6 проц. учащихся подростков.

Т а б л и ц а XII—Частота потребления:

1 раз в год	—	16 (24,2 проц.) чел.
2—3 »	»	32 (48,5 проц.) »
4—5 »	»	8 (12,1 проц.) »
6 и больше	—	10 (15,2 проц.) »

ИТОГО: 66 (100 проц.) чел.

Подавляющее большинство пьет, по этим данным, реже 1 раза в месяц. Трудность годовичного учета отмечалась и Чучеловым, по данным которого пили (22 — 23 летние) чаще, чем раз в неделю, 13 чел. (из 102); по Дейчману, около 10 проц. школьников 1 группы пьют ежедневно спиртные напитки. Приходится поэтому до-



пустить, что наши обследуемые невольно несколько преуменьшили действительную частоту потребления.

Таблица XIII — Количество потребления за год:

1 стакан	—	26 (39,4 проц.) чел.
1 бутылку	—	11 (16,7 проц.) »
2—3 »	—	4 (6 проц.) »
4 и больше	—	11 (16,7 проц.) »
Не выяснено	—	14 (21,2 проц.) »

ИТОГО: 66 (100 проц.) »

Приблизительно  $1\frac{1}{2}$  учащихся выпила не больше чем по 1 бутылке алкогольного напитка в год. Эту таблицу приходится оценивать с такой же осторожностью, как и предыдущую, ввиду трудности годового учета и возможности невольных ошибок.

Таблица XIV — Характер потребления (за посл. год).

Случайно	—	27 (40,9 проц.) чел.
На праздниках	—	25 (37,9 проц.) »
При разн. обстоят. (В дни получек, «с устатку», перед едой)	—	6 (9,1 проц.) »
Не выяснено	—	8 (12,1 проц.) »

ИТОГО: 66 (100 проц.) чел.

Значительная часть молодежи пьет, следовательно, по праздникам (сюда же относится, вероятно, и часть случайных потребителей алкоголя).

Таблица XV — Расход на алкоголь в мес.

Отсутствует (совершенно)	— у	56 (84,8 проц.) чел.
Есть до 5 руб.	— »	8 (12,1 проц.) »
» от 5 до 10 р.	— »	2 (3,1 проц.) »

ИТОГО: 66 (100 проц.) чел.

Подавляющее большинство обследованных подростков не тратит совершенно денег на алкоголь и пьет его, повидимому, как угощение, главным образом, на праздниках. Как первое опьянение (таблица XI), так и потребление алкоголя вообще происходит в наших случаях, главным образом, в праздники (или случайно) и носит характер, как и у др. авторов (Дейчман, Сегал, Липский и Тетельбаум) бытового праздничного алкоголизма. Размер заработка не имеет здесь, конечно заметного значения, в отличие от пьющих 22 — 23 летних рабочих, расходующих по Чучелову в среднем около трети (29 проц.) своего бюджета на спиртные напитки.

По Липскому и Тетельбауму, средний расход на алкоголь — 4 проц. зарплаты и с увеличением зарплаты имеет тенденцию к росту. Если мы попытаемся теперь в социально-бытовых условиях группы пьющих спиртные напитки искать какие-нибудь особенности, благоприятствующие потреблению алкоголя, то мы приходим к следующим сравнительным данным:

Таблица XVI — Семейное положение.

Одиночки среди пьющих	(+ 66) —	9 (13,6 проц.)
» » абстинентов	(+ 159) —	24 (15,1 проц.)

Здесь нет большой разницы между обеими группами. Нами замечено, между прочим, на нашем материале, что одинокие большей частью живут в лучших жилищных условиях.

Таблица XVII — Жилищные условия.

Неудовлетворит. жилищные условия у	37 (56,1 проц.) пьющих
» » » »	69 (43,4 проц.) абстинентов



Следовательно, группа пьющих находится в сравнительно худших жилищных условиях. У Липского и Тетельбаума заметной разницы в этом отношении не получилось.

Т а б л и ц а X V I I I — С а м о ч у в с т в и е.

Чувствуют себя здоровыми	— 44 (81,2 проц.)	пьющих
» » »	— 136 (85,5 проц.)	абстинентов.

У непьющих имеется незначительный перевес в смысле лучшего самочувствия.

Т а б л и ц а X I X — К у р е н и е.

Число курящих среди пьющих	— 35 (53 проц.)	чел.
» » » абстинентов	— 37 (23,3 проц.)	»

Курящих, таким образом, гораздо больше (в процентном отношении) насчитывается среди пьющих, чем среди абстинентов. Частое сочетание алкоголизма с курением отмечают и Липский и Тетельбаум.

Небольшой материал обследования, возможность запоминания частью подростков относительно потребления алкоголя в детстве, трудность годичного учета потребления спиртных напитков, все это заставляет быть осторожным в смысле определенных выводов. Все же, на основании проведенного нами обследования и литературных данных, можно наметить следующие положения:

- 1) В среде рабочих подростков имеется значительный процент лиц, потребляющих алкоголь.
- 2) Потребление алкоголя носит, главным образом, характер бытового (праздничного) алкоголизма.
- 3) По сравнению со взрослыми рабочими, подростки не так много расходуют на спиртные напитки.
- 4) Ввиду малочисленности сведений об алкоголизме среди молодежи, необходимо дальнейшее изучение этого явления в возможно большем масштабе.
- 5) Необходимо повести энергичную борьбу с алкоголизмом среди молодежи (начиная с детского возраста).
- 6) Среди антиалкогольных мер, наряду с общей культурно-просветительной работой, физкультурой, большую роль могут сыграть организации в школах противоалкогольных ячеек под руководством врачей (школьно-санитарных) и систематическое антиалкогольное преподавание.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) А. А. Ковалевский. Профилактич. медицина, № 11, 1928 г.
- 2) Д. И. Ласс. Современное студенчество, 1928 г.
- 3) Б. Р. Дидрихсон. Ленингр. Мед. журнал, № 7, 1928 г.
- 4) Т. М. Богомолова. Вопросы наркологии, сб. № 2, 1928 г.
- 5) Д-р. Богомолова. Совр. Психоневрология, т. VI, № 1, 1928 г.
- 6) И. И. Розенблюм. Ленинград. Мед. журнал, № 7, 1928 г.
- 7) Э. И. Дейчман. Соц. Гиг., сб. № 1, 1927 г. и Р. Власак. Алкоголизм, 1928 г.
- 8) А. Л. Медельсон. Нервно-псих. гиг. и профилактика, 1927 г.
- 9) Э. Вельде. Здоровый школьник, 1927 г.
- 10) В. Бородин. Ур. мед. журнал, № 3, 1929 г.
- 11) Н. И. Озерецкий. Преступник и преступность, сб. II, 1927 г.
- 12) Б. Л. Ландкоф. Вopr. нервно-псих. оздоровл. насел., сб. 1. 1928 г.
- 13) А. Сегал. Вопросы здравоохранения, № 8, 1929 г.
- 14) М. И. Агол. Соц. гигиена, № 4, 1928 г.
- 15) Н. И. Чучелов. Соц. гигиена, сб. № 1, 1927 г.
- 16) И. Вольфсон. Вопросы здравоохранения, № 12. 1929 г.
- 17) Б. С. Сегал. Профилактич. медицина, № 6-7, 1928 г.
- 18) В. Липский и С. Тетельбаум. Здравоохранение, № 7-8, 1929 г.
- 19) Е. Смирнова. Педиатрия, т. XIII, № 2, 1929 г.



**Bergmann. Лечение рахитов и туберкулеза.** (Deut. med. Woch., № 34, 1929 г.).

В лице облученного эргостерина открыто новое фармакологическое средство исключительной биологической силы.

Наши представления о витаминах должны отныне претерпеть изменения, так как мы имеем дело теперь не только с субстанцией, вводимой в организм в минимальных количествах вместе с пищей, но с веществом, которое образуется в самом организме в жировом слое кожи путем воздействия ультра-фиолетовых лучей.

Изучая действие гелиотерапии, бесхлорной диеты Gerson-Sauerbruch'a, и рыбьего жира на туберкулез, и действие препаратов Viganthol'я и прочих облученных ультра-фиолетовыми лучами препаратов на рахит, автор приходит к выводу о том, что здесь имеется полная аналогия в механизме целебного воздействия и этим общим фактором воздействия является эргостерин.

В лице эргостерина, по мнению автора, в терапию вступает весьма своеобразно действующее фармакологическое средство.

М. В.

**Fahr. К вопросу о гипертонии** (Deut. med. Woch., № 35, 1929 г.).

Гипертония не болезнь, а симптом, который может быть обусловлен разными причинами. Различают ренальную, церебральную и периферическую гипертонию.

Стойкая гипертония на реальной почве может быть снижена благодаря воздействию антогонистических факторов (ослабление силы сердца, парез вазомоторов).

М. В.

**Herzfeld. Иод и зоб.** (Deut. med. Woch., № 39, 1929).

В последние годы отмечается рост увеличения щитовидной железы у молодых суб'ектов, преимущественно женского пола. Этот рост можно поставить в параллель с ранее отмечавшимся ростом хлороза. Изменения щитовидной железы имеют интимную связь с хлорозом, о чем свидетельствует общность картины крови. Автор предостерегает от дачи иода, даже в виде наружного применения на коже, лицам молодым и лицам, у которых имеется нарушение вегетативной системы.

М. В.

## РЕЦЕНЗИИ.

**А. Иванов.** Предварительные итоги однодневной переписи стационарной сети Ленинграда 14 марта 1929 г. «Здравоохранение», 1929 г., № 9.

Вся стационарная сеть Ленинграда расположена в 56 стационарах с 16.081 койками. Коечная сеть на 1.000 жителей составляет 9,28 койки, при чем терапевтические—1,74, психиатрические—1,59, хирургические—1,43, заразные — 1, родильные — 0,65. Переписи подлежала только соматическая сеть с 14.001 койками, из коих 610 хозрасчетных; занятость бюджетных коек — 97,4 проц. Процент больных, направленных лечущими учреждениями и здравотделами, равен 76,84 проц. Из общего числа 84,75 проц. больных были городскими жителями, а остальные составляли приезжие. По сравнению с 26 годом количество приезжих с 8,15 проц. поднялось до 15,25 проц. Застрахованные составляли 89,6 проц., в том числе активно-застрахованные с членами семей 67,46 проц., при чем рост обслуживания застрахованных идет за счет членов семей. Наибольший процент больных (47,81) падает на возраст 20—39 лет, затем следует 40—59 лет (19,2), 5—14 лет (12), до 4 лет (8,56) и 60 лет и более (5,3).

Больные инфекционные не эпидемические составляли 19,5 проц., эпидемические—13,7 проц., беременные с послеродовыми болезнями—10,6 проц. (в том числе нормальные роды — 5,65 проц.), болезни пищеварения—9,5 проц., мочеполовых — 8,2 проц., нервные — 7 проц. По времени пребывания на койке наибольшую группу (66,3 проц.), составляли больные, находившиеся в стационаре до 1 месяца, больные с продолжитель-



ностью пребывания от 6 мес. и выше 4,2 проц., при чем 1,4 проц. приходилось на пролежавших более года (по преимуществу кожные и костно-туберкулезные). При переписи выяснилось, что 4,75 проц. всех занятых коек составляли больные хроники, не нуждающиеся в специальном лечении.

