

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 Серебрянников В. С.

№ 2—3

ИЮНЬ-ИЮЛЬ 1930 ГОДА

ГОД ИЗДАНИЯ ВТОРОЙ

ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВ ОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1930

Передовая. К. А. Коновалов. Внимание фронту здравоохранения	3
Постановление Бюро Обкома ВКП (б) по докладу Облздора	8

Организационные вопросы здравоохранения

А. Коновалов. Социалистич. строительство и здравоохранение	11
Сербин Г. М. Окрздравы и весенняя посевная кампания	13
Подсосов А. В. О подготовке врачей-профилактиков и кадров технич. раб. для колхозов	16
Королев В. С рабочей бригадой в коллективизирующейся деревне	21
Уткин М. С. Сельско-хозяйств. кампании и РОКК	24
Жикин В. А. К вопросу о кадрах работников здравоохранения	26
Серебренников В. С. На новых путях переустройства быта	30
Постановл. ЦК ВКП (б) о работе по перестройке быта	32
Кулехов А. О здравоохранении на Урале весной 1930 г.	33
Башкович П. В. Опыт привлечения общественности к санит. оздор. работе	36
Куроедов А. Д. Участием в чистке укрепим профаппарат	38
Проф. Шумков Г. Е. К вопросу о новом учебном плане („лицом к производ- ству“)	40

Вопросы клинич. и теоретич. медицины

Шварц Н. И. К методике исследования сердечно-сосудистой системы у физ- культурников	49
Рабинович В. Серотерапия скарлатины по данным Пермской заразной больницы за 6 лет	62
Проф. Кузнецкий Л. П. О распознавании и лечении ш. н. десмондов передней стенки	68
Польковский М. Г. К вопросу о диагностических ошибках при гастрических кризах	71

Оздоровление труда и быта

Ильинский П. И. Опыт профилактики кори и скарлатины сыворощкой, реконвалесцентов	74
Ершов Г. Ф. Дифтерия в Перми	79
Скачков И. И. Случай смерт. отравл. доменным газом в Надежд. заводе	84
Кюнцель А. А. Травматизация рабочих на лесозаготовках Оханского учлес- промхоза	86
Миров С. А. К вопросу о распространении сифилиса среди заключенных	88

Обзор медицинской печати

Храповицкая М. Л. Американские методы изучения особенностей темпера- мента и характера	93
---	----

Корреспонденции с мест

Луканин В. П. Работа НКБ при Обкоме МСТ	97
Пузыревский Б. Г. Два года работы венпункта среди шахтеров	98
Ивачев В. О рационализации санит.-профилактической работы	103
Грязнов. Десять лет Свердл. санбактериолог. института	105
Отчет мандатной комиссии 2 обл. научн. с'езда врачей	106
Итоги V пленума ЦК РОКК	108
С рабочей бригадой в Лебяжинском районе, Курганского округа	109
Научная работа на местах	110
Практические результаты рационализации	111
Письмо в редакцию	111
Памяти врача	112

Хроника

Официальный отдел

Резолюции VII с'езда здравоохранения	115
Основные решения 2-го научного с'езда врачей	120
План мероприятий Облздора на основе постановл. ЦК ВКП (б)	130
Постановл. колл. НКЗ о частной врач. практике	132
Таблицы заразной заболеваемости	134

Внимание фронту здравоохранения

«Решения ЦК ВКП (б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян» проводятся на Урале крайне медленно».

Из пост. Бюро Уралобкома ВКП (б).

С момента постановления ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян прошло около пяти месяцев. Казалось бы, срок вполне достаточный для того, чтобы коренным образом перестроить работу как органов здравоохранения, так и мед-сан. учреждений. К сожалению, старые навыки, привычка работать с прохладцей, «по старинке», настолько глубоко вкоренились, консервативная инерция настолько устойчива, что пока можно говорить лишь о крайне робких попытках изменить темпы в работе так, чтобы она находилась в соответствии с задачами реконструктивного периода.

Чем эта убийственная медлительность объясняется? Нам кажется, что кроме целого ряда других причин тем, главным образом, что внимание фронту здравоохранения со стороны в первую очередь местных партийных организаций не усилено. Обследование за последние три месяца ряда здравоохранческих участков Урала это достаточно убедительно подтверждает.

В Надеждинске местные организации самым беспардонным образом разбазаривают больничный фонд; часть больницы отдана под квартиры для советского учреждения, другая часть просто под учреждение, третья под лабораторию завода, и это делается в то время, когда в Надеждинске нет самых элементарных санитарных установок, не хватает квартир для врачей, больничный фонд недостаточен и т. д. В Златоусте не успели закончить постройку новой больницы, как прекрасное здание старой б-цы заняли под учебное заведение, и это сделали в то время, когда в Златоусте нет родильной помощи. В Кизеле часть вновь выстроенной поликлиники заняли под горный техникум; в Челябинске в 24 часа выбросили малярный станцию из занимавшегося ею здания, так как последнее очень понравилось какому то учреждению; переехали дом ребенка в другое помещение, непригодное, плохое, а прежнее хорошее помещение понравилось профорганизации, которая и заняла его. Это «внимание наизворот» со стороны местных организаций, на наш взгляд, ни в какой мере не изменилось почти до самого последнего времени. Совершенно очевидно, что необходимо во что бы то ни стало преодолеть такое невнимательное отношение со стороны местных организаций к фронту здравоохранения и добиться, чтобы это внимание стало таким, которое укрепляет фронт здравоохранения (а не прорывает его), усиливает его материальную вооруженность, помогает ему коренным образом перестроить свою работу, и таким образом в кратчайший срок выполнить постановление ЦК ВКП(б). Постановление Бюро Уралобкома ВКП(б), несомненно, должно сыграть и сыграет роль того тарана, который пробьет и разобьет крайнюю медлительность в проведении решений ЦК ВКП(б), однако, при обязательном условии, разумеется, если организаторы здравоохранения проявят максимум инициативы в деле усиления внимания к здравоохранению со стороны местных организаций. Уралобком ВКП(б) во вводной части своего постановления констатировал, что «решения ЦК ВКП(б) о медиц. обслу-

живании рабочих и кр-н проводятся на Урале крайне медленно». О чем это говорит? Это говорит о том, что на медицинском участке культурно-хозяйственной деятельности Урала дело продолжает оставаться неблагоприятным и после постановления ЦК ВКП(б), что на здравоохраненческом участке фронта хозяйствования Урала имеется прорыв.

Отсюда боевая задача организаторов зд-ия (здравотделов и медсанучреждений) быстро, настойчиво и твердо ликвидировать этот прорыв, а для этого нужно прежде всего мобилизовать партийную, советскую и профсоюзную общественность. Для того, чтобы разговоры о мобилизации не остались разговорчиками, как это не редко бывает в медицинском деле, следует упрямо и упорно предпринимать один шаг за другим, пока цель не будет достигнута, начав всю эту кампанию с парт-организации и опираясь на постановления ЦК ВКП(б), Уралобкома ВКП(б) и Уралоблисполкома. Всякие соглашательские настроения и тенденции среди организаторов зд-ия д. б. отброшены, отмечены, забракованы, как самое вредное, самое отрицательное явление на фронте борьбы за здоровье трудящихся масс, на фронте социалистической стройки. Всякий, кто не чувствует в себе достаточных сил и воли добиваться и добиться реализации решений ЦК ВКП(б), Уралобкома и Уралоблисполкома, он должен немедленно уйти с здравоохраненческой работы, а его заменит тот, кто сумеет выполнить эти решения.

Дальше Уралобком ВКП(б) обязал Облздрав в 3-х месячный срок «решительно перестроить всю работу массовых медико-санит. учреждений под углом четкого отражения в ней классовой пролетарской линии, перевода всей работы леч. проф. учреждений на диспансерные методы, приспособления всего дела здравоохранения рабочих районов к производственным условиям предприятий... вовлекая в повседневную работу массовых учреждений зд-ия рабочих, батраков, членов колхозов, бедноту и середняков».

В этой части постановления Уралобком ВКП(б) совершенно правильно отмечает наиболее слабое место в работе органов зд-ия. Надо со всей решительностью указать и указывать, что массовые учреждения зд-ия на Урале работают, как правило, по земской старинке, не увязались с производством, не знают его, не опираются на рабочую общественность. Даже в таком месте, как Свердловская мед.-сан. организация, которая д. была бы, как областная, головная идти впереди всей области, вести за собой ее, быть опытно-показательным примером и местом учебы для всех остальных мед.-сан. организаций, к сожалению, и Свердловская медсанорганизация топчется в методах своей работы на том же самом месте, которое было «облюбовано» еще либеральной медициной. Справедливость требует отметить, что попытки перестроить работу, решительно отказаться от старых либеральных трююнок, выйти на широкую дорогу социалистической классовой медицины безусловно имеются (Березники, Надеждинск, тот же Свердловск и др.). Но эти попытки должны рассматриваться как первая засточка, а она, говорят «весны не делает». Мы же, когда говорим о топтании на месте, имеем в виду очередную перспективу — «всену». Обком ВКП(б) дал органам зд-ия и медсанучреждениям трехмесячный срок для коренной перестройки работы массовых учреждений здравоохранения. Достаточен ли этот срок и справятся ли медработники с разрешением этой основной, генеральной задачи? Должен быть достаточным и должны справиться. «Но, скажут скептики, одно дело декларировать на бумаге, и совершенно другое дело выполнить на практике... И дальше начнут говорить о всевозможных и бесконечно разнообразных трудностях и обязательно объективных и не менее обязательно-представляющихся им непреодолимыми, если не вообще, так во всяком случае в 3-х месячный срок. Фронт здравоохранения, как и всякий другой фронт социалистической стройки, требует воли для исполнения.

Хныканье, обломовщина, рассуждательство, обосновываемое беспринципным скепсисом, плохие «помощники» в деле перестройки работы. Партия поставила перед медработниками стратегическую задачу — «коренным образом перестроить работу массовых учреждений здравия». И само собой разумеется, что если мы пойдем к исполнению этой на сегодня, безусловно, боевой задачи с лозунгом Обломова «невозможно выполнить, срок краток» — мы будем плохими бойцами на фронте здравоохранения. Поэтому необходимо немедленно приступить к выполнению постановления партии, наметив ряд практических мер для успешного выполнения (привлечь внимание общественных организаций, добиться от них реальной помощи, вовлечь рабочие массы в здравоохранительскую работу и т. п.).

Крайне слабым участком в деле здравоохранения является медобслуживание строительных рабочих, строящих гиганты предприятия: Уралмашинострой, Тракторострой, Магнитострой и др. Здесь дело обстоит неблагоприятно в основном потому, что строительные организации на все обращения здравотделов к ним (хоз-м) за помощью неизменно отвечают, что это не их дело, что медпомощь обязаны организовывать Здравотделы.

Правы ли строительные организации? По моему, совершенно не правы, так как кивать на здравотделы, это значит кивать на местный бюджет. А может ли местный бюджет предусмотреть расходы на медобслуживание в местах промышленных новостроек? Конечно, нет, так как новостройки привлекают огромное количество рабочей силы, сосредотачивают ее на небольшом пространстве, где, как правило, нет никаких мед.-сан. учреждений, где надо строить новые — больницы, амбулатории, ясли и пр. Уралобком ВКП(б) своим постановлением этому вопросу придавал достаточную ясность, сказав, что «впредь до постройки специальных зданий, обязать управления крупными заводскими строительствами (Уралмашинострой, Магнитострой, Тракторострой, Химстрой) предоставлять необходимые помещения как для временного развертывания мед.-сан. учреждений (ясли, больницы), так и для квартир медперсонала. УОСНХ и управлениям трестов своевременно отпускать средства на строительство лечебно-учреждений при вновь строящихся заводах». Это решение Обкома кладет предел той волюнке, которая создавалась бесконечной перепиской и бесчисленными разговорами здравотделов с хозяйственниками и от которой медпомощь строительным рабочим ничуть не улучшилась.

Крайне неудовлетворительна медпомощь крестьянам: если в городе на 1000 чел. населения приходится 4,4 койки, то в деревне только 0,4 или крестьянство обслуживается медпомощью в 11 раз хуже нежели городское население. На основании этого Обком ВКП(б) предложил «Облздравотделу и местным партийным, советским, профессиональным и кооперативным организациям взять решительный курс на расширение в 1930—31 г. санитарных мероприятий, лечебной и профилактической помощи в деревне».

Развитие мед.-сан. дела на Урале является особенно отсталым, с одной стороны, потому, что промышленность Урала гигантски растет, далеко оставляя позади здравие, с другой, центральные организации, и в первую очередь НКЗдрав, не повернулись лицом к Уралу. В самом деле, допустимо ли такое положение, когда колючая обеспеченность на Урале выражается в 4,4 койки на 1000 городского населения, а в среднем по РСФСР — 6,0 на 1000; когда на Урале, где санитарное состояние «особо тяжелое», санитарная организация состоит из 67 санврачей (37,6 проц.) вместо полагающихся по закону 178?

Эта крайняя отсталость развития здравия на Урале должна быть преодолена в первую очередь усилением нового больничного строительства, так как без новостройки усилить медпомощь невозможно. До 1929 — 30 г. капиталовложения происходили по затухающей кривой: в 1926—27 г. — 5,9 мил. руб., в 1927—28 г. — 4,8, в 1928—29 г. — 4,2 и только в 1929—30 г. ассигнования на новое бол. строительство возрастают до 7,3 мил. руб. Такие архимедовы темпы капиталовложений в здравие в сравнении с гигантскими темпами новостройки пром. предприятий должны были поставить перед Обкомом ВКП(б) вопрос о капиталовложениях в мед-сан. дело крайне остро. Обком, учтя это, предложил фракции Облисполкома в строительном плане на 1930—31 г. предусмотреть постройку необходимых мед-сан. учреждений при всех вновь строящихся и расширяющихся заводах.

Несомненным завоеванием Октября является превращение курортов из мест скопления веселившейся, развратничавшей буржуазии в места для лечения трудящихся масс, в фабрики восстановления здоровья пролетариата, батраков, бедноты и среднего крестьянства. Этот вид медицинской помощи — наиболее высокий по качеству и наиболее, к сожалению, дорогой по стоимости, кроме того, он крайне ограничен пока по количеству. Урал обладает огромными курортно-лечебными резервами, в большей своей части еще далеко научно не обследованными; что же касается тех отдельных лечебных мест, которые (оз. Горькое, Ключи) используются как курорты, то они используются лишь в части их курортной емкости. вследствие того, главным образом, что они не оборудованы, не благоустроены, не имеют жилого фонда и т. п. Учтя все это, Обком ВКП(б) предложил усилить развитие Уральских курортов, улучшить их работу и довести емкость их с 1200 коек до 2200 в 1931—32 г., проводя эти мероприятия за счет фонда медпомощи, местного бюджета и госассигнований.

Самым узким, пожалуй, местом в дальнейшем развитии здравия будет являться проблема кадров, которые могут стать, если не будут приняты решительные меры, лимитом и таким лимитом, который затормозит, приостановит рост мед. сан. сети. С медицинскими кадрами неблагополучно во всех отношениях: врачей даже в настоящее время не хватает около 30 проц., среднего медперсонала еще больше, состав всех групп медработников крайне текущий (в Надеждинске в хирург. отделении на 18 шт. единицах санитаров за 1½ мес. перебывало 45 человек; в физтер. инст. в г. Свердловске за 3 м. работы его штат обновился на 150 проц. и т. д.), качество работников оставляет желать много лучшего. В целях мало-мальски удовлетворительного разрешения вопроса о кадрах Обком ВКП(б) поручил фракции Облисполкома; а) настоять перед СНК об открытии в Свердловске Мединститута с осени 1930 г., б) расширить Пермский медфак до возможности приема 600 чел. с осени 1930 г., в) расширить сеть медтехникумов, г) принять меры к приглашению на Урал высококвалифицированных медработников и д) в трехмесячный срок разработать план повышения квалификации имеющихся кадров.

Все вышеизложенное представляет собой целую программу для работы органов здравия и мед-сан. учреждений на ближайший период времени (1-2-3 года). Возможно-ли успешно и с необходимыми темпами выполнение этой программы, если не будет достаточно значительно укреплена фин-матер. база здравоохранения? Двух ответов быть не может. Однако, это не обозначает того, что не надо экономить, рационально использовать каждую советскую копейку — рационализация

медико-сан. дела один из сильных рычагов для того, чтобы относительно увеличить материальные возможности для развития зд-ния. Но рационализация — это лишь скромное начало в деле укрепления матер. базы зд-ния, главное, основное в этом укреплении заключается в увеличении средств на развитие и содержание сети и мероприятий зд-ния.

В целях действительного, реального обеспечения органов зд-ния и леч-проф. учреждений необходимыми финансовыми и материальными средствами Обком ВКП(б) указал, что: а) необходимо войти с представлением в СНК об отпуске специальной дотации по госбюджету на дело зд-ния, б) добиться от центра увеличения ассигнований из фонда медпомощи на одного застрахованного и в) предусмотреть в 1930 — 31 г. значительное увеличение отпуска средств по местному бюджету.

Одновременно с вышеизложенными директивами Обком ВКП(б) одобрил мероприятия фракции Облисполкома, намеченные последней в целях скорейшего улучшения медицинской помощи рабочим и крестьянам Урала.

Совершенно ясно, что все эти мероприятия могут быть проведены с наибольшим успехом при наличии следующих обязательных условий: а) пересмотра состава организаторов зд-ния, орабочения аппаратов, выдвижения рабочего, колхозного и батрачко-бедняцкого актива на организационную работу в массовые леч.-сан. учреждения, б) привлечения пролетарской общественности к участию в деле зд-ния и в) усиления работы профсоюзных организаций и особенно медсантруд.

Необходимо со всей беспощадностью в порядке самокритики заявить, что подбор организаторов здравоохранения вряд ли можно считать достаточно удовлетворительным. Я не берусь сейчас устанавливать причины этого явления, на первый взгляд не совсем понятного на Урале, так как Урал, как крупнейший индустриальный район, казалось, мог бы и должен был выделить достаточно удовлетворительные кадры организаторов зд-ния из рабочих. Но для меня совершенно ясно, что часть тех кадров организаторов зд-ния, которыми в данное время располагает Урал, страдает рядом крупнейших недостатков: пассивность в работе, соглашательство в постановке и разрешении важнейших здравоохранческих вопросов в партийных, советских и профессиональных организациях, продиктованное во всяком случае не интересами дела, а соображениями всякого иного порядка; непонимание дела и нежелание учиться понимать, отсутствие упорства и настойчивости в проведении взятой установки для улучшения медпомощи.

Проведение директивы Обкома ВКП(б) поможет органам зд-ния укрепить свои кадры, усилить их, а тем самым и укрепить работу аппаратов. На знамени советской медицины написан лозунг: «Здравоохранение есть дело самих трудящихся». К сожалению, этот прекрасный лозунг в практике работы и органов Здравоохранения и массовых леч.-сан. учреждений почти не осуществлялся или осуществлялся очень слабо. А совершенно ясно, что широкие оздоровительные мероприятия только тогда будут проводиться, когда в это дело будут вовлечены массы, когда массы станут активными проводниками и исполнителями таких социально-гигиенических мер, как чистка зубов, поддержание в чистоте тела, борьба с наркотиками (алкоголь, курение и т. п.), гигиена быта и т. п. Отсюда вывод: рабоче-крестьянск. общественность должна стать необходимым условием каждого практического здравоохранческого шага и наибольшей успешности его.

Постановление Обкома ВКП(б) в работе органов здравоохранения сыграет огромную роль, оно явится поворотным пунктом в деле резкого улучшения медицинского обслуживания рабочих и крестьян Урала, оно, несомненно, будет

началом действительной коренной перестройки работы органов здравоохранения и массовых леч-проф. учреждений.

Это постановление должно быть доведено до массы, широко освещено и популяризировано среди рабочих, батраков, бедноты и середняков. На основе этого постановления и в развитие его все окружные и районные комитеты партии должны разработать конкретные мероприятия по улучшению зд-ния в округах. Медицинские работники должны внимательно изучить решение Обкома ВКП(б) и на основе его стремиться перестроить свою работу, увязать ее с интересами производства, систематически изучать условия труда и быта масс. Постановления ЦК ВКП(б) «об улучшении медицинского обслуживания рабочих и крестьян», Обкома ВКП(б) «о состоянии зд-ния на Урале» и Облсполкома о мероприятиях по улучшению медобслуживания промышленного пролетариата и крестьянства на Урале должны стать в практической работе медработников такими документами, опираясь на которые организаторы зд-ния и медицинские массы быстро перестроят практическую работу, укрепят материальную базу, улучшат медобслуживание трудящихся массе, ускорят темпы работы.

А. КОНОВАЛОВ

Принято на заседан. Бюро Уралобкома ВКП(б)
от 16 мая 1930 г.

Постановление Бюро Уралобкома ВКП(б) по докладу Облздравотдела о состоянии дела здравоохранения на Урале

1.

Заслушав доклад Облздравотдела о здравоохранении на Урале, Бюро Обкома ВКП(б) констатирует весьма тяжелое санитарное состояние (чрезвычайно слаба сеть санитарных, профилактических и лечебных учреждений; незначительна сеть оздоровительных площадок, ясель и консултанций; загрязненность населенных мест; пользование недоброкачественной водой и т. д.) Уральской области в целом, и в особенности крупных рабочих районов.

Это объясняется: а) резким отставанием роста здравоохранения от темпов развития народного хозяйства Урала; б) слабостью органов здравоохранения и организаций союза медсантруд и в) недостаточным вниманием со стороны местных партийных, советских, хозяйственных и профессиональных организаций к нуждам здравоохранения.

Наряду с этим Бюро Обкома отмечает, что решения ЦК: «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» проводятся на Урале крайне медленно и что даже после решения ЦК — со стороны Наркомздрава не было изменено отношение к Уралу, как области, становящейся одним из важнейших индустриальных районов Союза.

II

В целях обеспечения коренного перелома в деле здравоохранения и быстрого улучшения медико-санитарного обслуживания рабочих и основных масс крестьянства Урала, Бюро Обкома постановляет:

1. Обязать Облздравотдел в течение ближайших 3-х месяцев решительно перестроить всю работу массовых медико-санитарных учреждений под углом четкого отражения в ней классовой пролетарской линии, перевода всей работы лечебно-

профилактических учреждений на диспансерные методы, приспособления (в связи с переходом на семи-часовой рабочий день, непрерывную неделю, 3-х сменную работу) всего дела здравоохранения рабочих районов к производственным условиям предприятия (вечерние приемы, приспособление времени работы яслей, расширение пунктов первой помощи на предприятиях, устранение очередей в лечебных учреждениях и т. д.), вовлекая в повседневную работу массовых учреждений здравоохранения рабочих, батраков, членов колхозов, бедноту и середняков. Особое внимание должно быть уделено медико-санитарному обслуживанию рабочих районов, районов нового строительства (Уралмашинострой, Тракторострой, Магнитострой, Химстрой) и пунктов, населенных национальными меньшинствами.

2. Признавая абсолютно недостаточным медицинское обслуживание основных масс крестьянства, предложить Облздравотделу и местным партийным, советским, профессиональным и кооперативным организациям взять решительный курс на расширение с 1930 — 31 г. санитарных мероприятий, лечебной и профилактической помощи в деревне.

3. Учитывая, что выполнение 5-ти летнего плана здравоохранения зависит от объема капитальных вложений в 1930 — 31 году, предложить фракции Облика в строительном плане на 1930 — 31 г. предусмотреть постройку необходимых медико-санитарных учреждений при всех вновь строящихся и расширяющихся заводах, с учетом полного медобслуживания также и строительных рабочих, привлекая для этой цели и средства строящихся организаций. Сроки построек леч-проф-учреждений установить в соответствии со сроками строительства предприятий и темпами реконструкции сельского хоз-ва.

Впредь до постройки специальных зданий, обязать управления крупными заводскими строительствами (Уралмашинострой, Тракторострой, Магнитострой, Химстрой) предоставлять необходимые помещения как для временного развертывания медико-санитарных учреждений (ясли, больницы), так и для квартир медперсонала. УОСНХ и правлениям трестов своевременно отпускать средства на строительство лечсанучреждений при вновь строящихся заводах.

4. Отмечая, что медицинское обслуживание рабочих на железно-дорожном и водном транспорте качественно и особенно количественно также поставлено неудовлетворительно, признать необходимым:

а) Обязать Правление дороги и фракцию дорпрофсожа в месячный срок разработать конкретные мероприятия по улучшению медико-санитарного дела на Пермской жел. дороге.

б) Считать необходимым обеспечить своевременную постройку лечебно-санитарных учреждений на вновь строящихся дорогах: Урал — Курган, Яр — Фосфоритная, Троицко—Орекая, Магнитная — Карталы.

в) Признать целесообразным объединить работу территориальных и транспортного здравотделов, поручив фракции Облика поставить этот вопрос перед центром.

5. Отмечая, что курорты Урала представляют огромную лечебно-оздоровительную ценность, что отдельные из них (озеро «Горькое», Ключи и др.) не уступают по лечебной эффективности соответствующим Гос. курортам, Облздраву взять решительный курс на развитие Уральских курортов, улучшение их работы и доведение емкости их, за счет ФМП, местного бюджета и госассигнований, к 1931 — 32 г. вместо существующих 1200 коек — до 2200, поставив перед центром вопрос о субсидировании с текущего года курортного строительства на Урале, в первую очередь Ключи и озеро «Горькое».

6. Иходя из острой потребности Урала в медицинских работниках всех квалификаций, особенно возрастающей при дальнейшем развитии медико-санитарного дела, поручить фракции Облсполкома:

а) настоять перед СНК от открытия в г. Свердловске с осени 30 г. мединститута с факультетами: а) лечебно-профилактическим, б) санитарно-профилактическим и в) охраны материнства и младенчества и охраны здоровья детей — с приемом в этом году 300 человек, а также — об увеличении контингентов приема на Пермский медфак с осени 1930 года до 550 чел.;

б) предусмотреть в 1930 — 31 году расширение сети медтехникумов на Урале;

в) принять меры к приглашению на Урал высоко-квалифицированных медицинских работников для укрепления ими медико-санитарных учреждений основных рабочих районов;

д) в трех месячный срок разработать план повышения квалификации имеющихся кадров — среднего и младшего медперсонала, под углом проведения этой работы в течение ближайших 3-х лет.

7. Фракция Обкома Союза Медсантруд и органам здравоохранения повести решительную борьбу за лучшее обслуживание больных, за поднятие трудовой дисциплины среди медработников, усилив привлечение их к участию в социалистическом соревновании, организации ударных бригад, экономработе и т. д.

Одновременно указать фракциям Облисполкома, Уралпрофсовета и Обкомов союзов на необходимость решительной борьбы с грубым, нетоварищеским отношением к врачам со стороны больных, имеющим еще место на Урале.

8. В целях усиления органов Здравоохранения предложить окружным партийным комитетам в трехмесячный срок пересмотреть и укрепить состав работников окружных отделов здравоохранения, выдвигая более решительно на организационную работу в органы здравоохранения и массовые лечебно-санитарные учреждения рабочих, колхозный и батрацко-бедняцкий актив. Наряду с этим предложить ОК принять меры к укреплению союзных организаций медсантруд.

9. Одобрить мероприятия в области лечебного и профилактического дела, охраны материнства и младенчества и оздоровления детей и подростков, намеченные фракцией Облик'а в соответствии с потребностями развивающегося хозяйства Урала.

10. Предложить фракции Облисполкома:

а) войти с представлением СНК об отпуске специальной дотации по госбюджету на дело здравоохранения;

б) добиться от центра увеличения норм ассигнований из фонда медпомощи на одного застрахованного;

в) предусмотреть в 30 — 31 г. значительное увеличение ассигнований по местному бюджету.

11. В целях привлечения пролетарской общественности к участию в деле здравоохранения считать необходимым оживить работу секций советов, комиссий по охране труда при ФЗМК, культурно-бытовых комиссий при колхозах, комиссий по оздоровлению труда и быта при массовых лечебных учреждениях, укрепить ячейки РОКК и превратить их в действительно массовую организацию, поставив перед ними задачу осуществления общественного контроля и конкретной помощи органам и учреждениям здравоохранения. Предложить органам здравоохранения, кооперации и фракциям профессиональных союзов шире развернуть работу по санитарному просвещению масс (дома и выставки по санпросвету, организация массовых лекций, бесед, издание плакатов, листовок и т. д.), систематически освещая вопросы здравоохранения в печати.

12. Обязать ОК на основе этого решения разработать конкретные мероприятия по улучшению здравоохранения в округах.

13. Заслущать через 6 месяцев доклады фракции Облисполкома и Облпрофсовета, а также Тагильского и Ирбитского ОК о выполнении настоящего постановления.

Социалистическое строительство и здравоохранение

К. А. КОНОВАЛОВ.

Седьмой Всероссийский съезд Здравоохранения не оставил в качестве исторических документов бесконечное количество резолюций абсолютно почти по всем вопросам здравоохранения, как это делали все предыдущие съезды здравоохранения; седьмой съезд здравоохранения во время своих работ не развернул широкой секционно-лабораторной работы по ряду злободневных вопросов здравоохранительской практики, не подытожил накопленного в предсъездовский почти 3-х летний период практического опыта в работе здравоохранения и медицинских учреждений и не синтезировал в своих резолютивных решениях этого опыта. И, однако, VII съезд здравоохранения был съездом особым, исключительным по своему значению; съездом концентрированной политики здравоохранения; съездом, наметившим и заложившим новые темпы, новые методы работы здравоохранения и массовых медицинских учреждений; съездом, синтезировавшим социалистическое накопление пройденных этапов советской медицины и декларировавшим его (накопление) как бесспорный и неотъемлемый основной капитал здравоохранения. Чем это объясняется? Почему именно VII съезд здравоохранения должен был сыграть огромную историческую роль в развитии советской медицины? Во-первых своеобразием хозяйственного и политического этапа, переживаемого советской страной, во-вторых, наличием исторического постановления ЦК ВКП(б), вынесенного по докладам НКЗдравов РСФСР и УССР и, в-третьих, необходимостью дальнейшего развития советской медицины. Гигантское наступление социализма на остатки капитализма в форме ускоряющейся индустриализации страны, бурной коллективизации сельского хозяйства и ликвидации кулака как класса в районах сплошной коллективизации, огромного совхозного строительства, ударных хозяйственных кампаний, — и все это развертывается под лозунгом: «догнать и перегнать передовые капиталистические страны».

Одновременно с этим идет процесс обострения классовой борьбы как внутри СССР, где кулак, бешено сопротивляясь проведению хозяйственной политики партии и советской власти, зверски борется с наступающим социализмом огнем, мечом и «обрезом» и разлагающей поповско-собственнической агитацией и пропагандой, так и за пределами страны советов, где лихорадочно «работают» отдельные влиятельные капиталистические группы и правительства над сколачиванием антисоветских союзов, соглашений, блоков, где пропагандируется «крестовый

поход» капиталистического мира против строящегося социализма агитатором папой Кровоием XI.

Могли ли организаторы зд-ия не пересмотреть, не проревизовать ряда своих позиций в условиях такой сложной и ответственной обстановки хозяйственного и политического этапа в развитии социализма? Должны были проревизовать, и VII Всероссийский съезд здравоотдела сделал это. Чем было вызвано постановление ЦК ВКП (б)? Несомненно, тем же своеобразием переживаемого страной хозяйственного и политического этапа. Реконструктивный период хозяйства это перестройка методов работы, это создание крупнейших гигантов предприятий, это социалистическая перестройка сельского хозяйства, это ускорение темпов развития хозяйства под лозунгом «догнать и перегнать» и т. д.

НКЗдравы и их органы на местах в начале реконструктивного периода не перестроили своих рядов, методов работы, не пересмотрели некоторых позиций своих, не ускорили темпов работы, в итоге начали плестись в хвосте хозяйственной колесницы, далеко отставая от нее и создавая таким образом значительный тормаз в разворачивании социалистической стройки. ЦК ВКП(б) в своем постановлении несоответствие развития зд-ия гигантски развертывающемуся хозяйству совершенно определенно отметил и указал пути и методы изжития этого явления.

И, наконец, советская медицина за годы реконструктивного периода перестала развиваться, как бы замерла в старых формах, с прежними лозунгами, одним словом, стала «топтаться на одном месте».

Все это, разумеется, должно было повелительно продиктовать новому руководству НКЗдравом РСФСР созвать VII съезд здравоотделов для поиска новых путей, новых методов в работе, новых установок. Соответственно этому была намечена НКЗдравом и принята съездом программа работ съезда.

На повестке дня работ съезда в сущности стояли два вопроса:

а) задачи органов зд-ия и социалистическое строительство и б) кадры здравоохранения. В широко развернувшихся по докладам прениях, принимавших иногда крайне страстный оттенок, основные установки, декларируемые докладчиками, были одобрены съездом.

В своих решениях съезд констатировал, что развитие зд-ия значительно отстает от развития народного хозяйства, что органы здравоохранения едва только приступили к коренной перестройке своей работы на основе директивы ЦК ВКП(б), что рабочая общественность не втянута в работу здравоотделов и лечпроф. учреждений и пр. Съезд предложил здравоотделам немедленно изменить методы своей работы путем децентрализации сверху донизу административно-хозяйственных функций, замены бумажного руководства живым, систематической проверки исполнения, установления личной ответственности исполнителей, широкого применения социалистического соревнования и самокритики. Одновременно с этим освежить состав аппаратных работников и привлечь как можно больше новых работников из рабочих, крестьянского актива и комсомола.

В индустриальных районах съезд предложил немедленно провести реорганизацию лечебно-профилактических и санитарных учреждений на основе единого диспансера (лечебно-санитарного объединения) как организационной формы, и диспансеризации трудящихся, как метода медицинской работы.

Съезд особо подчеркнул целесообразность выделения и посылки в совхозы и колхозы медицинских отрядов, указав порядок организации этих отрядов.

Отмечая необходимость усиления материальной базы зд-ия, съезд предложил НКЗдраву войти с ходатайством в СНК о том, чтобы были предусмотрены в 1930—31 г.г. а) местными бюджетами необходимые средства на развитие зд-ия в соответствии с задачами реконструктивного периода и б) Главсоцстрахом бо-

лее значительный рост ФМП, нежели в 1929—30 г. И, наконец, съезд поручил НКЗдраву в месячный срок разработать и внести на утверждение СНК проект организации всей системы здравоохранения, положив в основу усиление низового районного звена.

По вопросу о медицинских кадрах съездом разработана обширная программа, проведение которой, несомненно, в значительной мере улучшит положение медико-сан. дела. Съезд наметил огромный рост количества медперсонала, улучшение квалификации его, социального состава и материально-бытовых условий путем развертывания ряда новых медвузов и техникумов и расширения по крайней мере в 2—3 раза старых, организации курсов, организации медицинских рабфаков, набора студентов из рабочих, партийцев и комсомольцев и создания подготовительных курсов для них, повышение зарплаты медработникам и пр.

Эти решения VII съезда Здравоохранения с участием представителей от рабочих, колхозов, совхозов и профорганизаций должны стать знаменем, крепко держа которое отряды медицинских работников вместе с трудящимися массами должны пересмотреть методы своей работы, коренным образом перестроить ее на основе проведения четкой классовой пролетарской линии и органической увязки медработы с производством и интересами его.

Эти решения VII съезда здравоохранения должны быть в кратчайший срок тщательно проработаны всеми медицинскими работниками и широко освещены на рабочих собраниях, на группах бедноты, на общих собраниях колхозников и крестьян.

Здравоохранение на подготовке „к посевной“

(По материалам командировки в Тюменский, Ишимский и Шадринск. окр.)

Г. М. Сербин

На директивы Облздравотдела о подготовке к посевной и просьбы его сообщить свои планы отзывается один Ишимский округ. Надо ехать в округа, надо побывать в районах, чтобы на месте двинуть подготовку к медобслуживанию весенней сельско-хозяйственной кампании, помочь местам ее организовать.

Холодная мартовская ночь. Еду на вокзал, чтобы с путевкой «на посевную», через сотни голов, столпившихся у кассы, получить билет и утром быть в Тюмени. Трудно Зав. Окргздравотделом посвятить меня в планы медобслуживания посевной, как это было-бы трудно и каждому человеку, который три четверти года бывает занят на кампаниях, который только вчера возвратился после длительной поездки не по линии здравоохранения. В Здравоохранении план имеется, план, однако, не отражает конкретных мероприятий. Медобслуживание трактуется в порядке прикрепления района или крупной коммуны, в нем имеющейся, к раймедучастку; сказано о 200 индивидуальных пакетах, но неизвестно, сколько имеется тракторов, имеются-ли машино-тракторные станции. План не производственный. Созываем вечером совещание, на которое не сочли нужным явиться приглашенные с утра и давшие согласие представители с. Медсантруд и Колхозсоюза. Наша установка проста. Обслужить не «население», а производство, а для этого каждый раймедучасток, врачебный, фельдшерский пункт должен знать все производственные единицы обслуживаемого им района, он должен знать не только количество колхозов и их названия, но должен знать, сколько и где их производственные участки, сколько в каждом колхозе, производственном будет работать бригад для того, чтобы в наиболее ответственные по производственному своему значению участки на время сельхозкампании, если потребуется, перебросить часть медперсо-

нала, из больницы, раймедучастка, или даже самому на это время целиком переместиться, если это фельдшерский пункт. Здравоохранение на селе слишком бедно, его силы чрезвычайно недостаточны, чтобы думать об удовлетворительном медобслуживании сельхозкампании только своими силами. Общественная самодетельность должна помочь. Каждая бригада должна выделить одного колхозника для подготовки его в ускоренном порядке к умению оказать первую помощь в несчастных случаях, к умению разобраться и воспользоваться содержимым аптечки первой помощи. Каждый колхоз, совхоз, приобретает столько аптечек первой помощи, сколько у него производственных участков-экономий. У каждого окончившего кружок первой помощи, т. е. в каждой бригаде имеется обыкновенная сумка, сшитая из крестьянского холста или иного подходящего материала, которая снабжается и в дальнейшем пополняется из аптечки первой помощи производственного участка; сумка содержит бинт, вату, под. Каждый тракторист снабжается индивидуальным пакетом. Мы приближаем медпомощь к месту работ в поле. Эту медпомощь оказывает себе сам колхозник, но мы его для этого подготавливаем мы его организуем. По сути это несколько модифицированная военно-полевая медико-санитарная организация, приспособленная к условиям и особенностям сельхозпроизводства, в соответствии с нашими скромными возможностями. При этой схеме каждая производственная часть — бригада имеет свою медико-санитарную ячейку. На следующей день на рассвете выезжаю в Липчинский район, Тюменского округа.

Село Липки, районный административный центр, в 65 километрах от Тюмени по тракту. Самый путь начал уж портиться «чернеть», однако, привычные лошади ямщины засветло доставляют нас в Липки, центр района сплошной коммуны. Весь район коллективизирован в две приблизительно равные коммуны. О письме Сталина лишь начинают проникать сюда слухи. Циркуляры Окрземуправления еще полны боевых лозунгов, требующих полной коллективизации, полного обобществления всего скота, полной ссыпки и обобществления всего семенного и продуктового хлеба (точный процент коллективизации неизвестен, но исчисляется примерно в 87 проц. всех хозяйств). Яркая цветная бумага окрземуправленческих циркуляров и распоряжений волнует и пугает местного агронома щедро расточаемыми выговорами работникам округа, «в конец» задержанными третьей формой организации труда в районе сплошной коллективизации, которой на сегодня нет. С предриком мне удается переговорить с тем, чтобы больше его не видеть, — он уехал в сельсоветы. К несчастью, я у предрика забыл спросить фамилию товарища, ведающего в Рик'е здравоохранением, что так и не удалось мне затем узнать, как не узнал этого и во всех восьми районах 3-х округов, мною посещенных. Ответ везде один: здравоохранением заведует завраймедучастком, и затем всякая аргументация, — он у нас самостоятельный распорядитель кредитов, и вся почта по здравоохранению пересылается непосредственно ему. Отсюда абсолютно недостаточное внимание Рик'ов к делу здравоохранения, отсюда же, как правило, во всех Рик'ах экономия по зарплате и питанию, нескрываемое стремление за счет этой экономии хотя-бы частично покрыть свои кассовые разрывы и не мало других, отнюдь не содействующих благоприятной работе и развитию здравоохранения в районе обстоителейств. В Липчинском районе Тюменского округа больница на 16 коек, средняя годовая занятость которых составляет 10 при радиусе в 35—40 километров и 62 километрах от центра района до ближайшей городской больницы по тракту, при приемах амбулаторных до 180—200 человек в день. В районной-же больнице, как и в Богдановической больнице, Шадринского округа единственный врач живет в 1½ километрах от больницы, находящейся в том и другом случае в лесу, в больнице-же остается лишь одна акушерка. В Липчинской больнице в штате ни одной медицинской сестры. Продукты питания (сахар, крупы и др.) добываются больницей в Тюмени (62 кил. гу-

жем) вследствие отказа от снабжения больницы местной кооперацией, кстати, тоже в Тюмени получающей все свои товары, все это проходит мимо Рик'а, который, конечно, мог-бы многие недостатки устранить. В Новозаимском районе, Тюменского округа во время четырехмесячного отсутствия врача Рик продал больницу коммуне за 800 руб., последняя перевезла здание в поселок за 8 километров, потратила около одной тысячи на ремонт и получила прекрасное, одно из лучших в районе, зданий, для общежития, а больница помещается сейчас в б. частном доме, расположенном в одном дворе с ветеринарным пунктом. У крыльца больницы стоит телега, на которой возят сибиреязвенных лошадей. Больные лежат вплотную, между некоторыми кроватями нет прохода, коридор заполнен койками. Старый состав Рик'а сменился, новый Рик завел «дело» на врача, усердно занимается разбором больничных склок, но совершенно не знает, что его предшественник не так давно, еще нет и года, продал коммуне советскую больницу; мой вопрос по этому поводу вызвал полное недоумение и встречный возглас: «что Вы говорите, да когда-же это могло случиться?!»

Широкая волна коллективизации, нередко проводившейся административным путем, вызвала огромный наплыв больных и здоровых в сельские амбулатории, приемы которых резко возросли на 300 — 400 проц. Предъявлялись требования к врачу (иногда единственному на район) поголовно осмотреть членов коммуны, а коммуной был весь район. Вся эта волна буквально захлестнула наш медперсонал, в чем отчасти виноват и сам медперсонал: недостаточная жесткость в отношении симулянтов, отсутствие плановости в работе медучастка — совершенно отодвинули у него вопросы подготовки к обслуживанию весенней сель-хоз-кампании. Должного руководства в этом деле не проявили и Окрздравы, заведующие которыми, постоянно занятые на кампаниях, редко в них (здравотделах) бывают. Отдельные попытки некоторых здравотделов и союзных организаций послать в деревню бригады и в индивидуальном порядке врачей (15 бригад и 25 врачей индивидуально работали в области в порядке помощи в подготовке к севу) нельзя назвать удачными вследствие разрозненности этих действий; союзы и здравотделы действовали сепаратно, из Москвы и Ленинграда приезжали бригады непосредственно в район, Окрздрав о них не знал. Не было достаточного инструктажа. Врач, посланный с рабочей бригадой Обкомом Медсантруд в Далматовский район Шадринского округа, проявила свою помощь в подготовке к посевной поездкой по селам сельсоветов, в которых осматривала 22 школы. Санитарный врач Тюменского Окрздрави организовал кузницу и был счастлив, когда наконец после недели врачебного безделья старшего бригадира осенила мысль поручить ему это дело. Все директивы центра и Облздравотдела определенно указывали, что помощь колхозам не должна отражаться на обслуживании застрахованных, однако, Тюменский Окротдел Союза Медсантруд, несмотря на протесты Здравотдела, послал с бригадой единственного на весь округ зубного техника. Зубпротезы получают исключительно застрахованные. На целый месяц прекратилась выработка протезов застрахованным и была сорвана производственная программа зубамбулатории.

В настоящее время вопрос этот урегулирован. Весь медперсонал, какими-бы организациями он ни направлялся, проходит через Здравотделы, которые планируют и распределяют медпомощь сель-хоз-социалистическому сектору. В настоящее время на посевной работают организованные Облздравотделом 42 врачебных бригады и 126 сестер запаса РОКК'а, кроме направленных еще в индивидуальном порядке врачей из окружных городов. Бригады снабжены солидными аптечками с хирургическим набором. Направлены бригады в районы, менее обеспеченные медперсоналом и являющиеся по своей производственной ценности наиболее значимыми (товарными). Бригады снабжены картами для регистрации и учета профессионального сельско-хозяйственного травматизма.

Надо тщательно изучать, учитывать и фиксировать все особенности медсанобслуживания сельско-хозяйственного сектора в новых условиях его производственной и бытовой жизни для скорейшего переключения и дальнейшей организации нашей сельской сети, приспособления к производственным интересам сельско-хозяйственного социалистического сектора.

О подготовке врачей профилактиков и кадров технических работников для колхозов *)

ПОДСОСОВ В. А.

Социалистическое переустройство деревни и внедрение в нее нового быта предъявляют большие требования ко всем культурным силам, которые ведут работу в сельской местности. Большая роль в деле этого переустройства падает также и на работников здравоохранения и особенно на врачей профилактиков. Но условия, в которых развертывается эта работа, настолько новы и своеобразны, что нужно обладать очень солидной и правильно проведенной подготовкой, чтобы ориентироваться в этих условиях и найти ту линию работы, которая всего больше давала бы реальных достижений. Конечно, личные способности работника имеют в этом отношении весьма и весьма большое значение, но в основе все же лежит та школа (ВУЗ и стажерство), которую проходят врачи и которая подготавливает их к деятельности.

При изучении работы врачей профилактиков в районе сплошной коллективизации приходишь к определенному выводу: мы даем деревне не такого работника, какой нужен ей для данного момента. Подготовка врачей профилактиков ведется применительно к условиям города. Попадая в деревню, эти врачи стараются перенести туда городские формы работы, но из этого ничего не выходит. Приведу несколько иллюстраций.

Санитарный врач, окончивши медфак, свой годичный стаж провел главным образом в лабораториях и там он научился производить исследования и анализы. У себя в районе он прежде всего добивается открыть санитарное бюро с лабораторией и, видимо, мечтает засесть вплотную за анализы. Он уже наметил произвести анализ воды всех колодцев общественного пользования (в его районе имеется 228 селений), исследовать молоко и пищевые продукты. Но является вопрос, пришло ли время засесть в лаборатории за исследованиями воды, когда все колодцы почти до верху срубов завалены навозом; пришло ли время исследовать молоко и пищевые продукты, когда молочный скот утопает по колено в навозной жиже, а столовые общественного питания представляют собой грязные харчевни.

Врачи охраны здоровья детей по окончании медфака годичный стаж проводят по месяцу в детской клинике, в дефективном отделении и в тубдиспансере, дальше в психоневрологической школе, в глазном и ушном кабинетах, в профамбулатории, в кабинетах врачебного контроля.

Словом, стаж их чисто клинический, никаких организационных вопросов не прорабатывалось, практики общественного санпросветительного характера тоже не было. Этот врач, отправляясь работать в деревню, прежде всего захватывает с собой несколько тысяч санитарных карт для всестороннего исследования учащегося и санитарные журналы для исследования школьных зданий. Все это он видел в профамбулатории и там-же научился делать всестороннее исследование учащегося. За 1/2 года сельской работы этот врач заполнил около 2 1/2 тысяч санитарных карт, и они аккуратно хранятся на полке в его квартире.

А в это время обследования, проведенные дошкольным штабом (кстати, без участия врача ОЗД) выясняют, что в 80 проц. крестьянских семей детей бьют, в 95 проц. детей укладывают спать вместе со взрослыми, в 30 проц. дети ложатся спать даже не раздеваясь, в 90 проц. едят из одной чашки, в 92 проц. дети ложатся спать и едят в неопределенное время вместе со взрослыми, в 50 проц. зимой детей совсем не выпускают на воздух.

Опять встает вопрос, не является ли причиной заполнения санитарных карт с отметкой разносторонних тонких наблюдений в то время, когда еще и не начата работа по оздоровлению быта крестьянской семьи. В городе за этими осмотрами следует направление к врачам специалистам, в тубдиспансеры, санатории, дет-столовые, санаторные колонии и площадки и пр., а что реального дают эти исследования в деревне?

И так, какую-бы деятельность врача профилактика в деревне мы ни взяли, мы всюду увидим порабощение его психики теми формами и методами работы, которые видел и изучал он в городе. В результате врач оказывается изолированным от того великого переворота, который происходит сейчас в деревне. Социалистическое переустройство деревни идет мимо врачей-профилактиков и без них деревенская общественность почти не знает врачей-профилактиков которые, где-то делают что-то ненужное и непонятное, и общественность эта пытается сама, своими силами разрешить жизненные вопросы и часто по недостатку знаний разрешает их не так как надо. А жизнь требует немедленного разрешения этих вопросов: идет строительство,—нужно указать санитарно-гигиенические нормы; нарождается общественное питание,—надо внести в него гигиену питания и использовать столовые как школу культуры; массами открываются ясли, детские сады и детплощадки, надо сразу же придать им надлежащую установку и сделать эти учреждения могучим средством оздоровления домашнего быта и внести культуру в колхозные массы. Занавоженная деревня требует сильной руки, которая сломала бы вековые навозные традиции, домашний быт требует для оздоровления большой плановой работы.

Врачам-профилактикам необходимо завоевать прочное положение в Рик'ах, в советах коммун, в правлениях колхозов, необходимо связаться с общественными организациями, с потребкоммунами, с комсомолом, с женорганизациями и пр. Всюду врач-профилактик должен быть постоянным и непререкаемым сотрудником. Кроме санпропаганды в массах перед врачом лежат задачи санпросветительной работы среди руководящих органов и организаций всего деревенского актива и эта работа должна быть выполнена в процессе повседневной совместной деловой работы. (Доклады, составление обязательных постановлений и инструкций санитарного порядка, руководство бригадами, комиссиями по оздоровлению труда и быта, участие в подготовке кадров ясельных, дошкольных работников, пицшевиков и пр.). Но врачи, прошедшие учение только в клиниках и лабораториях, в этой сложной общественной обстановке оказываются совершенно беспомощными.

Какой же деятель, какой врач-профилактик нужен деревне? Какими знаниями и навыками должен он обладать кроме того научного багажа, который он выносит из медфака. Подойти к этому вопросу проще всего можно рассмотрев очередные задачи, которые встают перед врачами-профилактиками с первых шагов их работы в колхозной деревне. Врач должен уметь хорошо ориентироваться в административных и общественных организациях, должен знать, какие организации и в какой форме могут и должны участвовать в той работе, которую он ведет. Навыки общности, умение вести работу с общественными организациями также должны быть даны врачам еще на медфаке и углублены во время стажирования. Врач-профилактик должен уметь сделать доклад, составить инструкцию, написать листовку или статью в стенгазете. На эту сторону лите-

ратурной подготовки также должно быть обращено большое внимание. Практические задания по таким работам должны быть введены в планы работ медфаков и стажерства. Врач должен обладать методикой санпросветительной работы среди мало культурной массы, проведения лекций и беседы, составления выставок и диаграмм. Необходимо для него умение подбирать пособия, а, если придется, то и самому их изготовлять, умение управлять волшебным фонарями и т. п. Все это такие навыки, без которых врач-профилактик обойтись не может и отсутствие которых совершенно его парализует.

Особый вид санитарно-просветительной работы, который в настоящее время имеет исключительное значение, это работа по подготовке кадров. Врач должен уметь организовать курсы и кружки, составить программу, оборудовать курсы пособиями, должен владеть методикой работы с мало подготовленными, зачастую полуграмотными курсантами и пр. Он должен быть не меньше педагогом, чем школьные и внешкольные работники. Все эти навыки и умение он может получить только путем практики под руководством опытных руководителей.

Для того, чтобы организовать самодеятельность населения и научить колхозниц или учащихся оказывать трудовую помощь, здравотдельским учреждениям, врачи охраны материнства и младенчества должны уметь сами скроить и сшить детское белье, изготовить самодельные пособия и игрушки, дать подробные указания столюру о постройке мебели, научить показом варке манной каши, приготовлению овощных пюре и прочей детской пищи.

Приступая к работе по организации новых учреждений или рационализации учреждений уже существующих, врач должен уметь видеть все недочеты и находить возможность их устранения. При этом в условиях деревенской деятельности бывает недостаточно указать, какие переделки или улучшения следует внести, врач должен, как хороший хозяин, дать подробные указания, как именно заделать ту или другую работу: как погрунтовать и покрасить полы, как сделать потолок, как привести в порядок стены, расширить окна какую печь и где поставить, как устроить фрамуги и проч. и проч.

Помещение, которое чаще всего придется врачу приспособлять под то или другое учреждение, под ясли, под детсад, под школу и т. п.—это типовой для данной местности крестьянский дом с общими для всех этих домов недостатками. Проработать вопрос о приспособлении таких помещений, проработать его во всех технических деталях под руководством инженера или техника будет не так уж трудно, а это избавит врача от многих ошибок и трудностей в работе. Само собой, для основных профилактических учреждений должны иметься типовые проекты, которые также должны прорабатываться под руководством специалистов строителей.

Крестьяне с особым недоверием и даже с насмешкой относятся к тем белоручкам из городской интеллигенции, которые, давая словесные указания, не могут на деле показать или разъяснить, как это указание можно выполнить. Как хороший инженер умеет, когда нужно, одеть рабочую блузу, встать за станок и выполнить всякую работу включительно до изготовления гайки, которая нужна для какойнибудь сложной машины, так и врач-профилактик должен уметь показать на деле, как разрешить ту или другую потребность профилактического учреждения. По опыту скажу, что всякая организация самодеятельности взрослого населения или учащихся легко удастся лишь тем, кто не ограничивается словесными призывами и указаниями, а умеет сам взяться за рабочий инструмент и вместе со всеми на субботнике или работая в группе содействия, выполнить поставленное задание.

На путь приближения науки к практической деятельности вступили уже почти все специалисты: студенты-технологи и агрономы, слушатели педтехникумов и др. идут на производство и прежде всего научаются там выполнять работу

квалифицированных рабочих. Инженер спускается в шахту и мокрый, покрытый угольной пылью показывает, как надо пробурить скважину или поставить крепи; педагоги на ряду с своей научной подготовкой учатся ручному труду — клеить, вырезать, пилить, и стругать; взрослые люди не пренебрегают играть в мячик, петь детские песенки, бегать и прыгать: они хотят уметь делать все что потребуется им в их производственной деятельности, в работе с детьми. Врачам-профилактикам необходимо вступить на такой-же путь подготовки, иначе они будут чувствовать себя беспомощными на каждом шагу. Приведу иллюстрацию, взятую из жизни.

Я захожу с врачом охраны материнства и младенчества в колхозные ясли. Неприветливая изба с серыми бревенчатыми стенами, на стене ни одного красочного пятна, ни одной картины, грубо сделанная тяжелая мебель, на полу в пустой комнате сидят 9 детей от 1 до 3 лет. Все они почти неподвижны (полное бесчувствие к окружающему); в комнате ни одной игрушки, кроме нескольких некрашеных деревянных брусочков. Мертвящая обстановка, полное отсутствие внешних раздражителей сделали этих детей апатичными, не реагирующими ни на что. Врач ОММ хорошо видит, что воспитательная работа в яслях отсутствует, и что от этого страдает общее развитие и здоровье детей, но он беспомощен исправить дело: игрушек достать в деревне нельзя, на выписку их нет средств. Через день мы организовали школьников для изготовления игрушек и пособий, а через несколько дней в нашем распоряжении уже были комплекты для 5—6 ясель.

При умении руководить и научить показом врач во всех случаях сможет выйти из положения. В деревне есть много женщин, которые владеют иглой, надо лишь их организовать и научить и ясли будут обеспечены правильно сшитым детским бельем. Через эту-же самостоятельность мы постепенно внесем в домашний быт и детскую игрушку, и правильную одежду и правильное питание. Учить необходимо не только лекциями и беседами, а прежде всего живым делом, в которое надо суметь втянуть колхозников.

Я перечислил целый ряд умений и навыков, которые необходимо дать врачам профилактикам на медфаках и во время стажерства. Но это далеко еще не все. Врачи должны научиться вести финансовую работу: составлять сметы, вести денежные книги, составлять отчеты и пр. Врачам-профилактикам необходимо дать методику работы с семьей: методы изучения быта, личные наблюдения, анкеты и пр., методы оздоровления крестьянского населения, привитие в быт санитарно-гигиенических навыков и пр. Такова должна быть подготовка врачей-профилактиков. Эту подготовку кроме медфака должны взять на себя Институт охраны здоровья детей, охраны материнства и младенчества и по такому же типу созданный Институт общей санитарии и гигиены. Все стажеры должны быть прикреплены к таким институтам.

Но для того, чтобы эти институты могли дать врачам ту подготовку, которая нужна им для работы в колхозах, необходимо, чтобы в составе их педагогической части кроме научных сил были руководители, хорошо изучившие колхозную деревню, чтобы сами институты постоянно поддерживали живую связь с деревней и продолжали ее изучать в процессе ее динамики. Само собой, планы подготовки врачей для деревни и для города должны быть разные. Особенно необходимо внести в работу со стажерами метод практических заданий. Проработав теоретически тот или другой вопрос врач-стажер командировается на две-три недели в деревню, получая небольшое по объему, но строго определенное задание: всесторонне обследовать одни ясли и улучшить постановку их работы; организовать комиссию по оздоровлению труда и быта и провести с ней работу по санитарно-гигиеническому переустройству, хотя бы одного квартала в деревне, рационализировать работу одной общественной столовой и т. п. При этом необходимо чтобы эти задания были четкие, вполне определенные и чтобы они могли уло-

житься в срок, на который дается командировка. Командировки вообще, с широкими разнообразными функциями, не научат молодого врача работать. По возвращении из деревни должны быть хорошо проработаны результаты поездки и подвергнуты разбору методы работы. Только тогда, когда научная подготовка будет тесно увязана с производством, мы будем иметь тип работника, который будет учиться не на ошибках, которые слишком дорого обходятся государству и подрывают доверие масс к здравоохранительской работе, а на полезной работе, проводимой под руководством опытных руководителей.

Еще надо сказать несколько слов о подготовке кадров из колхозниц. Деревне сейчас нужны десятки тысяч ясельных сестер, руководительниц на детских площадках, работников по общественному питанию, санитарных работников и проч. Деревня не может дать необходимого количества грамотных и достаточно развитых курсанток, тем более, что и все другие разделы колхозного строительства предъявляют большие запросы на культурные и грамотные элементы. К примеру скажу: на курсах ясельных сестер в «Гиганте» Краснополянского района из 150 чел. было только 33 проц. окончивших 4 или 3 группы, 32 проц. окончили 2 или 1 группу и 35 проц. были малограмотные, обучавшиеся в ликбезе. У этих колхозниц совершенно нет навыков к учебе и тем более к слушанию лекций. Врачи часто этого не учитывают и начинают вести дело так, как бы имели перед собой подготовленную аудиторию. Получается зубрежка по запискам без всякого осознания и понимания. Я присутствовал при звеньевой проработке лекции по педологии. Одна из курсанток читает по запискам (в дальнейшем я привожу почти стенографическую запись работы звена). Групповод: «что такое среда?» Колхозница: «Среда — это стены, люди, среда может быть хорошая и плохая». «Какая хорошая?». «Ну, известно хорошая». «Ну, так» заключает групповод. Дальше групповод прочла о периодах развития ребенка и начинает спрашивать: «Со скольких месяцев ребенок начинает рассматривать предметы? Сколько слов умеет говорить ребенок, когда ему минет год? С какого месяца узнает лицо матери?» и т. д. Колхозница отвечает: «С 2-х?» «Нет», «с 4-х?» «нет», «с года?» «нет». Наконец, слушательница попадает в точку. «Так», удовлетворенно заявляет групповод. Эти вопросы и ответы тянутся десятками минут. Курсантки измучены, лица их покрываются потом, а неумолимый групповод продолжает бить их своим вопросом: «С какого месяца ребенок различает цвета? С какого времени у ребенка обостряется зрение? Когда начинает ребенок вздрагивать? Почему вздрагивать?» — задает вопрос курсантка. «Ну, просто вздрагивать». «С какого месяца появляется половой инстинкт?» и т. д. и т. д. Вся проработка заключается в бессознательном зазубривании отдельных фраз, чисел и т. п.

Через день после того, как я присутствовал на такой проработке, я проделал опыт: в своей мастерской мы сделали со школьниками несколько педологических игрушек, я раздал их ребятам и предложил сносить домой, дать в руки одно или двухгодовалым братишкам и сестренкам и посмотреть, что они будут делать. На следующий день мы прослушали их рассказы: «Мой взял доску с дырочками и стал стучать по ней палочкой, потом он тыкал в дырочку своим пальцем» (ребенок 1-го года). «А мой вставлял в отверстия палочку». «Легко или нет ему это удавалось?» спросил я. «Нет, трудно, а потом это ему так понравилось, что он заплакал, когда я хотел взять игрушку». Эти доклады ребят прошли у нас с большим оживлением, дети выявили в них много наблюдательности и пришли к интересным выводам о ходе развития ребенка и о значении для него игрушки.

Я считаю, что в работе с колхозницами мы должны идти по преимуществу таким-же путем. Необходимо главнейший упор сделать на практику и подходить к научным знаниям именно через практику. Прорабатывая вопрос о правильной детской одежде, мы вначале занимаемся пошивкой детского белья и тут же выясняем, почему нужен такой покрой и такие материалы; к вопросам педологии мы

подойдем через изготовление игрушек и пособий и через наблюдения над детьми, к вопросам питания через практические работы на кухне и в столовой. Развеска продуктов даст нам проработку норм питания, приготовление пищи, хранение продуктов, сервировка стола и пр. дадут проработку других вопросов гигиены питания. Таким образом во всех вопросах необходимо начинать не с теории, чтобы потом спуститься к практике, а исходить из практики и, давая всюду научное освещение и обоснование, строить на ней теоретический курс в тесной увязке с практическими работами.

Очень важным вопросом в подготовке кадров является подбор курсанток. Зачастую колхозы направляют на курсы лиц, которые не имеют ни интереса, ни любви к тому делу, куда их готовят; многие посылаются против желания, и, само собой разумеется, что из такого материала хорошей работницы мы не получим: уже сейчас наблюдается большая утеря работниц, прослушавших курсы год тому назад. Вопрос подбора и предварительной обработки курсанток необходимо пересмотреть. По каждому разделу здравоохранительской работы надо выделить по несколько учреждений, к которым будут прикрепляться будущие курсантки по два, по три человека в качестве технических работниц на срок 2—3 месяца. Там они приблизятся к деятельности, к которой будут готовиться на курсах, определят свои наклонности, усвоят навыки; в это же время должна быть ликвидирована их неграмотность. После такого практического стажу наиболее подходящие и способные должны направляться на курсы, которые должны устраиваться не в районах, а в окружных центрах. Курсы работают в течение всего года и дают в год 4 выпуска. В частности, в связи с бурным темпом развития ясельного дела такие курсы должны существовать как постоянные учреждения, вполне обеспеченные учебными пособиями, показательными яслями и преподавательским составом. При курсах обязательно должны иметься мастерские для практических работ по изготовлению игрушек, пособий, белья, оборудования. Каждая курсантка должна увести с собой в деревню лично ею сделанный комплект игрушек и пособий, образцы белья.

Размеры журнальной статьи не позволяют мне более детально останавливаться на организационных вопросах подготовки кадров и я ограничусь лишь этой общей наметкой.