Для туберкулезных больных всех форм и возрастов Ленинград имеет 1.380 коек, при чем некоторая часть из них предназначена обслуживать область и прочие местности. В день переписи туберкулезных больных во всех лечучреждениях обнаружено 1.728, из которых 1.392 находились в 8 специальных больницах и отделениях, 253 в 26 прочих соматических больницах и 83 в 3-х детских больницах. По продолжительности 43 проц. туберкулезных находились на койке до 1 месяца; легочным туберкулезом занято было 8 проц. общего числа коек. Кожно-венерических больных оказалось 1.053 при наличии 911 штатных для них коек, при чем в специальных больницах и отделениях лежало 885, а остальные находились в отделениях других больниц. В отношении госпитализации заразных больных норма — 1 койка на тысячу населения — в общем оказалась удовлетворительной. При этом брошной тиф и скарлатина госпитализировались на 90 проц., паразитарные тифы — на 100 проц. Инфекционных коек имелось 1.753, расположенных в 5 больницах, из коих одна боксирована полностью и 4 частично. Благодаря этому удавалось в зависимости от характера и частоты сезонной заболеваемости увеличивать число коек для той или другой инфекции. В заразных больницах 62,9 проц. всех больных составляли дети до 10 лет.

Из больных с новообразованием 259 относились к злокачественным и 100 к прочим; из них 96,6 проц. приходилось на возраст 20 и старше лет, а по продолжительности пребывания на койке 59 проц. находились до 1 месяца. Родильных коек, не считая хозрасчетных, было 1.133, при чем рожениц и с послеродовыми заболеваниями перепись обнаружила 1.382. Из заключений автора отметим следующие:

1. Необходимо уточнить порядок направления больных для стационарного лечения и ввести постоянный и авторитетный врачебный контроль при помещении больного на койку.

2. Районные здравотделы, которым было передано направление больных для стационарного лечения, не сумели справиться с этой задачей.

3. Необходим постоянный контроль Здраводела и больничной администрации за длительно находящимися стационарными больными. Создание специальной для них больницы — неотложная задача дня.

4. В виду переполнения и недостаточности коек для легочного и костного туберкулеза количество этого вида коек должно быть увеличено за счет терапии и хирургии при одновременном развитии костно-туберкулезного патронажа.

5. Бросается в глаза громадное количество больных с новообразованиями и их разбросанность по всем стационарам так же, как и туберкулезных.

И. К. К.

**3. МИЧНИК.**—Материнство, как фактор заболеваемости и смертности. «Вопросы педиатрии, педологии и охраны материнства и младенчества», том I, вып. 1-й.

Смертность мужчин, как правило, выше женской смертности, составляя по разным странам от 101 проц. до 111 проц. женской смертности. Но в возрасте от 25 до 40—45 лет женская смертность перегоняет мужскую. Это повышение стоит в связи с процессами деторождения, что дает нам право называть эту смертность «материнской».

Важен учет не только материнской смертности, но и материнской заболеваемости.

С начала нынешнего века движение материнской смертности расходится как с общей, так и с детской смертностью: последние движутся книзу, материнская же имеет тенденцию к повышению.

Изучение причин этого явления имеет огромное научно-практическое значение. Особое внимание должно быть уделено изучению социальных факторов, особенно влияния женского труда. Работники охраны материнства, клиницисты, статистики должны заняться разработкой вопросов материнской заболеваемости и смертности, а также вопросами эффективности деторождения, социально-гигиенического значения многодетности и т. д.

Н. К.



## Работа венотряда в Кондинском районе, Тобольского округа (с 20 мая по 20 сентября 1929 года).

Д-р Н. ВАСИЛЬЕВ

Отряд к 1 июня был готов к отъезду из г. Тобольска, но из-за отсутствия правильного и регулярного сообщения с Кондинским районом смог выехать только 17 июня, причем пароход идет туда в неопределенное время и в навигацию только 2 раза: весной и осенью. В с. Нахрачи, центр Кондинского района, отряд прибыл 23 июня, а в с. Шаим где и началась собственно работа отряда, 28 июня с. г. Число дней работы отряда 123, из которых в ожидании парохода в г. Тобольске 29 дней, в пути на пароходе к месту работы и обратно 14 дней, в пути во время работы в Конде (от селения к селению) 32 дня и фактической работы 48 дней. Учитывая незначительность оставшегося времени и очень значительные расстояния, отряд не считался с часами и условиями работы, стремясь выполнить порученное ему задание — обследовать 2 е-совета Кондинского района: Шаимский и Сатынгинский. Очень часто приходилось ночевать в лодке на ходу, чтобы выиграть время и не останавливаться ночевать в селениях.

Отрядом сделано 4036 клмтр., причем 1900 клмтр. сделано на пароходе, 2061 клмтр. в лодке, 43 клмтр. пешком по болотам и 32 кмт. верхом. Всего израсходовано на оплату дороги 410 руб. 69 коп., в среднем 1 клмтр. обошелся в 10,1 коп. Имея свою собственную лодку отряд много сэкономил. Передвижение в верховьях р. Конды и по ее притоку р. Мулымье сопряжено с большими затруднениями и возможно только на маленьких лодках осиночках, так как местами на протяжении от 200 до 1000 мтр. река сплошь загромождена лесом (местное название «лубея»), так что проехать по ней невозможно и лодку и груз приходится тащить по берегу (лесом) волоком. В связи с указанными затруднениями приходилось брать с собой незначительный запас медикаментов. Чтобы попасть из с. Шаима на р. Мулымью, отряду пришлось в целях экономии средств и времени перебраться пешком по болотам (43 клмтр. вместо 160 и вместо 3-х суток 8 час.), при чем медикаменты и инвентарь (необходимый) были переброшены носильщиками в так наз. «пайвах» (мешки из бересты). К неудобствам передвижения можно отнести обилие комаров и паутов. Их такая масса, что нет возможности местами (особенно на лубеях) без предохранительных сеток передвигаться, как невозможно без особых приспособлений «полог» почевать на лодке или на берегу и даже в селениях. Здесь невозможно не отметить следующего явления: в стороне от р. Конды или Мульмы в деревнях стоящих на берегу озер и речек (селения Орендур, Умытья и Шаим) комаров совершенно не заметно.

Отрядом е-советы Шаимский и Сатынгинский были обследованы, но не на 100 проц., так как к некоторым селениям в летнюю пору добраться или совсем невозможно, или до них слишком большое расстояние в то время, как зимой попасть туда очень легко и быстро. Если, как, например, возьмем дер. Супру, то до нее от Шаима зимой 90 верст езды туда только 9-10 часов, летом же 300 клмтр. вверх по течению. Несмотря на указанные затруднения, отряд все-таки Шаимский е-совет (самый отдаленный) обслужил почти на 100 проц. Остались необследованными 3 селения: Ессунт 1 дом, Потанох 1 дом и Кетлох 1 дом, до которых



добраться было невозможно из-за непроходимых болот. Сатынгинский с-совет также не был обследован полностью из-за трудностей сообщения и громадного расстояния: по р. Тапу нужно было преодолеть 10 лубей и проехать вверх по течению более 150 верст, чтобы добраться до деревни в 3 двора.

Оборудование отряда состояло из лодки поднимающей от 80 до 100 пудов и 2-х палаток-брезентов. Если бы отряду была предоставлена моторная лодка, то была бы проделана более значительная работа, и отряду не пришлось бы ждать в г. Тобольске 29 дней парохода. Инструментарием отряд был снабжен весьма сносно, а медикаментами очень хорошо, и недостаток некоторых медикаментов ощущался только в самом конце работы отряда. Спецодеждой отряд был вполне обеспечен. Лаборатории с микроскопом не имелось.

Обследовательская работа начата отрядом с 29 июня и окончена 6 сентября. Перед началом обследования на расширенном пленуме Шаимского с-совета сделан был доклад о целях и задачах отряда, при чем представлен и утвержден план работы. По окончании работ в Шаимском с-совете был сделан доклад о результатах работы отряда. То же самое было проведено в Сатынгинском с-совете, но в Леушинском этого провести не представилось возможным не по вине отряда. В Кондинском рик'е также сделан доклад о результатах всей работы отряда. За время с 29 июня по 6 сентября отрядом было обследовано 3 с-совета: Шаимский (38 дней), Сатынгинский (16 дней) и Леушинский (16 дней). Вместе с тем отряд оказывал общелечебную помощь и проводил оспопрививание. Такое соединение крайне перегружало работников отряда (врач и фельдшер), так как получалась тройная работа с одним и тем же населением. Но невозможно отказаться от этого в таких местах, где не только медработника, но вообще никакого культурного человека не бывало, а потребность в медпомощи, и особенно врачебной, громаднейшая: в Шаимском с-совете, на расстоянии почти 600 верст нет даже фельдшерского пункта, нет его и в Леушинском с-совете. Один пункт с ротным фельдшером имеется в Сатынгинском с-совете, который и должен обслуживать все эти 3 с-совета. Результаты обследований:

	Всего	Обследо- вано	Необсле- довано
а) Селения:			
1. Шаимский сельсовет . . . . .	22	19	3
2. Сатынгинский . . . . .	19	14	5
3. Леушинский . . . . .	27	19	8
Всего . . . . .	68	52	16
б) Жителей:			
1. Шаимский . . . . .	559	539	20
2. Сатынгинский . . . . .	812	641	171
3. Леушинский . . . . .	1116	711	405
Всего . . . . .	2487	1891	596



в) По национальности и полу обследовано жителей:

	Всего	В том числе		Из общего числа	
		Вогул	Русских	Мужчин	Женщин
1. Шаимский . . . . .	539	214	325	256	283
2. Сатынгинский . . . . .	641	325	316	311	330
3. Леушинский . . . . .	711	288	423	338	373
	1891	827	1064	905	986

Обнаружено больных триппером:

	Всего	И з н и х					
		Острый	Хроническ.	Вогул	Русских	Мужчин	Женщин
1. Шаимский . . . . .	46	7	39	21	25	28	18
2. Сатынгинский . . . . .	47	6	41	22	25	18	29
3. Леушинский . . . . .	24	3	21	10	14	8	16
Всего .	117	16	101	53	64	54	63

Обнаружено больных сифилисом;

	Всего	И з н и х:						
		Русских	Вогул	Мужчин	Женщин	II катег.	III катег.	Новорожд.
1. Шаимский . . . . .	6	4	2	2	4	3	1	2
2. Сатынгинский . . . . .	5	3	2	3	2	3	1	1
3. Леушинский . . . . .	4	2	2	3	1	3	1	—
Всего	15	9	6	8	7	9	3	3



Население к обследованию относилось очень сочувственно, отказов не было в Шаймском и Сатынгинском с-советах и, как единичный случай, встретился в Леушинском с-совете. Особенно охотно шли на обследование после проведения беседы на тему о венерических заболеваниях. В отношении 15 обнаруженных случаев сифилиса нужно отметить, что из них нет ни одного с явными признаками, все они уже леченные один или несколько раз, или же имеющие сомнительное происхождение. Когда то коновал Гро, он же Овешков, подвизался в этих с-советах и ставил замысловатые диагнозы, беря за лечение с больных коров, лошадей, свиней и т. п. На этой почве «больные» требовали специального лечения от медперсонала во всех местах, где им приходилось бывать, и отряду пред'являли документы о проделанном лечении и необходимости повторных курсов, об'ективных-же данных ни у самих больных, ни у их детей не обнаружено. Конечно, реакция Вассермана не проводилась за невозможностью, но всем больным рекомендовалось сделать исследование крови при первой возможности. Лечение проводилось подистыми препаратами, втираниями ртутной мазью, вливанием неосальварсанау (иногда до 6 вливаний). Не так хорошо обстоит дело с заболеванием уретритом. Мнение отряда, что очень большой процент жителей болеет уретритом, — подтверждается и заведующими медпунктами и врачучастками. Такое распространение уретрита является результатом той половой распущенности, которая наблюдается в этих с-советах: девицы и юноши начинают половую жизнь с 14 лет почти обязательно, а иногда и с 12 лет, при чем имеются случаи сожительства дочери с отцом, сына с матерью. Среди батрачества значительный процент болен уретритом, и батрачество является одним из главных распространителей этого заболевания при переходе из одного селения в другое. Вообще легкий взгляд на половую связь в этих местах способствует распространению вензаболеваний, так, например, в Шаймском с-совете парочке в любое время дня и ночи предоставляют помещение, отказывать не принято. Нужно отметить и тот факт, что вензаболевания заносятся и из промышленных районов (заводов) и Ирбита.