С рабочей бригадой в коллективизирующейся деревне

В. Ф. КОРОЛЕВ

Получив 2-II—30 г. командировку с рабочей бригадой, с того же числа утром и вечером я стал посещать экстренно организованные лекции для участников и 5-II наша бригада в количестве 16 человек, в составе которой были рабочие ВИЗ'а, слесаря, токаря, кузнецы, две работницы с утильфабрики, два счетовода, три культработницы и медицинская сестра — выехала в Макушинский район, Курганского округа, куда и прибыли 7-II. Со ст. Макушино грузовик нас доставил в совхоз, где мы были приветливо встречены.

Пред РИК'а передал нас в распоряжение пред. Райколхозсоюза, который ознакомил нас с положением дела в районе и произвел разбивку по отдельным коммунам, после чего мы отдельными группами направились в указанные нам места.

Получив директиву в Свердловске работать в колхозах преимущественно в санитарно-профилактическом направлении, я отказался от предложения остаться при совхозе и райколхозсоюзе в Макушино, где имелось несколько врачей, а также не поехал в районную больницу в с. Моршиху, где, повидимому, дело обстояло удовлетворительно и направился в село Обутки-Куликово, где находилось правление коммуны им. «Сталина». К этой коммуне я и был прикреплен для работы.

Коммуна им. Сталина занимает северо-восточный квадрант Макушинского района с площадью до 18000 га, 26-ю поселками, с численностью едоков до 9000 человек. В ее расположении имеется один фельдшерский пункт в селе Казаркино.

По договоренности с председателем коммуны и другими членами правления план моей работы был очерчен в таком виде: основная работа, принимая во внимание, что коммуна только что организована, должна была состоять в осмотре членов коммуны и установлении категории трудоспособности.

Такая работа при проведении до конца могла бы дать правлению возможность качественно учесть наличие рабочей силы и не посылать на лесозаготовки, полевые и другие тяжелые работы не южноценных в физическом отношении людей и изжить таким образом массовые и единичные конфликтные случаи при посылке на работы людей физически явно к этому не годных и в дальнейшем являющихся тормозом в работе (субкомпенсации и декомпенсации сердца, проляпсы, большие грыжи, наклонные к ущемлению и т. д.).

Попутно с этим намеченный осмотр давал возможность выяснить характер заболеваемости, условия труда и быта, давать лечебные советы, направлять в лечебные заведения и оказывать медпомощь в пределах отпущенного мне запаса медикаментов.

Проведя работу по намеченному плану в течение первых дней, я увидел, что нуждаемость населения в совете врача колоссальна. Однако, желание больного попасть в лечебное учреждение не всегда выполнимо и часто зависит не только от недостатка лошадей, но и от усмотрения зав. участками и других административных лиц, которые далеко не всегда могут усмотреть в желании больного необходимость поездки.

Техника осмотра была такова: приезжая в деревню, в какой-либо избе из двух комнат я осматривал по 60—70 человек в день, руководствуясь преимущественно анамнезом и физикально-соматическими данными, из инструментов со мной был только фонэндоскоп.

При определении категории трудоспособности я руководствовался предшествующей работой в ВКК и главным образом, ВЭК.

Народ созывали ко мне исполнители и как курьез, следует отметить, что в одной деревне таким исполнителем был глухонемой.

Перейду к рассказу о том, что у меня фиксировалось в памяти и имеется в моих записях.

Местность степная, березовый лес встречается изредка отдельными рощами и небольшими борами, обилие озер, из которых многие соленые, целебная грязь которых жителями применяется при самых широких показаниях к этому. Поселки расположены вблизи озер, вода которых служит одновременно для питья. В большинстве поселков колодезев совершенно нет, а если где и есть, то вода идет для технических надобностей и для животных. Зимой везде растаивают куски озерного льда, это служит питьевой водой, которая жесткая, не обладает приятным вкусом и много оставляет желать в отношении чистоты и прозрачности.

Бани везде черные и только в больших селах можно встретить одну, две бани «по чистому». Эти черные бани малы, низки, грязны, угарны и служат рассадником паразитарных и инфекционных болезней. В банях держат телят после рождения, там же «правят животы и кости», там же рожают, убирают женщин после родов, моют новорожденных, выводят глистов и проч.

Уборных нет почти нигде, даже при школах редко устроены специальные помещения; в деревне Хохлах при школе, отстоящей далеко от поселка, такая уборная устроена саженьях в 50-ти на улице и дети бегают даже в буран полураздетые. Многие школы сравнительно недавно выстроены, но ни один из строителей не предусмотрел теплых уборных.

Нельзя не остановиться на том, что население почти полностью переобучается, все женщины ликвидируют неграмотность, мужчины проходят разные курсы: пастухов, животноводов, агророботников, имеется даже целый крестьянский университет. Наряду с этим целые серии собраний, общих и специальных лекций, собрания затягиваются далеко за полночь.

Присутствуя иногда на общих собраниях, я поражался физической выносливостью участвующих в них: в небольшой, душной избе за столом сидит президиум, большая часть собравшихся сидит на полу, тут же спят некоторые, тут же женщины с грудными детьми, в шубах и в страшной духоте обсуждают свои животрепещущие вопросы.

Значительный интерес вызывает то явление, что люди здесь не ценят еще времени, да и нет почти нигде часов, на собрание сходятся исподволь и ждут его открытия многими часами.

Приведу некоторые записи моих впечатлений от посещения и осмотра некоторых поселков и отдельных жилищ: поселок Рассвет—17-11—25 дворов, членов коммуны 131, едоков 198.

Из 53-х явившихся на осмотр, 11 человек трахоматозных, преимущественно детей. Баня черного типа, единственная на весь поселок, ежедневно топится, грязна неимоверно, и служит рассадником трахоматозного contagia.

Столовая недавно (месяца два) открыта. Кухня помещена отдельно, сруб из старого амбара на мху, не штукатурена, две печки с 4-мя котлами, тут же железная печь, духовка

не предусмотрена. Пол из тонких досок, страшно грязный, котлы чугунные со ржавчиной. Тут же три кадки с водой подозрительной чистоты, тут же кадка с кислой капустой и большая 20-ти ведерная бочка для помоев. Стол и простеночное пространство не оцинованы. Повар в фартуке из грубейшего грязного мешка без нарукавников, совершенно не подготовлен ни нигде не проходил соответствующего стажа. Работу начинает с 3-х часов ночи, один. С 5-ти часов утра начинают пить чай. Обед варится к 11-ти часам, щи и каша, обедают до часу. Котел вымывается, закладывается ужин, и с 6-ти часов ужинают и пьют чай.

Столовая сама в отдельной хате, более или менее подходящей, но сразу может пообедать человек 50. Ложки деревянные, посуда разнокалиберная. Кладовой не имеется, продукты получаются на один день. Хлеб пекут сами, дается он в достаточном количестве. При столовой нет уборной, нет весов, у прислуги недостаточно фартуков, на столах нет клеенок. Вся прислуга местная, без всякой подготовки, выходных дней не имеется. Нет ни перцу, ни луку, ни лаврового листа. В день посещения—суп из поросят (подсвинков) с крупой и пшенная каша с маслом. Крупу тут же сами крутят на деревянных болванках, одна женщина в день может накрутить около 60 килограммов.

С. Копырино. Хата бедняка Семена Плюшкова—на самом краю, из дерна, низкая, вросшая в землю, никаких служб, пристроек и навесов. Вход наскоро, как в шалаш, обложен ветками и жердями, приходится вползать на четвереньках. Внутри обмазана глиной, побелена. Хозяин—бывший пастух, член коммуны, дома его не застали. Хозяйка жалуется, что теперь, после 20-ти лет совместной жизни, он хочет с ней разводиться. Высота хаты в средний рост человека, посуды и мебели почти нет никакой.

Ашихмин Ефим, той же деревни, хата полусаманного типа с жилыми пристройками. При входе бросается в нос удушающий, кислый запах. В передней комнате печь, на полу солома, тут же овцы и курицы и тут же на полу совершенно нагие маленькие дети, пять человек и двое взрослых. В соседней комнате с тем же кислым запахом, хозяйка громадным ножом ищет в голове у мужа насекомых. Хозяин едва грамотный, в коммуну не идет,—остается единоличником, боится,—что заставят тяжело работать. У детей имеется одна грязная рваная смена рубашенок и потому дома ходят голыми.

Переезжая из деревни в деревню, я посетил их все, числом 26, следовало на лошадях около 600 км. За время пребывания в моей книге зарегистрировано 2180 человек, которых в отношении трудоспособности я разнес по разным категориям, с указанием их болезненного состояния. Кроме того мной принято больных грудных и взрослых детей—280 человек, которым оказано то или иное лечебное пособие или дан совет. Трахоматозных больных выявлено с ясной микроскопической формой—238 человек, т. е. 10,7 проц. ко всему числу осмотренных, но в некоторых поселках процент заболеваемости поражал своей величиной, так в поселке «Путь Крестьянина»—29 проц., пос. Кошели—27 проц., «Заря Сибири»—44 проц. по отношению ко всему населению поселков.

Трахомы встречается во всех клинических формах, больные хотят лечиться, но недостаток лошадей и совершенная ненадежность в районе специальной глазной помощи заставляют думать, что трахома долго еще будет играть громадную роль, как фактор, уменьшающий количество трудоспособных, выводящий часто их совсем из строя и препятствующий экономическому росту коммуны. В истекшем году здесь в районе в летнее время работал глазной отряд Пермского университета, но он захватил северо-западную часть района, та же часть, с которой знакомился я подвергалась лечению сравнительно случайно, а не систематически. Правление коммуны им. Сталина перед окружными и областными органами здравоохранения просит поднять вопрос об организации глазной помощи.

При осмотре женщин обращает на себя внимание факт позднего кормления грудью. Кормящих детей грудью более одного года я насчитал 91, т. е. по отношению к числу всех бывших у меня грудных детей около 32 проц.

В отношении трудоспособности мои осмотры дали такие цифры: Из общего количества числящихся по спискам трудоспособных—5352,—явилось с жалобами и просьбами 2180 человек, из которых 998 человек—42 проц. или 15 проц. к числу трудоспособных всей коммуны, отнесены мной к первой категории, т. е. вполне трудоспособных. Этот процент людей, заявляющих еще в начале работы о своей нетрудоспособности в дальнейшем будут также создавать конфликты и понижать коэффициент полезной работы. Ко второй категории — с пониженной трудоспособностью, в зависимости от характера болезни и увечья отнесено 442 человека — т. е. 20 проц. осмотренных.

К 3-й категории—легкому труду—125 человек, т. е. 5,7 проц. К 4-й и 5-й категориям — т. е. инвалидам, отнесено 89 человек, т. е. 4 проц. Остальные около 20 проц. не разнесены по категориям по разным причинам. Дети до 16-ти летнего возраста, женщины после 55-ти лет и мужчины после 60-ти лет, как имеющие право быть нетрудоспособными по своему возрасту, в эти цифры не входят.

Параллельно с этой работой по выявлению трудоспособности мною оказывалась лечебная помощь советами, изредка имеющимися при мне медикаментами, но чаще выдачей рецептов в ближайший фельдшерский или врачебный пункт. Таких рецептов выдано около 500, чем создана значительная экономия в подводах и соответственно разгружены ожидающие амбулаторий.

В разных деревнях на различные темы санитарно-профилактического характера прочитано 13 лекций с общей численностью слушателей до 300 человек, в единичных случаях от 10-ти до 40 человек.

Проведен осмотр школьников в 2-х школах.

Организован кружок РОКК в поселке Обутки-Куликово, посещаемость которого к 6-му занятию от 30-ти человек упала до 6-ти чел., вследствие чего я прекратил занятия согласно устава РОКК'а. Распад кружка первой помощи много зависел от того, что своевременно, несмотря на мои просьбы, Союз МСТ не прислал наглядных таблиц, что значительно снижало и понимание и интерес к занятиям. Таблицы пришли уже ко дню моего отъезда и переданы фельдшеру в селе Казарки, где также организован кружок первой помощи, которым будет руководить участковый фельдшер.

Районные учреждения здравоохранения страдают недостатками средств оборудования, непригодностью для специальных целей и проч. Врач Московской бригады, старый опытный хирург, оставшийся работать в селе Макушино еще на полтора месяца и живущий там более месяца поручил довести до сведения вышестоящих окружных и областных органов здравоохранения, что вся организация поражается бедностью денежных и снабженческих средств, что персонал течуч, врачи разбегаются при первом удобном случае, три врача находятся под судом. В районной больнице в селе Моршихе значительное количество случаев сепсиса. За два года, по словам этого врача, окружной отдел здравоохранения ни разу не инспектировал лечебных учреждений района.

На фельдшерском пункте в селе Казаркино нет акушерки и там военный фельдшер занимается гинекологией и акушерством, и осматривает зеркалом Куско женщин на простой, непокрытой простыней скамейке садового типа.

Выводы: 1) Посылка врача с рабочей бригадой вполне целесообразна и помимо разгрузки участка медперсонала от текущей работы может оказать помощь в плановых заданиях по линии здравоохранения и охране труда в коммунах.

2) Организация труда в коммуне Сталина находится в зачаточном состоянии, тем более, что инструкции по этому вопросу еще только-только начинают появляться.

3) Трахома является местным бедствием, могущим значительно снизить экономический эффект работы коммуны и потому областной секции врачей следует придти на помощь посылкой туда второй бригады с врачом.

4) Организация ясель, садов и других учреждений этого типа, к которым коммуна в непродолжительном времени собирается придти, подлежит согласованию с мероприятиями, связанными по борьбе с трахомой.

5) Фельдшерский пункт в селе Казаркино, обслуживающий около 20-ти поселков, должен быть в самом скором времени укомплектован штатной акушеркой.

РОКК и весенняя посевная кампания

М. С. УТКИН

Последние международные события, в особенности на КВЖД, еще более уточнили формы и характер участия РОКК в обстановке военных действий. Вся важность работы РОКК в деле укрепления санобороны страны еще больше приобрела значение перед советской общественностью. Достаточно привести отдельные факты участия РОКК в событиях на КВЖД:

1. РОКК развернул работу санпоезда в прифронтовой полосе (впоследствии поезд проследовал через Урал в Москву с больными и ранеными бойцами ОДВ).

2. Развернул работу банно-прачечных отрядов для обслуживания нужд бойцов ОДВ Красной армии, а также и ряд прочих работ.

В фонд санобороны УралОблКомитет РОКК'а дал средств свыше 8 тыс. руб., но наиболее важный вклад заключается в развернутой работе РОКК на Урале по подготовке кадров: формирование сандружин, открытие курсов сестер запаса, кружков первой помощи и курсов врачей по хим обороне.

Военно-санитарная работа организации Красного Креста становится действительно массовой. В то же время эти формы военно-санитарной работы увязываются с важнейшими задачами работы в условиях мирного времени.

В деле проведения в жизнь лозунгов ликвидации кулачества, как класса, и такой важной политической кампании, как кампания большевистского сева, РОКК определил свое место помогая органам здравоохранения в их работе по посевной кампании. Проведя работу по подготовке специальных кадров РОКК к концу посевной кампании на Урале имел свыше 560 окончивших курсы сестер запаса и окончивших кружки первой помощи свыше 1.500 чел. Из состава сан-дружин и красно-крестного актива было проведено выдвижение на курсы по охмат-младу для подготовки ясельных работников, и краснокрестная прослойка составляла 38 проц. всего состава курсов.

В некоторых округах районные комитеты РОКК'а практиковали открытие курсов подготовки нянь для детских яслей и санитарок для лечебных учреждений. При районных комитетах РОКК создавались 2 недельные курсы для командированных из производственных участков колхозов с тем, чтобы прослушавший курсы колхозник стал заведывать на производственном участке аптечкой первой помощи, у себя в колхозе создал ячейку РОКК, членов которой познакомил с литературой по оказанию первой помощи в несчастных случаях. В колхозе «Гигант», Ирбитского округа был проведен санкультпоход, при чем правление колхоза выпустило брошюру аналогично брошюре «Агроминимум» с тиражем 5 тыс. экз. Через низовой актив РОКК, заведующих аптечками и других красно-крестных работников Краснополянский районный комитет РОКК'а, Ирбитского округа охватил санкультпоходом свыше 25 проц. населения коммуны, выбрав лозунг: сан-грамота на село и проведение санитарного минимума. Краснополянский комитет приобрел 400 аптечек первой помощи для производственных участков и красно-крестной литературы на 4500 руб. К началу посевной кампании у них было уже 11 постоянных яслей на 360 детей.

С наступлением посевной кампании областной комитет РОКК сформировал 7, а окружные 5 бригад РОКК, состоящих каждая из двух врачей и 3 сестер РОКК, при чем эти бригады были посланы большей частью в наименовские районы колхозов. Для бригад, направляемых органами здравоохранения, выделено 263 сестры РОКК, которые были пропущены через курсы и снабжены литературой с тем, чтобы они явились пионерами работы О-ва Красного Креста на селе, бойцами за санминимум, организаторами работы по охране материнства и младенчества и службы здоровья юных пионеров.

Нет никакого сомнения в том, что массовая организация Общества Красного Креста в момент сельско-хозяйственной посевной кампании является приводным ремнем партии и, выступая до сего времени не в последних рядах на фронте культурно-строительства, РОКК правильно сделал упор на развертывание мероприятий и учреждений Красного Креста по преимуществу культурно-бытового характера. Посевная кампания явится большой практической тренировкой и экзаменом массовой организации РОКК. Завоеванный в посевной кампании опыт закалит красно-крестный актив для будущих боев на фронте санобороны, что даст возможность в любой момент переключить работу красно-крестного актива в соответствующем направлении.

На посевную кампанию РОКК бросил лучшие красно-крестьянские силы подготовленных кадров и на ряду с этим, по предварительным итогам, материальное участие РОКК по области выражается в десятках тысяч рублей. Все это должно покончить навсегда с недооценкой его работы, существовавшей у некоторых маловеров медработников и особенно у тех, которые до сих пор борются за сращивание работы РОКК с работой органов здравоохранения.

К вопросу о кадрах работников здравоохранения

В. А. ЖИКИН

Грандиозный размах строительства Большого Урала, растущие небывалыми темпами заводы-гиганты, перестраивающаяся на социалистических началах деревня—ставят перед органами здравоохранения Урала во всей своей широте вопрос об улучшении медико-санитарного обслуживания. Постановление ЦК ВКП(б) от 18-ХII—29 г. «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» дает четкие директивы по вопросам коренной перестройки дела здравоохранения в сторону улучшения лечебной и профилактической помощи в промышленных центрах с выделением в особую группу основных промышленных районов и расширения лечебно-профилактической сети на селе с наибольшим охватом батрацкой, бедняцкой и середняцкой массы. Для выполнения этой директивы и практического осуществления стоящих перед нами в деле здравоохранения задач требуются значительные кадры квалифицированных медицинских работников.

Вопрос о подготовке кадров давно уже стоит в фокусе внимания партийных, профессиональных организаций и правительства и советской печати.

Закончившийся на Урале месячник кадров являлся «массовой общественно-политической проверкой состояния дела подготовки и переподготовки всех видов кадров».

Борьба за кадры проводится под флагом мобилизации общественного внимания к вопросам подготовки и переподготовки кадров, рационального их распределения и правильной расстановки в целях наиболее полного использования специалистов и обеспечения специалистами боевых участков народного хозяйства, подготовки кадров выдвиженцев, мобилизации новых средств и сил на дело подготовки и переподготовки кадров. Широкие врачебные массы и научные ассоциации врачей не могут оставаться нейтральными в этом походе за кадры. т. к. роль их с реформой медицинского образования в деле подготовки кадров резко меняется. Из положения пассивных наблюдателей мы переходим на положение активных участников выковывания новых пролетарских кадров медицинских работников.

Если все отрасли народного хозяйства имеют большой недостаток в кадрах, то вопрос с кадрами медицинских работников обстоит острее всего, в особенности в условиях уральской действительности, т. к. по обслуживанию врачебной помощью Уральская область отстает от других промышленных районов республики. Средний коэффициент обеспеченности врачами для Урала в 1929 г. был

равен 2,6 на 10.000 населения в то, время, как таковой для РСФСР в 28 году равнялся 2,8. (Для Ленинградской области 7,2, ЦПО 5,0, Сев. Кавказ 3,7). На 1 апреля 1930 г. по области насчитывалось свыше 350 свободных врачебных мест; в настоящее время только по Свердловскому округу недостает 76 врачей, в Тагильском округе нехватает 42 врача. Для покрытия этого дефицита из выпуска 30 г. Пермского ун-та намечено 101 чел. и Московского и Ленинградского ВУЗ'ов 114 чел. По пятилетнему плану развития здравоохранения для Урала к концу первой пятилетки потребуется не менее 6.000 врачей. Медицинский факультет ПГУ сможет дать до конца пятилетки только 750 человек, средний же прирост врачей за счет притока извне Урала за последние годы равнялся 150 чел. в год.

Со средним персоналом вопрос обстоит в настоящее время еще острее. На 1 апреля 1930 г. в области имелось свыше 1000 вакантных мест среднего персонала, в то время как выпуск уральских медтехникумов едва достигает 200 в год. Приведенные цифры с достаточной яркостью характеризуют ту резкую диспропорцию, которая существует на сегодняшний день между действительной потребностью в медперсонале и фактической возможностью их удовлетворения.

При крайней недостаточности медицинского персонала в области мы прежде всего должны использовать наиболее рационально наличные кадры. В этом отношении разгрузка специалистов от излишней канцелярской и технической работы, замена врачей на административных должностях, не требующих врачебной квалификации, рабочими, выдвиженцами, использование среднего персонала исключительно по его прямому назначению, могут дать значительные резервы медработников.

Об орабочении аппарата мы говорим давно и много, но нужно со всей откровенностью сознаться, что этим вопросом мы по существу занимались очень мало. Немудрено поэтому, что на Урале, с его громадными рабочими ресурсами, мы не имеем достаточного количества рабочих организаторов здравоохранения. Отсюда первоочередной нашей задачей является создание на Урале курсов подготовки организаторов здравоохранения из рабочих выдвиженцев. Далее, необходимо решительно поставить вопрос о расстановке медицинских сил таким образом, чтобы вся наша масса медицинских работников полностью служила задачам социалистического строительства. Медицинский персонал должен назначаться в первую очередь в основные промышленные районы, на новое строительство, в колхозы, совхозы, районы национальных меньшинств, а также для обеспечения медпомощью боевых хозяйственных кампаний (лесозаготовки, сплава, посевная кампания и пр.).

Чрезвычайно важным вопросом является подготовка новых кадров. На ней в настоящее время должно быть сосредоточено все наше внимание. Если до сих пор этим занимался Главпрофобр, то в нынешнем году впервые во всей широте задачи медиц. образования стали перед органами здравоохранения.

Средние медицинские школы Урала нами уже приняты от Наркомпроса. В отношении медицинского факультета вопрос с его передачей замедляется и требует скорейшего разрешения, так как внимание органов народного просвещения к вопросам медобразования на Урале совершенно недостаточно. Сеть медицинских школ Урала, получаемых нами от НКПроса, слишком ничтожна по сравнению с потребностями в кадрах медработников. Перед нами стоит задача ее расширения. Уже состоялось решение соответствующих обл. организаций об открытии с осени текущего года в г. Свердловске мединститута с 3-мя факультетами: санитарно-профилактическим, лечебно-профилактическим и ОММ и ОЗД с контингентом приема в 300 челов. (в центре открытие Свердловского мединститута намечается с I-II—30 г.); медицин. факультет Пермского Ун-та расширяет свой прием в 30—31 г. до 600 челов. с разделением этого приема на два:

осенний и зимний. Число медицинских техникумов увеличивается в области на 3, а контингент приема во все техникумы возрастает против 280 в 29—30 г. до 1260 в 30—31 г. *); помимо того, в связи с реформой школ II ступени Соцвоса, 8 таких школ на Урале предполагается реорганизовать в медтехникумы с общим охватом 840 учащихся.

Однако, не следует забывать, что продукцию этих расширенных приемов мы получим из медтехникумов только к концу первой пятилетки, из медвузов же в начале второй. Между тем острая нехватка медперсонала ощущается уже на сегодняшний день. Поэтому в отношении среднего персонала, на получение которого извне мы рассчитывать не можем, придется применять систему краткосрочной подготовки на курсах, организуемых при всех крупных больницах с количеством коек не менее 100 в соответствии с решениями последнего обл. съезда здравотделов и II Всероссийского съезда здравотделов. Необходимо также максимальное использование сестер запаса РОКК'а, проводя их через курсы переподготовки и практическое стажирование при лечебных заведениях.

На пути расширения сети учебных заведений и курсов мы встречаем целый ряд трудностей. Обеспечение учащихся общежитиями, расширение помещений для учебных надобностей, дооборудование расширяемой сети и оборудование вновь открываемой, учебники и учебные пособия, преподавательский состав и проч.—все это большие вопросы сегодняшнего дня. Для разрешения их потребуются большие материальные средства и немалая организационная работа. Необходимо теперь же в самом срочном порядке поставить перед соответствующими организациями вопрос об отпуске дополнительных ассигнований, без которых проблему расширения сети разрешить нам не удастся. Следующий и чрезвычайно большой вопрос—это подбор людского материала. При том небывалом развертывании ВУЗ'ов, ВТУЗ'ов и техникумов, какое мы имеем в настоящем году на Урале, набор учащихся—задача далеко нелегкая. В соответствии с решением ЦК ВКП(б) о доведении рабочего состава учащихся до 60 проц. нам необходимо для поступления в Мединституты (для двух наборов—осеннего и зимнего) 540 человек из числа рабочих и для техникумов 750. Выпуски рабочих факультетов Урала и организованной Уралом сети курсов по подготовке в ВУЗ'ы не смогут полностью обеспечить рабочего ядра в наших школах. Нужно форсировать вопрос о реорганизации Пермского рабфака по отраслевому признаку с выделением из него специального медицинского рабфака, а также развернуть сеть подготовительных в Медвуз'ы и медтехникумы курсов для рабочих, батраков, колхозников, а также среднего и технического персонала лечебно-профилактических учреждений. Затруднение при подборе социального состава слушателей в Медвуз'ы и медтехникумы усугубляется тем, что рабочие неохотно идут в медицинские школы. Причиной этого служит, с одной стороны, слабый авторитет организации здравоохранения среди рабочих, с другой же—плохая материальная обеспеченность учащихся в Медвуз'ах и Медтехникумах и тяжелое материально-бытовое положение медработников. Рабочий часто до поступления в Медвуз получает больше, чем будет получать по окончании его. Отсюда слабая тяга рабочих в Медвуз'ы и Медтехникумы. Поэтому одной из основных предпосылок для улучшения соц. классового состава наших медицинских школ является увеличение размера стипендий для учащихся в Медвуз'ах и Медтехникумах, расширение контрактиции учащихся, отпуск средств на организацию общежитий, подтягивание заработной платы работающего персонала в соответствии с зарплатой других специалистов, а также улучшение материальной базы Медвуз'ов, Медтехникумов.

*) За последнее время, когда статья была уже в печати, в центре контингенты приема сокращены в Медвуз'ы: Пермский до 475, Свердловский до 100; в техникумы до 970.

Вокруг вопроса улучшения материального положения учащихся медицинских школ и привлечения в них большего количества рабочих от станка, мы должны мобилизовать внимание всех партийных, профсоюзных и хозяйственных организаций, трестов, предприятий, колхозов, совхозов и проч., всячески добиваясь участия последних в контрактиции учащихся.

Говоря о кадрах медицинских работников Урала, мне хотелось бы коснуться еще вопроса об обязательной летней практике студентов Медвузов и о непрерывной производственной практике учащихся. Летняя практика студентов — наш больной вопрос. Проводим ее мы уже не первый год, и из года в год повторяем одни и те же ошибки. Места Университету своевременно не предоставляем, положенной нормы мест не выполняем, используем студентов на замену уходящего в отпуск или отсутствующего персонала; соответствующих материально-бытовых условий для студентов зачастую нет, нет надлежащего руководства практикой. Летняя практика, как одно из звеньев подготовки наших будущих врачей для работы на сельском врачебном участке, имеет чрезвычайно важное значение, значения этого нельзя недооценивать. Правда, упрек в отношении недостаточного внимания к летней практике студентов должен быть отнесен одновременно и к финансовым органам, из года в год сокращающим ассигнования для этой цели. Непрерывная производственная практика учащихся, входящая в общий учебный план преподавания с 1930—31 г. потребует широкого использования всех лечебно-профилактических и санитарных учреждений, органов здравоохранения. Последние должны к ней подготовиться и предусмотреть соответствующие ассигнования, так как от надлежащей подготовленности лечебных учреждений и достаточного материального обеспечения производственной практики зависит успех ее проведения, а вместе с тем и качество подготовки медицинских работников.

Занимаясь подготовкой новых кадров, нам нужно помнить и о переквалификации существующих. Врачей мы совершенствуем, главным образом, в институтах усовершенствования в Ленинграде и Казани и центр. научно-исследоват. институтах. Спрос на высококвалифицированного врача-специалиста возрастает у нас с каждым днем. Количество мест, предоставляемых Уралу ежегодно центральными институтами далеко недостаточно, чтобы удовлетворить ту громадную тягу к усовершенствованию, какая имеется в настоящее время среди врачебной массы (за 29 — 30 г. мы смогли послать в командировки только 5 проц. нашего врачебного состава). Отсюда совершенно ясно встает вопрос о большем использовании для целей повышения квалификации врачей медицинского факультета Пермского университета, а также об организации на Урале целого ряда Институтов (Институт соц. гигиены, ОММ, ОЗД, туберкулезный, венерологический), и задачи которых, кроме научно-исследоват. разрешения целого ряда важных для Урала проблем, должна входить забота о выковывании нужных нам специалистов.

Плохо обстоит вопрос у нас с переподготовкой среднего и технического персонала. Квалификация среднего персонала, работающего в лечебно-профилактических заведениях крайне низка. За отсутствием соответствующего состава, мы широко используем в наших учреждениях сестер запаса РОКК'а, сестер военного времени, а порой и лиц без всякой теоретической медицинской подготовки. Вполне понятно, что в современных условиях советской медицины этот персонал не в состоянии удовлетворить предъявляемым к нему требованиям и нуждается не только в пополнении и углублении специальных знаний, но и в теоретической социально-биологической и политической подготовке. Между тем плановой систематической работы в отношении переквалификации среднего персонала мы до сих пор не ведем. Организуемые кое-где курсы переквалификации сестер, акушеров носят случайный характер и отличаются хаотичностью как в отношении сроков, так и программы и уч. планов. Необходимо добиться коренного

перелома в этом вопросе и полностью в кратчайший срок провести решения нашего последнего съезда здравотделов. Установка НКЗ на переквалификацию всего среднего персонала, не имеющего законченного образования в размере техникума, должна быть выполнена в ближайшее время. В деле переквалификации среднего персонала большую роль должны сыграть организованные НКЗ заочные курсы, заслуживающие самого пристального внимания органов здравоохранения.

В заключение несколько слов о темпах нашей работы по вопросам подготовки кадров. Дело выковывания новых кадров проходит страшно медленно. Темпы далеко не соответствуют поставленным перед нами задачам. Со времени последнего обл. съезда здравотделов прошло уже 4 месяца, между тем целый ряд решений, вынесенных на этом съезде по вопросу о кадрах остается до сих пор невыполненным. Нужно со всей решительностью покончить с этой медлительностью и перестроить нашу работу по подготовке кадров таким образом, чтобы эта работа велась в полном соответствии с все повышающимися требованиями социалистического Урала. Много трудностей и препятствий стоит на пути разрешения проблемы кадров, но пессимизму в этом вопросе места быть не должно. Мобилизовав вокруг него внимание широкой рабочей массы и профессиональных организаций, со всей революционной решительностью и энергией мы должны разрешить эту актуальнейшую задачу, от которой зависят в конечном итоге успехи выполнения пятилетнего плана и развертывание намеченной нами сети лечебно-профилактических и санитарных учреждений.

На новых путях переустройства быта

В. С. СЕРЕБРЕННИКОВ

В конце мая опубликовано постановление ЦК ВКП(б) «О работе по перестройке быта». Этим постановлением вносится ясность в разрешение ряда важнейших вопросов социалистического переустройства быта. На смену фантастическому «проектированию» сложнейших конструкций социалистических городов вне учета экономики страны, вне учета трудностей осуществления этого строительства, на смену новым разновидностям ультрамодернизма и футуризма в виде лаборатории сна в одном из вариантов «Зеленого города» («Сонная соната»), ЦК ВКП(б) намечает определенный перечень социально-гигиенических и санитарно-технических мероприятий, создающих твердую базу для оздоровления и социалистической реконструкции быта. Постановление это в первую очередь имеет огромное значение для органов здравоохранения. Практические задачи их в направлении оздоровления быта и повышения уровня санитарной культуры получают для себя твердую почву. Осуществление комплексного плана оздоровительных мероприятий в наиболее ответственных индустриальных районах становится практической задачей всех живых сил советской общественности, и органы здравоохранения в этих условиях легче выполняют свои функции специалистов-организаторов, застрельщиков важнейших оздоровительных мероприятий. До настоящего времени здравоохранение ведущей роли в вопросах реконструкции и оздоровления быта не имело. Занятые текущей работой, запрятавшиеся в скорлупу «специальных» функций, сузив добровольно горизонты своей работы в замкнутом круге «собственно» медицинской работы, мы уходим в сторону от большой жизни.

Миллионные капиталовложения в жилищное строительство и благоустройство идут вне нашего социально-гигиенического контроля. Миновавшая полосу головокружений с социалистическими городами достаточно ярко подчеркнула, что врачебная мысль не оказала должного влияния на оформление представлявшихся проектов. Идея обобществления быта сразу приняла характер категорического императива и многочисленные проекты перепланировки городов и строи-

тельства домов коммун оказались подчиненными этой идее, и поскольку проекты эти в их архитектурно-техническом оформлении составлялись в большей своей части людьми не имевшими теоретического марксистско-ленинского образования, не представлявшими себе и основ социальной гигиены, их социализм сегодняшнего дня, социализм, начинающийся с окончанием постройки дома коммуны, был алгебраическим построением, был социализмом административного принуждения, и в стремлении своем осуществить в деталях основную мысль, проектировщики менее всего думали о том, что они работают для живых людей, остро могущих чувствовать всю топорность, всю неслаженность их внешне пленительных проектов. В самом деле кого и когда может удовлетворить жилая кабина объемом 15—12 кубометров и можно ли считать правильным рассуждение о том, что в этих жилых кабинах можно не беспокоиться о дневном освещении, ибо они только для сна?

А между тем ряд проектов, прошедших через обл. планировочную комиссию, Управление Областного стройконтроля и Уралплан, пытаясь дать сверхсоциалистическое разрешение проблемы быта, грубо нарушал установленные санитарные нормы. Вспоминается нам проект обл. института сооружений с длинным, темным центральным корридормом во всех этажах унылого пятиэтажного каменного ящика и камерами одиночного заключения в 6. кв. метров площади по сторонам корридора; вспоминается и общая конфигурация этого проекта с тремя длинными, узкими, затемненными и замкнутыми с трех сторон дворами-колодцами.

Целый ряд дефектов имел и проект дома-коммуны для рабочих Лысьвы, где кормящая мать в течение суток должна делать до 4-х километр. пути по лабиринту зданий от своей кабины до детского сектора и обратно, где в условиях тесного перемешивания детского населения коммуны с другими городскими детьми детский сектор был разрешен в виде общих спален, удваивающих угрозу детских инфекций. В довершение всего это сложное сооружение должно было представлять своеобразный оазис будущего в дебрях ныне неблагоустроенной Лысьвы, разделив с ней на неопределенное время горькую участь отсутствия канализации и водоснабжения.

Тем же максимализмом проникнут был и проект социалистического агрогорода Щучье, причем влияние экономических трудностей здесь отразилось на отказе от величественной замкнутой системы дома-коммуны, и коммуна строилась в масштабе жилого квартала с последовательным сооружением отдельных некрупных строений. Чисто алгебраическая, отвлеченная мысль автора привела к строительству двенадцати кварталов, клубов, дворца труда, двух кино и дома культуры на 15.000 жителей города, при чем социалистическая реконструкция быта понята была во всяком случае достаточно своеобразно; для проживания в центре участка были стандартного типа камеры, столовая вынесена в особое здание, детский сектор и культурный каждый на особое место по краям участка и вся система многократных переходов от места к месту почему-то должна была представлять собой шаг вперед по пути социалистической реконструкции быта.

В это же самое время в потоке маниловщины затерялись скромные требования органов здравоохранения обеспечить действительный санитарный и социально-гигиенический минимум, и в проектах строительства 1930 г. мирно уживались и абсолютные требования ликвидировать последний намек на существование старых семейно-бытовых условий и противоположное стремление сохранить незыблемые устои отгороженного индивидуально семейного существования. Жилищная кооперация ближе других стоит к практическим вопросам реконструкции быта, и тем не менее один из крупных проектов «Опытстроя» предусматривал в Свердловске устройство в подвальном этаже своих домов хлебопекарни и прачешной на каждые 4—8 квартир, и обходил молчанием вопросы раз-

мещения детского сада и яслей. Сплотить и рядом, как это было в проекте одного из домов Горсовета, принудительное обобществление питания делает чрезвычайно тяжелым положение тех самых рабочих семей, на которых рассчитано новое строительство. В самом деле, с суровой последовательностью старых ревнителей истинной веры православной строители не хотели допустить ни малейшего очага для приготовления пищи, ни хозяйственной кладовой для продуктов.

Несомненно, что такое категорическое требование полного отказа от домашней кухни при далеко неудовлетворительной работе кооперации в области общественного питания, приведет к столкновению теоретической схемы с жизнью и вряд ли устроит рабочего вынужденное пользование полным пансионом общественной столовой. Если считать, что дешевле как в 60—70 к. дневной паек рабочего и члена его семьи обойтись не может, надо будет признать эти затраты очень затрудняющими бюджет рабочего с семьей в 3—4 чел. Не разрешив ряда самых основных вопросов, которые должны быть и легко могут быть разрешены, мы не сможем и не должны приступать к разрешению проблемы «в общем и целом», разрешению соблазнительно быстрому, но ничего еще не решающему. Отсюда вытекает та самая практическая программа действий, которая твердо указана Центральным Комитетом. Переустройство быта — проблема нашего сегодня, ибо новая ступень нашей экономики и культуры ведет нас на новую ступень бытовых отношений. Быт перестраивается сейчас и наша задача облегчить формирование нового бытового уклада, внося свои социально-гигиенические коррективы. Постановление ЦК — хороший плацдарм для органического перерастания рабочих семей в хорошо сколоченную бытовую коммуны. Организаторы здравоохранения, весь актив медицинск. работников, весь рабочий актив, ведущий наступление за новый, за здоровый быт должен хорошо знать каждую строчку постановления ЦК ВКП(б) от 16 - V — 1930 г. Это наша программа и вместе прочный фундамент всех практических успехов нашей работы. Положим его в основу всей нашей работы и будем настойчиво требовательны в осуществлении этой практической программы, облегчающей создание нового человека и приближающей новую эру подлинно социалистического быта миллионов трудящихся.

О работе по перестройке быта

(Постановление ЦК ВКП(б) от 16 мая 1930 года)

Успешный ход социалистического строительства, индустриализации страны в особенности, уже на данном этапе создает необходимые предпосылки для планомерной работы по перестройке быта на социалистических началах. Энтузиазм рабочих масс в деле скорейшего выполнения пятилетки начинает захватывать и область быта. На ряде предприятий создаются бытовые бригады, вступающие в соцсоревнование с кооперацией, принимающие шефство и контроль над постановкой общественного питания, детских яслей, садов и проч.

Партийные организации должны всемерно помочь этому движению и идейно его возглавить. Советы, профсоюзы и кооперация на местах должны взять на себя практическое разрешение задач, связанных с этим делом. К отдельным начинаниям рабочих, принимающихся за перестройку быта, необходимо отнестись с величайшим вниманием, тщательно изучая ростки нового и всячески помогая их проведению в жизнь.

ЦК отмечает, что наряду с ростом движения за социалистический быт имеют место крайне необоснованные полужульнические, а поэтому чрезвычайно вредные попытки отдельных товарищей (Ю. Ларин, Сабсович и др.) «одним прыжком» перескочить через те преграды на пути к социалистическому переустройству быта,

которые коренятся, с одной стороны, в экономической и культурной отсталости страны, а с другой — в необходимости в данный момент сосредоточить максимум ресурсов на быстрой индустриализации страны, которая только и создает действительные материальные предпосылки для коренной переделки быта. К таким попыткам некоторых работников, скрывающих под «левой фразой» свою оппортунистическую сущность, относятся появившиеся за последнее время в печати проекты перепланировки существующих городов и постройки новых исключительно за счет государства, с немедленным и полным обобществлением всех сторон быта трудящихся: питания, жилья, воспитания детей с отделением их от родителей, с устранением бытовых связей членов семьи и административным запретом индивидуального приготовления пищи и др. Проведение этих вредных утопических начинаний, не учитывающих материальных ресурсов страны и степени подготовленности населения, привело бы к громадной растрате средств и жестокой дискредитации самой идеи социалистического переустройства быта.

Поэтому ЦК постановляет:

1. Предложить СНК Союза в 15-дневный срок дать указания о правилах постройки рабочих поселков и отдельных жилых домов для трудящихся. Эти указания должны предусматривать развертывание общественного обслуживания быта трудящихся (прачечные, бани, фабрики-кухни, детские учреждения, столовые и пр.) как в новостроящихся, так и в существующих городах и поселках.

2. При строительстве рабочих поселков при новых крупных предприятиях (Сталинградстрой, Днепрострой, Магнитогорстрой, Челябинстрой и др.) обеспечить достаточную зеленую полосу между производственной и жилой зонами, пути и средства сообщения и предусмотреть оборудование этих поселков водопроводом, электрическим освещением, банями, прачечными, общественными столовыми, детскими учреждениями, клубами, школами и медпомощью. В новом строительстве должны быть максимально обеспечены доступные гигиенические условия и удобства, а также необходимо принять все меры к максимальному удешевлению строительства.

3. Обратит внимание всех парторганизаций на необходимость в соответствии с этими задачами, значительно усилить работы по максимальной мобилизации средств самого населения для жилищного строительства через жилищно-строительную кооперацию.

4. Ввиду существующего разнообразия в финансировании хозорганов и профорганизациями различных культурно-бытовых учреждений, поручить Наркомтруду СССР и ВЦСПС, совместно с кооперацией, принять срочные меры к упорядочению и усилению финансирования перестройки быта.

5. Поручить комиссии по перестройке быта при НК РКИ СССР наблюдение за выполнением настоящего постановления.

6. Предложить СНК СССР дать директиву ВСНХ СССР расширить, начиная с этого хозяйственного года, производство оборудования для обслуживания быта трудящихся (фабрики-кухни, механизированные прачечные, общественные столовые и проч.) и рассмотреть вопрос об увеличении финансирования мероприятий по перестройке быта.

О здравоохранении на Урале весной 1930 года

А. КУЛЕХОВ (НКЗ, Москва)

Дело здравоохранения стало узким местом в общем развитии хозяйства страны советов. Об этом четко и резко сказано в декабрьском постановлении Цека нашей 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 и неудовлетворительное руководство».

После только что законченного обследования бригадой НКЗ к оценке ЦК ничего не добавишь. Она целиком подтверждается. Но и ничего еще не изменилось в соответствии с решениями ЦК, если не считать нескольких формальных постановлений, да и то запоздалых, и которые, я уверен, так и остаются до сих пор неизвестными широкой массе работников здравоохранения, в решении же ЦК прямо сказано: «Учитывая крайне слабое участие советской общественности в деле здравоохранения, ЦК подчеркивает необходимость большего участия советских, профессиональных и страховых организаций путем оживления работы секций советов, здравячеек на предприятиях и комиссий по охране труда при завкомах».

Давайте посмотрим на состояние дела здравоохранения на Урале поближе, конкретно разберем его основные недостатки и причины, их вызвавшие.

Удельный вес расходов местного бюджета (в процентах) на здравоохранение представляется в следующем виде:

25 — 26 г.	26 — 27 г.	27 — 28 г.	28 — 29 г.	29 — 30 г.
14,4	14,1	13,9	13,7	12,6

Может быть, это соответствовало всему развитию хозяйства на Урале? — Вряд-ли! Ряд цифр красноречиво опровергает это. В то время, как капитальные вложения в здравоохранение на Урале с 1925 — 26 г. поднялись с 2.835 тыс. до 7.300 тыс. (предположительно), вложения в промышленность Урала поднялись с 46.240 до 534.060 тыс. Общая и заразная заболеваемость на Урале характеризуется следующими цифрами (на 10.000 населения):

	24 г.	25 г.	26 г.	27 г.	28 г.
общая	1.464	1.787	1.865	1.940	2.519
заразная	1.126	1.436	1.345	1.261	2.390

Несчастные случаи в промышленности:

Производства и виды промышлен.	1927—1928 год		1928 1929 год	
	Всего случаев	Частота	Всего случаев	Частота
Всего во всех видах производства .	36458	251,5	39471	217,4
Металлопромышлен.	21644	227,0	23878	237,1

Из общего количества на смертельные падало в 1927 — 28 году 154 случая, в 1928 — 29 г. 156 случаев; с января м-ца 1929 г. по март месяц т. г. на основных производствах Урала (сюда не включаем лесоразработки) произошло 353 тяжелых несчастных случая, из этого числа со смертельным исходом 151, остальные окончились полной инвалидностью. Эти цифры говорят сами за себя.

Из вышеприведенного видно, что при бурном росте капиталовложений в промышленность их мы видим, совершенно недостаточное повышение по линии здравоохранения (в санитарном отношении наметился небольшой перелом к лучшему показателю, но теперь и он стал ухудшаться).

Дело здравоохранения перестало быть надеждою больных—оно само захворало: анемичность, расхлябанность, безнадежные настроения на местах, кое-где параличное состояние и только едва-едва теплится реагирование по формальным вопросам и то как бы в полузабытьи.

Хотите примеров?!!

Врач одного страхпункта развивал нам идею применения норм обслуживания застрахованных, изданных «ему известно» в 1864 г. Зная столь давно прошедшее, этот врач оказался абсолютно не сведущим в самых элементарных делах страхования и даже не мог представить себе, сколько средств в его районе деятельности страховые органы отпускают на одного застрахованного и, стараясь угадать, назвал чрезвычайно нелепые цифры.

Прекрасная больница. Новенькая, можно сказать, с иголки, благодаря этому резче и больше было видеть уже заплесанные стены беспорядочной расклейкой даже не относящихся к больнице об'явлений, афиш, плакатов. Клейстер—противно заляпал и обезобразил краску. В шкафах (надо фотографировать, иначе трудно поверить!) — старые башмаки, перевязочные материалы, наконечники клизм, пинцеты и ложки для дачи лекарств, вороха каких-то бумаг, тряпок, грязь и небрежность в остальном, и это кабинет дежурного врача... В палате больной инвалид в 22 года. На все вопросы один ответ: «не знаем, не мой больной» и т. п. и, действительно, больного персонал не знал. Только при мне был осмотрен рот и разрыхленные десны свидетельствовали, что инвалидность, возможно, произошла от несвоевременного и небрежного ухода за ртом... Это была новая с иголки больница.

Заглянем на минутку в старенькую больницу. — Ведя по душным невинтируемым палатам, дежурный врач все извинялся: «У нас очень плохо, да только ничего не сделаешь». Оказалось, что заведующий в научной командировке вопреки запрещению Окргздрава; временный заведующий больше занят на общественной работе, на репетициях по постановке спектакля; запхот, по заявлению рабочих, пьянствует и берет по несколько литров казенного молока для себя, а жена его, облекаясь административными полномочиями, шумит и мешает на кухне; на дворе кони, коровы разводят навоз и мусор. Спрашиваем: «Ведь Вы здесь оперируете?» Врач отвечает — «Да». — «Но при такой обстановке может быть занесен даже столбняк?» Врач соглашается.

Пара примеров взаимоотношений здравоохраненцев с хозяйственниками. В двух шагах огромная заводская лаборатория, расходующая сотни ведер дистиллированной воды, а для аптеки надо одно ведро. «Катитесь, говорят хозяйственники, — заводите свои приспособления». Приспособлять-же негде. Чтоб не рассердить хозяев, здравоохраненцы глотают обиды, боясь, что хуже будет, (заморозили-же зимой больницу, не дав дровишек). Зато в Свердловске хозяин распорядился дать несколько вагонов дров, вкатили во двор больницы и, зная, что нет возможности скоро найти рабочую силу, ищут, хихикая, сколько простоят зря вагоны, — не придется ли больным устраивать субботник!

Жизнь—самый большой фокусник и оставляет она нас частенько с разинутыми ртами лишь потому, что мы не можем даже умозрительно разглядеть явления, продолжительность которых менее $\frac{1}{16}$ секунды. Мои примеры мелочь, но из них вырастает большая беда для здравоохранения и тормозят они пользе рабочих.

Октябрьский пламень в исторической домне переплавил прежнюю суть рабочих дней пролетариата, но многое пришлось влить в старые формы, и это одна из главных причин наших недочетов, ибо форма и содержание неразрывны, и «вся природа есть сплошное тому доказательство» (Энгельс).

ЦК партии это учло, сказав: современные формы не обеспечивают развития дела здравоохранения, но мы знаем и можем убедиться, что масса работников отзывается на это постановление, и блестящий почин на Урале можно иллюстрировать выдержкой из «Уральского Медицинского Журнала» № 1:

«Из бесстрастных наблюдателей, честно выполняющих свои обязанности, мы должны стать горячими пособниками социалистического строительства, стать его активнейшими участниками, скорее переключить нашу сеть и ее деятельность на новые формы, взяв темп окружающей нас жизни».

Опыт привлечения к работе по жилсанназору санитарного актива и советской общественности в г. Перми

П. В. БАШКОВИЧ (Пермь)

К организации здравячеек в г. Перми и Мотовилихи было приступлено в начале 1928 г.: в марте месяце разработано положение о здравячейках и уже во второй половине апреля организовано 60 здравячеек. Особенно трудно было создание здравячеек на окраинах города из-за отсутствия объединения домов в жилищную кооперацию; приходилось проводить поквартальные собрания граждан, на которых и избирать здравячейки. Отсутствие достаточных сил у городской санитарной организации не давало возможности организовать здравячейки на всех окраинах города, но в жактах здравячейки были созданы всюду. В дальнейшем на районных собраниях здравячеек были избраны районные санитарные комиссии и уже из них и ряда общественных организаций была создана городская санитарная комиссия под председательством жилсанврача. По своему составу здравячейки имели 42 проц. рабочих, 35 проц. служащих, 21 проц. домохозяек и 2 проц. кустарей. Естественно, что прежде чем дать возможность здравячейкам приступить к практической деятельности, встала необходимость ликвидировать санитарную неграмотность у членов ячеек, повысить уровень санитарных знаний у них. Для этой цели были организованы курсы при Доме Санитарного Просвещения, посещаемость которых равнялась 80 проц. Таким путем был создан небольшой, приблизительно в 250 человек, санитарно-грамотный актив.

К созданию из среды самого населения санитарного актива настоятельно побуждали в первую очередь недостаточность штата городской санитарной организации и неудовлетворительное санитарное состояние города и как только таковой был создан, он сразу же нашел широкое поле для своей деятельности. Получив установку действовать исключительно методом разъяснения и убеждения здравячейки быстро создали себе необходимый авторитет в глазах населения и явились хорошими помощниками санназору в деле оздоровления города. Наибольшую помощь они оказали при проведении широких кампаний весенней и осенней проверки санитарного состояния города. Быстро изучив санитарные недочеты своего района, здравячейки с большим успехом проводили ряд мероприятий для их ликвидации, при чем значительная заслуга здравячеек в том, что они постоянно будировали внимание населения к этим недочетам и подготавливали почву для проведения санитарной организацией целого ряда основных оздоровительных мероприятий. Так, в Мотовилихе с помощью здравячеек была проведена кампания по самообложению населения, средства которого пошли на благоустройство источников водоснабжения (ключей), что является в Мотовилихе большим вопросом. С помощью здравячеек удалось организовать население для работы по очистке и ремонту колодцев и ключей (единственный вид источников водоснабжения Мотовилихи), при чем очищено и отремонтировано было 35 колодцев и устроено 11 каптажей. Как в Перми, так и в Мотовилихе здравячейки обследовали до 4.000 домовладений. Если здравячейкам не удавалось путем убеждения добиться устранения санитарных недочетов, они обращались за помощью к санврачу, который путем административного воздействия добивался положительных результатов. Таким образом, здравячейки действительно являлись шупальцами санорганизации, а помощь в работе ячейки со стороны санврача укрепляла и усиливала авторитет ячейки. Помимо регулярных массовых обследований домовладений ячейки проделали большую работу по взятию на учет туберку-

лезных больных и через правления жактов добивались улучшения их жилищных условий.

Во время вспышки сыпного тифа зимой 1928 г. здравячейки провели широкую разъяснительную работу по профилактике сыпняка путем бесед при обходе квартир. По заданию саннадзора они взяли на учет все мелкие частные бани, каковые в дальнейшем были использованы с большей нагрузкой, дав возможность разгрузить городскую маломощную коммунальную баню и привести ее в лучшее санитарное состояние. Но здравячейки уже не удовлетворяются разрешением задач, которые перед ними поставлены, перерастают уже в форму массовой общественной организации, активно участвуя в проведении кампании перевыборов советов, работе по охвату неорганизованного населения подпиской на государственные займы и т. п.

Основным стержнем работы здравячеек является и сейчас область жилищно-коммунальной санитарии и, надо сознаться, что подчас здравячейки проводят такие мероприятия, которые не всегда удается провести санврачу. Так, например, здравячейки слободского района г. Перми очень зорко следят за заселением даже частных домов и не допускают переуплотненности и перезаселенности их, несмотря на некоторое сопротивление домовладельцев, стремящихся извлечь возможно больший доход от эксплуатации домов. Необходимо отметить, что ни одно крупное мероприятие, проведенное за этот период санитарным надзором, не прошло мимо здравячеек. Мероприятия по сыпно-тифозной профилактике, вопросы оздоровления города, кампания весенней и осенней массовой проверки санитарного состояния домовладений, тубтрехдневник, издание обязательного постановления о содержании жилищ и домовладений в должном санитарном состоянии и целый ряд других вопросов, как участие здравячеек в проведении культмесячника, дня леса и т. д. — все это предварительно выносилось на обсуждение общих собраний здравячеек и только по обсуждении в дальнейшем проводилось в жизнь. Что опыт создания здравячеек оказался вполне удачным и здравячейки являются жизненными организациями, подтверждает ряд решений президиума городского совета, окружного санитарного совещания и ряда других организаций.

Понятно, что наряду с достижениями в работе здравячеек имеются и недостатки, которые надо отнести за счет отсутствия достаточного врачебного руководства работой ячеек на местах. Естественно, что один жилищно-санитарный врач в городе не может в нужной мере помочь здравячейкам своим руководством, а призыв к врачам через бюро врачсекции о прикреплении к каждой ячейке врача оказался голосом вопиющего в пустыне и, несмотря на принципиальное согласие бюро, провести в жизнь это мероприятие все же не удалось. Приходится сознаться, что врачи, как правило, стремятся уклониться от работы в здравячейках, а это ведет подчас к различным уклонам в работе здравячеек. Здравячейки, правда, в единичном числе применяли в своей работе методы командования и, как печальный курьез, отметим одно выступление здравячейки в качестве эксперта на суде. Надо думать, что мы все же сумеем добиться прикрепления врачей для работы в здравячейках, что еще более улучшит как в качественном, так и в количественном отношении их работу.

Помимо здравячеек к работе по жилищно-санитарному надзору, как опыт, была привлечена и советская общественность весной 1929 г. в Перми в лице депутатов городского совета и женщин-делегаток, с помощью которых проводилась весенняя проверка санитарного состояния домовладений города. Предварительно затрачено было большое количество времени на инструктаж обследователей, разработку, заготовку форм обследования.

Этот первый опыт удался и дал в распоряжение санбюро материал, достаточно ясно обрисовывающий картину санитарного состояния домовладений. Приходится только пожалеть, что обследование не охватило все домовладения города. Учитывая положительные результаты привлечения к работе по жилищно-надзору членов городского совета, что, с одной стороны, ведет к лучшему ознакомлению хозяев города с санитарным состоянием его, с другой, дает возможность большего размаха в работе санитарной организации, мы считаем крайне желательным и в дальнейшем привлекать к своей работе членов горсовета, но по причине перегруженности их возможности в этом направлении весьма ограничены. Что касается привлечения к санитарной работе женщин, делегатов, то привлечь их к массовой работе на основе предварительного инструктажа значительно легче. Работу по выборочному обследованию нового жилищного строительства нам удалось провести совместно с «легкой кавалерией» и активом секции Р.К.И., что также дало положительные результаты, и в настоящее время мы прорабатываем вопрос о еще большем привлечении к своей работе комсомольской организации и предлагаем в дальнейшем при участии комсомола производить «налеты» на отдельные учреждения и организации, что, по нашему мнению, может повести к более быстрой ликвидации санитарных недочетов. И, наконец, последнее наше предложение в направлении втягивания общественности в работу санитарной организации касается большего, нежели в настоящее время, использования общей прессы и, в частности, создания института санкорреспондентов. Эта работа по созданию отрядов «легкой санитарной кавалерии» в помощь жилищному врачу и созданию института «санкоров», хотя бы небольшого, еще больше должны связать санитарную организацию с общественностью и тем самым улучшить и ускорить оздоровление города.

Участием в чистке укрепим профаппарат

КУРОЕДОВ А. Д.

Период коренной реконструкции промышленности и сельского хозяйства при возросших хозяйственных трудностях и обострении классовой борьбы в стране больше чем когда-либо требует от профсоюзов умения быть организаторами рабочих масс на всех участках социалистического строительства.

Профсоюзы должны стать подлинной школой коммунизма, школой управления производством и выполнения этих задач не на словах, а на деле, прежде всего требуют от профсоюзов обращения Президума ВЦСПС «профсоюзы лицом к производству» «крепче связь с массами».

Выполнение этой основной директивы максимального приближения профсоюзов сверху до низу к социалистическому хозяйству — главная задача профсоюзов и на этой основе прежде всего должна происходить перестройка работы профсоюзов.

Профсоюзы должны мобилизовать все силы, всю энергию членов союза и направить их на успешное выполнение пятилетнего плана социалистического переустройства в наиболее короткий срок.

Со всей решительностью, не замазывая своих недочетов, не ссылаясь на объективные условия профсоюзы должны не на словах, а на деле по настоящему повернуться лицом к производству, встать во главе масс и повести их на борьбу с трудностями социалистического строительства. Между тем теперешнее состояние работы профорганизации ни в коей мере не осуществило этой перестройки. Ряд вопросов стоит перед нами.

В достаточной ли степени профорганизации осуществили лозунги «лицом к производству» — осознала ли масса медработников задачи поставленные перед пролетариатом в период социалистического переустройства города и деревни, приступили ли мы к выполнению решений ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян, сумели ли наши профорганизации так перестроить свою работу, чтобы по настоящему возглавить и руководить подъемом и активностью массы медработников, организовано ли нами добровольчество во всей системе работы профсоюзных организаций, каковы результаты развертывания социалистического соревнования и ударничества, являющихся одной из форм действительного участия медработников в деле улучшения работы наших лечебно-санитарных учреждений. На все эти коренные вопросы нашей работы в реконструктивный период нужно совершенно ясно ответить, что до сего времени сделано очень мало. Перестройка работы в большинстве организаций идет чрезвычайно медленным темпом, еще много инертности, обломовщины, недопустимой медлительности в профсоюзном аппарате.

Масса медработников еще недостаточно вовлечена в общественную работу, добровольчество почти отсутствует, об ударничестве некоторые организации имеют только смутное представление. Отсюда основная задача поворот «лицом к производству» осуществляется чрезвычайно медленно, союзные организации, занимаясь иногда деляческими вопросами, забывают об основном, не умею правильно организовать обслуживание медпомощью рабочего класса, устранив недочеты, мешающие нормальной работе лечебно-санитарных учреждений. Необходимо мобилизовать внимание членов союза и их инициативу, их энергию направить в сторону лучшей организации дела здравоохранения в соответствии с постановлением ЦК ВКП(б) о медобслуживании рабочих и крестьян.

Наш основной вывод — перестройка союзных организаций идет крайне медленным темпом. Аппараты профсоюзных организаций еще не перешли на новые темпы работы, необходимые профсоюзам в реконструктивный период.

В профсоюзном аппарате призванном обслуживать массы членов союза есть элементы бюрократизма, грубости, невнимательного отношения к нуждам и запросам членов союза, проявления оппортунизма, неповоротливости и косности; такие явления в профсоюзном аппарате совершенно не терпимы.

В целях очищения профсоюзного аппарата от бюрократов, людей, чуждых рабочему классу не понимающих задач рабочего класса, в целях создания такого аппарата профсоюзных организаций, который обеспечил бы своевременное и правильное выполнение задач поставленных коммунистической партией. Президиум Уралпрофсовета постановил просить Обл. КК—РКИ провести чистку всего профсоюзного аппарата и в первую очередь Уралпрофсовета и Областных Комитетов Союза.

Обл. КК-РКИ для чистки профаппарата создана специальная комиссия, которая уже приступила к работе. В первую очередь намечены к чистке аппараты Уралпрофсовета, Обкома Союза Metallистов, Горняков, Строителей и Дорпрофсоюз, по окончании чистки аппаратов этих союзов будет приступлено к чистке аппарата Областного Комитета нашего союза. В связи с этим Президиум Областного Комитета обращается ко всем членам союза, ко всем союзным организациям с просьбой развернуть широкую разъяснительную работу вокруг вопросов чистки профсоюзных аппаратов. Не должно быть ни одного лечебно-санит., ветеринарного и аптечного учреждения, где бы не была проведена работа по разъяснению постановления ВЦСПС и Уралпрофсовета о чистке профаппарата. Нужно широко использовать все газеты местную печать, собрания и беседы с членами союза, освещаая вопрос о чистке, о перестройке работы, посвятить этим вопросам массовые мероприятия в клубе, красном уголке, выпустить плакаты и лозунги, разъясняющие значение и задачи чистки.

Каждый член союза должен принять непосредственное участие в чистке, посылая в областную комиссию по чистке материалы о недостатках работы аппарата Областного Комитета и Уралпрофсовета, материалы характеризующие бюрократическое поведение отдельных работников этих организаций. Многие члены союза могут сообщить о том, как их встречают и относятся к ним сотрудники профсоюзного аппарата, как своевременно отвечают на их запросы, письма, заявления т. д. Любой член союза может многое сообщить и рассказать о работе своего союзного органа, нужно только уметь правильно организовать и поднять активность масс членов союза вокруг чистки союзного аппарата.

Чем больше и активнее члены профсоюза будут принимать участие в проверке и чистке профаппарата, тем успешнее будет осуществлена задача оздоровления работы профсоюзных организаций.

Разоблачайте лиц, которым не место в профсоюзном аппарате, выявляйте ненормальности в работе профорганизаций; поможем очистить профсоюзный аппарат от бюрократов и волокитечиков, поможем профсоюзам перестроить их работу!

К вопросу о новом учебном плане („лицом к производству“)

Прф. ШУМКОВ Г. Е.

На совещании профессоров и преподавателей 11-III — 1930 г. был доложен новый учебный план преподавания дисциплин Медфака с сокращением времени с 5 лет на 4 года.

Не разделяя взгляда как на общий план конструкции, так и в части т. н. психологических и психиатрических дисциплин, считаю совершенно необходимым вывить свои замечания в настоящей статье.