Многие больные с большой охотой лечатся у врача или фельдшера, но часто не позволяет этого расстояние до медпункта 200 — 600 верст. Домашнее лечение, которое там процветает, ведет к тому, что больной является рассадником этой болезни: полное отсутствие санпросветработы, полная оторванность от культурных центров, слабая революционная законность (дело батрака Сошкина об изнасиловании, возникшее через 3 года после совершения преступления), невозможность заполнить чем-нибудь интересным свой досуг — все это толкает к половым злоупотреблениям.

Лечебная работа отряда по плану была на втором месте и должна была проводиться после обследовательской, но, в виду того, что почти все население обращалось за медпомощью, пришлось эту работу соединить. Амбулаторная работа по 3 сельсоветам выразилась в следующих цифрах: всего сделано 1726 посещений, из них 1478 первичных застрахованных, 34 первичных и 46 повторных, рецептов отпущено 2059. Малое количество повторных больных объясняется тем, что отряд почти нигде долго не задерживался и передвигался дальше. Амбулаторная посещаемость по национальностям:

Наименование с советов	Всего	И з н и х	
		Вогулов	Русских
1. Шаймский . . . . .	724	237	487
2. Сатынгинский . . . . .	497	235	262
3. Леушинский . . . . .	502	193	312
Всего . . . . .	1726	665	1061



Из инфекционных заболеваний нужно отметить дизентерию 63 случая, зарегистрированных почти исключительно в Шаимском с-совете, где вспышки дизентерии появляются ежегодно в средние лета. Из прочих инфекционных заболеваний можно отметить коклюш 26 случаев, грипп 11. Из остальных гоноррея 27, бленноройное воспаление глаз 8, трахома 36 и глистные заболевания 146. Нельзя не обратить внимания на отсутствие чесотки (несмотря на антисанитарное состояние вообще и в частности жилищ) и на значительный процент глистных заболеваний вследствие употребления сырой рыбы (щуки, язя, чебака, карася, сырца и т. д.) и мяса (олень, лось и т. д.) не только во время охоты в урмани, но и в домашней обстановке. Среди населения еще крепко сидит привычка лечить дизентерию кислым квасом с солью или просто содой, давая ее, например, ребенку чайными ложками. Отряд нашел возможным снабдить некоторые крайне отдаленные от медпункта селения аптеками первой помощи.

Одновременно с обследовательской и лечебной работой отрядом проводилось и оспопрививание, при чем оказалось, что многим лицам старше 20 лет и даже 60 л. ни разу не была привита оспа, хотя оспопрививательница и приезжала в эти селения. Жители как русские, так и вогулы охотно шли на прививку, особенно охотно несли детей после беседы об оспе и оспопрививании. Отрядом всего сделано прививок:

Всего	В а к ц и н а ц и й						Р е в а к ц и н а ц и й					
	В том числе в возрасте						В том числе в возрасте					
	До 1 года	1—4 лет	5—9 лет	10—19 лет	Свыше 20 л.	Проверено	Всего	Учащихся	Служащих	Допризывн.	10—11 лет	20—21 г.
322	78	44	26	60	114	14	1079	18	2	—	47	58

По сельсоветам.

Наименование с/советов	Всего	Вакци- наций	Ревакци- наций
1. Шаимский . . . . .	464	145	319
2. Сатынгинский . . . . .	485	77	408
3. Леушинский . . . . .	452	100	352
Всего . . . . .	1400	322	1079

Санпросветработа отряда заключалась в проведении лекций и бесед почти в каждом обследуемом селении, при чем лекции сопровождались картинками волшебного фонаря. Население очень интересовалось этими беседами и лекциями и добивалось узнать фамилии больных, чтобы... выселить их из селения (лекции на тему о вензаболеваниях). Беседы проводились и в индивидуальном



порядке, но они нами не учитывались. Лекции и беседы проводились отрядом на нижеуказанные темы:

1. Вензаболевания и борьба с ними.
  2. Оспа и борьба с ней. Ослопрививание.
  3. Санитарное состояние деревни и жилища.
  4. Водоснабжение.
  5. Заразные болезни, дизентерия.
  6. Желудочно-кишечные заболевания детей.
  7. Советская медицина и профилактика.
  8. Женские болезни. Аборт и предупреждение беременности.
  9. Гигиена беременности и родов. Аборт.
  10. Глистные заболевания.
  11. Самогон (борьба с алкоголизмом).
- Всего проведено лекций и бесед:

	Лекций	Бесед	Всего	Слушателей
1. Шаимский . . . . .	25	9	34	399
2. Сатынгинский . . . . .	11	2	13	391
3. Леушинский . . . . .	8	2	10	263
Всего . . . . .	44	13	57	1053

На отряд всего было ассигновано 3578 руб. каковые за исключением незначительной суммы и были израсходованы. Исполнение сметы было такое:

Предмет ассигнований	Ассигновано	Израсходовано	Остаток	Перерасход
1. Зарплата . . . . .	1600	1600 —	—	—
2. Админ. хоз. расходы . . . .	850	852 - 93	—	2—93
3. Оборудование . . . . .	250	237—55	12—45	—
4. Медикаменты . . . . .	878	803 - 06	74—94	—
Всего . . . . .	3578	3493—54	87—39	2—39

Считаю необходимым остановиться хотя бы поверхностно на характеристике обследованных с-советов. Вогулы и русские занимаются охотой и рыбной ловлей; хлебопашеством занимается население в средней части Конды и отчасти в верховьях где оно только начинает развиваться. Населенные пункты редкие и небольшие. Имеются селения из 1, 2, 3 домов. Постройки в большинстве случаев старые полуразвалившиеся в верховьях Конды и на р. Мулымье, по кубатуре крайне тесные и не соответствуют числу жителей. В районе средней Конды жилищные усло-



вия немного лучше. Благодаря полной оторванности здесь процветают самогонное варение и пьянство, борьба с которыми никем почти не ведется.

Населенные пункты расположены на высоких берегах р. Конды или ее притоков и на берегу озер, соединяющихся с р. Кондой речками. Летом сообщение исключительно на лодках, так как большая часть территории покрыта болотами почти непроходимыми. Зимой сообщение немного быстрее и легче — санным путем через болота.

Все три с-совета находятся в крайне антисанитарном состоянии. Источники водоснабжения: реки, озера загрязняются отбросами, навозом, уборных нет. Благополучнее разрешается жилищный вопрос кооперации, так как она расположена в новых собственных зданиях, имеются помещения и под склады. Питание населения неудовлетворительное: молока и масла летом часто не бывает, хотя жители и занимаются животноводством, но коровы и лошади летом находятся на свободе в лесу и домой не загоняются. Мяса летом почти нет, и бывают периоды, когда в деревне невозможно найти ни молока, ни мяса, ни рыбы. Вообще же население отличается большим гостеприимством, особенно в верховьях р. Конды и р. Мульмы.

#### В ы в о ы :

1. С-советы Шаимский, Сатынгинский и Леушинский нужно считать благополучными в отношении распространения заболеваний сифилисом и неблагополучными в отношении заболеваний гонорреей

2. Источником распространения венерических заболеваний нужно считать пришлый элемент, и в первую очередь батрачество, а отчасти и переселенцев, идущих «самоходом» в организованном порядке, почему необходим медико-санитарный надзор за указанной частью населения.

3. Необходимо расширение сети медико-санитарных учреждений (фельдшерские пункты в с. Шаиме, Карым и т. п.) и сети культпросветучреждений, которые развернут работу в санитарно-профилактическом направлении среди населения района.

4. Врачу частку и имеющимся фельдшерским пунктам необходимо усилить работу по борьбе с алкоголизмом и вензаболеваниями.

## Санаторий „Кисегач“ \*)

Врач А. Ф. САРАПУЛОВА

В восточной части южного Урала, на отрогах Ильменского хребта, на перешейке между двух больших озер Теренкуля и Б. Кисегача, среди соснового леса, разбросаны красивые летние домики санатория «Кисегач». Озера Теренкуль и Б. Кисегач входят цепь озер, расположенных по восточному подножью Ильменского хребта, начинающуюся от озера Миасского у северной границы Златоустовского округа до озера Кундравинского на южной границе. Озера Теренкуль и Кисегач являются ближайшими по расположению к Ильменскому хребту и имеют тип горных озер. Берега их дикие, обрывистые, с множеством скалистых полуостровов и разбросанных среди озер то голых скалистых, то зеленых, покрытых лиственницей и малинником, островов. Большой Кисегач имеет поверхность в 15 кв. верст со средней глубиной в 25 метров и прозрачностью воды до 8 метров. Озеро Теренкуль имеет поверхность в 0,2 кв. версты со средней глубиной 15 метров и прозрачностью до 6 метров.

Санаторий «Кисегач» расположен на холмистой местности, среди прекрасного соснового леса, с разбросанными по нему огромными валунами, часто образующими причудливые сооружения и нагромождения. Наличие двух прекрасных, светлых озер придает еще больше красоты этому уголку Урала. Благодаря обилью воды и леса, здесь имеется значительное количество влажности, нет больших колебаний между  $t^{\circ}$  дня и ночи, воздух чист и ничем не загрязнен. Подробные метеорологические наблюдения в Злато-

\*) Доложено на заседании нервно-психиатрической секции при Медицинском Обществе Пермск. Гос. Университета 19 октября 1929 года.



устьевом округе производились только на Златоустовской метеорологической станции, находящейся на высоте 450 метров над уровнем моря, что почти соответствует уровню «Кисегача» (оз. Кисегач 330 метров над уровнем моря). Из наблюдений этой станции сделаны следующие выводы: самый длинный день имеет продолжительность 17 часов 8 м. с полуденным поднятием солнца на  $58^{\circ} 17'$  и самый короткий 6 час. 52 мин. с полуденным поднятием солнца на  $11^{\circ} 23'$ ; самый теплый месяц — июль ( $+16,6$ ) и самый холодный — январь ( $-16,1^{\circ}$ ). Зима является преобладающим временем года; выше  $0^{\circ}$  температура поднимается только со 2-й половины апреля и со 2-й половины октября она опять ниже  $0^{\circ}$ . В среднем 173 дня температура ниже  $0^{\circ}$ , 81 день от  $0$  до  $10$  и 111 дней (в июне, июле и августе) температура  $10$  и выше. В июле самое большое выпадение осадков (89 м.м.) равно выпадению осадков за три зимних месяца; абсолютная влажность  $10,5$  м.м. ртутного столба с  $t$  воздуха в  $16,6^{\circ} \text{Ц}$ . Среднее количество дней с осадками 163, из них на июль падает 16,3. Наибольший период выпадения осадков с 15 октября по 15 ноября. В районе санатория в мае еще часто выпадает снег с продолжительностью лежания от нескольких часов до 1—2 дней, а в сентябре наступает полоса дождей.