В чтении учебного плана и распределении предметов по курсам как в их числе, так и в объеме, не было оглашено декларативного вступления, указывающего на принципиальные установки при составлении плана. Такое отсутствие мне право предположить: 1) что новых принципиальных установок при составлении плана не имелось; 2) план составлен в порядке механического подхода — путем сжатия дисциплин без учета по содержанию программ внутренней значимости; 3) вследствие этого в плане, повидимому, нашел отражение удельный вес лиц, возглавляющих ту или иную дисциплину; 4) в конструкции плана отсутствует советская установка на изучение человека, как деятеля, как составной части производительных сил; 5) в полной мере нашла отражение прежняя реакционная точка зрения на тело и «душу», как две составные и различные части человеческого организма и при чем своеобразно: изучению тела посвящены все дисциплины всех курсов Медфака, а «психо» изгоняется. Психологическим и психиатрическим дисциплинам (курсе психиатрии) отвели лишь VIII семестр.

I. Принципиальные установки на Медфак

Что такое Медфак прежде и теперь?

1. Медфак прежде — Это цикл наук, изучающих средства и способы наилучшего лечения человека. В этом его самодовлеющая значимость и самобытность. Подготовка врачей — подготовка наилучших лечебников: терапевтов, хирургов, кожных, акушеров, психиатров и т. д. Мировоззрение врача безразлично: материалистическое, идеалистическое, или теократическое, лишь бы

он, врач, был знатоком своего лечебного дела; еще лучше, если он углубленный знаток какой-либо специальности.

2. Мед ф а к т е п е р ь — это цикл наук, изучающих человека, как трудового деятеля, и причин, понижающих и повышающих его трудоспособность.

Теперь уже не одно лечение, но и профилактика, правильное воспитание или педагогика, изучение человека в трудовом процессе и т. п.

Не только профилактика, но и использование сил и средств окружающей среды и самого человека, как факторов, повышающих работоспособность человека. Медфак уже не самодовлеющая величина и значимость; Медфак есть составная часть той великой плановой организации государственного порядка, которая называется социалистическим строительством.

Вся установка предметов Медфака должна быть построена по принципу — лозунг «лицом к производству» — наилучшее выявление и ремонт человека «деятеля», как составной части производительных сил.

Подготовка врачей — подготовка и профилактиков, и лечебников, и воспитателей общества и активных деятелей, участвующих в процессе повышения трудоспособности общественного человека.

Мировоззрение врачей не безразлично: они должны быть диалектически мыслящими, понимающими явления окружающей природы и строение человека, как деятеля в закономерных соотношениях с явлениями среды, могущих понимать структуру личности и поведения человека в естественно-научном подходе; они должны быть общественными деятелями и проводниками материалистического миропонимания среди трудовых масс в противовес прежнему реакционному миропониманию.

II. Практическая установка на основе принципиальной

Принципиальная установка разъясняет практические шаги для конструкции учебного плана.

Первые два года, как было и раньше, — естественно — научный подход к изучению норм человека желательно и нужно расширить изучением как телесной структуры, так и структуры личности и поведения в материалистическом подходе.

III и IV курсы, собственно медицинские, на основе знаний I и II курсов изучают профилактику, лечение, воспитание, трудовой процесс и др. науки, выявляющие причины понижения трудоспособности и борьбы с ними.

Доминирующее значение науки о личности и поведении

1. Приняв за установку I и II курсов изучение норм телесной структуры и структуры личности человека и поведения его в едином материалистическо-материалистическом подходе и сравнивая прежний Медфак с новой установкой, мы отмечаем крупнейшее расхождение. Прежний Медфак изучал морфологию и физиологию тела человека и игнорировал конструкцию личности и поведения.

Теперь основной удар должен быть сделан на конструкцию личности и поведения и второй на морфологию и физиологию человека. И это верно — структура личности и поведения как индивидуальная, так и социальная в био-социальном подходе с установкой на диалектический материализм должна занять доминирующее положение.

2. Помилуйте, скажут противники, вы под видом био-социальной структуры личности собираетесь в рамки дисциплины Медфака втиснуть идеалистическую психологию с ее структурой по сознанию в форме: ума, чувства и воли и таким образом, понижая материальную установку на тело человека, закрепить

позицию «души», имеющей по креационной теории божественное происхождение (т. е. в более простом выражении «поповщину»).

3. Таких ревнителей материализма могу успокоить. Изучать тело — не значит быть материалистом, а, изучая поведение человека, быть идеалистом. Установка на тело, как что-то отличное от души и «души», как что-то особенное от тела — есть недоразумение прошлого. В настоящее время признаются (диалектическим материализмом) «все душевные акты» материальными, а тело и «душа» представляют неразрывное, организованное целое (монизм). Это целое, био-социальное существо — человек-деятель в своем биологическом развитии и существовании изучается плодотворно, как и все естественные науки, в свете эволюционной теории, а социо-генез также эволюционным методом диалектического материализма.

Личность и поведение человека теперь — это не «душа», а естественная закономерность био-социальной приспособленности человека в окружающей среде материальной и общественной. (Не только приспособляемости, но и приспособленности. Ред.).

Такая наука недавно народилась, читается в нашем Медфаке мною в качестве факультативного курса и носит название «Эволюционной персоно-рефлексологии» (Студ. Изд. Перм. Ун-та, 1927 г.)

4. Будет ли удержано для дисциплины, изучающей закономерность био-социальной приспособляемости человека к окружающей среде, наименование «Основы эволюционной персоно-рефлексологии» или просто «персонология», будет ли предложено другое название, например, «наука о поведении социального человека», или еще иные названия, — дело не переменится. Такая наука на Медфаке нужна и она должна занять доминирующее — стержневое значение, на которой в следующих курсах будут базироваться другие науки: педология (ОЗД), педагогика, социальная гигиена, т. н. психо-техника, психиатрия с под-отделами, психо-неврозы, детская дефектология, судебно-психиатрическая экспертиза и др., как в настоящее время на анатомии и физиологии базируются: внутренние, хирургические, гинекологические, глазные, ушные и др. болезни.

Диалектический материализм на Медфаке

1. Наиболее стержневой наукой является диалектический материализм. В нашей установке о приспособляющемся свойстве человека в окружающей среде диалектический материализм есть форма дальнейшего мирового приспособления к явлениям природы в целом. Мы не можем жить без приспособляемости к окружающей среде: диалектический материализм в своем высшем синтезе углубляет человеческую приспособляемость к мировым явлениям в целом.

Диалектический материализм и эволюционный био-социогенез человека находятся в близких, интимных отношениях. Диалектика углубляет понимание био-социо-генеза, с одной стороны, с другой — она сама является зависимой величиной от структурных свойств личности человека. Диалектика опирается на теорию познания, а познание есть функция самого человека в форме углубленного выявления свойств человеческой приспособляемости.

Таким образом диалектический материализм не только не заменяет науки о структуре личности, как био-социального существа, но еще и сам нуждается в выяснении той материальной базы, из которой он исходит и функцию которого он сам выявляет.

*) Программа эволюционной персоно-рефлексологии мною разработана и в сокращенном виде приложена, как введение в курс психиатрии, под именем „Нормальная персонология“.

2. Преподавание диалектического материализма на Медфаке не должно носить вербально (словесно) материалистического подхода. Оно должно быть связано с естественными науками в структурно-материалистическом подходе. В частности в структуре личности и поведения нельзя ограничиться словесной диалектикой, она должна быть связана структурно с общим планом построения человека в био-социо-генезе, объясняя в естественно-научном подходе все функции человеческого организма в целом и частях, особенно в т. н. «психических явлениях: ума, чувства и воли». Иначе, вырабатывается в будущих медиках странное свойство двуличия или дуализма. Будущий медик в обществе, на словах диалектик, а на дому, в интимном кругу—идеалист. Постоянно чувствуя в себе «внутренние переживания» и переживаниями делясь с другими, вспоминает «святую троицу» (ума, чувства и воли), имеющую свое объяснение в «креационной теории мироздания». И только эволюционно-структурное понимание свойств человека даже во внутренних переживаниях в естественно-научном подходе поможет изгнать принцип души с ее «креационной троицей» из внутренних углов человеческого организма.

В виду руководящей роли профессора диалектического материализма на Медфаке, желательно, чтобы лицо, возглавляющее эту дисциплину, было лицом с естественно-научным и врачебным образованием, чтобы преподавание велось на языке народа, которому он излагает свою дисциплину, т. е. на языке естествознания. А так-как объективная диалектика есть та-же эволюционная теория об общих явлениях и законах всего мира: неорганического, биологического и социального, регистрированная лишь диалектическим методом, диалектик по сущности есть тот-же естествовед; поэтому и желательно, чтобы он с вышней установочно-диалектической точки зрения чувствовал недочеты в каждой естественной дисциплине Медфака и в случае был-бы компетентным руководителем в их направлении.

Недочеты I—II курсов Медфака

Имея назначение дать целостное знание о нормальном человеке: 1) со стороны тела, 2) со стороны структуры личности и поведения и 3) со стороны идейного вооружения диалектическим материализмом, мы видим, что эти требования Медфаком не достигаются. Переходя на 3—4 курс, медик выходит наполовину обученным. Выражаясь образно, он выходит с одним глазом, ухом, рукой и ногой; выходит с оружием и... без оружия. И, конечно, такой калека не может плодотворно проходить дисциплин 3—4 курсов. Поэтому мы считаем основным назначением I—II курсов вооружить будущих врачей полностью знаниями о нормах и законах строения человека, стоящего «лицом к производству», как основной части производительной силы в социалистическом строительстве.

Задачи III и IV курсов

III и IV курсы — собственно медицинские: здесь в патологических нарушениях функций структуры личности и соматической конструкции человека выявляются причины понижения трудоспособности человека (болезни), профилактика и лечение.

На основе патологической анатомии и физиологии проходят болезни: внутренние, хирургические, женские, глазные, ушные, кожные и т. п.

Другие дисциплины: педология, педагогика и т. н. психо-физиология труда с психо-техникой, социальная гигиена, психоневрозы, детская дефектология, патология труда, психиатрия собственно и др. — требуют обоснований в науке

о патологических нарушениях структуры личности, понимаемой в форме анатомических и физиологических нарушений.

По примеру соматической части требуется обоснование курсов: 1) патолого-анатомических, 2) патолого-физиологических нарушений структуры личности. Без патологической анатомии и физиологии личности человека дисциплины, базирующиеся на ней, не будут иметь реально углубленной подготовки. Препятствие в том, что в цикле современных наук о личности и поведении таких дисциплин нет, но они должны быть и могут быть успешно организованы, как показывают начальные шаги данного направления в заведомой мною клинике, а частично намеченные и в представляемой мною в курсе психиатрии программе под именем «Патологической персонологии».

О курсах, базирующихся на персонологии или науке о личности

Большая часть наук, базирующихся на персонологии, носит название, имеющее обязательную приставку «психо»: психо-физиология труда, психо-техника, психо-неврозы, психиатрия, психогигиена и т. п. И, кажется, что без этой прибавки и назвать предмет нельзя.

Культурный поход за материалистическое мировоззрение требует и материалистического понимания «души», как области материальной закономерности.

А раз «душа» имеет материальную естественно-научную закономерность, то и самый принцип «души», как области, не подчиняющейся материальной закономерности, нам не нужен. На подобие закрывающихся церквей и замены их культурными учреждениями требуется закрыть и слово «психо» и заменить его другим, более соответствующим. Где «психо», там и «душа»; где душа, — там бог и его ставленник на земле — жрец или поп. Последовательное материалистическое мышление не мирится на этом, ибо с самим фактом сохранения слова «психо» сохраняются и все исторически окрепшие связи и понятия.

В этих целях я не упоминал о психологии, заменяя более научным в материалистическом подходе словом персонология или учение о структуре личности, как о био-социальной приспособляемости к условиям окружающей среды. Психиатрия нами называется, как персонотрипия или персоно-терапия болезней патологической приспособляемости.

Думаю, что и другие отрасли знаний могут быть названы без приставки «психо» и без ущерба содержанию предмета.

При введении в учебный план преподавания на Медфаках с выдержанным естественно-научным подходом и материалистическим миропониманием, дисциплины с приставкой «психо» будут материалистической непоследовательностью в борьбе с дуалистической идеологией и с креационной теорией мироздания.

Желательность об'единения вновь вводимых дисциплин

В целях сокращения времени, придания некоторым дисциплинам внутренней связи, последовательности и выдержанности, предположено преподающиеся дисциплины — диагностику, факультетскую и госпитальную клинику (терапевтическую и хирургическую) об'единить, дабы студенты прошли эти предметы под одним строго выдержанным идейным руководством одного преподавателя, ответственного за данное проведение. Такую идею желательно приветствовать. Но собрание II-III, высказавшись за вышеприведенное об'единение, к другим дисциплинам встало на совершенно противоположную точку зрения.

Педология нормальная и патологическая должна быть единой целостной наукой. Теперь же она рассыпана: часть — социальная гигиена, часть педиатрия, часть физическая дефектология (ушная, глазная), часть невроперсональная под

моим ведением. Такое раздробление пользы не дает. Нет объединения, нет единого руководства, нет личной ответственности за целостное проведение дисциплины.

Алкоголизм и борьба с ним. Дисциплина с давних времен разрабатывается психиатрами и ими же ведется идейная борьба. Теперь же она частично преподается: фармакологом, патологоанатомом, терапевтом, соц-гигиенистом и психиатром, под руководством которого проходит и лечение. Такое распыление не дает целостности подхода и безусловно вредно.

Наука о воспитании базируется на структурном понимании личности в ее нормальном и патологическом состоянии и средств и способов педагогического воздействия на личность, понимаемых в естественно-научном подходе. Как будто по содержанию она должна быть областью т. н. психиатров (естественников). Теперь же она есть область гигиениста (гигиена воспитания). Нужно думать, что наука в целом одной гигиеной не охватывается.

Персоно-психиатрия, или т. н. психиатрия в настоящее время совершенно изменила свое содержание. Из науки психолого-философской она преобразовалась во всецело в естественно-научную дисциплину.

Естественно-научный подход требует более углубленной проработки, требует и необходимого для этого время. Понимаемое многими толкование психиатрии, как надстройки над нервными болезнями и отсюда для нервных болезней относительная полнота часов преподавания и практической проработки, для психиатрии же отчаянная скудость и сокращение до $\frac{1}{2}$ семестрового преподавания — не отвечает существу предмета.

Персоно-психиатрия — дисциплина о нарушении поведения, — есть наука о болезнях и лечении всего организма в целом. Это особая область, широко соприкасающаяся со всей медициной и в то же время имеющая свои определенные задачи, справиться с которыми в продолжение 1 семестра, вернее одной $\frac{1}{2}$ семестра, никак нельзя.

Поэтому расширение курса персоно-психиатрии требует минимум годового курса в 2-х семестрах IV курса, а в новом, выявленном мною в настоящей записке принципиальной установке подходе основы нормальной персонологии должны преподаваться на 2 курсе, а патологической и а 3-м курсе, и лишь курсе персоно-психиатрии (или т. н. психиатрии) на IV курсе и тоже в продолжение не менее года на VII — VIII семестрах.

В этом смысле мною сделано предложение плановой комиссии пересмотреть вопрос о «науках по поведению» и отвести для курса психиатрии собственно часы занятий в VII и VIII семестрах. Программа курса мною представлена в новом естественно-научном подходе.

Основное и существенное в преподавании

Изложенные в настоящей записке взгляды влекут расширение и увеличение новых дисциплин. Само собой разумеется, это потребует добавочного времени и со старым масштабом подхода к преподаваемым дисциплинам они уложиться в 4-х летний курс не могут.

Директива 4 года на высшее медицинское образование побуждает вновь пересмотреть предметы преподавания, определить их научную значимость, изменить систему преподавания новыми, наиболее продуктивными методами преподавания, выделить из наук основное и существенное и таким образом сократить дисциплины в намечаемые 4 года.

Для этого нужно не забывать основную установку Медфака дать хорошо подготовленного районного врача, т. е. дать врача, подготовленного для районной работы, могущего найтись в сложной работе без всякого или при ограниченном

числе медицинского инструментария. Там не будет сложных химических лабораторий, не будет тонкостей микроскопического исследования, не будет тонкостей хирургических операций, тонкого микроскопического анализа крови и т. п. Подготавливаемому врачу нужно дать все основное и существенное, памятуя об его будущей районной работе, и по возможности избегая всяких тонкостей лабораторного анализа, поглощающего массу времени подготавливающегося врача. Ему должны быть даны основные принципы лабораторных исследований, а погружение в специализацию — дело врачей-специалистов. Врач много-специалист со студенческой скамьи — дело трудное и недостижимое.

К вопросу о методах преподавания

Всеми безоговорочно признается преимущество клинического метода над лабораторным. Лабораторный метод есть лишь подобная часть клинического. Но, если присмотреться к фактическому ходу преподавания, то мы увидим пренебрежение клиническим (безинструментарным) методом и полное погружение в лабораторию, в научно-исследовательскую часть.

Так-как работа районных врачей будет протекать в условиях клинического опыта, мы и выдвигаем необходимость всемерного развития и совершенствования в будущих врачах клинического метода.

В настоящие дни культивируют различные методы преподавания и особенно: семинарский, параллельный, активный, смешанный, лекционно-семинарский и др. В реальном подходе преобладает тот или иной. Где истина? Одни хвалят один, другие другой, третьи смешанный.

Оказывается, в руках того или другого преподавателя лучше всего свой метод, отвечающий искусству преподавателя. Хороший, опытный педагог даст хорошие результаты с простым методом, а неопытного преподавателя вооружит хотя бы и самым совершенным методом, продуктивности в преподавании не получит.

Дело оказывается не в методе, а дело в искусстве преподавания, когда педагог-преподаватель, считаясь с наличием сил учащихся, может дать им максимум сведений.

И вот теперь, когда, повидимому, от механического способа преподавания тем или другим методом переходят к динамике способностей учащихся и к динамике педагогического искусства преподавателя, можно указать на способ, многими практикующийся, но еще недостаточно осознанный.

Метод наслоения и систематизации знаний

Метод наслоения и систематизации знаний состоит в постепенном наслоении и систематизации медицинских знаний. Например, приобретаются основные знания по анатомии и в связи с ней гистологии. Физиология отрабатывается не как отвлеченная наука, а с предварительным обоснованием на данных анатомии и гистологии в их непосредственной связи. Далее идет патологическая анатомия. На новом оживлении нормальной анатомии и физиологии связывается и систематизируется патологическая анатомия с патологической физиологией. Клиника, скажем, внутренних болезней рассматривает формы заболевания, оживляя анатомию и физиологию, патологическую анатомию и патологическую физиологию, давая конкретные клинические картины заболеваний на фоне поражения тех или иных внутренних органов.

Таким образом, многократным повторением (матерью студенческих знаний) основные данные запоминаются, запоминаются в постепенном наслоении

знаний и, будучи преподааны в строгой системе, прочно запоминаются, как связанное, целостное знание.

Клинический метод, как метод без инструментального подхода, получит свою культуру, а лабораторный постольку, поскольку служит подкреплением систематизированного знания.

В хирургии и других областях, быть может, отпадут сложные, поражающие и удивляющие операции, но беда небольшая, зато прочнее укрепится ходо-вая малая хирургия. Дело специализации — дело врачей специалистов. Основная же задача Медфака обще-медицинское образование и оно должно преследовать не фельдшеризм, как бессистемное нагромождение практических навыков, а в процессе преподавания должно привить общую медицинскую философию, структурно обоснованную пройденным материалом, идя от наблюдаемых фактов путем индукции к синтезу, и от синтеза путем дедукции к наблюдаемым явлениям в диалектической интерпретации. Привитие медикам медицинской натур-философии основная задача и отличие врача от фельдшера. Правда, такой метод преподавания потребует от специалистов преподавателей выработки своей специальной натур-философии и отказа от абстрактного или оторванного преподавания дисциплины, как науки *sui generis*. Но преодолеть это в целях плодотворности обучения нужно.

В ы в о д ы

1. Принципиальная установка на задачи Медфака диктуется планом социалистического строительства, как составной части в общей плановой организации с лозунгом «лицом к производству».

2. Плановая установка дает руководящую нить к пониманию медицинского образования в процессе практического подхода и к распределению намечаемых дисциплин по курсам.

3. Дуалистическое направление на Медфаке с изучением тела человека и полного пренебрежения изучением поведения, как неправильное, нуждается в исправлении. Человек должен быть изучаем монистически и со стороны тела, и со стороны поведения, как проявления единого сложно-организованного существа.

4. Построение дисциплин на курсах I и II, изучающих нормы построения и функций человека, должно базироваться на доминирующем подходе к дисциплинам о поведении человека в естественно-научном подходе, как эволюционно развивающегося био-социального существа.

5. Эволюционное учение о личности с естественным объяснением внешнего поведения и «наши внутренние переживания: ума, чувства, воли» должно объяснить естественно-научным путем, ведя успешную борьбу с креационной теорией о происхождении «души» от бога.

6. Диалектический материализм, как идейное вооружение будущих врачей, должен быть увязан с эволюционным учением о личности, базируясь на ее свойствах, как своей биологической базе, в форме био-социального приспособления к явлениям космического мира вообще.

7. Для полноты учения о личности и основательной проработки его дисциплины, ее изучающие, нужно рассматривать как естественно-биологические с подразделением на анатомию и психо-физиологию личности и поведения, на пато-анатомию и пато-психо-физиологию и собственно клинику заболеваний личности (бв. психиатрию).

8. Дисциплины, базирующиеся на учении о личности, а прежде на психологии, и до сего времени носящие название с прибавкой «психо», должны быть заменены новым более правильным и точным названием, ибо словесное удержива-

ние «психо» невольно влечет нас к прежнему креационному мировоззрению в ущерб материалистическому подходу.

9. Педология и нервно-психическая дефективность, психо-техника и психо-физиология труда, педагогика (с отделом социального воспитания), алкоголизм и борьба с ним — для углубленно-правильной проработки их должны быть выделены в отдельные, самостоятельные дисциплины.

10. Кажущееся удлинение срока обучения введением новых дисциплин должно быть компенсировано:

а) проработкой всех дисциплин Медфака с точки зрения принципиальной установки,

б) определением удельного веса каждой дисциплины со стороны внутренней значимости и согласно значимости определения числа часов проработки;

в) сокращением подробностей в дисциплинах с выдвиганием основного и существенного;

г) удержанием основного направления на общую подготовку врачей для районной или заводской деятельности (при возможном отсутствии медицинского инструментария и ограниченности фармакологических средств);

д) культурой клинического метода, как метода безинструментального исследования;

е) использованием наиболее продуктивных методов преподавания и особенно вновь выдвигаемого (мною) метода — метода наложения и систематизации знаний.

11. Медфаковское образование должно быть понимаемо как общемедицинское, без погружения в специализацию и должно преследовать цель привить слушателям обще-медицинскую натур- философию, отличающую образованного врача от фельдшера.

12. Выработка кадров врачей-специалистов по тем или иным дисциплинам есть особая задача деятельности Медфака.

О т р е д а к ц и и.

Проф. Шумков поставил чрезвычайно важный вопрос, попытавшись разорвать его с точки зрения диалектико-материалистического миропонимания. Редакция не соглашается с отдельными положениями автора, но считает очень желательным на страницах «Ур. Мед. Журнала» развернуть дискуссию по вопросам, поднятым проф. Шумковым, и обращается к работникам науки с просьбой высказаться по этим вопросам.

К методике исследования сердечно-сосудистой области у физкультурников

Профессор Н. И. ШВАРЦ

Из Научной Консультации при Госуд. Инст. Физическ. Образов. им. Лесгафта и пропед. терапев. клиники Перм. Госуд. Университ.)

„Разработка вопросов о физкультуре, как лечебном факторе, только еще начинается, нащупываются лишь первые этапы долгого и благородного пути“

Н. А. Семашко

Физическая культура получила громадное распространение среди населения и стремится *ad maximum* к развитию функций организма, к оздоровлению трудящихся, к укреплению их жизненных сил, к созданию мощного кадра строителей социалистического общества. Но не только в этом заключается ценность физкультуры, теперь уже самую жизнь выдвигается необходимость лечить физической культурой различные недомогания и болезни организма.

Прав был, поэтому д-р Б. Я. Шимшелевич¹⁾ говоря, что «физические упражнения за последнее время завоевали себе в лечебных учреждениях определенное место в ряду прочих терапевтических факторов». Действительно, «лечебная физкультура» (Б. Я. Шимшелевич) все больше и больше проникает во врачебный, даже клинический обиход²⁾. Известно, например, лечение некоторых заболеваний нервной системы физическими упражнениями (В. М. Верзиков, В. К. Хорошко, Fränkel, Förster и др.), цандеровская гимнастика при болезнях органов движения, *terrain cur* и пр. при болезнях органов кровообращения (Плетнев, Oertel и др.), Приступы грудной жабы, наступающие у некоторых так часто при начале физических упражнений, иногда проходят после целого ряда движений (Lambert³⁾, Wenckebach⁴⁾). Известен факт отсутствия грудной жабы у лиц, занимающихся физическим трудом. наоборот, частая причина смерти от грудной жабы у работников умственного труда зависит от сидячего и малоподвижного образа жизни, нарушающего обмен веществ (В. И. Разумовский). Происходит ли это от поступления в кровь во время мышечной работы какого либо антиспазматического вещества, какого то мышечного

¹⁾ Теория и практика физкультуры 1928, № 1 стр. 26.

²⁾ Советская медицина и физкультура. Стр. 5.

³⁾ Amer. Heart. I. № 1, V, II. 1926.

⁴⁾ W. ke. W. 1928, № 1.

гормона, который препятствует спазму сердечной мышцы и коронарных артерий, как это полагают Я. С. Шварцман¹⁾ Шапошников²⁾ или от какой либо другой причины, но факт тот, что соответственно дозированными физическими упражнениями можно устранить resp. лечить приступы грудной жабы. Болезни органов дыхания, в том числе туберкулез с давних времен лечатся физическими упражнениями (Tagtmeier³⁾). При болезнях обмена, эндокринной системы и проч. органов заслуженно с прекрасными результатами пользуются физической культурой (Fallieu-Mathieu, Bouchard⁴⁾ Leven⁵⁾, В. Я. Разумовский⁶⁾ и мн. другие.). Таким образом как бы намечаются два пути для физической культуры: путь профилактический и путь лечебный.

Современный врач стремится быть биологом. Он интересуется не только одними патологическими изменениями в органах, а, главным образом, изучением функциональных нарушений.

Врач стремится выяснить у всякого человека, а тем более у человека, занимающегося тем или иным видом физического упражнения, резервные силы того или иного органа, в частности сердца, «не наступает ли экономический кризис этих сил».

Между профилактикой и изучением функций органа, таким образом, существует тесная и неразрывная связь.

И естественно, что изучающего влияние физупражнений на организм должно прежде всего интересоваться изучение функций сердечно-сосудистой области при этих упражнениях. При этом т. к. сердце обычно, как правило, достигает предела своей работоспособности раньше, чем мускулатура скелета, установление предела функциональной мощности сердца является определением способности человека к труду (Bainbridge⁷⁾). Точное определение и знакомство с функцией сердца, с функциональной его патологией является подспорьем и для рациональной терапии. Патолого-анатомические же изменения в сердце интересуют нас здесь постольку, поскольку они отражаются на его функции и поскольку применение для лечебных целей физических упражнений может влиять на функцию аппарата кровообращения.

С другой стороны, Е. Краег⁸⁾ говорит, что иногда бывает невозможно провести грань между органическими и функциональными заболеваниями сердца. Нередко расстройство в аппарате кровообращения происходит из за нарушений не в самом сердце, а в каких-либо отдаленных участках этого аппарата. Ведь сердце является лишь только частью аппарата кровообращения, и кровообращение есть сумма работы сердца и сосудов, т. е. работы и центрального и периферического сердца. Между тем когда изучают аппарат кровообращения, то нередко все внимание направляют на центральное сердце, оставляя в стороне сосуды.

Отсюда возникает необходимость при изучении влияния физического упражнения на аппарат кровообращения применить такую методику, которая показывала бы отклонение в функции не только самого сердца, но и других, связанных с ним участков кровообращения в сосудах. Целью нашей работы является желание приложить методику исследования сердечно-сосудистой области, которую мы применяем в нашем клиническом обиходе больше 10 лет и

¹⁾ Клинич. Медич. 1928, № 10, стр. 1233.

²⁾ Врачебн. Обозрение. 1912.

³⁾ Beitr. z. kl. d. Tuberculose 66.

⁴⁾ Press Medic. 1927, № 76.

⁵⁾ Acad. de Medic. 1925.

⁶⁾ Клини. Мед. 1928, № 10, стр. 566 и «Теория и Практ. Физич. Культ.», 1927, № 6, стр. 3.

⁷⁾ Physiology of muscular exercise.

⁸⁾ См. Е. А. Черников. Труды I Всеукраинск. с'езда терап. 1928, стр. 112.

которая дает нам ответ на все поставленные выше вопросы. Применявшаяся до сих пор методика как будто бы и исчерпывающего ответа на все отклонения в аппарате кровообращения, наблюдаемые при физупражнениях не давала. Только недостаточной точностью методики и надо, вероятно, объяснить то противоречие, которое наблюдалось у многих исследователей аппарата кровообращения при физупражнениях.

Так некоторые авторы (В. А. Блях, Н. Е. Тесленко ¹⁾ и др.) считают показателями работы сердечно-сосудистой системы определение пульса и кровяного давления. Эти авторы считают, что величина пульса максимального и минимального давления и *pulsdruck* для одного и того же субъекта есть величина постоянная. Между тем работами (1928 г.) из клиники проф. Д. Д. Плетнева установлено, что у здорового человека максимальное систолическое давление может колебаться в течение дня в пределах до 20 mm. Hg, а у больного даже до 40 mm. Hg. и что на основании только определения Мх., Мп., Рд. поэтому нельзя в таком виде, как применяют авторы, судить о силе сердца и о влиянии физического упражнения на аппарат кровообращения.

Далее, размеры сердца в различных случаях при одном и том же виде физупражнения то расширяются, то суживаются, в зависимости от длительности упражнения. Так, при беге, например, по одним авторам (Ф. Дейч и Э. Кауф ²⁾ размеры сердца не менялись в зависимости от длины пробега, по другим (Herxheimer, Шабашев ³⁾, получаются обратные явления. По данным Brandeis ⁴⁾, после бега наблюдалось уменьшение сердечной тени на рентгене, а иногда увеличение. Здесь отчетливо выступает противоречие авторов. Проф. В. Ф. Зеленин ⁵⁾ склонен объяснить уменьшение размеров сердца при кратковременном напряжении вовлечением в действие п. *acceler.*, а при длительном тренировкой п. *vagus*'а. Это объяснение пока является еще гипотетическим и требует дальнейшей проверки. Нам кажется гораздо проще эти случаи объяснить различным участием в данной работе центрального и периферического сердца.

Выслушивание сердца и появление шума у верхушки при том или ином спортивном упражнении трактуется одними, как физиологическое явление (Дейч, Кауф, Шабашев ⁶⁾), другими М. В. Яновский ⁷⁾, Д. Д. Плетнев, Н. И. Шварц), как патологическое состояние сердца. Брадикардии и аритмии, по тем же авторам (Дейч, Кауф) «не имеют решающего значения в диагностике заболеваний сердечной мышцы», а другие (Шабашев, Шварц и др.) это отрицают.

То же самое обстоит и с кровяным давлением. В одних случаях оно после физического упражнения повышается, в других понижается. Один раз случаи с пониженным давлением дают аритмии, мягкий пульс и пр. расстройства компенсации, в другой раз те же явления наблюдаются при случаях с повышенным кровяным давлением. По данным Цымковского кровяное давление под влиянием бега у большинства повышалось, у меньшинства падало. Maximovitch и Rieder при дозированной работе на эргостате Gärtnera получили разноречивые результаты. Butterman, Masino, Krone Kesslino, Горбачев Мориц, Иванов при восхождении на гору получали повышение кровяного давления. Наоборот Gärtner, Schüle, Huber и др. получали падение кровяного давления.

Чем же объясняются подобные противоречия? Имеют ли здесь место ошибки при исследованиях или различные результаты получаются от того, что здесь

1) Теория и практика физкульт. 1928 г., стр. 27, № 1.

2) Спорт и сердце. 1926 г.

3) Теория и практика физкульт., 1927, № 3, стр. 76.

4) Munch. med. Woch. 1926 г.

5) Спорт и сердце. Теория и практ. физкульт., 1928 г., № 1, стр. 13.

6) Ibid.

7) Диагностика. 1928 г.

7) Физкультура и клиника, 1928 г., Изд. Моск. здравотдела.

не в одинаковой мере принимало участие сердце и сосуды? Нам кажется, подобные разногласия кроются не в ошибках при работе у исследователей, а в принципиально различном подходе к вопросам гемодинамики и в применении такой методики, которая, по нашим понятиям, не могла дать истинного представления о состоянии органов кровообращения при различных видах физической культуры.

Но прежде чем перейти к рассмотрению предлагаемой методики исследования сердечно-сосудистой области, мы считаем своим долгом вкратце коснуться современного взгляда на механизм кровообращения. Это важно по той причине, поскольку эта теория просто объясняет все явления, наблюдаемые в аппарате кровообращения вообще и при физических упражнениях в частности, и объясняет те разногласия, которые наблюдались в исследованиях указанных авторов. Кроме того поддерживаемая нами новая теория гемодинамики дает возможность лучше разобраться в профилактике и показаниях к лечению физической культурой.

Как известно, господствующий взгляд на механизм передвижения крови сводится к тому, что главное место в процессе передвижения крови отводится сердцу, его ритмическим сокращениям. Оно является, так сказать, центральным двигателем, отходящие же от него сосуды являются лишь распределителями крови. Сами же они живого активного участия в этом передвижении не принимают, а если и помогают сердцу, то лишь постольку, поскольку они своей эластичностью облегчают его работу. С этой точки зрения, ток крови поддерживается эластичностью сосудистой стенки и изменением тонуса сосудов под влиянием сосудодвигательных нервов.

Но постоянно наблюдающиеся в практике факты говорят против такого взгляда на механизм кровообращения. В самом деле, из сопоставлений **Августа Крога**¹⁾ (1924) известно, что в поперечном сечении булавки, имеющей площадь в $\frac{1}{2}$ кв. мм. помещается более 700 капилляров и что если все сосуды человеческого тела вытянуть в виде нити, то получится нитка, которой можно обернуть весь земной шар $2\frac{1}{2}$ раза. Подсчет этот наглядно рисует нам, как неимоверно узки капилляры, какое громадное затруднение и даже препятствие для тока крови они должны представлять и как мало вероятно, чтобы силы, развиваемые левым желудочком, равной в норме около 130 — 150 мм. ртутн., хватило на то, чтобы прогнать кровь через ту неисчислимую массу препятствий, какую представляют собой капилляры.

Немыслимым кажется с этой точки зрения передвижение крови и через две капиллярные системы, как это имеет место в полости живота. Так аорта дает артерию *mesenterica*, которая распадается на капилляры, из них образуется вена *porta*, которая в свою очередь, разветвляется на капилляры, а последние впадают в более крупные вены, образующие печеночную вену, впадающую в полую. Непонятно с этой точки зрения также то, почему в портальной вене, которая расположена между этими двумя капиллярными системами, имеется очень много мышечных элементов, а ведь мышечный слой своим тонусом может только увеличить и без того великие препятствия, создаваемые капиллярами.

Далее известно, что в периферических артериях, дальше отстоящих от сердца, имеется гораздо больше мышечных элементов, чем в центральных артериях, ближе расположенных к сердцу. Возникает вопрос: чем это вызвано? Ведь мышечный артериальный слой, заведывающий сосудистым тонусом, может своей работой, т. е. тоническим сокращением, только увеличить препятствия на периферии, которые и без того значительны вследствие наличия капилляров. Известно также, что артерии на трупах обычно бывают пусты. Нельзя же допустить, что сердце агонизирующего больного, расширенное, с переполненными полостями, в состоянии перед смертью настолько сильно сократиться, чтобы прогнать кровь в вены.

Каждому врачу приходится почти ежедневно встречать случаи, когда сердце чрезмерно растянуто, тоны глухи, едва слышны, т. е. когда его работа почти ничтожна, а между тем пульс у этих больных вполне хороший и никаких отеков у них не наблюдается. Особенно часто приходилось нам встречать подобные случаи в Кисловодске у лиц много путешествующих по горам. С другой стороны, наблюдаются и обратные случаи, когда сердце, видимо, работает хорошо, без всяких признаков его дилатации, а между тем у этих больных имеются значительные отеки. Измеряя у этих лиц кровяное давление, можно подметить случаи, когда кровя-

1) *Анатомия и физиология капилляров*. 1927. Москва, Изд. Мосздравотдела.

ное давление низкое, а отеков нет, появляются же они как раз тогда, когда давление повышается. В почках при этом каких либо патологических отклонений от нормы обнаружить не удастся. Как понять подобные случаи? Ведь казалось бы, что чем выше давление, тем лучше работает сердце и тем менее вероятно, чтобы появились отеки; наоборот, отеки скорее должны появиться при понижении давления, а мы находили как раз обратное явление.

У ослабленных сердечных больных приходится неоднократно наблюдать дикротический пульс. На дикротическую волну принято в настоящее время смотреть, как на отраженную от аортальных клапанов. Если это так, то естественно, что дикротическая волна, как отраженная, должна быть лучше всего выражена в таких местах, которые ближе расположены к месту приложения силы, дающей эту волну, т. е. в сонных артериях, как ближе расположенных к аортальным клапанам. Снимая неоднократно у таких больных кривую пульса в сонной артерии, плечевой и лучевой, мы получали очень часто обратные результаты. Дикротический пульс определяли в лучевой артерии, в сонных же артериях никакого дикротизма не было. Наши наблюдения в этом отношении не являются единственными: такие же данные еще до нас были получены проф. М. В. Яновским. Возникает вопрос: как же объяснить подобное противоречие?

У тех же сердечных больных с дикротическим пульсом врачу часто приходится наблюдать, что дикротический пульс исчезает, если больной поднимает исследуемую руку вверх или совершает ею какую-либо работу, в то время, как на другой руке пульс остается дикротичным в полной мере. Где же тут отражение от клапанов и почему дикротическая волна, вызванная этим отражением, исчезает в работающей или напрягающейся руке, а в другой, — пребывающей в покое, остается в прежнем объеме? С точки зрения старой гипотезы эта дикротическая волна должна быть выражена одинаково и в той и в другой руке.

Изучая движение крови по сосудам в капилляроскопе, как это предлагают Миллер и Вейс, можно убедиться, что в некоторых случаях отходящие от мелкой артерии, капиллярные петли, которым надлежит изменить свой просвет одновременно и одинаково, сокращаются различно, причем под микроскопом видно, что ближе расположенные к сердцу капиллярные петли расслаблены, а дальше отстоящие сокращены и наоборот. Таким образом этот факт, воочию наблюдаемый под микроскопом, еще лишний раз укрепляет нас в той мысли, что передвижение крови по сосудам не зависит от одной только пропульсивной силы сердца, и что здесь должна действовать еще какая то другая причина.

У многих больных при изменении кровяного давления и одновременном выслушивании аорты приходится, как на это указал еще проф. М. В. Яновский, встречаться со следующими фактами. Измеряя кровяное давление в плечевой артерии, в некоторых случаях можно подметить, что при наличии резкого акцента на аорте, давление в артериях низкое; в другой раз у того же больного при повышении кровяного давления акцента на аорте не выслушивается. С точки зрения той теории, которая считает, что кровь движется исключительно силой сердца, должно было бы выступить обратное явление: чем выше давление на периферии, тем сильнее захлопываются аортальные клапаны, а потому резче должен слышаться акцент второго тона на аорте. Измеряя кровяное давление в плечевой и пальцевых артериях у некоторых групп больных (недостаточность полулунных клапанов аорты, начальная стадия склероза и нефрита) один раз, когда рука находится на уровне сердца, а другой раз, когда она максимально поднята вверх, мы встречаем на первый взгляд парадоксальное явление: давление в пальцевых артериях в этих случаях, при поднятии руки вверх, несмотря на то, что столб крови в поднятой руке давит книзу и ослабляет силу сердечной волны, становится более высоким, чем тогда, когда рука находится на уровне сердца.

В виду того, что приведенные факты не находят себе удовлетворительного объяснения от старой теории, ей на смену явилась новая теория, теория периферического сердца, которая дает без всякой натяжки простое объяснение всем наблюдавшимся в клинике фактам. Теория периферического сердца, разработанная школой проф. М. В. Яновского, считает, что в процессе передвижения крови сосуды далеко не пассивны, а, наоборот, принимают живое и активное участие, благодаря своему ритмическим перистальтическим сокращениям. Сосуды, так же, как и центральное сердце, сокращаются. Это то же сердце, но вытянутое в длину. Механизм кровообращения представляется поэтому в следующем виде. Сосуды обычно находятся в состоянии слабого тонуса. Сердце, сокращаясь ритмически и с каждой систолой выбрасывая в артериальную систему кровь, дает пульсовую сердечную волну. Это волна, попадая в артериальный сосуд, растягивает его изнутри, раздражает артериальные мышцы и побуждает их к кратковременному сокращению в месте прохождения этой волны. Здесь получают сокращения, похожие

на перистальтику кишки, с той только разницей, что эти сокращения происходят с большей скоростью и в норме число их приблизительно равно числу сокращений центрального сердца. Сокращения эти носят ритмический характер, синхронны с систолами сердца, начинаются от центра и идут к периферии, следуя за каждой пульсовой волной.

Схематически этот механизм кровообращения можно себе изобразить так. Допустим, что сердце действует на подобие поршня, который нагнетает периодически с каждой систолой кровь из цилиндра в артериальную систему. Эту последнюю представим себе в виде длинной резиновой трубки, воспроизводящей эластические ткани сосуда. Предположим теперь, что эту трубку на всем ее протяжении обхватывают расположенные одна за другой многочисленные руки, сжимающие ее с известной постоянной силой. Это сжатие будет равносильно тому тону, который мы обычно наблюдаем в сосудах и который может быть в разных случаях, различен. Колебания тонуса, как известно, совершаются сравнительно медленно и не зависят от сердечных сокращений. По данным проф. Н. П. Кравкова, школой которого изучены, главным образом, эти тонические сокращения они совершаются 8 — 10 и 12 раз в минуту. Естественно, что каждая вышедшая из цилиндра в такую резиновую трубку волна, по мере своего следования, будет растягивать резиновую трубку, а, следовательно, и кисти рук, которые мы мысленно представили себе обхватывающими эту трубку. Если допустить, что под влиянием этого импульса каждая рука на несколько мгновений усилит свое сокращение, вслед за ходом пульсовой волны, идущей из цилиндра и накачиваемой поршнем (сердцем), то это сокращение будет походить на обычную перистальтическую волну, как в кишечнике, но только распространяющуюся с гораздо большей скоростью. Эти сокращения будут ритмичны и синхронны с систолой сердца.

Роль периферического сердца заключается в том, что оно подхватывает колебательные движения сердечной волны и превращает их в поступательные. Сердце, собственно говоря, выкидывает во время систолы кровь в аорту, чтобы как будто без задержки разместить идущую в последующей систоле порцию крови. Поступательное движение крови благодаря сердечным сокращениям чрезвычайно невелико, так как оно в значительной мере затрудняется тем обстоятельством, что на пути своем кровь встречает препятствия — сосуд, который от входящей порции крови раздувается, растягивается, от чего начинается колебательное движение его стенки, а следовательно и крови. Что это именно так, видно из того, что скорость распространения волны равна 8 метрам в секунду, кровь же движется значительно медленнее. Для ясности сказанного приведем следующий пример: если в спокойно текущую речку бросить камешек, то от него по воде будут отходить циркулярные волны. Если смотреть на них, то получается впечатление, что эти волны текут, а между тем брошенная в это время на воду пушинка остается на месте, без движения. Значит, здесь не поступательное, а колебательное движение. Если даже устроить в тот момент, когда пушинка колеблется, желобок, подобный артерии, то все же пушинка остается без движения. Такое же явление произойдет, если сердце выбросит кровь в желобок — «пасивный» сосуд; движение будет только колебательное и кровь почти не будет двигаться. Если в тот момент, когда пушинка, находясь в желобке, колеблется, прикрыть где либо сзади поперек сосуд, то высоко стоящая в это время волна упадет и пушинка потечет вперед. Если это прикрытие в сосуде происходит за счет сокращения сосудистой мускулатуры, то колебательные движения артериальной стенки превратятся в поступательные и кровь потечет вперед.

Сила периферического сердца, т. е. перистальтической сосудистой волны, зависит от сокращения гладкой мускулатуры сосудов и в разных случаях бывает различной. Если сосудистые мышцы развиты и тренированы хорошо, и если на пути следования крови будет какое либо препятствие, например, в виде сужения, сосуда, то от этого сила периферического сердца будет возрастать подобно тому как перистальтика кишки возрастает при стенозах кишечника. Напротив при уменьшении препятствия сила этой волны может уменьшиться до такой степени, что деятельность сосудистых мышц будет ограничиваться только одним тонусом. Таким образом сила перистальтической волны, глгп. периферического сердца, является местным усилением обычного тонического сокращения мышц. Иногда наблюдается, что эти местные, тонические, перистальтические и ритмические сокращения затягиваются по времени и вследствие этого сливаются со следующими друг за другом сокращениями, а потому, вместо перистальтической волны, получается настоящий усиленный тонус. Этот тонус, конечно, будет не способствовать, а мешать передвижению крови, так как в сущности, при этом нет уже перистальтической волны.

Таким образом на сердце, с точки зрения новой теории, выпадает, главным образом, доставка крови в артерии, передвижение же ее составляет главную задачу сосудов. Если центральное и периферическое сердце работают гармонично, наступает суммирование сил и кровь гонится на периферию с большей силой. При дисгармонии или в случаях, когда периферическое сердце работает слабо, вся тяжесть передвижения крови падает на центральное сердце, а это может очень скоро повести к расстройству компенсации. Таким образом все перечисленные выше примеры и факты, наблюдающиеся в клинике, находят себе простое и ясное истолкование. Вполне понятно почему сосудистых мышц особенно много на периферии, т. е. в местах более далеко расположенных от сердца, так как силы одного сердца не хватило бы, чтобы прогнать кровь на периферию. С этой точки зрения понятно передвижение крови через две капиллярные системы, как это имеет место в полости живота, и становится ясной причина богатства мышечными элементами вены portae, расположенной между двумя капиллярными системами. Случаи, в которых при резко растянутом и ослабленном сердце нет отеков, находят себе простое объяснение в том, что сосуды, несмотря на слабую работу центрального двигателя, работают хорошо и помогают сердцу своими перистальтическими сокращениями восстановить нормальное кровообращение, не доводя до отеков. Тою же работой сосудистых мышц должны быть объяснены наблюдающиеся в клинике случаи, при которых, несмотря на падение давления, отеки исчезают. Это может зависеть или от того, что периферическое сердце лучше работало, когда давление было низким, или от того, что наблюдалась дисгармония в работе центрального и периферического сердца. Если они работают друг против друга, то кровяное давление от этого повысится, полезная работа этих сердец будет невелика и отеки будут существовать. Когда же работа их будет гармоничной, давление может сделаться даже ниже, а полезная деятельность сердца, наоборот, увеличится—отеки исчезнут. Тою же причиной, теми же ритмическими сокращениями сосудов надо объяснить тот факт, что артерии в трупах пусты, а вены переполнены кровью. Агонизирующее, умирающее сердце человека не в состоянии прогнать кровь в артерии, на что указывает переполнение его полостей, но артерии продолжают свою работу и своими сокращениями прогоняют все то количество крови, которое доставило им умершее сердце.

Если допустить существование самостоятельных ритмических сокращений сосудов, то станет вполне понятным, почему в капилляроскопе, иногда, отходящие от одной и той же мелкой артерии капиллярные петли сокращаются неодновременно: они самостоятельны и могут сокращаться независимо друг от друга. Случаи, в которых: при низком кровяном давлении определяется акцент на 2-ом тоне аорты, а при повышении давления он исчезает, прекрасно объяснены проф. М. В. Яновским в его монографии «О периферическом сердце». Несомненно, что для акцента на 2-ом тоне аорты необходимо наличие высокого давления в аорте в момент замыкания клапанов. Если между сокращением сердца и сосудов не будет полной гармонии в работе, а, скажем, сосуд сократился в момент замыкания полулунных клапанов аорты, —то произойдет как бы работа друг против друга, получится сердечный блок, повысится давление и создадутся благоприятные условия для акцента. Это блок ведет к гипертрофии и левого желудочка и артериальной стенки, подобно тому, как блок между правым и левым желудочком при недостаточности двухстворчатого клапана, вследствие того, что они работают при этом страдании друг против друга, ведет к их гипертрофии. Для того, чтобы был слышен на аорте акцент, вовсе не обязательно чтобы во всей артериальной системе было повышенное кровяное давление. Он может быть слышен и при низком давлении, если будет наблюдаться указанный блок. Если же работа сердца и сосудов совершается правильно, гармонично, то в этих случаях и при высоком давлении акцента на аорте может и не быть, в виду того, что работа сосудов помогает работе сердца. Мы не касаемся здесь тех случаев, к которым отсутствует акцент на аорте при высоком кровяном давлении из-за утолщения аортальных клапанов и потери их эластичности.

Далее, если бы дикротическая волна действительно, получалась, как полагают сторонники старой теории, вследствие отражения крови от полулунных клапанов аорты, то она была бы резче выражена в сонной артерии, как ближе расположенной к месту отражения. Кроме того она должна была бы оставаться одинаковой как в работающей, так и отдыхающей руке, ибо условия для ее происхождения в той и другой руке одинаковы. В клинике же приходится встречаться как раз с обратным явлением: она лучше выражена в лучевой артерии, нежели в сонной, и легко исчезает, если заставить больного произвести рукою ту или иную работу. Таким образом старая теория не дает надлежащего объяснения

этому явлению. Но если допустить, что дикротическая волна не центрального, а периферического происхождения, то указанное явление найдет себе простое объяснение. Дикротическая волна, как всякая перистальтическая, имеет две части: одну гонимую волну, зависящую от расширения расслабленного сосуда и идущую впереди, и другую — гонящую, происходящую в момент сокращения сосуда и зависящую от его округления. Такое же явление наблюдается и при перистальтике кишки. Впереди сокращающегося отрезка кишки гонится кишечное содержимое, от чего в этом месте кишка расширяется. Это, так сказать, гонимая часть. Сзади же нее идет сокращение самой кишки, округляющейся при этом. Это будет гонящая часть. Дикротическая волна соответствует 1-й части, т. е. гонимой волне¹⁾.

Так как сосудистая волна, как это было указано выше, резко выражена на периферии, то понятно, почему дикротический пульс отсутствует в art. carotis и резко выражен там, где имеется богатый мышечный слой, где имеются лучшие условия для этой волны, т. е. на периферии. Всякое напряжение руки ведет к усилению тонуса сосудистых мышц и к исчезновению дикротического пульса в работающей руке.

С этой точки зрения находят себе удовлетворительное объяснение и те случаи, в которых при поднятии руки вверх кровяное давление в пальцевых артериях становится выше, чем это следовало бы ожидать, а в некоторых случаях даже выше, чем сила самого сердца. При поднятии руки кверху силы сердца, вследствие тяжести кровяного столба и встречаемого кровью препятствия, не хватило бы, чтобы прогнать кровь на периферию. Тогда периферические артерии, обладая развитой мускулатурой, своими ритмическими перистальтическими сокращениями помогают сердцу в его работе. По этой причине кровь в поднятой руке гонится с большей силой, а, следовательно, и цифры кровяного давления получаются в таком положении руки более высокие, чем на уровне сердца.

Таким образом, все факты, изложенные выше, необъяснимые с точки зрения старой теории, находят себе простое и ясное объяснение с точки зрения периферического сердца. Здесь все ясно понятно и не приходится удивляться тому, как это сердце в состоянии прогнать кровь через такие неисчислимые препятствия как капилляры, которые так малы и узки что их может уместиться в одном поперечном сечении булавки до 700 штук.

Все изложенное устраняет сомнения в существовании ритмических перистальтических сокращений сосудов и несомненно говорит за существование у человека двух сердец (по Шор у²⁾ их шесть), а посему изучение влияния физической культуры на аппарат кровообращения, а также и его методика, должны вестись в отыскании влияния его на центральное периферическое сердце в отдельности.

Методика которою мы пользуемся при исследовании аппарата кровообращения, заключается в следующем:

1. Производится общий опрос физкультурника, согласно существующим и особенно предлагаемым научной консультацией при Ленинград. ГИФО карточкам для физкультурников.

2. Краткий анамнез субъективных жалоб и недомоганий.

3. Общее объективное исследование физкультурника, как это принято обычно в современных клиниках и больницах.

4. Изучение состояния сосудистой системы (артерий и вен), частота и свойства пульса и состояние артериальной стенки и венозной системы.

5. Изучение сердца — определение границ (перкуторно) по В. Курлову, абсолютной и относительной (с занесением их на диаграмму).

6. Рентгенообследование сердца с силуэтным его изображением, корректируя размеры сердца сообразно с ростом и весом тела, руководствуясь при этом цифрами grödel'я,

7. Функциональное исследование сердечно-сосудистой области. На первом плане здесь стоит определение кровяного давления до и после физупражнения

¹⁾ Подробнее см. монографию проф. М. В. Яновского «Периферическое сердце».

²⁾ О смерти человека. 1925 г.

На основании вышеизложенного мы осмеливаемся внести корректив в методику. Большинство авторов судят о кровяном давлении на основании определения его или только способом Riva-Rocci или только по Короткову, определяя в этом последнем случае максимальное и минимальное давление. А между тем цифры Короткова в таком виде дают лишь представление о силе центрального сердца, не касаясь периферического. Но ведь известно, что кровяное давление и кровоснабжение находятся в зависимости от двух причин: с одной стороны, от энергии сердечной деятельности, которая меняет их в одном направлении, а, — с другой стороны, от того сопротивления которое мы имеем на периферии и которое меняет его в обратном направлении (Шварц¹⁾). Изучением же давления по Короткову или Riva Rocci никакого сопротивления при этом на периферии определить нельзя. Если же изучать состояние аппарата кровообращения этими способами, то лишь считаясь: 1) с длиной фазы Коротковских шумов, которая дает представление о силе и возбудимости периферического сердца и 2) с величиной *pulsdruck*, которая указывает на силу центрального сердца.

Поэтому мы рекомендуем при физических упражнениях производить измерение кровяного давления сначала в пальцевых артериях по способу Gärtner'a, потом в лучевой плечевой артериях способом Potain'a, затем пальпаторным способом R.-Rocci и, наконец, звуковым по Короткову. Измерение тонометром, Gärtner'a производится для сравнения с диастолическим давлением, ибо, как показывают наблюдения, минимальное диастолическое давление по Короткову обычно совпадает с цифрами Gärtner'a. Ток крови в мелких и в том числе пальцевых артериях обычно бывает равномерным, давление в них приближается к среднему давлению, которое в виду большей продолжительности диастолы по сравнению с систолой приближается к диастолическому. На этом основании тонометр Gärtner'a дает цифры, соответствующие диастолическому давлению (М. В. Яновский²).

Измерение по способу Gärtner'a производится для контроля показания цифр Короткова, в особенности в тех случаях, когда последние высоки, а следовательно являются несомненно выше действительных, так как при этом тратится много силы на растяжение манжетки. Можно пользоваться пружинным манометром Gärtner'a илинаобычный аппарат R.-Rocci надеть балончик от Potain'a Измерение способом Potain'a производится и в лучевой и в плечевой артериях и полученные результаты сравниваются. Подобное сравнение производится для того, чтобы выяснить, в какой мере пропульсивная сила сердца по мере следования к периферии слабеет и не наблюдаются ли такие случаи, когда, наоборот, цифры давления на периферии (в *a. radialis*) будут выше, чем в центре (*a. brachialis*). Подобное обстоятельство должно нам указать на силу периферического сердца.

После этого измеряется кровяное давление по способу Riva-Rocci. Измерений это производится, с одной стороны, для суждения о периферическом сердце, так как цифра указывает, главным образом, на силу сосудистой перистальтической волны (М. В. Яновский³). Н. А. Куршаков⁴), Н. И. Шварц⁵), а с другой стороны для контроля цифр Короткова, так как в клинике приходилось наблюдать случаи, когда цифры Короткова во многих случаях не совпадали: для максимального давления обыкновенно цифры Короткова бывают выше чем Riva-Rocci. Измерение указанным способом должно производиться лежа, стоя и сидя (van der Velden), как до физического упражнения, так и после него.

¹⁾ О силе перистальт. артериальной волны в пальцевых артериях. 1924.

²⁾ Диагностика. 1923.

³⁾ Научн. мет., т. 10, 1923.

⁴⁾ Терапевт. Арх. 1923, т. 1.

⁵⁾ Дисс. 1924 г.

Подобная методика дает нам ответ на состояние и центрального и периферического сердца в отдельности, на основании следующих данных.

0 центральном сердце мы судим:

1. По величине максимального систолического давления по Короткову, которое выясняет энергию сердечных сокращений. Чем лучше работает сердце, тем при прочих равных условиях цифра максимального систолического давления после физупражнений будет выше. В своей работе «К методике определения сил сердечной мышцы»¹⁾ мы могли установить, что в громадном большинстве случаев (93,37 проц.) у людей во время работы первая цифра Короткова выше, чем та же цифра в спокойном состоянии больного. Оказалось, что в норме, если заставить человека с хорошей запасной силой совершить работу, то его кровяное давление, его 1-я цифра по Короткову повысилась на 1/5 часть 1-й цифры Короткова, измеренной у него в спокойном состоянии. Если в покое она была 120 мм. Hg, то после работы у здорового человека она повышается до 1/5 этой величины, т. е. до 144 мм. Hg.

2. По сравнению цифр P_u и P_d до и после физупражнения. Как известно, главной причиной колебания P_d являются сердечные сокращения: чем лучше работает центральное сердце, тем они сильнее. Анализ этой величины дает возможность выяснить степень влияния центрального сердца на периферическое. Чем больше величина P_d, тем больше сила движения крови, а, следовательно, тем больше будет и раздражение сосудистых мышц, т. е. создадутся лучшие условия для работы периферического сердца.

3. По определению частоты пульса, а также и времени, в течение которого пульс возвращается к норме (Mennelsodh) до и после работы производя вычисления каждые 10 сек. в течение 2 мин. или каждые 5 сек. в течение минуты, как это предлагает проф. М. Я. Брейтман²⁾;

4. Применением пробы ГЦИФК-60 прыжков в 1/2 и определением P и кровяного давления.

5. Определением сердечно-сосудистого показателя по П. Н. Николаеву³⁾. Какого либо нового исследования здесь не требуется; надо только учесть величину P_d и пульс. по П. Н. Николаеву «систолическая способность сердца («К») равна $\frac{P_D}{P}$ где P_d есть пульсовое давление, а p=puls. В норме $\frac{P_D}{P} > 1/2$

О работе периферического сердца, этого двигателя крови, мы судим на основании нижеследующих данных:

1. Из работ академика М. В. Яновского⁴⁾, проф. Н. А. Куршакова⁵⁾, Н. И. Шварца⁶⁾ установлено, что фаза шумов (а при исследовании кровяного давления звуковым способом с нею следует обязательно считаться) в Коротковских звуковых явлениях служит показателем силы перистальтической волны периферического сердца (М. В. Яновский). Чем лучше оно работает, тем длиннее эта фаза (2-я и 3-я цифры) и тем раньше она начинается. Случаи со слабым и маловозбудимым периферическим сердцем протекают часто без фазы шумов.

Нижеследующий пример иллюстрирует случай, где периферическое сердце работает хорошо. Кровяное давление звуковым способом по Короткову - 120-

1) Врач. Дело. 1923, № 16—17.

2) Болезни органов внутрен. секрец. 1926, г., стр. 218.

3) Терапевт. Арх., т. II, вып. 1, 1924, стр. 1.

4) Диагностика. 1928, ГИЗ.

5) Терапевтический Архив. 1925 г.

6) О механизме кровообращения. Журнал усоверш. врачей, № 1, 1927.

115 - 70 - 60 mm. Hg. Цифры 120 максим., систол. давление, 60 минимальное, 115-70 фаза шумов. Шум здесь начинается со 115 mm. Hg. почти с первого тона и длится почти до последовательного тона.¹⁾

Случай, как нижеследующий, где фазы шумов не наблюдаются, говорит за то, что работа периферического сердца здесь плохая. 126-90 mm. Hg.

2. Второй способ, который дает нам возможность изучить состояние периферического сердца при физических упражнениях, заключается в составлении цифр кровяного давления по R-Rossi и Короткову. В клинике, измеряя кровяное давление у одного и того же человека несколькими способами, часто приходится наблюдать случаи, где цифры R-Rossi, и максимальное систолическое давление по Короткову не совпадают. Обычно наблюдается, что в тех случаях, когда периферическое сердце работает хорошо, достаточно возбудимо, цифра R-Rossi бывает выше цифр Короткова. Вот примеры:

	Кров. давл. по Короткову	Riva-Rossi
1	130 — 120 — 100 — 65	140
2	120 — — — 65	110

На первом примере RR=140 и является выше максимального систолического давления (130). Здесь периферическое сердце работает хорошо. Во втором RR (110) ниже максимального систолического давления. Здесь деятельность периферического сердца понижена.

3. Третий способ заключается в следующем: в клинике неоднократно приходится наблюдать случаи, в которых при измерении кровяного давления аппаратом Potain'a в лучевой и плечевой артериях, это последнее бывает выше в лучевой артерии, нежели в плечевой. Эти случаи не находили себя удовлетворительного объяснения с точки зрения теории, отводившей главную роль в процессе продвижения крови сердцу, так как сила сердца, движущая кровь, по мере следования ее от центра к периферии естественно должна слабеть и цифры кровяного давления на периферии в a. radialis должны быть ниже, чем к центру. По нашему взгляду, подобное явление наблюдается в тех случаях, в которых периферическое сердце выражено и работает хорошо. При такой работе оно суммирует силу сосудистых волн, вследствие чего кровь на периферии движется с большею силою, отчего и давление на периферии в лучевой артерии становится выше, чем в плечевой.

Для иллюстрации пример:

Кров. давл. по Potain'у	До работы	После работы
В лучевой	130	144
В плечевой	120	135

В этом примере давление по Potain'у в периферическом отрезке, т. е. в артерии radialis выше, чем в a. brachialis на 10 mm. Hg. Здесь сосудистая волна перифери-

¹⁾ Более подробно см. Н. И. Шварц «О силе перифер. артериал. волны в пальцевых артериях». 1924, Ленинград.

ческого сердца выражена хорошо. Возникает вопрос, является ли необходимым измерение кровяного давления во всех отрезках плечевой артерии. Нам кажется это безусловно необходимым, ибо только этим способом можно выяснить как работают сосуды—периферическое сердце и каково состояние аппарата кровообращения. Раз периферическое сердце слабее, то вся тяжесть в передвижении крови падает на центральное сердце. И, если оно имеет мало резервных сил, дело может дойти до сердечной слабости, до коллапса и даже до полной его остановки и того финала, который иногда бывает при чрезмерных перенапряжениях—смерти (Марафонский вестник).

Пробы эти чисто клинические. Они имеют, по нашему мнению, гораздо большее значение, чем всякие другие. Ибо только обще-клиническое обследование больного, оценка его суб'ективных и об'ективных данных могут дать истинное представление о сердечно-сосудистой области.

Так как методы определения кровяного давления вышеуказанными способами могут быть доступны не для всякого врача, мы с этой целью рекомендуем применять еще более простые клинические методы, которые в то же время дают ответ на интересующие нас вопросы и доступны каждому врачу физкультурнику в его повседневной обстановке. С этой целью мы рекомендуем принять ниже следующие способы, методику которых вкратце приводим.

1. Проба Broadbant Плетнева заключается в определении длины диастолической паузы у больных до и после работы. Известно, что сердечная мышца получает приток крови во время диастолы. Чем короче будет диастолическая пауза, тем, следовательно, будет больше страдать питание сердечной мышцы, тем сильнее нарушится ее работоспособность. Укорочение диастолической паузы является, таким образом, показателем тоничности ее функциональной мощности (П. Д. Плетнев ¹).