Санаторий «Кисегач» организован Уралстрахкасской в 1926 году, имеет 170 штатных коек и работает с 15 мая по 15 сентября 4 сезона, по одному месяцу каждый. Обслуживающий медперсонал состоит из: 3 врачей, из коих один невропатолог; 5 сестер, 6 сиделок. В санатории имеется 17 разбросанных по лесу летних дач-домиков в 20 кв. м. каждый, разделенных на две равные половины, с отдельным ходом каждая. Больные занимают 12 дач, остальные заняты кабинетами и квартирами медперсонала; кроме того имеется летнего типа столовая на 200 человек с верандой на о. Теренкуль; в глубине леса находится общежитие для сотрудников и еще дальше, на берегу о. Кисегач, электростанция.

Показаниями для пребывания в Кисегаче служат: невращения и истерия в не резкой форме, функциональные расстройства сердечной деятельности, явления миодегенерации сердца в нерезкой степени, компенсированные пороки сердца, малокровие на почве переутомления, после инфекционных заболеваний, или на почве компенсированного закрытого туберкулеза и хронические катары дыхательных путей не туберкулезного происхождения. Противопоказаны: все формы открытого туберкулеза, невроты с припадками, истерия, эпилепсия, психастения; наклонные к декомпенсации пороки сердца; ревматизм с наклонностью к обострению.

Ближайший железнодорожный путь — Самаро-Златоустовская дорога с остановкой некоторых поездов на площадке около санатория Чебаркуль в 6 верстах от Кисегача. Поезда на площадке останавливаются не все и больным по большей части приходится сходить на ст. Чебаркуль в 12 верстах от Кисегача, откуда они доставляются в санаторий на автобусе. По приезду больные моются в бане, распределяются по дачам и в тот же или на другой день они получают от врача назначение соответствующего режима и лечение. Лечащий врач обходит дачи через день, с обязательным присутствием там больных, а в остальные дни дачи обходит дежурный врач, не требуя уже обязательного присутствия больных. В середине месяца производился подробный осмотр всех больных, выявлялись неясности в состоянии того или иного больного и делались дополнительные исследования и назначения. В конце сезона, больной проходил комиссию в составе всех врачей санатория. Имея по 60 человек больных, каждый врач нес еще суточные дежурства по санаторию через каждые два дня и, благодаря такой перегрузке, наблюдение за больными проводить было трудно. Живя среди больных и находясь среди них целые дни, все же удавалось о каждом иметь более или менее верное представление. Все тяжелые больные брались на учет и находились под наблюдением, если не одного, то другого врача и лечащий всегда был в курсе его состояния.

Санаторный режим заключался в следующем. Больные встают в 6 часов утра и совершают утренний туалет. С 6 ч. 30 м. утренняя зарядка, а после нее купанье. В 8 час. горячий завтрак, после него подкожные инъекции, прием лекарств, обход больных врачами по дачам и прием в кабинетах. С 11 до 1 часу солнечные ванны, в 1 ч. 30 м. обед, после него с  $2\frac{1}{2}$  часов до 4-х отдых в постелях, с 4-х воздушные ванны, отдых, прогулка, катанье на лодках. С  $5\frac{1}{2}$  часов легкий чай и больные, если нет назначения лечебных процедур, играют на площадке, поют и занимаются чем хотят. После чаю выполняются лечебные назначения, банки и др., а также работает электрокабинет часов с  $6\frac{1}{2}$  до  $10\frac{1}{2}$  вечера. В 8 часов ужин, после чего больные опять свободны; в 11 часов ночной сон.

Кормили больных четыре раза в день, давая от 4.500 до 5.500 калорий. Стол несколько страдал однообразием с преобладанием мясных блюд, вследствие кризиса некоторых продуктов, перебои с молоком и зеленью. Приготовление пищи было удовлетворительное. Все продукты в Кисегаче привозились ежедневно из Чебаркуля, где имеется свой совхоз еще очень молодой и не могущий в достаточной мере удовлетворять потребности обоих санаторий.

В летний сезон 1929 года прошло 736 человек больных, из них 148 женщин и 548 мужчин. По клиническим формам преобладали больные с функциональными невротами, упадком питания, хроническими катарами дыхательных путей, компенсированными пороками сердца. По социальному составу преобладали рабочие с производства затем



рабочие, оставившие производство для административно-общественной работы и меньшая группа — служащие.

По санаторно-курортным листам преобладали больные неврастенией, которые по обследовании часто оказывались страдающими припадками истерического характера и выписывались как противопоказанные. Больные, страдающие органическими заболеваниями нервной системы, оставались для отдыха. Резко выделялась заболеваемость функциональными невротизмами рабочих, оставивших производство для административно-общественной работы. После размеренного, нормированного труда, не требующего большой траты нервной энергии, они нагружались административно-общественной работой по 12—16 часов в сутки, спали и ели, когда придется. К концу первого года такой жизни в ряде случаев отмечалось заметное понижение работоспособности.

Из лечебных средств санаторий имеет в своем распоряжении прекрасные купанья в озере Б. Кисегач, имеющем около санатория песчаную отмель, как бы естественный пляж. Вода в озере холодная и прозрачная, обладает раздражающим свойством на кожу и потому купанье больным назначалось после предварительных обтираний в течение 2—3 дней. На берегу озера Теренкуль имеется солярий с душем, в физиотерапевтическом кабинете гальвано-фарадический столик, франклин, синий свет и местная световая ванна. Из лекарственных средств применяли подкожные впрыскивания растворов мышьяка, стрихнина и внутривенные вливания хлористого кальция. Внутрь лекарственные вещества давались редко и в небольших дозах.

Из культурных развлечений устраивались два раза в неделю кино, один раз лекции и один спектакль силами больных или же посторонними любителями. Имеются площадки с кегельбаном, крокетом, итальянской лаптой и городками; кроме того, есть бильярд, шахматы, шашки, пианино, музыкальные инструменты для струнного оркестра и радио. К услугам больных библиотека с достаточным количеством книг, газет и журналов. Особенно любят больные катанье на Б. Кисегаче, для чего предоставляются лодки. На берегу о. Теренкуль строится электроводолечебница.

Несмотря на краткость одномесечного срока пребывания в санатории и большую трату энергии, благодаря пребыванию на воздухе и физическим методам лечения, больные поправлялись хорошо и средняя прибыль за сезон выражалась от 2½ до 3½ кило. С ухудшением состояния здоровья было до 2 проц., противопоказанных больных, которых при первых же симптомах ухудшения отправляли обратно. До 10 проц. падает на больных оставшихся в том же состоянии, благодаря перенесенным во время пребывания в санатории острым заболеваниям, чаще всего энтеритами и гастритами. В первый сезон были случаи тяжелых бронхитов и воспаления легких вследствие раннего купанья без разрешения врача. 85—90 проц. больных уезжали значительно поправившимися.

Из вышесказанного считаю нужным сделать некоторые выводы:

Санаторий Кисегач находится в стадии организации и для оборудования его и планомерной научно-обоснованной работы необходим ряд мероприятий. Должна быть произведена подробная нивелировка местности и подробное физико-химическое исследование воды. Необходимо устройство собственного метеорологического пункта, научной лаборатории и скорейшее оборудование строящейся электроводолечебницы. Летние домики дачи необходимо утеплить, так как ранней весной и поздней осенью бывает довольно холодно по ночам. Штат врачей должен быть увеличен, чтобы сократить нагрузку их каждого до 30 больных, дабы они могли вести научные наблюдения, которые до сих пор совершенно не велись. Врачи в преобладающем большинстве должны быть специалистами невропатологами физиотерапевтами. Необходим также и зубной врач, от отсутствия которого страдают больные. Срок пребывания больных в санатории необходимо удлинить до 1½ — 2 месяцев.

В заключение благодарю профессора В. П. Первушина за ценные указания в работе.



26 февраля 1930 года на многолюдном собрании городских врачей Челябинска совместно с делегатами окр.-съезда по здравоохранению и городским профактивом Союза МСТ был поставлен доклад Зав. Уралоблздоровотделом тов. Коновалова—«Задачи здравоохранения в реконструктивный период на Урале».

Собранием по этому докладу вынесено короткое, но очень ответственное решение: «Приветствовать решение ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян, как решение вполне своевременно указывающее на необходимость немедленной коренной перестройки дела здравоохранения и методов работы в соответствии с бурно развивающейся промышленностью и социалистической реконструкцией сельского хозяйства, с выкорчевыванием остатков корней капитализма в стране и считает необходимым проведение этого решения в жизнь при максимальном напряжении энергии творческих сил работников здравоохранения, и в первую очередь врачей, с сознанием ответственности за порученную работу.

Во всей работе на основе проведения четкой классовой линии должны быть особенно выпячены вопросы своевременной перестройки дела здравоохранения соответственно требованиям реконструктивного периода, вопросы пятилетки, соцсоревнования, рационализаторские мероприятия, работа ударными темпами и бригадами.

Собравшиеся считают себя мобилизованными для проведения в жизнь всех намеченных решением ЦК ВКП(б) мероприятий и поступают в распоряжение руководящих партийных и профсоюзных организаций».

## Как мы начали соревнование на Пермском медфаке

Социалистическое соревнование в ВУЗ'е, и, в частности, на Медфаке, имеет целью использовать, укрепить и организовать тот под'ем, который проявляют студенты, профессора и преподаватели в деле социалистического строительства, основы которого предначертаны пятилетним планом. Это соревнование носит в ВУЗ'е несколько иной характер, чем на заводах, фабриках и учреждениях, потому что здесь объектом соревнования являются сами живые люди—студенты, выпускаемые специалисты и сами они принимают участие в этом соревновании. Поэтому в ВУЗ'е соревнование должно касаться качества работы, улучшения постановки преподавания, которое и отразится на качестве выпускаемой продукции. Научно-исследовательская работа и повышение квалификации преподавательских кадров также должны усиливаться, так как это стоит в прямой связи с успешностью работы ВУЗ'а в целом и, в свою очередь, отражается на учебной работе. Исходя из таких предпосылок Пермское отделение Варнитсо приняло самое горячее участие как в подготовке проведения соц. соревнования, так и его ходе.

Соревнование отдельных групп на Медфаке уже началось. Еще в прошлом году отдельные группы студентов вызывали другие, чтобы к определенным срокам закончить начатые работы. Некоторые клиники (факультет., хирургич., детская) соревнуются уже с другими и даже в других городах. Ударные бригады студентов соревнуются друг с другом и вызывают преподавателей. Бригады преподавателей выезжают на места на участки в районы для консультации и помощи участковым врачам (клиника кожных вен. бол.). Устанавливается связь с заводами для изучения производства, ведется культ-работа.

Такие парциальные соревнования желательны и могут заключаться на небольшой промежуток времени, чтобы проверить результаты и поддержать интерес и под'ем для дальнейших вызовов. Но следует также принять и факультетские в целом соревнования и вузовские с факультетом и ВУЗ'ом другого города, например, с одним из провинциальных и одним из столичных. Нами вызваны Медфак II МГУ и Кубмединститут.

Вопросы подлежащие соревнованию прорабатывались коллективами студентов научных работников (Варнитсо, СНР), административно-технических служащих и выявились у нас в форму договоров по отдельным факультетам. Эти вопросы охватывают основные элементы нашей ВУЗ'овской жизни:

1. Учебно-академические. Здесь и вопросы научно-современных и идеологически выдержанных программ и методов преподавания, здесь и 100 проц. посещение лекций



и практических занятий и полная ликвидация академической задолженности (хвостов) к началу II семестра, здесь и коллективная подготовка к зачетам в процессе работы и консультации для отстающих студентов со стороны преподавательского состава, сокращение времени пребывания в ВУЗ'е.

2. Производственная практика в этом году не введена Главпрофобром на Пермском Медфаке как непрерывная производственная практика в течение года. Но элементы ее мы включили в свой план и слово сейчас за органами Здравоохранения, которые должны помочь нам ее осуществить в своих учреждениях, а также за Медсантрудом, который должен призвать своих членов врачей помочь студентам ознакомиться с медицинским производством в процессе его осуществления, вне ВУЗ'а в повседневной жизни больничных учреждений. Мы приглашаем их принять участие в соревновании по этому вопросу.

3. Проблема научных кадров для нас актуальна. Руководству аспирантами и студенческими выдвиженцами должно быть в соревновании отведено место, плановость работы, внимание, уменьшение отсева, привлечение к активному участию в работе научных кружков, задачи—подлежащие осуществлению в порядке соревнования.

4. Оживление работы студенческих кружков идет путем соревнования между ними.

5. Академические органы, комиссии должны внести плановость и академическую активность в свою работу.

6. Научно-исследовательская работа должна быть увязана в значительной степени с задачами здравоохранения Урала и поэтому следует сравнить также не отстают ли областные главки в деле поддержки научной работы университетов, напр. от Северного Кавказа, Волги и т. д. и не следует ли и здесь нам внести поправки.

7. Общественную работу студенчества надо настоящим образом спланировать и в этом должны принять участие обществ. и проф. организации; чтобы общественная загрузка студента шла планомерно и не мешала, а помогала ее академической работе. Только при этих условиях можно получить качественно удовлетворяющих специалистов.

8. Расширенные приемы можно провести только мобилизуя все наши академические ресурсы, проявив полную классовую сознательность и дисциплину. Методы, которыми можно достигнуть серьезных результатов в социалистическом соревновании это повышение производительности труда, трудовой дисциплины и качественное улучшение самой работы, не гонясь за количеством роста при неудовлетворительной качественной стороне (сдача зачетов при плохой подготовке) не вводя элементы нездоровой конкуренции.

Проверка соревнования будет осуществляться после каждого семестра путем объективных подсчетов проделанной работы и к этой оценке будет привлечена широко Советская Общественность; путем широкой самокритики мы выявляем свои недостатки. Мы хотели бы, чтобы в этой большой работе для осуществления поставленных наших общих задач строительства социализма нам пришли на помощь все заинтересованные организации, учреждения и лица.

Зав. Медфака, профессор Бобин.

## Курсы для усовершенствования врачей

Одной из чрезвычайно существенных задач, которую осуществляет Медфак ПГУ в деле подготовки кадров в переживаемый нами реконструктивный период промышленного развития и культурного строительства—является переквалификация, специализация и усовершенствование врачей в наших клиниках и научно-вспомогательных учреждениях.

Каждодневно, незаметно, без существенных ощутимых затрат наш Медфак квалифицирует кадры врачей, посещающих его клиники, работающих в его лабораториях, врачей, которые отчасти прикреплены к Медфаку как интерны и экстерны, отчасти командированы органами Здравоохранения для специализации или использующие свой отпуск и пополняющие свои знания посещая клиники, лекции, операции, лаборатории.

Всякий участковый врач должен знать, что в любой момент, в любое время медфак может ему прийти на помощь и советом и литературной помощью и он может посещать его учреждения чтобы вспомнить забытые отделы или поспециализироваться в интересующей его области.

Такая система открытых дверей является залогом дружбы между академическими работниками и врачами работающими на периферии и нуждающимися в указанных советах.

Но как ни велика, хотя и мало заметна, такая деятельность Медфака в области улучшения качества наших специалистов мы должны переходить к более широким формам работы, от нас этого требует жизнь, темпы которой диктуют переход на более организованные формы такой помощи пополнения знаний врача.



В Западной Европе курсы для усовершенствования врачей развиты чрезвычайно сильно. Капиталистические страны давно усвоили себе принцип: отставать в своем развитии, значит материально терять и буржуазный врач, конкурирующий с другим врачом перед потребителем, должен быть на высоте своего научного авторитета. И университеты, идя на встречу этим требованиям, организуют широко такие курсы. Особенно развиты такие курсы в Германии в берлинских научных учреждениях и в Париже с его 56 клиническими учреждениями; там существует специальное общество для усовершенствования врачей, куда каждый год со всех концов мира собираются врачи иностранцы. О курсах хорошо информируют. Так, программы этих курсов на 1930 г. уже разосланы с французскими журналами и даже имеются и у нас в Перми *Cours complementaires et de perfectionnement*.

Наш потребитель это рабочий класс и население обобщественного сектора сельского хозяйства—коллективизированное крестьянство, современные врачи—должны быть плоть от плоти и кость от кости трудящихся. Заботиться об их подготовке и о том, чтобы они соответствовали своему назначению должен сам рабочий класс в лице своего государственного аппарата, его органов. Поэтому и у нас в ряде университетских городов организованы институты для усовершенствования врачей со своим штатом, своими клиниками, выработанными утвержденными НКП программами (Ленинград, Казань, Харьков, Одесса и т. д.). Директор такого института в Харькове А. А. Финкельштейн в сборнике «В помощь участковому врачу (*Acta Medica*, 1929 г., Харьков) пишет: В отличие от Западной Европы, где усовершенствование врачей носит личный, частный характер, у нас в Союзе государство взяло на себя проведение этого ответственного дела.

В этом институте 50 проц. всех должностей ассистентов впервые в Союзе заняты по конкурсу участковыми врачами. Целевая установка Института такова: 1) усовершенствование врачей участковых (сельских и городских, как больничных так и поликлинических (по специальностям), 2) усовершенствование врачей для практической работы в различных отраслях здравоохранения, ОХМ, ОЗД, Сан. Эпид., Сан. просвещ., Физкульт., Рентгенология, Статистика, Суд. Медицина, по соц. болезням: туберкулез, венерология, 3) подготовка новых кадров врачей по тем же специальностям (интернатура). Усовершенствование является не эпизодической задачей, а постоянной, планомерной.

План работ разбивается: 1) занятия с участковыми врачами по поднятию их квалификации, 2) занятия со специалистами по поднятию квалификации специалистов, 3) занятия с интернами по подготовке из них специалистов.

Наш пятилетний план поэтому должен включить в себя следующие учреждения по подготовке специалистов-врачей:

1) Институт Экстернатуры с 3-х годичным (максимум) стажированием при клиниках университета. На число имеющихся штатных ординаторов количество экстернов сейчас имеется—33 человека; с увеличением коечной базы до 1000 коек; к концу пятилетки количество ординаторов будет доведено до 50 и экстернов до 50 чел.

2) Институт прикомандированных для специализации к клиникам направляемых здравоохранителями на различные сроки от 1 до 6 м-цев по той или иной специальности в количестве 50 человек.

3) Клинический Институт усовершенствования при Медицинском факультете. Организационно оформленный, имеющий своего директора, Бюро в составе представителя от Здравоотдела, Союза МСТ и помощника директора. Совет, состоящий из всех преподавателей, принимающих участие в преподавании, представителей от врачей  $\frac{1}{3}$  и общественных организаций на 100 человек.

В этом Клиническом Институте занятия будут вестись по разл. прогр. и циклам, а целевая установка его заключается в том, чтобы дать подготовлен. врача: а) для промышленного индустриального Урала, в) для социалистического сектора с.-х. округов Уралобласти, переключив его на новые задачи и новые методы работы в реконструктивном периоде нашего народного хозяйства идущего по пути построения социализма.

В. Б.



# ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

МОСКВА, ГСП, I, М. Черкасский пер., № 2/5,

ЛЕНИНГРАД, II, ул. Пролеткульта, д. № 1

## ПОДПИШИТЕСЬ НА 1930 ГОД на журналы ГОСМЕДИЗДАТА.

### 1. „ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА“

выходит ежемесячно под редакцией проф. Н. Н. БУРЦЕНКО,  
проф. П. М. КОНЧАЛОВСКОГО и д-ра А. ЛЕРМАНА.

Журнал „ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА“ издается Госмедиздатом с 1929 года взамен прекратившегося издания „Практической Медицины“ и по примеру прежних лет будет печатать ряд солидных руководств по вопросам практической и профилактической медицины.

В 1930 г. во „ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ“ будет напечатано:

Проф. Н. А. ВИГДОРЧИК — Руководство по профессиональным болезням.

Проф. М. МАТТЕС

— Руководство по дифференциальному диагнозу внутренних болезней, ч. II. Перевод с 5 значит. Дополн. и перераб. и мецк. изд.

Проф. Ф. ЛЕЖАР

— Неотложная хирургия, т. II. Перевод с 8-го франц. издания под редакцией и с дополнением проф. Н. Н. Бурденко.

Проф. Ш. АШАР

— Брюшной тиф и паратифы. Перевод с франц. под редакцией и с дополнением проф. В. А. Любарского.

Т. ТЮФЬЕ и П. ДЕФОС

— Малая хирургия практического врача. Перевод с значит. дополненного и переработанного 7-го франц. издания.

Ред. К. А. КОНОВАЛОВ

— Пятилетний план развития здравоохранения в РСФСР.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА НА ГОД—20 РУБЛЕЙ

Подписчики получают бесплатное приложение—Календарь для врачей на 1930 г.

### 2. „СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА“

двухмесячный журнал. Ответственный редактор Н. А. СЕМАШКО.

С 1930 года журнал „СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА“ будет издаваться Государственным Медицинским Издательством.

Журнал „СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА“ рассчитан на врачей всех специальностей, санитаров, гигиенистов, а также на все научные и лечебные учреждения и органы здравоохранения.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА НА ГОД 4 РУБЛЯ.

### 3. „ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА“

двухнедельный журнал под редакцией проф. В. П. ОСИПОВА,  
прив. доц. П. В. СВИРСКОГО, д-ра Л. Н. ФЕДОРОВА и д-ра Д. Г. БОГЕНА.

С 1929 г. „ВРАЧЕБНАЯ ГАЗЕТА“ издается в Ленинграде Государственным Медицинским Издательством.

Основная задача „ВРАЧЕБНОЙ ГАЗЕТЫ“—возможно полная передача современного состояния знания во всех областях теоретической и практической медицины.

В 1930 году все подписчики „ВРАЧЕБНОЙ ГАЗЕТЫ“ получат бесплатное приложение—ряд книг посвященных актуальным вопросам теоретической и практической медицины.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА С ПРИЛОЖЕНИЕМ:

на год—10 руб.; на полгода—6 руб. Цена отдельного номера—50 коп.

### 4. „МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА“

Ежемесячный бюллетень Госмедиздата.

„МЕДИЦИНСКАЯ КНИГА“ исчерпывающе осведомляет своих читателей о своей печатной медицинской продукции выходящей в СССР.

ПОДПИСНАЯ ПЛАТА НА ГОД—3 р. 50 к.