2. Определение размеров правого сердца и выслушивание его до и после работы. Мы исходим при этом из следующей мысли. Если заставить больного совершать ту или иную физическую работу: пробежаться по комнате 3—4 раза, или взмахнуть руками раз 10—20 или сделать 10—15 приседаний, то при слабости сердца, даже при такой небольшой нагрузке, это должно отразиться на правом сердце, как более слабом. В зависимости от степени недостаточности этого последнего у исследуемого суб'екта после такой работы правая граница сердца должна расширяться, отодвигаться вправо. Подобное расширение ведет к появлению нечетного тона или даже систолического шума на *valv. tricuspidalis*, как результат относительной недостаточности трехстворчатого клапана.

На основании работ по рентгенологии (Moriz'a, Ditlen'a, Boc'a Selig'a) известно, что здоровое сердце при нечрезмерной работе реагирует уменьшением своих размеров, сердце же утомленное, слабое — реагирует на усиленную работу расширением своего поперечника (Д. Д. Плетнев ²). У лиц с расстройством компенсации после работы расширение сердца вправо выражено резче (Ден ³). Таким образом, данные рентгенологии обосновывают до некоторой степени эту пробу.

Мы различаем три стадии сердечной недостаточности: первая — если имеется только увеличение сердечной тупости вправо на $\frac{1}{2}$ —1 поперечный палец и нечетный правый тон на трехстворке; вторая — если поперечник сердца расширяется вправо больше, чем на 1 поперечный палец, и при этом появляется отчетливый систолический шум. Исчезновение шума и возвращение границ сердца к норме наблюдается в этих случаях не раньше, чем через 3—5 минут. Третья стадия —

¹) Клиническая диагностика. 1923.

²) Рентгенодиагностика. 1926. Стр. 91.

³) Учебник рентгенологии. Вып. I. Стр. 37.

если все эти явления выражены резко и при этом сопровождаются одышкой, резким сердцебиением, участием вспомогательных дыхательных мышц и проч.

3. Проба Rehfisch'a заключается в том, что выслушивают и сравнивают 2-й тон на аорте и на а. pulmon. в спокойном состоянии и после дозированной физической работы. В норме, как известно, громче бывает второй тон на аорте. После же работы, в случаях сердечной слабости, слабеет левый желудочек, меньше напрягает аортальные клапаны и потому второй тон на а. pulmon. становится громче.

4. Ручная проба Plesch'a¹⁾ для определения капиллярного тока крови заключается в следующем. Пациента просят как можно сильнее зажать кисть руки в кулак. После этого исследующий плотно сжимает ему эту руку над кистью с такой силой, чтобы прекратился к ней приток артериальной и отток венозной крови. Если в это время предложить больному раскрыть зажатую в кулак кисть руки, то можно заметить, что его ладонь резко побледнела. Если теперь прекратить сжатие руки больного — появится приток крови к руке и ладонь покраснеет. Автор судит о функции капилляров по скорости покраснения ладони и равномерности ее.

В норме это покраснение происходит не так быстро (3 сек.), и наступает равномерно, у гипертоников рука краснеет быстро и равномерно, у склеротиков на ладони отмечаются белые пятна. При нарушении функции сердца и гипотонии наблюдается резкое замедление и покраснение ладони. Эти пробы, хотя и не лишены некоторых недостатков, которые вообще свойственны пробам с дозированной работой, тем не менее дают кое-какие ориентировочные данные для выяснения функции сердца у физкультурников.

5. Сфигмография верхушечного толчка, а. radial. и венного пульса.

6. Известно, что при всякой работе человек потребляет кислорода раз в 7—10 больше, чем в покое, при чем все время удовлетворения требований падает на кровеносную и дыхательную систему, которые связаны друг с другом в одно цельное, неразрывное. Для правильной жизни тканей необходима не только большая скорость кровообращения, но также известная корреляция между легочной вентилиацией и скоростью циркуляции (Bainbridge²⁾). При физических упражнениях поэтому надо изучать не только аппарат кровообращения, но и аппарат дыхания. Определение функции дыхательного аппарата поэтому и производится при помощи спирометра и манометрической маски Pech'a (Boullitte, Paris, Rue Bobillot (5)).

7. Кровь — морфологические ее свойства. Определение CO₂ крови. Предлагаемая нами методика, являясь клинической, даст возможность рельефнее выделить и выявить функцию сердца и сосудов и изучить, таким образом, влияние физупражнения на аппарат кровообращения. Применявшаяся до сих пор методика сводящаяся в значительной степени к определению Puls'a кровяного давления и дыхания до и после работы, сама по себе не может считаться исчерпывающей. Мы допускаем даже, что можно не разделять учения о «периферическом сердце», этого последнего слова современной науки, но нельзя ограничиваться применявшейся до сих пор методикой. Ведь, определение кровяного давления в каком либо одном участке артериальной системы еще не говорит о состоянии всей этой системы. Определением способности организма задержать дыхание в течение 25—35 сек. до работы и 17—22 сек. после работы (Генчи), определением частоты пульса и времени его возвращения к норме — полного представления о функции сердца составить себе нельзя.

¹⁾ Засед. Пермск. Медич. О-ва. 1926. Стр. 91

²⁾ Physiology of muscular exercise. 1926.

Применение предлагаемой методики всеми исследователями сердечно-сосудистой области у физкультурников привело бы к единообразным выводам, не дало бы таких противоречий, о которых мы писали выше. Эта методика дала бы возможность выяснить в каждом отдельном случае какой отдел аппарата кровообращения, сердце или сосуды, представляется ослабленным и в зависимости от этого или назначить тренирующую гимнастику или, может быть, запретить тот или другой вид спорта. Возможно, что она несколько сложна, применима лишь для клиники. Но это не должно нас останавливать. Для повседневного обихода эту методику можно упростить — измерить кровяное давление в 3-х различных участках плечевой артерии обычным способом по Gärtner'у, Potain'у и Короткову. Клиника — нужна и в физической культуре. Уже давно следует перейти от только экспериментальной физкультуры, от аналитического метода к физкультуре клинической — к методу синтетическому. Да и в экспериментальном изучении аппарата кровообращения мы считаемся и с состоянием сердца и с состоянием сосудов. Ведь, далеко не всегда имеем мы у индивидуума нормальное центральное и периферическое сердце, которое нибудь из них представляется нарушенным.

Функция сосудов далеко не беспредельна: она зависит от сосудистых мышц. Эти последние зависят, с одной стороны, от тренировки, а, с другой, от степени перенапряжения. Если слабеет функция сосудов, вся тяжесть большой работы при передвижении крови, особенно при спорте, падает на центральное сердце. Если оно тренировано и здорово — кровообращение не страдает, но, если оно не обладает этими свойствами — падает его функция и у человека, занимающегося спортом, появляется усталость, сердцебиение, одышка, декомпенсация.

Вместо того, чтобы оздоровить всю нашу жизнь, развивать силы и сопротивляемость организма для рационального и здорового труда вместо того, чтобы совершенствовать нашу нервную систему, воспитывать волю и улучшать необходимые для жизни и труда психические качества, товарищескую солидарность и революционную дисциплину, такой спорт, такое физупражнение должно принести только вред.

Серотерапия скарлатины по данным Пермской различной лечебницы

Д-р В. РАБИНОВИЧ

(Из клиники инфекционных болезней Перм. Гос. Ун-та)

Начало серотерапии скарлатины было положено Weizbäcker'ом и Blumenthal'ем, которые первые в 1895 году с успехом стали употреблять сыворотку скарлатинных реконвалесцентов Reis, Jungmann и другие авторы видели хорошие результаты от этой терапии. Zanger описывает, что под влиянием сыворотки скарлатинных реконвалесцентов в половине случаев наблюдается критическое падение температуры и наличие безлихорадочной стадии выздоровления, наступает улучшение общего самочувствия пульса. На исчезновение сыпи и шелушения сыворотка не влияет. Со стороны белой крови отмечается уменьшение нейтрофилии, сдвига влево, быстрое нарастание их эозинофилов. Хороший эффект наблюдается даже в септических случаях. Сыворотка реконвалесцентов не предохраняет от осложнений, но они протекают очень легко.

Из русских авторов Бардах, Флейшер и Данилевич описывают очень благоприятный эффект, полученный при применении сыворотки скарлатинных рекон-

валесцентов. Бардах считает, что даже при наличии антитоксической сыворотки могут встретиться очень тяжелые токсические случаи, при которых показано применение сыворотки scarlatinных реконвалесцентов. Дозы сыворотки в среднем от 40 — 100 кубических сантиметров. Данилевич рекомендует сыворотку scarlatinных реконвалесцентов в ранних стадиях болезни у детей младшего возраста, в поздних стадиях у больных при осложнениях лимфаденитами, некротическими ангинами, пиэемией. В ранних стадиях болезни сыворотка реконвалесцентов оказывает эффект аналогичный с антитоксической сывороткой, но только не такой яркий и менее постоянный. На общее состояние сыворотка реконвалесцентов действует благоприятно независимо от времени применения сыворотки. У маленьких детей в ранних стадиях применение сыворотки реконвалесцентов имеет преимущество перед антитоксической сывороткой в виду слабой выраженности интоксикации и часто наступающих пиэемий. Отрицательными сторонами терапии сывороткой реконвалесцентов является отсутствие метода определения содержания антитоксина, различия между собой отдельных сывороток, трудное добывание сывороток в больших количествах. Friedemann и Deicher хотя и видели хорошие результаты от сыворотки реконвалесцентов, но, сравнивая ее с антитоксической, признают, ее значительно менее ценной, тогда как сыворотка реконвалесцентов дает феномен угасания сыпи только при разведении 1:100, антитоксическая сыворотка в разведении 1:1000 и выше. Moser в 1903 году иммунизацией лошадей scarlatinным стрептококком получил сыворотку, которая по наблюдениям Moser'a, Echerich'a Эгиза и других благоприятно влияла на scarlatinный процесс. Но эффект был непостоянным, что объяснялось слабо выраженными и непостоянными антитоксическими свойствами. Нужно отметить, что еще в 1912 году Здравосмыслов в Перми иммунизацией лошадей токсином и живыми стрептококками получил антитоксическую сыворотку, которая применялась в scarlatinном отделении Пермской заразной лечебницы. В 1924 году Диками в Нью-Йорке и Dochez'ом в Чикаго была изготовлена антитоксическая scarlatinная сыворотка. Дики иммунизировали лошадь токсином, полученным на бульоне с прибавлением дефибринированной крови. Dochez вводил лошади под кожу растопленный агар и когда он застывал впрыскивал в него живую культуру микробов. (Он рассчитывал, что через агаровую оболочку стрептококки не всосутся в кровь, а оставаясь на месте будут продуцировать токсин, который постепенно будет всасываться и иммунизировать лошадь). Базисом для лечения scarлатины антитоксической сывороткой являются следующие факты, доказанные работами Диков и Dochez'a: 1) scarlatinный стрептококк выделяет токсин, который нейтрализуется сывороткой реконвалесцентов и антитоксической сывороткой; 2) возможность экспериментальной scarлатины; 3) антитоксическая сыворотка благоприятно влияет на scarlatinный процесс и способна в больших разведениях гасить scarlatinную сыпь. Scarлатина рассматривается как токсинемия; внеосложненных случаях имеется местное заболевание зева с интоксикацией организма. Американские авторы видели от антитоксической сыворотки хороший эффект, сказывающийся в падении температуры, исчезновении сыпи, сокращении болезни и возможности устранения осложнений. Немцы — Friedemann Deichez Cahn и друг. в настоящее время пользуются антитоксической сывороткой Marburg—Behring Worke, полученной иммунизацией лошадей оригинальными штаммами Dick и Dochez и их токсинами и видят очень хорошие результаты. Действие сыворотки чисто антитоксическое. Температура обычно критически падает часто до нормы. Такой эффект не имеется, если перед этим были осложнения Friedemann, Deicher, Cahn указывают, что критическое падение температуры замечается не всегда; за исключением случаев с ранними осложнениями были и такие, которые не отличались от не получивших сыворотку. Может быть это объясняется различием между собой отдельных стре-

птококков. Обычно сыпь исчезает или бледнеет через сутки. Только Вогманн говорит, что сыворотка оказывает на сыпь незначительное действие. Токсические проявления исчезают, пульс становится реже и полнее. На ангину сыворотка не оказывает определенного действия. Особенно хорошо виден эффект при токсических формах. Что касается осложнений, то наблюдается влияние только на ранние осложнения. Сыворотку необходимо употреблять кроме тяжелых случаев также в средних и легких, так как неизвестно дальнейшее течение болезни. В 1926 г. антитоксическая сыворотка стала изготавливаться в Ленинграде в Институте Пастера и в Москве в Мечниковском Институте; в настоящее время во многих бактериологических институтах СССР. Одним из первых Мечниковская сыворотка была испробована Эгизом и он сделал вывод что сыворотка оказывает благоприятное влияние на скарлатину, где преобладают симптомы интоксикации и на случаи средней тяжести. В септических, а также и в токсическо-септических случаях влияние сыворотки ничтожно или отсутствует. Шгейн описывает хороший эффект, полученный от Мечниковской сыворотки, но отмечает, что встречаются случаи особенно злокачественные по своему течению, которые не поддаются действию сыворотки, примененной даже в первые дни заболевания. Своевременное применение сыворотки уменьшает число осложнений и облегчает их форму. Отрицательной стороной являются частые сывороточные явления. Данилевич, Розенблом, Лунин и др. описывают хорошее влияние антитоксической сыворотки при скарлатине, особенно в токсических случаях.

Американские авторы для определения антитоксической силы сыворотки предложили следующие методы. Метод Dochez'a — определение предельного разведения испытуемой сыворотки, которое еще дает феномен угасания сыпи. По Dochez та сыворотка активна, которая дает феномен угасания в количестве 0.004 куб. с. у больного скарлатиной с сыпью не позже 60 часов после ее появления. Метод Дикова способность противоскарлатинозной сыворотки нейтрализовать скарлатинозный токсин, так что при впрыскивании смеси токسينа с антитоксином в кожу человека чувствительного к токсину на месте инъекции не получается реакции. За единицу антитоксина Дики принимают количество сыворотки, нейтрализующее 100 кожных доз токسينа Dochez 1000 кожных доз. По Диксу один кубический сантиметр сыворотки должен нейтрализовать 15000 кожных доз токسينа. Способ Дикова связан с экспериментированием на людях и потому в настоящее время стараются подыскать животных чувствительных к скарлатинозному токсину. Американскими авторами Kigbride, Wadsworth разработан способ титрования скарлатинозных сывороток на белых козах. Оказалось, что некоторые породы коз реагируют на интракутанное введение скарлатинозного токسينа, подобно человеку характерным покраснением кожи на месте инъекции и что они в три раза менее чувствительны к нему, чем человек. Этот метод в настоящее время применяется в Мечниковском Институте в Москве Friedemann и Deicher сравнили оба способа и оказалось, что сыворотки, которые давали большие различия в содержании антитоксина при феномене угасания сыпи, давали одинаковые результаты при пробе Дика. Антитоксическая сила сыворотки, определенная по способу Dochez'a, стояла в большом соответствии с клинической ценностью сыворотки.

Мечниковская концентрированная сыворотка в 1 куб. сант. содержит 300 АЕ, из которых каждая нейтрализует 100 кожных доз токسينа. Дозировка: в случаях средней тяжести 6000-9000 АЕ—20,0—30,0, в тяжелых случаях 15000-20000 АЕ—50,0 — 65,0; в очень тяжелых случаях выше 30000 АЕ.

С 1927 года в Пермском Бактериологическом институте антитоксическая сыворотка стала изготавливаться по способу Дика. Антитоксическая сила сыворотки не используется. Мы пользовались этой сывороткой при лечении скарлатинных больных в конце 1927, в 1928 и 1929 гг. Одновременно при-

вожу данные по лечению скарлатины сывороткой реконвалесцентов за 1925, 1926 и 1927 годы. Антитоксическая сыворотка была употреблена у 217 больных, из них тяжелых 81, т. е. 37,32 проц. Тяжелые случаи распределяются следующим образом: токсических 19, с токсическими проявлениями 27, септических 35. Сыворотка скарлатинных реконвалесцентов применена у 74 больных, из них тяжелых 39, т. е. 52,72 проц. Распределение тяжелых случаев: токсических 7, с токсическими проявлениями 15, септических 17. По возрастному составу больные, леченные антитоксической сывороткой, распределялись так: до 5 л. 141, от 6 до 17 лет 63, 18-ти и старше 13. Сыворотка скарлатинных реконвалесцентов применялась у 74, в т. числе до 5 л. у 38, от 6 до 17 л. у 27, 18 л. и старше у 9.

Антитоксическая сыворотка дозировалась нами следующим образом: у детей от 1—5 лет в средних случаях 40-50 куб. с., в тяжелых случаях до 100 куб. с., в возрасте старше 5 лет в средних случаях 50-100 куб. с., в тяжелых случаях до 160 куб. с. В некоторых случаях, где через сутки отсутствовал эффект, сыворотка вводилась повторно. Сыворотка реконвалесцентов вводилась нами в несколько меньших дозах. В частности введено:

Антитоксической сыворотки	
От 30 — 50 к. с. —	43
От 50 — 100 » —	144
От 100 — 160 » —	30

Сыворотки реконвалесцентов:	
От 30 — 50 к. с. —	36
От 50 — 100 » —	33
От 100 — 160 » —	5

Антитоксическая сыворотка и сыворотка скарлатинных реконвалесцентов вводилась в следующие дни болезни.

Антитоксическая сыворотка:

На 1 день — 16	} 191
на 2 день — 107	
на 3 » — 68	
на 4 день — 68	

Сыворотка реконвалесцентов:

На 1 день — 5	} 60
на 2 день — 25	
на 3 день — 30	
на 4 день — 10	
на 5 день — 4	

Эффект, полученный при введении сыворотки, оценивался мною как хороший, средний и плохой. При хорошем эффекте наблюдалось критическое падение температуры не позднее 2 суток, чаще через сутки, улучшение общего состояния, сердечнососудистой системы, картины крови. При среднем эффекте температура или падала литически или после критического падения темпер. повышалась снова, но улучшение общего состояния и картины крови было заметно. Средний эффект часто получался при наличии ранних осложнений. При плохом эффекте не было заметно улучшения, температура не только не имела тенденции падать, но поднималась еще выше. Сюда же относится большинство смертных случаев. Картина крови при лечении антитоксической сывороткой исследована в 20 проц.

Для примера привожу истории болезней:

1. Одинцева, 11 л., поступила на 2-й день болезни в довольно тяжелом состоянии: обильная яркая сыпь, в зеве резкая гиперемия, на миндалинах большие серые налеты, пульс частый удовлетворительного наполнения. На следующий день состояние ухудшилось: температ. 39,8°, без сознания, бредит, пульс частый, среднего наполнения, тоны сердца глуховаты, в зеве некротическая ангина. Лейкоцитарная форм.-нейтрофил. 94, из них сегмент. 90, палочкояд. 4; лимфоцитов 5, моноцитов 1. Введено 60,0 антитоксич. сыворотки. На следующий день температура падает, общее самочувствие и пульс лучше. Введено еще 60,0 антитоксич. сыворотки. Температура через сутки падает до нормы, общее состояние хорошее, пульс реже, полнее, лейкоцит. форм. нейтрофил. 80, из них сегментиров. 68, палочкояд. 12; лим. 13., мон. 4, эоз. 2. Со стороны некротической ангины заметного улучшения нет. В дальнейшем осложнений нет. Эффект хороший.

2. Сосновский, 4 лет, поступил на 2 день болезни в довольно тяжелом состоянии: температура 40,4°, обильная мелкоточечная сыпь, в зеве резкая гиперемия

пульс частый, хорошего наполнения. Лейкоцитарная форм.: нейтрофил.83, из них сегментир. 40, палочкоядер 41, юн. 2; лимф. 10, мон. 5, эоз., 2. Введено 40,0 анти-токсической сыворотки. На следующий день температура 38,4, сыпь ярче, на ме-стах введения сыворотки белые пятна, состояние остается тяжелым бред. Вве-дено еще 40,0 антитоксич. сыворотки. Через сутки температура ниже, общее само-чувствие значительно лучше, но появляется некротическая ангина и лимфоденит. Лейкоцит. форм.нейтрофилов 65 из них сегментиров, 49, палочкояд. 14, ю 2, лим 30. м. 2.эоз. 3. В дальнейшем на 17 день болезни нефрозонофрит. Эффект средний.

3. Грехова, 16 л., поступила на 2 день болезни в тяжелом состоянии, без сознания, бредит, пульс частый, слабого наполнения. Лейкоц. форм.: нейтроф. 81, из них сегментирован. 25, палочкояд. 23, юных 33; лимф. 18, мон. 1. Введено 60,0 антитоксической сыворотки. На следующие сутки вследствие отсутствия улучшения введено еще 50,0 антитоксич. сыворотки: эффекта нет. Лейкоцит. форм.: нейтр. 91, из них сегментир 47, палочкояд 35, юных 8; лимф 5, мон 4. Плохой эффект.

4. Баландина, 12 л., поступила в конце первых суток заболевания в тяже-лом состоянии. Температура 40,0, мелкоточечная сыпь, в зеве резкая гиперемия, грязносерые налеты на миндалинах и языке. Подчелюстные железы с обеих сторон увеличены и болезненны. Тоны сердца глухи; пульс частый, неритмичный, сла-бого наполнения. Введено 50,0 сыворотки реконвалесцентов. Через сутки темпера-тура 37,8 общее состояние и пульс значительно лучше, в зеве явления некротиче-ской ангины. В дальнейшем отит, нефрозонофрит и бронхопневмония. Эффект хо-роший.

5. Чудинов, 1 г. 8 мес., поступил на 3 день болезни в тяжелом состоянии. Тем-пература 39,5, мелкоточечная сыпь, незначительное увеличение подчелюстных желез, гиперемия зева, пульс частый, малый. На следующий день температура 38,2, сыпь держится, состояние лучше. Введено еще на 4 и 5 день болезни 25,0 м. 30,0 сыворотки реконвалесцентов. На 6-й день болезни температура 37,1, состоя-ние хорошее. В дальнейшем осложнений нет. Эффект средний.

При лечении антитоксической сывороткой хороший эффект наблюдается в 25,8 проц., средний эффект в 39,63 проц., плохой эффект в 34,1 проц. При лече-нии сывороткой реконвалесцентов хороший эффект в 35, 13 проц., средний эффект в 47,29 проц., плохой эффект в 17, 56 проц. Количество тяжелых случаев, день введения сывороток, дозы сывороток, количество лиц с осложнениями при том или другом эффекте видны из следующих таблиц.

Антитоксическая сыворотка

Хороший эффект в 56 случаях:			Средний эффект в 86 случаях:			Плохой эффект в 75 случаях:		
10 тяжелых форм с токсиче-скими проявлениями, 46 средних.			20 тяжелых форм (из них 4 токсических, 6 с токсиче-скими проявл. и 10 септичesk.), 66 средних.			51 тяжелых форм (из них 15 токсических, 11 с токсиче-скими проявлениями и 25 септичesk.) 24 средних.		
День введения сыворотки			День введения сыворотки			День введения сыворотки		
На 1 д.	3		На 1 д.	8		На 1 д.	5	
" 2 д.	30		" 2 д.	37		" 2 д.	40	
" 3 д.	19		" 3 д.	24		" 3 д.	25	
" 4 д.	4		" 4 д.	17		" 4 д.	5	
Колич. введен. сывор.			Колич. введен. сывор.			Колич. введен. сывор.		
от 30,0— 50,0	15		от 30,0— 50,0	12		от 30,0— 50,0	16	
от 50,0—100,0	36		от 50,0—100,0	60		от 50,0—100,0	48	
от 100,0—100,0	5		от 100,0—100,0	14		от 100,0—100,0	11	
Колич. осложнений			Колич. осложнений			Колич. осложнений		
Ранних осложн. . . 12	30 (53,57%)	}	Ранних осложн. . . 13	51 (59,3%)	}	Ранних осложн. . . 30	74 (66%)	}
Поздних " . . . 14			Поздних " . . . 24			Поздних " . . . 10		
Ран. и поздн. ослож. вместе 4			Ран. и поздн. ослож. вместе 14			Ран. и поздн. ослож. вместе 16		

Сыворотка скарлатинн. реконвалесцентов:

Хороший эффект в 26 случаях: Средний эффект в 35 случаях: [Плохой эффект в 13 случаях:

Тяжелых форм 13 (из них
1 токсич., 9 с токсич. проявл.,
3 септич.), 13 средних

Тяжелых форм 17 (из них
2 токсич., 4 с токсич. проявл.,
11 септич.), 18 средних

Тяжелых форм 9 (из них
4 токсич., 2 с токсич. проявл.,
3 септич.), 3 средних

День введения сыворотки		День введения сыворотки		День введения сыворотки	
На 1 д.	2	На 1 д.	3	—	
" 2 д.	13	" 2 д.	10	На 2 д.	2
" 3 д.	8	" 3 д.	15	" 3 д.	7
" 4 д.	1	" 4 д.	7	" 4 д.	2
" 5 д.	2	—		" 5 д.	2
Колич. осложнений		Колич. осложнений		Колич. осложнений	
Ранних ослож.	6	Ранних ослож.	4	Ранних ослож.	8
Поздних "	3	Поздних "	3	Поздних "	1
Ран. и поздн. ослож. вместе	3	Ран. и поздн. ослож. вместе	10	Ран. и поздн. ослож.— вместе	нет
	12 (46,15%)		17 (48,57%)		9 (62,23%)

Оценивая эффект от сывороток, мы видим, что антитоксическая сыворотка хорошо влияет в средних случаях и в тяжелых с токсическими проявлениями. На тяжелые токсические и на септические случаи часто не оказывает действия. Сыворотка скарлатинных реконвалесцентов чаще оказывает хорошее действие в токсических и септических случаях. Раннее введение сывороток дает лучший эффект. Количество осложнений при лечении той и другой сывороткой меньше всего при хорошем эффекте. При той и другой сыворотке нам не удалось видеть резкого побледнения и исчезновения сыпи описанного другими авторами. Ангинный процесс тоже мало изменяется под влиянием сывороток.

Антитоксическая сыворотка не ограждает от осложнений, количество их велико и мало отличается от осложнений при нелеченных случаях. Но нужно отметить более благоприятное течение осложнений у леченных антитоксич. сывороткой; ни одного раза не было отмечено уремии, гнойные лимфадениты встретились только в 4,6 проц. Сыворотка скарлатинных реконвалесцентов ограничивает число осложнений и их тяжесть.

Сывороточные явления при лечении антитоксич. сывороткой наблюдались нами в 17,07 проц. на 5—25 дни после введения. Течение их было довольно легким, сопровождалось умеренным повышением температуры, выступанием крапивницы, реже папулезной сыпи. При сыворотке реконвалесцентов сывороточные явления ни разу не наблюдались.

Прежде чем переходить к смертности наших больных, привожу для сравнения данные смертности леченных антитоксической сывороткой по Ленинградским больницам за 1927 г.: Василеостровск. детск. больн. 9,3 проц., Детск. больница им. Пастера 26,0 проц., Боткинские бараки 16,5 проц., больница им. Раухфуса 9 проц., больница им. Филатова 8,3 проц. При лечении сывороткой реконвалесцентов смертность по Ленинградским больницам была приблизительно в 2 раза больше.

Смертность от скарлатины в Пермской заразной лечебнице за последние годы следующая (сюда входят леченные сывороткой и нелеченные): 1925 г. 11,8 проц., 1926 г. 12,23 проц., 1927 г. 9,4 проц., 1928 г. 12,61 проц. Смертных случаев при лечении антитоксическ. сывороткой наблюдалось 31 (исключая 2 пролежавших меньше суток), т.е. 14,28 проц. По тяжести смертные случаи распределяются так: токсических 15, септических 13, средних 3. Наибольшая смертность наблюдалась

нами в возрасте от 1—5 лет, как это отмечается всеми авторами. Смертность: 1) по возрасту: до 5 лет 24 (17,02 проц), свыше 5 л. 7 (9,23 проц.); 2) по дням поступления: на 1 д. 2, на 2-й день 16, на 3 д. 11, на 4 д. 2.

Смертных случаев при лечении сывороткой реконвалесцентов было 9, т.-е. 12,16 проц. По тяжести смертные случаи распределяются так: токсических 5, септических 3, 1 случай с токсическими проявлениями и пневмонией. По возрасту: до 5 л. 3 (13,15 проц.), свыше 4 (11,11 проц.); по дням поступления: на 3 день 5, на 4 д. 2, на 5 д. 2.

Общая смертность за 1928 год нелеченных сыворотками скарлатинных больных — 10,94 проц. при значительно менее выраженной тяжести скарлатинного процесса.

ВЫВОДЫ:

1. Антитоксическая сыворотка Пермского бакинститута и сыворотка скарлатинных реконвалесцентов оказывают благоприятное действие на скарлатинный процесс. Сыворотка реконвалесцентов дает лучший и более постоянный эффект.

2. Антитоксическая сыворотка дает хороший эффект в средних случаях и тяжелых с токсическими проявлениями; на тяжелые токсические и септические случаи сыворотка часто не оказывает действия. Сыворотка скарлатинных реконвалесцентов действует благоприятно даже при септических случаях.

3. При употреблении антитоксической сыворотки наблюдается заметное улучшение картины белой крови: нейтрофилия и сдвиг влево уменьшается, количество эозинофилов нарастает. Антитоксическая сыворотка не предохраняет от осложнений, но смягчает несколько их течение: при ее употреблении часто наблюдаются сывороточные явления.

4. Сыворотка скарлатинных реконвалесцентов ограничивает число осложнений и их тяжесть.

5. Антитоксическая сыворотка и сыворотка реконвалесцентов не влияет заметным образом на сыпь и ангину.

6. Высокая смертность объясняется значительной тяжестью скарлатинных случаев.

От редакции: За недостатком места не печатается большой список использованной автором литературы.

О распознавании и лечении так называемых десмоидов передней брюшной стенки

Проф. Д. П. КУЗНЕЦКИЙ (Пермь)

За последние семь лет мне пришлось на Урале оперировать четырех больных с десмоидами передней брюшной стенки, из них 3 женщин и 1 мужчину.

Наблюдение 1-е. Бел-ва, 25 л., поступила в клинику 2 ноября 1923 г. с жалобой на опухоль в животе. Прощупывается очень плотная, гладкая, шарообразная опухоль величиной с голову новорожденного ребенка, исходящая из толщи передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Беременность 3 месяца. 9 ноября 1932 г. под общим наркозом смесью Билльбота опухоль иссечена в пределах здоровых тканей, при чем пришлось вскрыть брюшную полость. Опухоль выросла из апоневроза наружной косой мышцы живота. Брюшная рана закрыта наглухо. Микроскопическое исследование: *fibroma desmoides*. Гладкое выздоровление. На десятый день выписалась. Через две недели после возвращения домой наступил аборт. В марте 1930 г. Бел-ва написала мне, что она совершенно здорова, грыжи нет. За 7 лет, что прошло после операции, родила двух детей, которые здоровы и в настоящее время. Сейчас беременна на последнем месяце.