Подписчики на журналы Госмедиздата получают скидку в 50 к. с годовой платы.

На все объявленные журналы требуйте проспекты.

Подписку и деньги направляйте по адресам, указанным в заголовке, а также в наши объединенные отделения в городах:

Самаре, Свердловске, Воронеже, Саратове, Ташкенте, Ростове на-Д. и в Нахичеване (Татиздат).



Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов		Малярия		Оспа натурал.		Корь		Скарлатина		Коклюш		Дифтерия	
			Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
1			2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Уралобласть	28 г.	4634	109	20	4	1995	100	959	513	3635	6	238	87
		29 г.	4409	120	9	3	4042	100	2159	1129	5225	13	276	100
1	В.-Камский окр.	28 г.	53	2	—	—	103	—	50	36	163	3	5	3
		29 г.	66	7	—	—	105	1	59	47	258	2	3	1
2	Златоустовск. окр.	28 г.	616	28	—	—	71	—	61	45	203	—	13	5
		29 г.	569	10	—	—	452	5	149	83	141	—	20	—
3	Ирбитский "	28 г.	70	—	—	—	34	—	7	2	209	—	5	1
		29 г.	12	2	—	—	107	1	29	16	294	1	15	3
4	Ишимский "	28 г.	226	2	5	—	48	—	57	—	338	—	28	—
		29 г.	216	9	—	—	151	3	66	7	335	—	24	2
5	К.-Пермский "	28 г.	49	—	—	—	—	—	1	1	58	—	—	—
		29 г.	19	—	—	—	3	1	1	1	57	4	—	—
6	Кунгурский "	28 г.	92	5	—	—	42	—	29	14	55	—	1	—
		29 г.	81	2	—	—	276	5	73	50	327	—	8	1
7	Курганский "	28 г.	318	3	2	—	110	1	47	29	205	—	7	5
		29 г.	363	5	4	—	138	2	125	27	539	—	15	9
8	Пермский "	28 г.	222	8	2	—	299	29	168	109	410	—	22	11
		29 г.	252	15	1	1	594	42	264	181	403	1	44	27
9	Сарапульский "	28 г.	244	8	—	—	50	—	34	16	146	—	6	4
		29 г.	337	10	—	—	340	2	211	103	248	—	18	10
10	Свердловский "	28 г.	220	10	5	3	71	1	180	143	202	3	47	38
		29 г.	435	25	—	—	909	4	333	311	853	—	41	28
11	Тагильский "	28 г.	153	4	3	1	389	6	75	39	495	—	13	3
		29 г.	147	8	2	2	164	1	228	223	346	—	19	6
12	Тобольский "	28 г.	102	4	—	—	465	60	28	8	133	—	1	—
		29 г.	88	—	—	—	88	4	5	2	104	1	—	—
13	Троицкий "	28 г.	869	10	—	—	40	—	70	19	131	—	55	3
		29 г.	736	9	—	—	169	—	363	4	103	—	19	—
14	Тюменский "	28 г.	226	6	1	—	68	—	123	38	381	—	14	6
		29 г.	187	—	—	—	246	—	56	23	348	—	10	4
15	Челябинский "	28 г.	900	14	2	—	92	2	13	4	415	—	13	2
		29 г.	699	11	1	—	267	29	143	29	372	2	25	7
16	Шадринский "	28 г.	274	5	—	—	113	1	16	10	91	—	8	6
		29 г.	202	7	1	—	33	—	54	22	497	2	15	2

области за октябрь месяц 1928 и 29 г. г.

Г р у п п		Дизентерия		Трахима		Туберк. легких		Туберк. пр. орган.		Сифилис I, II, III		Гоноррея	
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
31416	793	549	24	5197	89	7315	490	2975	115	2416	351	4788	146
38489	1128	458	17	4701	100	7248	412	3317	105	2351	307	4620	100
1473	89	5	2	55	5	414	3	76	4	35	3	132	2
1770	86	6	1	133	3	518	7	162	5	63	5	157	1
2823	99	28	1	291	14	379	31	206	5	160	2	234	1
3218	72	15	2	391	5	257	23	113	8	92	2	156	6
1572	25	26	2	79	1	321	10	111	6	32	21	77	2
2289	47	25	1	81	—	418	20	118	2	54	21	136	1
887	15	31	—	434	—	263	4	146	1	181	3	230	2
1214	42	41	2	29	—	152	5	271	4	144	7	269	4
466	—	21	—	374	8	123	—	98	6	37	4	64	10
391	23	—	—	181	15	85	9	66	2	22	4	85	6
1620	70	9	—	666	12	521	18	195	5	120	29	273	4
1528	48	11	—	591	14	355	9	138	5	81	12	205	10
1554	22	128	2	514	18	360	17	193	7	260	4	508	17
1812	26	94	4	655	19	461	58	342	15	329	33	591	3
3956	126	62	3	310	8	725	61	345	20	249	56	506	33
4934	161	31	1	307	5	801	77	362	10	307	33	635	24
1312	44	21	2	561	8	536	26	139	3	132	16	315	2
1703	57	14	1	624	6	461	7	193	3	121	5	276	1
5383	63	50	7	324	5	1191	199	300	30	329	84	677	26
7584	260	42	1	242	1	1085	106	403	13	364	67	619	19
3899	123	37	2	83	3	591	53	175	13	193	39	400	28
4534	158	43	1	167	13	448	36	204	17	81	2	171	13
548	6	50	1	42	—	100	13	44	5	24	5	70	6
529	9	20	2	63	4	143	8	64	2	30	5	73	7
1419	2	16	—	384	—	299	—	82	—	126	2	207	—
1234	8	27	—	184	—	272	—	95	—	185	—	198	—
1280	18	23	—	289	4	419	11	234	2	204	6	384	—
1489	40	50	—	419	2	352	6	212	5	166	6	401	2
1880	32	19	1	586	—	587	26	368	3	172	41	302	2
2285	39	29	1	259	4	668	26	301	5	103	63	183	—
1344	59	23	1	205	3	486	18	263	5	162	36	409	11
1975	52	10	—	375	10	772	20	273	9	209	42	465	3



Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов	Малярия		Оспа натурал.		Корь		Скарлатина		Коклюш		Дифтерия	
		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело		Заболело	
		Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.	Госпитал.
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Уралобласть	28 г. 3812	84	22	8	2384	69	987	527	2909	3	214	87
		29 г. 4042	79	12	—	5795	210	2430	1040	4447	10	368	137
1	В.-Камский окр.	28 г. 33	4	—	—	149	—	44	32	147	—	3	3
		29 г. 155	1	—	—	217	1	60	49	161	3	10	3
2	Златоустовск. окр.	28 г. 537	28	—	1	101	—	54	21	164	—	12	—
		29 г. 692	6	—	—	825	22	200	75	194	1	58	3
3	Ирбитский	28 г. 36	—	—	—	28	—	33	15	133	—	1	—
		29 г. 22	3	—	—	134	—	44	15	199	1	14	1
4	Ишимский	28 г. 203	6	5	—	143	—	64	4	175	—	26	1
		29 г. 141	9	—	—	178	3	88	2	162	—	14	3
5	К.-Пермяцк.	28 г. 10	—	—	—	—	—	2	2	8	—	1	—
		29 г. 12	1	—	—	5	—	1	1	92	—	3	3
6	Кунгурский	28 г. 72	2	1	—	25	—	14	6	69	—	4	—
		29 г. 71	4	3	6	360	7	73	32	237	—	14	7
7	Курганский	28 г. 220	7	2	—	97	1	24	8	172	—	10	6
		29 г. 237	4	6	—	199	1	119	24	524	—	11	—
8	Пермский	28 г. 154	7	1	—	281	21	167	97	280	—	28	15
		29 г. 111	13	—	—	801	50	270	177	292	—	56	35
9	Сарапульский	28 г. 244	3	2	2	161	6	41	22	135	—	10	5
		29 г. 297	2	1	—	398	6	311	118	131	—	11	7
10	Свердловский	28 г. 266	6	4	4	129	1	209	173	245	—	47	33
		29 г. 250	11	—	—	990	28	376	317	715	1	55	42
11	Тагильский	28 г. 130	2	4	1	473	7	58	37	454	2	13	9
		29 г. 177	1	—	—	391	11	179	170	544	1	31	15
12	Тобольский	28 г. 68	2	—	—	355	31	66	18	131	—	1	1
		29 г. 55	—	—	—	101	4	13	4	99	—	3	—
13	Троицкий	28 г. 576	—	—	—	113	—	71	20	137	—	7	1
		29 г. 780	—	—	—	136	—	293	—	116	—	18	—
14	Тюменский	28 г. 180	5	—	—	128	—	118	59	324	—	16	3
		29 г. 232	7	2	—	324	4	96	27	223	2	26	16
15	Челябинский	28 г. 864	6	1	—	77	2	8	1	259	1	15	3
		29 г. 595	12	—	—	675	73	256	3	438	—	33	1
16	Шадринский	28 г. 219	6	2	—	124	—	14	12	76	—	20	6
		29 г. 215	5	—	—	111	—	51	26	320	1	11	1

области за ноябрь мес. 1928 и 1929 г. г.

Г р и п п		Дизентерия		Трахома		Туберк. легких		Туберк. пр.орг.		Сифилис I, II и III		Гоноррея	
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
31645 44433	894 1157	243 322	15 9	3998 4342	105 114	7014 7485	4 8 305	2838 3516	129 90	2114 2110	322 314	4232 4505	135 121
1412 2132	64 97	9 3	— —	78 67	3 3	378 206	12 19	100 114	4 5	63 81	1 3	81 143	6 13
2990 3537	84 91	13 6	— —	177 459	4 5	412 274	24 12	189 179	1 11	110 108	7 —	188 142	6 3
1639 2573	44 59	5 25	— 2	133 77	1 —	271 387	7 8	80 115	7 1	41 31	9 22	120 146	2 2
782 1016	22 28	20 14	— —	298 14	— —	225 170	10 2	168 297	8 7	131 130	16 12	192 219	8 8
337 418	35 24	— 2	— —	87 131	7 17	71 177	10 8	94 69	13 7	16 17	6 —	39 104	8 2
1691 2205	49 70	6 7	2 1	557 413	8 21	433 324	19 10	133 167	3 5	99 58	9 19	232 221	4 9
1438 2126	25 37	25 45	— 1	479 522	17 6	347 470	27 23	204 353	2 7	251 240	25 28	444 478	15 9
4012 4827	145 171	39 28	3 2	308 271	13 13	666 766	63 29	343 281	37 7	267 287	52 52	547 519	27 15
1440 1843	33 35	8 16	2 —	446 693	8 11	366 489	9 12	90 115	3 2	117 120	13 5	265 288	2 5
5408 9692	183 230	27 25	— 1	260 259	12 —	1116 1182	103 66	402 485	15 13	266 281	48 39	670 613	20 22
4063 5954	110 176	23 67	6 2	100 144	13 2	639 640	44 32	178 227	11 11	215 154	46 24	340 298	30 24
525 583	2 7	10 6	— —	43 51	2 2	91 128	4 6	59 89	— 2	20 21	4 4	84 59	2 2
1387 1650	6 5	14 28	— —	141 231	— —	375 269	6 —	59 82	2 —	93 155	3 —	138 198	— —
1319 1929	31 33	18 14	— —	216 337	9 3	509 448	18 5	197 294	5 5	166 156	9 6	356 428	2 —
1780 2272	17 44	16 25	2 —	402 329	— 19	612 680	34 40	294 366	9 1	88 115	46 59	234 209	2 —
1422 2676	44 50	10 11	— —	276 344	8 12	503 875	18 33	248 283	9 6	171 158	28 41	332 440	1 7



## УКАЗАТЕЛЬ

### статей, корреспонденций и других материалов, помещенных в „Уральском Медицинском журнале“ в 1929 году

(По отделам в алфавитном порядке)

#### I. Организационные вопросы здравоохранения

1. Архипов. К. В.	Постановка кумысоделия на курортах Шафрановск. и Оренб. р. . . . .	№ 3 — 22 стр.
2. Белостоцкий И. С.	Больничное строительство на Урале . . .	№ 1 — 19
3. Бриль С. М.	Здравоохранение в г. Надеждинске . . .	№ 1 — 31
4. Бородин. В.	Основные черты военно-санитарной ра- боты на фронте . . . . .	№ 6 — 22
5. Белкин. К. К.	Работа пункта квартирной помощи в г. Тобольске . . . . .	№ 6 — 32
6. Величкин В. И.	К десятилетию совмедицины . . . . .	№ 1 — 5
7. Величкин В. И.	К вопросу о подготовке советского врача . . .	№ 2 — 25
8. Величкин В. И.	К вопросу о рационализации медико-сани- тарного дела . . . . .	№ 3 — 3
9. Величкин В. И.	К вопросу о пятилетнем плане Уральского здра- воохранения. . . . .	№ 4 — 3
„	то же продолжение . . . . .	№ 5 — 5
„	то же продолжение . . . . .	№ 6 — 5
10. Величкин В. И.	Итоги первого года пятилетки . . . . .	№ 8 — 9
11. Величкин В. И.	По поводу статьи д-ра Карнаухова о пяти- летке . . . . .	№ 9 — 26
12. Дубов А. О.	О переподготовке зубных врачей . . . . .	№ 4 — 20
13. Коган Н. И.	РОКК на Урале . . . . .	№ 1 — 23
14. Коган. Н. И.	Задачи органов здравоохранения в связи с переходом на 7-мичасовой рабочий день . . .	№ 4 — 11
15. Коган Н. И.	Здравоохранение и самостоятельность на- селения . . . . .	№ 8 — 6
16. Коган Н. И.	К вопросу о едином диспансере . . . . .	№ 9 — 15
17. Клевезаль Е. Г.	К вопросу о переустройстве Уральской психолечебницы в г. Перми . . . . .	№ 2 — 31
18. Карнаухов М. Н.	Вопросы борьбы с туберкулезом на Урале в пятилетнем плане (по поводу статьи д-ра Величкина ) . . . . .	№ 9 — 26
19. Курдов И. К.	Здравоохранение в В.-Камском округе . . .	№ 5 — 20
20. Курдов И. К.	Сеть учреждений здравоохранения на Ура- ле в 1928 году . . . . .	№ 8 — 20
21. Курдов И. К.	Обзор деятельности учреждений здраво- охранения на Урале в 1928 году . . . . .	№ 9 — 5
22. Леринман М. И.	О рационализации работы зубоврачебного кабинета на участке . . . . .	№ 1 — 37
23. „	Профилактический уклон в работе совет- ского зубного врача . . . . .	№ 4 — 15
24. Наравцевич А.	Свердловские врачи-стажеры о своей ра- боте . . . . .	№ 5 — 37



25. Нарбутовских С. Д.	К открытию Уральского Областного Физико-Терапевтического Института . . . . .	№ 7 — 21
26. Одинцев В. Е.	Принципы организации института неотложной помощи в Свердловске . . . . .	№ 3 — 12
27. Перетц В. Г.	Нужна-ли подготовка новых акушеров-гинекологов на Урале . . . . .	№ 9 — 18
28. Панов В. И.	Здравоохранение и РОКК . . . . .	№ 2 — 29
29. Розенгауз Ф. Т.	Санаторно-курортное дело на Урале . . . . .	№ 5 — 31
30. Проф. Ратнер Л. М.	К предстоящему научному съезду врачей Урала . . . . .	№ 7 — 19
31. Розенгардт В. М.	Как улучшить оспопрививание на участ. . . . .	№ 6 — 20
32. Серебренников В. С.	Ко всем врачам и другим работникам здравоохранения . . . . .	№ 1 — 3
33. »	К перевыборам советов . . . . .	№ 2 — 5
34. »	Здравоохранение в г. Кизеле . . . . .	№ 2 — 15
35. »	К областному научному съезду врачей . . . . .	№ 3 — 21
36. »	На очередные темы «Вновь о старом» . . . . .	№ 7 — 25
37. »	На очередные темы «Здравотделы и здравоохранение» . . . . .	№ 9 — 29
38. Сафронович В.	Контрольные цифры по здравоохранению на 1928—29 г. . . . .	№ 2 — 9
39. Тронин И. В.	Итоги смотра лечучреждений гор. Свердловска . . . . .	№ 7 — 14
40. »	Работа Красно-Крестной организации на Урале . . . . .	№ 8 — 16
41. Устюжанин П. П.	На что нужно обратить внимание при организации борьбы с костным туберкулезом . . . . .	№ 6 — 26
42. Уткин М. С.	Готовьтесь к съездовской кампании РОКК . . . . .	№ 9 — 35
43. Флейшер Г. Г.	Полгода работы на селе в Коми-Пермяцком округе . . . . .	№ 6 — 13
44. Шубинский А. И.	Работа врачебного участка Обдорского района . . . . .	№ 7 — 3

## II. Теоретическая и клиническая медицина

1. Архипов К. В.	Влияние различных температур на скорость созревания кумыса . . . . .	№ 4 — 38
2. Аминев А. М.	К вопросу о половых извращениях в свете современного законодательства . . . . .	№ 7 — 57
3. Безкоровая-Балакшина Е. А.	Озеро «Горькое» и результаты лечения нервных болезней . . . . .	№ 8 — 37
4. Барбель И. Э.	К вопросу об оперативном лечении косоглазия . . . . .	№ 4 — 55
5. Белецкий Г. И.	Статистические данные о сердечной заболеваемости по материалам госпитально-терапевтической клиники . . . . .	№ 7 — 37
6. Бахтияров В. А.	Мнимый волдырь от гипноза . . . . .	№ 6 — 84
7. Величкин В. И.	Сущность метода диалектического материализма . . . . .	№ 1 — 39
8. »	Сущность метода диалектического материализма (окончание) . . . . .	№ 2 — 35
9. Виленский М. М.	Пределы рентгено-диагностики и туберкулез легких . . . . .	№ 2 — 70
10. Городецкий А. А.	Значение билирубинемии в практической медицине . . . . .	№ 9 — 52
11. Гнуздев Г. Н.	Первичные склерозы века . . . . .	№ 3 — 35
12. Гефтер С. Р.	О влиянии кумыса на функцию щитовидной железы . . . . .	№ 4 — 44
13. Гашев Н. Н.	Ранение кишечника и матки с 7-мимесячной беременностью и исходом в выздоровление . . . . .	№ 8 — 54
14. Двинянинов Е. П.	К технике зашивания пузырно-влагалищных свищей . . . . .	№ 2 — 87
15. Дягилева А. З.	Случай уродства плода . . . . .	№ 8 — 51
16. Залкин И. М. и Юшков П. Д.	Лечение гонорреи триафлавином . . . . .	№ 9 — 41



17. Зайдель Ф. И.	К клинике вазодилататорных автоневрозов в 1928 г. . . . .	№ 5 — 62
18. Иванов А. И.	К вопросу об экстракции катаракты со швом . . . . .	№ 3 — 51
19. Кушелевский Б. П.	К вопросу длительной инкубации при малярии . . . . .	№ 1 — 48
20. »	Х всесоюзный съезд терапевтов . . . . .	№ 1 — 60
21. Клевезаль Е. Л.	Патологические черты творчества Чайковского . . . . .	№ 5 — 51
22. Карнаухов М. Н.	О пределах трудоспособности при легочном туберкулезе . . . . .	№ 2 — 61
23. »	О раннем распознавании скоротечной чахотки . . . . .	№ 3 — 29
24. Кусевский А. И.	Случай самопроизвольного извлечения эхинококка легкого и печени . . . . .	№ 2 — 91
25. »	О гангрене и абсцессе легких . . . . .	№ 5 — 55
26. »	Аутогемокальцитотрахефузия . . . . .	№ 8 — 53
27. Куимов Д. Т.	Гипноз в свете современных знаний . . . . .	№ 6 — 76
28. Проф. Кузнецк. Д. П.	О плотных опухолях почек . . . . .	№ 8 — 30
29. Корсаков И. В.	К вопросу о кистах гортани . . . . .	№ 8 — 44
30. Луканин В. П.	К вопросу о кониотических пневмосклерозах и их лечение у рабочих текстильщи-ков . . . . .	№ 2 — 77
31. Лысаковский И. В.	Экспериментально-биологические предпосылки организации лаборатории при Уральской Областной Психолечебнице . . . . .	№ 7 — 32
31. Лебедев М.	К казуистике оставления инородных тел при операциях в брюшной полости . . . . .	№ 7 — 46
33. Малкин П. Ф.	Головные боли при сексуальных отклонениях . . . . .	№ 5 — 47
34. Маляров А. А.	Проверка реакций Вейсса, Руссо и Кронбергера при прогнозе при туберкулезе легких . . . . .	№ 9 — 54
35. Накоряков Н. К.	Учение о сексуальном гормоне в свете новейших научных данных . . . . .	№ 6 — 43
Печеркин А. А.	Dipbgió facialis, — как осложнение антирабическ. прививок . . . . .	№ 9 — 45
36. Перетц В. Г.	Оперативное или рентгенолечение миом матки . . . . .	№ 2 — 84.
37. Протопопов И. М. и Курочкин К. А.	Особенности кумыса, как лечебно-диетического продукта . . . . .	№ 4 — 34
38. Пшеничных А. Б.	К вопросу о бактериотерапии хронических гнойных заболеваний среднего уха . . . . .	№ 6 — 61
39. Польковский М. Г. и Конторович С. И.	К вопросу об оперативном вмешательстве при опухолях головного мозга . . . . .	№ 9 — 48
40. Пр. Розентул М. А.	Роль сифилиса в отомологии . . . . .	№ 2 — 45.
41. »	Криотерапия — лечение кожных болезней с помощью углекислого снега . . . . .	№ 4 — 22
42. Пр. Розентул и Казаков В. И.	Поражения кожи при применении боевых газов . . . . .	№ 9 — 37
43. Рабинович Д. Б.	Случай врожденного порока сердца . . . . .	№ 2 — 90
44. Старицын С. Е.	Лечение прогрессивного паралича прививками малярии в Пермской психолечебнице при Уральской Обл. лечебнице . . . . .	№ 6 — 66
45. Талалов И. З.	К вопросу об <i>ulcus vulvae acutum</i> . . . . .	№ 6 — 52
46. Флейшер Г. Г.	К вопросу о грыжесом аппендиците . . . . .	№ 7 — 50
47. Шульман С. Л.	К вопросу об искусственном пневмо-раксе . . . . .	№ 4 — 26
48. Шац М. В.	О местной анестезии в гинекологии и акушерстве . . . . .	№ 3 — 38
49. Шац М. В.	К диагностике прерванной внематочной беременности . . . . .	№ 1 — 54
50. Шипицын В. П.	О редких формах паховых грыж . . . . .	№ 3 — 46
51. Шапатын А. В.	Случай профессионального пикондилита плеча . . . . .	№ 4 — 51



52. Шварц Н. И. Розеншток И. Я.	К вопросу о влиянии однократных приемов аспирина на центральное и периферическое сердце у человека . . . . .	№ 5 — 39
53. Шамарин В. К.	Прогресс желудочно-кишечной хирургии от Бильрота до настоящего времени . . . . .	№ 8 — 33
54. Яковлева А. И.	Случай газовой эмболии в момент наложения пневмоторакса . . . . .	№ 7 — 55.

### III гр. —Профилактика, санитария и гигиена

1. Бородин В.	Алкоголизм на Пермской жел. дор. и борьба с ним . . . . .	№ 3 — 71
2. Батунин М. П. и Колоколов Н. П.	К вопросу о состоянии борьбы с вен болезнями на западе . . . . .	№ 5 — 83
3. Гитерман Г. М.	К вопросу о задачах изучения профпатологии . . . . .	№ 4 — 74
4. Голшмид К. Л.	Профессиональное поражение кожи рук в пимокатном производстве . . . . .	№ 4 — 78
5. Гутман Л. Г.	Оспа и оспопрививание в Салдинском районе . . . . .	№ 7 — 87
6. Грацианов А. А.	Санитарное состояние школы г. Шадринска . . . . .	№ 8 — 65
7. Ершов Г. Ф. и Попов С. П.	Питьевые источники Мотовилихи . . . . .	№ 3 — 64
8. Ершов Г. Ф.	Брюшной тиф в Мотовилихе . . . . .	№ 6 — 118
9. Зархи Г. И.	Туляремия в Обдорском районе в 1928 г. О туляремии . . . . .	№ 5 — 62 № 6 — 117
11. »	О предохранительных прививках против скарлатины . . . . .	№ 7 — 85
12. Иванов Н. И.	Сыпной тиф в Уральской области . . . . .	№ 2 — 121
13. Иванов М. И. и Булычев.	Питание, быт и алкоголизм населения Калаты Свердловского округа . . . . .	№ 5 — 67
14. Костромин, Н. Е. Альтшуллер Э. П. и Данилов Ч. И.	Опыт профилактической активной иммунизации против скарлатины комбинированной вакциной . . . . .	№ 4 — 59
15. Казаков В. И.	Материалы к изучению вопроса о сельской гоноррее . . . . .	№ 6 — 94
16. Луканин В. П.	Зоб среди кустарей Свердловска и его ближайших окрестностей . . . . .	№ 8 — 102
17. Ляпустин В. А.	Методы статистического изучения несчастных случаев в промышленности . . . . .	№ 9 — 66
18. Лихачева К. И.	Два года работы глазного врача в Кизеловском районе . . . . .	№ 8 — 96
19. Монаков А. М.	Медосмотр рабочих Полевского завода . . . . .	№ 6 — 104
20. Накоряков Н. К.	Статистические данные об абортах в Перми . . . . .	№ 3 — 81
21. Николаева М. Ф.	Борьба с корью, как с внутрибольничной инфекцией . . . . .	№ 9 — 59
22. Овечкин В. Р.	Хронический алкоголизм и диспансеризация . . . . .	№ 8 — 91
23. Окулов И. Н.	Водоснабжение Асбестовских приисков Свердловского округа . . . . .	№ 3 — 53
24. Обухов П. Ф.	Молоко г. Кизела . . . . .	№ 6 — 100
25. Окулов И. Н.	Метеорологические факторы новых жилищ в Лысьвенском заводе . . . . .	№ 7 — 60
26. Обухов П. Ф.	Алкоголизм среди рабочих каменно-угольной промышленности . . . . .	№ 8 — 77
27. Окулов И. Н.	Питьевое водоснабжение и ассенизация разрезов в Асбестовских приисках Свердловского округа . . . . .	№ 9 — 73
28. Процеров Б. М.	К вопросу о постройке водопровода в пос. Воткинске, Сарапульского округа . . . . .	№ 7 — 77
29. Рабинович Д. Б.	Несколько слов о брюшно-тифозной эпидемии в Златоусте в 1928—29 году . . . . .	№ 5 — 64
30. Родигина А. М.	К вопросу о распространении глазных болезней среди населения Бардымского и Куединского районов Сарапульского округа . . . . .	№ 2 — 99



31. Ранов А. И.	Жилищные условия рабочих лесозаготовок в Пермском округе . . . . .	№ 7 — 68
32. Смирнова О. Я.	Санитарное состояние г. Надеждинска . . . . .	№ 1 — 73
33. »	» » . . . . .	№ 2 — 93
34. Серебро М. И.	Санитарное состояние Пермской ж. д. . . . .	№ 2 — 105
35. Усольцев С. Г.	Водопровод г. Кизела Уральской области . . . . .	№ 5 — 77
36. Филатов Р. И.	Питание в студенческих столовых г. Перми . . . . .	№ 4 — 82
37. Чеканинская-Полякова. Н. А.	Состояние органа зрения рабочих подростков г. Свердловска . . . . .	№ 1 — 79
38. Широков А. Ф.	Роль медпунктов на предприятиях в профилактике профессиональных болезней . . . . .	№ 1 — 70
39. Шушаков А. П. и Афанасьев. М.	Определение утомляемости внимания дежурных помощников начальника станции Свердловск . . . . .	№ 6 — 126
40. Шушаков А. П. и Софронов. С. И.	Соответствие роста и веса у поездных машинистов и помощников машинистов Пермской ж. д. . . . .	№ 6 — 130
41. Проф. Шапшев. К. Н.	Хлорирование питьевой воды. . . . .	№ 8 — 56
42. Щеглов В. П., Пашкевич Л. К.	Состояние общественного питания в Свердловском узле Пермской ж. д. . . . .	№ 4 — 88
43. Эршон Я.	Опыт изучения бюджета времени и утомляемости подростков в школе Профобра на Пермской ж. д. . . . .	№ 2 — 112
44. Юшков П. Д.	Венерические болезни среди пермяков . . . . .	№ 6 — 88
45. »	К вопросу о распространении сифилиса среди башкир . . . . .	№ 8 — 75
46. Яфуняева Ш.	Жилищный вопрос и питание в колхозе «Гигант» . . . . .	№ 8 — 73

#### IV гр. Обзоры медицинской печати

1. Виленский. М. М.	Рефераты . . . . .	№ 2 — 141
2. »	Рефераты о пневмокониозе . . . . .	№ 6 — 131
3. »	Рефераты . . . . .	№ 1 — 94
4. »	Рефераты . . . . .	№ 8 — 107
5. Движков П. П.	Обзор учения о ретикуло-эндотелиальной системе . . . . .	№ 7 — 91
6. Коган Н. И.	Рефераты . . . . .	№ 8 — 109
7. Ляпустин. В. А.	Уральский машиностроительный завод в Свердловске. Общие санитарно-гигиенические условия труда и жизни рабочих на строящихся заводах . . . . .	№ 2 — 137
8. Мульменко М. М.	От «generatio aequivoca» к миграционному циклу . . . . .	№ 2 — 130
9. Малкин П. Ф.	Рефераты . . . . .	№ 6 — 132
10. Накоряков Н. К.	Рефераты . . . . .	№ 8 — 108
11. Перетц В. Г.	Рефераты . . . . .	№ 2 — 142
12. Проф. Ратнер Л. М.	Хирургия селезенки . . . . .	№ 5 — 88
13. Фридьева-Черникова. Э. И.	Современное положение вопроса об авертинине, как наркотическом средстве Германии . . . . .	№ 4 — 94
14. Шабалин. А.	Рефераты . . . . .	№ 8 — 109

#### V гр. Корреспонденция с мест.

1. Величкин В. И.	Голос с того света . . . . .	№ 4 — 103
2. Зархи Г. И.	Экспериментальные основы учения о <i>Locus minoris resist</i> при обычной инфекции . . . . .	№ 9 — 90
3. Кушелевский Б. П.	Уральское Медицинское Общество в Свердловске . . . . .	№ 5 — 105
4. Карнаузов М. Н.	Обзор деятельности Уральского Научно-Медицинского Общества с 3-V—27 г. по 28-XI—28 г. . . . .	№ 2 — 147
5. Клячкин Л. Н.	Лечение болезней нервной системы на Н.-Сергинском курорте . . . . .	№ 6 — 146
6. Маврицкий. Г. К.	Миасский врачебный участок Златоустовского округа . . . . .	№ 2 — 153



7. Мельникова. А.	Эпидемия эрготизма в Куединском районе, Сарапульского округа	№ 7 — 114
8. Наравцевич А.	О работе кружков врачей-материалистов	№ 7 — 112
9. Прейсман А. Б.	К изучению вопросов о половой жизни на Урале	№ 7 — 116
10. Перетц В. Г.	Медицинский обзор 50-тилетней деятельности Свердловского Акушерско-Гинекологического Института	№ 1 — 97
11. Попов. С. П.	Памяти врача О. М. Брекнер-Юмшанова	№ 4 — 107
12. Плотников Н. Н. Колосов Ю. М.	Малырийная станция Свердловского санитарно-бактериологического Института в 1927 г.	№ 2 — 143
13. Розет Г. И.	Забитый участок	№ 6 — 145
14. Розет Г. И.	Окружное санитарное совещание в г. Перми	№ 1 — 113
15. Раськин А. И.	Год работы венотряда на участке	№ 6 — 141
16. Серебренников В. С.	Работа орг-бюро по созыву областного научного съезда врачей	№ 4 — 104
17. Уткин М. С.	Усилим работу Красного Креста на транспорте	№ 7 — 117
18. Шульман М. С.	Опыт использования световой сигнализации при проверке и закреплении знаний по нормальной анатомии	№ 6 — 140
19. Шапшал Г. С.	Чебаркульский тубсанаторий Уральской облстрахкасы	№ 5 — 100

#### VI гр. Труд и быт медработника

1. Агульник М. А.	Итоги проведения государственного нормирования зарплаты медработников в Уральской области.	№ 1 — 119
2. Величкин В. И.	Вопросы этики	№ 7 — 101
3. Виленский М. М.	Условия труда работников курорта «Горькое»	№ 1 — 123
4. »	Третье Всесоюзное совещание НКБ по изучению труда медработников	№ 3 — 98
5. Ефман А. М.	Заболеваемость медицинских работников г. Свердловска	№ 2 — 155
6. Карнаузов М. Н.	Год работы Уральского Организационного Бюро Научных Ассоциаций при Медсантруд	№ 2 — 167
7. Мельцер. Г. В.	Опыт экспериментального исследования утомляемости врачей Центральной амбулатории Свердловска	№ 8 — 110
8. »	То же (Окончание)	№ 9 — 79
9. Михайлов И. И.	Трудовая дисциплина и общественный контроль в лечучреждениях Урала	№ 5 — 97.
10. Печеркин. А. А.	Заболеваемость медицинских работников	№ 6 — 134

#### VII гр. Хроника

1. Коган Н. И.	Памяти Соловьева З. П.	№ 2 — 3
2. Курдов И. К.	Памяти проф. Миславского	№ 3 — 102
3. Проф. Розентул М. А.	Памяти проф. Симановича	№ 3 — 103
4. Серебренников В. С.	52 года врачебной деятельности И. И. Белавина	№ 3 — 100
5. Сербин Г. М.	Всероссийское совещание по медсан-профобслуживанию сельскохозяйственного социалистического сектора	№ 9 — 110