Наблюдение 2-е. Гир-ий, 47 лет, поступил в клинику 6 августа 1926 года с жалобой на опухоль в правой нижней части живота. Впервые эта опухоль величиной с боб была замечена случайно врачом в декабре 1924 г. В мае 1925 г. после колки дров больной почувствовал колющую боль в правой половине живота и при ощу-

пывании сам заметил опухоль с кулак. В августе 1925 г. в Свердловске произведена операция. Было сделано два разреза: один от пупка до лобка, вскрыта брюшная полость, а другой разрез над опухолью. Послеоперационный период осложнился гнойным плевритом; после резекции ребра осталась свищ, который то закрывается, то вновь открывается. В октябре 1925 г. в Свердловске консилиум врачей констатировал рецидив опухоли в брюшной полости на месте бывшей операции. Консилиум признал, что опухоль удалить невозможно и послал больного в Ленинград для рентгенотерапии. После лечения в Рентгеновском Институте опухоль несколько уменьшилась. В феврале 1926 г. курс рентгенотерапии повторен, и опухоль еще несколько уменьшилась. В мае 1926 г. снова рентгенотерапия в Ленинграде, так как опухоль снова увеличилась. Однако, на этот раз опухоль от лечения рентгеновскими лучами не уменьшилась. Последний курс лечения рентгеновским лучами был проведен в Перми; одновременно больному было сделано введение neosalvarsan'a 0,6. Однако, опухоль и от этого лечения не уменьшилась и равнялась кулаку взрослого человека. После этого больной обратился ко мне за советом и 10 августа 1926 года под хлороформом мною произведена следующая операция: крупно спаянная с мышцами стенки живота опухоль широко иссечена вместе с окружающими ее мышцами в пределах здоровых тканей, при чем оказалось, что к париетальной брюшине припаяны сальник и толстые кишки, которые тупо отделены. После выделения опухоли и останки кровотечения брюшная полость закрыта, мышцы сшиты. Для укрепления брюшной стенки выкроен лоскут из наружной косой мышцы, и образованный лоскут подшит к внутреннему краю разреза, швы из шелка. Свищ на правой половине грудной клетки на месте бывшей резекции ребра высосан, при чем удален секвестр величиной в спичку.

Иссеченная опухоль без резких границ представляется проросшей всю брюшную стенку до брюшины с одной стороны и до кожи с другой. Размеры ее несколько больше кулака взрослого. На разрезе опухоль плотной фиброзной консистенции. В центре опухоли имеется гнойная полость вокруг шелковых лигатур, наложенных при первой операции в Свердловске. Микроскопическое исследование опухоли подтвердило диагноз: *fibroma desmoides*. Выздоровление. 25 декабря 1927 г., пациент сообщил мне, что он совершенно здоров, грыжи на месте операции нет, прибыл в весе почти на 32 кг. По наведенным справкам рецидива нет и в настоящее время.

Наблюдение 3-е. Поп-ва, 34 л., поступила в клинику 8 декабря 1926 года с жалобой на опухоль в правом подреберьи. Впервые опухоль заметила в 1924 г., при ощупывании она казалась не больше горошины. В течение 1/2 года опухоль увеличилась до величины грецкого ореха. К концу 1924 г. она достигла размеров куриного яйца и стала затруднять ношение одежды. Местным врачом больная была направлена в Пермь к профессору терапевту, который, по словам больной, распознал желчно-каменную болезнь и назначил внутреннее лечение, которое, однако, никакой пользы не принесло, опухоль продолжала расти. В конце 1925 г. на 8 месяце беременности больная обратилась к гинекологу, который распознал у нее опухоль печени и посоветовал прервать беременность путем кесарева сечения и одновременно подвергнуться операции удаления опухоли печени. Напуганная этим предложением больная была направлена гинекологом ко мне для решения вопроса о совместном производстве этой сложной операции. Найдя десмоид в правой подреберной области, я успокоил больную и посоветовал ей отложить операцию удаления опухоли до того времени, когда больная родит и после кормления грудью переведет ребенка на искусственное вскармливание.

Роды сошли благополучно, родилась здоровая девочка, которую больная кормила 10 месяцев и теперь перевела на искусственное вскармливание.

За время беременности опухоль заметно увеличивалась, после родов рост как бы приостановился. Болей опухоль не причиняет, затрудняет только ношение одежды. Больная имела 6 беременностей. Стенки живота дряблы имеется расхождение прямых мышц живота. В правом эпигастрии наблюдается некоторое выпячивание. При ощупывании по ходу правой прямой мышцы от правого подреберья прощупывается овоидная, уплотненная опухоль плотной консистенции. Она находится в толще брюшной стенки, неподвижна сверху вниз и подвижна вместе с брюшной стенкой в стороны. При напряжении брюшной стенки опухоль не исчезает и ясно прощупывается в толще передней брюшной стенки. Своим свободным краем не доходит на 4 пальца до линии, проведенной горизонтально через пупок. При ощупывании опухоль не болезненна.

15 декабря 1926 г. под общим наркозом смесью Бильбота косым разрезом вдоль реберной дуги обнажена опухоль и иссечена в пределах здоровых тканей. Опухоль выросла из переднего листка влагалища правой прямой мышцы. Гладкое выздоровление. Удаленная опухоль имеет форму сплюсненного овоида весом около

200 грамм. Длина 11 сант. При разрезе опухоль плотно эластической консистенции, беловато-серого цвета. Микроскопическое исследование подтвердило диагноз *fibroma desmoides*. В настоящее время (март 1930 г.) через три года и три месяца, как видно из письма, Поп-ва совершенно здорова. Жива и здорова и девочка, ради которой была отложена операция на целый год.

Наблюдение 4-е Картва, 27 лет, поступила в клинику 14 октября 1927 г. с жалобой на опухоль в правой подвздошной области. Заметила опухоль в марте текущего года. Опухоль, по мнению больной, медленно увеличивается, бывает болезненной после гимнастики. Местный врач считал эту опухоль лимфатической железой, увеличившейся вследствие хронического аппендицита. Больная имела три беременности, из которых одна закончилась абортom на третьем месяце, две другие — нормальными родами. В правой подвздошной области на уровне *sp. oss. ilei* *ant sup* прощупывается опухоль, с грецкий орех круглой формы, твердой консистенции, неподвижная, безболезненная. Прощупывается увеличенный, плотный, болезненный червеобразный отросток.

Под наркозом смесью Бильрота 20 октября 1927 г. сделана операция: разрез по Kocher'у для удаления червеобразного отростка. Опухоль величиною с куриное яйцо, выросшая из апоневроза наружной косой мышцы живота, иссечена в пределах здоровых тканей. Через этот же разрез вскрыта брюшная полость и удален хронически измененный червеобразный отросток. Глухой шов. Выздоровление. 7 февраля 1928 г. больная письмом уведомила меня, что она совершенно здорова.

В настоящее время в литературе насчитывается около 600 случаев десмоидов передней брюшной стенки. Об этих опухолях написано очень много работ, из которых видно, что большинство авторов считает десмоид передней брюшной стенки фибромой, встречющейся единично, очень редко множественно и берущей начало из заднего, реже из переднего листка влагалища прямых мышц, из фасций косых мышц живота, из поперечной фасции и белой линии. Растут десмоиды медленно и только во время беременности рост их ускоряется. Десмоиды встречаются по преимуществу у женщин и очень редко у мужчин. Так, по Писемскому на 550 случаев приходится 454 (87 проц.) женщин и только 68 (13 проц.) мужчин. Десмоиды встречаются величиною от лесного ореха до головы взрослого человека.

Большинство авторов считает, что главную роль в происхождении десмоидов играют травматические влияния. Хотя по своему микроскопическому строению десмоиды, казалось бы, должны быть скорее всего отнесены к доброкачественным новообразованиям, однако, по клиническому течению и по частоте рецидивов после оперативного удаления, приходится считать их злокачественными или, по крайней мере, на границе злокачественных новообразований. Так, по Писемскому, проц. рецидивов равен 8 проц., а по Pfeiffer'у даже около 31 проц. Эти цифры имеют важное практическое значение как для диагностики, так и для способа оперативного вмешательства. Крылов справедливо указывает, что распознавание десмоидных опухолей нередко затруднено, особенно в дифференциально-диагностическом отношении с внутрибрюшными опухолями. Это мнение подтверждается и на моих наблюдениях. Так, например, у одного из моих больных (набл. 2) консилиум врачей признал десмоид передней брюшной стенки за неоперабельную опухоль брюшной полости и отправил больного в Ленинград для рентгенотерапии, которая осталась безрезультатной. У другой больной (набл. 3) терапевт и гинеколог приняли десмоид передней брюшной стенки за увеличенный желчный пузырь. У третьей больной (набл. 4) опытный хирург десмоид принял за увеличенную лимфатическую железу. Эти диагностические ошибки кажутся странными, потому что опухоль лежит в толще передней брюшной стенки, следовательно, она так хорошо доступна исследованию. Повидимому, дело объясняется тем, что врачи, может быть, забывают пользоваться для дифференциального отличия десмоидов передней брюшной стенки от внутрибрюшных опухолей одним из самых надежных признаков, а именно, признаком Bouchacourt'a. Признак этот заключается в том, что, если заставить лежащего с вытянутыми ногами больного без помощи рук сесть, то мышцы брюшного пресса на-

прягаются, и находящаяся в толще их опухоль становится фиксированной, неподвижной и хорошо прощупываемой. Если же опухоль внутрибрюшная, то она исчезает и перестает быть прощупываемой. Для получения хороших отдаленных результатов после операции необходимо научиться рано распознавать десмоидные опухоли и рано оперировать, а для этого прежде всего не следует забывать, что они встречаются в толще передней брюшной стенки.

Что касается способов лечения, то кроме оперативного удаления никакое другое лечение пользы не принесет. Даже повторное настойчивое лечение рентгеновскими лучами не дает излечения, как это подтверждает мой случай (набл. 2). Огромный процент рецидивов настойчиво требует от хирурга применить наиболее радикальный способ операции. Поэтому десмоиды передней брюшной стенки должны удаляться по тем же правилам, которыми руководствуются при операциях злокачественных новообразований. Десмоид передней брюшной стенки нельзя вылущать, как доброкачественную опухоль, доброкачественную фиброму, ее непременно надо иссекать и при том иссекать широко, в пределах здоровых тканей, как мы поступаем при удалении раковой или саркоматозной опухоли.

Особенно демонстративны в этом отношении случаи Крылова и второй мой. В обоих случаях рецидив наступил на месте операции. Такие рецидивы всегда указывают на то, что операция была сделана недостаточно радикально, что часть опухоли была оставлена, следовательно, иссечение опухоли не было произведено в пределах здоровых тканей. Нет оснований бояться получить большой дефект в передней брюшной стенке. Такой дефект почти всегда не трудно закрыть, выкраивая мышечные лоскуты, чаще всего из косых мышц живота, как это я сделал у второго моего больного, или применяя свободную пересадку широкой фасции.

К вопросу о диагностических ошибках при гастрических кризах

Д.р М. Г. ПОЛЫКОВСКИЙ

(Из Свердловской Областной лечебницы для нервно-больных)

Tabes dorsalis одно из очень частых органических заболеваний центральной нервной системы. Симптоматология этого заболевания сравнительно простая и в далеко зашедших случаях легко диагностируется. Но, к сожалению, далеко зашедший tabes трудно поддается лечению. Проф. Даркшевич в своих лекциях настаивал, что tabes должен быть диагностирован уже тогда, когда имеются только некоторые симптомы этого заболевания, чтобы возможно раньше применить энергичное специфическое лечение, не давая болезни развиваться и прогрессировать.

Самые частые симптомы спинной сухотки — это отсутствие сухожильных рефлексов (симптом Westphal'я), симптом Argill-Robertson'a или рефлекторная неподвижность зрачков и стреляющие боли. По Штрюмпелю «неподвижность зрачков является, без сомнения, самым важным и не допускающим сомнения симптомом, ибо он вообще встречается почти только при tabes и при родственном ему прогрессивном параличе». Но больные в начальной стадии tabes'a обращаются за медицинской помощью не по поводу рефлекторной неподвижности зрачков или отсутствия сухожильных рефлексов, — больному долгое время это совершенно не мешает, а обращаются по поводу всевозможных болей, расстройства зрения, желудочно-кишечного тракта, мочеиспускания, половой функции.

Исключительный интерес в этом отношении представляют, так называемые гастрические кризы, т. е. приступы жестокой тошноты и рвоты, сопровождающиеся иногда сильными болями в области желудка с метеоризмом и западением живота. Обычно припадки эти вначале не отмечаются как табический симптом, они принимаются за желчные колики, язву желудка, хронический аппендицит. Таких больных нередко оперируют по поводу язвы желудка и аппендицита, но мучительные кризы от этого не уменьшаются и раньше или позже присоединяются другие симптомы спинной сухотки. Иногда, хотя

и редко, гастрические кризы долгое время бывают единственным симптомом, и тогда вопрос решается реакцией крови по Wasserman'у и исследованием спинно-мозговой жидкости. Для *tabes'a* картина *liquor'a* всегда характерна.

Для язвы желудка и двенадцати-перстной кишки характерными считают боли в подложечной области. Боли могут быть постоянными или с большими и светлыми промежутками. Последние Körtl считает особенно патогномичными для язвы желудка, между тем, как они в такой же мере характеристичны и для гастрических кризов. Сюда следует прибавить, что сифилис желудка иногда тоже дает картину язвы желудка или гастрического криза. Неудивительно поэтому, что больные иногда безрезультатно подвергаются оперативному, вмешательству. «Случаи многократного оперирования по поводу язв описаны не один раз в литературе у Дарвена, Топоркова, Holler'a, — (цитируем по Синакевичу и Топоркову.) — «И надо думать, что немногие хирурги избегли неприятного разочарования, вскрывши брюшную полость и не найдя никаких изменений ни в желудке, ни в двенадцати-перстной кишке. Характерно, что упомянутые авторы совершенно не указывают на гастрические кризы, как возможный повод к диагностическим ошибкам. В приведенных историях болезней нигде не пришлось встретиться, что хотя бы было произведено исследование крови по Вассерману и потому нельзя исключить, что у указанных больных боли вызывались явлениями невролюэса.» В цитируемой нами работе приводится шесть случаев из материала проф. Топоркова, которые были оперированы безрезультатно по поводу язвы желудка и где после специфического лечения получены хорошие результаты.

Наш больной тоже дважды был оперирован безрезультатно, один раз по поводу аппендицита, второй раз по поводу язвы желудка.

А. Ф. С. 31 г., служащий, прибыл в нервную больницу с жалобами на припадki периодической рвоты, продолжающейся 8 — 9 дней. Рвота без болей в области желудка. Во время рвоты не принимает никакой пищи; жалуется также на боли в спине и двоение в глазах при взгляде влево. Родители: мать 65 л. здоровая женщина, отец умер 65-ти лет от плеврита. У них было 11 человек детей: 5 живых, 6 умерли от различных причин, из них две сестры страдали пороком сердца.

Наш больной до 27-ми лет чувствовал себя физически очень хорошо. Люэс у себя категорически отрицает. Пил довольно много. 18-ти лет гоноррея, лечился аккурлатно. В 1917 году 21 — 22-х лет больной, будучи на военной службе, обратился к глазнику по поводу двоения в глазах при взгляде влево и ему назначили калий. Двоение не уменьшалось, а так как оно больному не мешало, он к этому быстро приспособился и продолжал отбывать воинскую повинность.

Первый приступ рвоты при полном здоровье был после приема 3-х рюмок вина в октябре 1922 года; рвота продолжалась трое суток и он ничего не мог ни пить, ни есть. Через три месяца 2-й приступ рвоты, опять без особых предвестников, причем рвота продолжалась шесть суток. С этих пор и до настоящего времени приблизительно через каждые 2 1/2 — 3 месяца появлялись приступы судорожной рвоты. В промежутках больной чувствовал себя совершенно здоровым, ел мясо, черный хлеб, пил вино и пиво. Обычно на второй или третий день после окончания рвоты уходил на службу. Первый год лечился у терапевтов, которые диагностировали язву желудка и направили в хирургическую больницу для операции.

В ноябре 1923 года больному произведена операция аппендицита, предполагая не язву желудка, а аппендицит. После операции чувствовал себя хорошо, но затем опять появились те же приступы рвоты с такими же приблизительно промежутками 2 1/2 — 3 месяца. Через год после первой операции больной был помещен в другую хирургическую больницу, где ему была произведена операция по поводу язвы желудка.

Между прочим, рентгенограммы до операции больному не делали и WR крови и *liquor'a* не были произведены. После второй операции через 4 мес. опять рвота, продолжавшаяся уже 8 — 9 дней. С этих пор до настоящего времени, через более или менее правильные промежутки времени, около 3-х мес., у больного за 2 — 3 дня до наступления рвоты появляется тошнота, понижение аппетита, частые позывы на дефекацию и приступы рвоты, продолжающиеся 8—9 дней. При этом больной не мог принимать ни жидкую ни твердую пищу, ни медикаменты и это мучительное состояние приходилось облегчать морфием. За время рвоты худеет обычно на 10—12 фунт., а в промежутках хорошо поправляется.

Со стороны нервной системы отмечаются следующие отклонения от нормы: Anisocoria, os od неправильная форма зрачков, отсутствие зрачковых реакций на свет и конвергенцию (рефлекторная неподвижность), парез отводящего нерва слева: понижение чувствительности корешкового типа в области D4 — D7, преимущественно справа, понижение чувствительности на локтевой поверхности левой кисти корешкового типа C7 — C8, и

некоторое понижение коленных рефлексов. Исследование спинно-мозговой жидкости по Wasserman'у дало резко положительный результат.

На основании рефлекторной неподвижности зрачков, пареза отводящего нерва слева, пониженной чувствительности корешкового типа и положительной реакции Liquor'a по Wasserman'у диагностируем у больного *tabes*. Приступы мучительной рвоты относятся к гастрическим кризам, доказательством чего служит и то, что сделанные больному две операции нисколько не облегчили страданий больного и не изменили характера рвоты. Надо полагать, что появившиеся впервые в 1922 г. приступы судорожной рвоты не были единичными симптомами *tabеса*, так как уже в 1917 г. больной обращался к главному по поводу двоения в глазах. Думаем, что исследование на сифилис больного в это время дало бы положительный результат. Такие случаи не редки и М. А. Агро́ник в работе под редакцией известного сифилидолога Иванова «Сифилис и нож хирурга» приводит большой материал из литературы, где лучшими хирургами ошибочно производились безрезультатно костные и полостные операции, там, где впоследствии обнаружен был люэс. Он в этой работе говорит «о возможности сифилиса каждый раз должен подумывать хирург, прежде чем подвергнуть серьезному оперативному вмешательству». К этому прибавим, что при подозрении на язву желудка или двенадцати-перстной кишки необходимо во всех случаях исследовать больного в направлении сифилиса и в особенности сифилиса нервной системы.

Настоящее сообщение было сделано около 2-х лет тому назад в Уральском Медицинском Обществе и за это время мы наблюдали несколько случаев оперативного вмешательства при гастрических кризах. Последняя больная, историю болезни которой ниже приводим, в этом отношении очень демонстративна.

Больная (Г-ва М. Як.) 39 лет, помещена в нервную больницу 23-VII — 29 г. с жалобами на сильную рвоту, головокружение и слабость. Рвота настолько частая и обильная, что больная совершенно потеряла работоспособность; нередко приходилось прибегать к морфию.

Больная второй раз замужем. От первого мужа были две беременности, одна из которых кончилась естественным выкидышем на 3-м мес. беременности. При второй беременности родился ребенок, который жил всего один день. Венерические заболевания отрицает. В 1921 г. у больной заболела нога и она по поводу «ишиаса» лечилась в Саратовской клинике. В 24-ом году повторились боли в обоих ногах, по поводу чего лечилась в Самарском институте физ. мет. лечения. В 1925 г. впервые сильные приступы рвоты. По этому поводу больной была произведена операция аппендицита. После операции рвота на некоторое время прекратилась, но была частая тошнота и отрыжка. С 1926 года опять стали повторяться сильные приступы рвоты. По поводу рвоты, желтухи и другим признакам у больной 24-I — 29 г. была произведена операция удаления желчного пузыря, после чего рвота на некоторое время прекратилась, но затем опять возобновилась. До поступления в нервную больницу больная обратилась к хирургам, где исследования продолжались в том же направлении (анализ желудочного сока, рентгенограмма желудка и т. д.).

При объективном исследовании отмечено: отсутствие реакции на свет левого зрачка, коленных и Ахилловых рефлексов, симптом Romberg'a и незначительное ослабление мышечного чувства. WR крови от 25-VII — 29 г. (произв. в Бакт. Инст.) положительный результат (++++). С-Г и Мейнике дали положительный результат.

Объективные данные и серологическое исследование с достаточной убедительностью говорят, что у больной *tabes dorsalis*. Можно полагать, что начало заболевания было уже в 21-м году и что *Jschiäs* у больной был только симптоматический. До поступления в лечебницу больная не лечилась специфически. В нервной лечебнице проведено энергичное специфическое лечение, после чего больная выписалась в хорошем состоянии: рвота прекратилась и трудоспособность восстановлена.

От редакции. Задержка с выходом в свет настоящего номера произошла не по вине редакции. Редакция принимает все меры к тому, чтобы полностью выполнить : : нить свои обязательства перед подписчиками. : :

Опыт профилактики кори и скарлатины сывороткой реконвалесцентов в детских учреждениях*)

Д-р П. И. Ильинский

(Из клиники инфекционных болезней Перм. Госуд. Ун-та.)

До сих пор еще встречаются представители врачебного мира, которые полны скептицизма к профилактике кори, считая корь у детей неизбежной болезнью, протекающей в большинстве случаев легко. Блестящим опровержением указанного взгляда являются современные данные эпидемиологии, клиники, статистики заболеваемости и смертности кори. Часто повторяющиеся эпидемии кори, поражающие детей преимущественно в возрасте от 2 до 6 лет, дающие значительное количество осложнений с высоким % смертности, позволяют рассматривать профилактику кори, как один из актуальных вопросов. Неизвестность возбудителя кори препятствует точному установлению профилактических мероприятий, но тем не менее часть их известна и настойчиво требует жизненного применения. Мероприятия эти следующие: 1) удовлетворительные санитарно-гигиенические условия жизни детей с целесообразным возрастным питанием, 2) ранний диагноз кори и изоляция больного может не дать новых случаев заболевания, 3) карантин в течение 3 недель, 4) основательное проветривание помещения, где находился коревой больной, с мытьем твердого инвентаря, стиркой постельного и нательного белья 5) выписка из коревых отделений детей болевших корью безопасна для здорового детского населения после исчезновения сыпи и падения температуры до нормы, 6) искусственная профилактика (Пичугин, Стефанский, Розенберг, Колтыпин, Ивашенцев, Apert et Kermorgant, Заболотный, Schütz, Romberg, Nobecourt, Розен и Куденко и др.

В последнее время иностранными и русскими авторами предложено несколько методов искусственной профилактики кори (Karonia, Degkwits, Petenyi, Бурова, Наследышева и Фесенко), среди которых большим признанием пользуется способ вакцинации по Degwitz'у. После того, как Richet и Hericourt (1881 г.) была открыта возможность пассивного иммунизирования при помощи специфической сыворотки против стафилококковой инфекции, мысль о том, что сыворотка здоровых и выздоровевших может быть использована для лечения инфекционных болезней, напрашивалась сама собой. Было установлено, что антитоксины и другие антитела представляют составные части этих сывороток (Behring совместно с Nissen'ом, Kitasato, Charrin'ом и Roger'ом — 1891 г.), что антитела содержатся и в крови реконвалесцентов. Neisser (1892 г.) при пневмонии первый стал применять человеческую сыворотку реконвалесцентов для терапевтических целей. Затем сывороточное лечение нашло применение при тифе, холере, а вскоре при скарлатине и кори. Weisbecker'у (1896 г.) принадлежит первое сообщение об успешном лечении сывороткой реконвалесцентов скарлатины и кори, дальнейшими экспериментами в этой области занимались Huber и Blumenthal (1897 г.). Ribade-

*) Доложено в Научной Конференции Врачей Клиники Инфекционных болезней. Перм. Гос. Ун-та 6/XI и 20/XI—29 г.

аих — Dumas описали случай тяжелой кори, леченной сывороткой реконвалесценто-
тов, а Nicollxet Conseil (1914 г.) в одном случае кори применяли сыворотку коре-
вых реконвалесценто-в с профилактической целью, который и описали в 1918 г.
Richardson et Connor (1918 г.) подвергли проверке случай Nicolle et Conseil'я, но
не пришли к определенным результатам (Gruber, Degkwitz). Degkwitz (1919 г.)
показал, что посредством инъекции сыворотки реконвалесценто-в после кори (MRS)
удается предохранить зараженных корью детей от развития болезни и в 1920 г.
разработал этот способ, который повсюду стал применяться, т. к. результаты от-
крытия Degkwitz'a подтвердились и польза способа была признана всеми.

Зная большую восприимчивость детей к кори, ее возрастную избиратель-
ность (период нейтрального возраста), большую заболеваемость и смертность (осо-
бенно детей пролетариата) среди детского населения вообще, а в частности, в дет-
ских учреждениях и больницах, необходимо признать профилактику кори сыво-
роткой реконвалесценто-в по Degkwitz'у весьма ценным вкладом в медицину.
На основании сказанного невольно намечается очередным вопросом профилактики
кори оберегание детей в грудном и нейтральном периодах детского возраста от
заболевания корью до наступления школьного возраста, когда заболевание корью
не представляется таким опасным и не уносит огромного количества детских
жизней, как в грудном и нейтральном возрастах. Задержка коревого заболевания
до более поздних лет была бы большим достижением (Pfaundler). Разрешение
этого вопроса возможно при условии проведения в жизнь общественной профилак-
тики путем пассивного или пассивно-активного иммунизирования детей от груд-
ного до школьного возраста; в тех случаях, когда невозможна общественная про-
филактика, необходимо лечить больной организм активным иммунизированием,
т. е. специфическими сыворотками (Degkwitz).

Желая проверить профилактическое действие сыворотки коревых рекон-
валесценто-в, мы применили последнюю на детях дома младенца и ребенка и
яслях № 8 Пермского Окргдравотдела. В декабре 1927 г. и в октябре 1929 г. в Перми
и Мотовилихе вспыхнула эпидемия кори, которая вскоре проникла в детские
учреждения и, в частности, в дом младенца и ребенка и ясли № 8, где нашла мно-
гочисленные жертвы среди детей от 1½ месяцев и до 4 лет. Для ликвидации упомя-
нутой эпидемии кори и сохранения детских жизней, по совету проф. Г. В. Флей-
шер, была проведена среди части детей искусственная пассивно-активная имму-
низация сывороткой коревых реконвалесценто-в, т. к. последняя предупреждает
распространение кори, если она применена не позднее 5-го дня инкубационного пе-
риода (Paraf, Jean, William). Для большей ясности наш материал представлен
таблицами, составленными на основании записей в историях развития детей и
данных заведующей яслями № 8 д-ра М. С. Галкиной. Иммунизации были подвер-
гнуты все дети, за исключением находившихся на естественном вскармливании,
перенесших корь, и по состоянию здоровья очень слабых (близких к летальности),
что в общей сложности за 1927 и 1929 г. г. дало 49 детей. Сыворотка коревых ре-
конвалесценто-в была получена из лаборатории клиники инфекционных болезней
и вводилась внутримышечно по 3—5—7—10 кб. см. (от 1 дня жизни до 6 мес. —
3 кб. см., от 6 мес. до 1 г. — 5 кб. см., от 1 г. до 3 л. — 7 кб. см., и свыше 3-х
лет — 10 кб. см.), предполагая 4,5-ый день инкубационного периода кори у дан-
ной группы детей. Из 49 иммунизированных детей мальчиков было 26, девочек 23.
Распределение детей по возрасту показывает, что детей грудного возраста было
13 (20,6 проц.) почти в два раза меньше детей нейтрального возраста (36 детей
или 79,4 проц.). Распределение детей по конституциональным аномалиям показало,
что наибольшее количество детей имело экзуд. д. + рахит д. 24 (48 проц.), рах.
д. 7 (14,2 проц.), экс. д. + рах. д. + невр. к. 5 (10,9 проц.) и экс. д. 5 (10,9 проц.).

Из перенесенных инфекций у части детей были: грипп, ветр. оспа, свинка,
скарлатина и коклюш, а к моменту иммунизации сывороткой коревых реконвале-
сценто-в отмечены следующие заболевания: диспепсия (11), колит (1), гипотрофия
(6), декомпозиция (4), микроцефалия (1), анемия (5), туберкулез бронх. жел.

(3), врожд. сифилис (4), хрон. головная водянка (1) и порок сердца (1), т. е. больных детей было 37 (75,6 проц.), а здоровых 12 (24,4 проц.). Установленные постоянные измерения температуры тела у детей в 9 час. утра, в 12 час. дня и в 6 час. вечера показали, что после иммунизации у 47 детей температура была нормальной в течение нескольких дней, а у 2 детей повышенной в течение 3 дней. Повышение температуры колебалось от 37,1° до 38,2° С (один ребенок 5 мес. с лимф. — гип. кон., а второй 1 г. 3 м. с экс. д. + рах. д. + невр. к.). Необходимо отметить, что кроме температурных повышений других реакций среди иммунизированных детей не наблюдалось. В одном случае на 3 день после иммунизации ребенок (из температурящих), заболел корью, которую перенес в легкой форме и без осложнений. После проведения пассивно-активной иммунизации детей сывороткой коревых реконвалесцентов в доме младенца и яслях № 8 заболевания корью прекратились. Спустя ровно 2 месяца после иммунизации наблюдался один случай заболевания корью среди иммунизированных детей (ребенок 7 мес. с лимф. — гип. кон.), окончившийся летально после осложнения бронхо-пневмонией.

Переходим к профилактике скарлатины. Данные Москвы, Ленинграда, Киева Одессы, Харькова и др. городов, а также Западной Европы и Америки, говорят о том, что мы после нескольких лет сравнительного затишья в развитии скарлатины попали в полосу ее развития, имеющую к тому же тенденцию к повышению, что заставляет признать «скарлатинный вопрос» особо важным (Златогоров). Скептического взгляда, существующего у некоторых врачей к профилактике кори, не встречаем в отношении профилактики скарлатины. Да это и понятно — скарлатина, протекающая даже в легких формах, не говоря уже о средних тяжелых, не всегда дает подтверждение правильности предполагаемого прогноза, т. к. осложнения и летальный исход могут последовать даже в отдаленные дни и недели течения скарлатины. Несмотря на то, что скарлатина менее заразна, чем скарл., и дети малообеспеченных родителей, по данным Zinger'a оказывались менее восприимчивыми к ней по сравнению с детьми состоятельных и сельских родителей, все же приходится учитывать возрастную избирательность ее (от 2 до 6 лет), сезонность заболевания (осень и зима) и констатировать пагубность появления эпидемии среди детей в детских учреждениях. Появляющаяся в детских учреждениях скарлатина часто находит многочисленные жертвы среди восприимчивых детей и дает высокий процент смертности.

К сожалению, приходится признать, что крайне интересные изыскания относительно природы скарлатинозного яда все еще не вышли за пределы чисто научных, лабораторных исследований и не дали чего-либо вполне определенного и общепризнанного для разрешения практических задач (Флейшер), тем не менее, успешность предупреждения скарлатинозных заболеваний, зависит от выполнения ряда мероприятий. Они сводятся к следующему: удовлетворительные санитарно-гигиенические условия жизни детей с целесообразным возрастным питанием, 2) выявление восприимчивых детей к скарлатине и их иммунизации по Dick'y di Cristina и др., 3) раннее распознавание болезни и изоляция заболевшего, 4) тщательная дезинфекция помещения и всех предметов, бывших в соприкосновении с больным, 5) карантин на 2 недели для лиц, имевших контакт со скарлатинозным больным, 6) выписка заболевшего скарлатиной тазоинфекционных барачков по исчезновении шелушения и отсутствии каких бы то ни было осложнений, дающих экскреты (нефрит, отит, гнойный плеврит, вскрывшиеся аденоиды), 7) хорошее оборудование больниц со строгой дисциплиной для персонала и родителей в смысле переноса инфекции, 8) наличие специальных барачков для больных, подозрительных по скарлатине, 9) необходимо иметь изоляционные квартиры для выдерживания лиц, имевших соприкосновение с заболевшими, 10) 100 процентная госпитализация зарегистрированных случаев скарлатины, 11) искусственная профилактика (Пичугин, Златогоров, Romano, Renault, Jules et Kowrisky, Fanconi, Розен, Биргер, Колтыпин, Коршун, Скроцкий и Бардах, Майоров).

За последнее время мы имеем несколько методов искусственной профилактики скарлатины, предложенных иностранными и русскими авторами (Габричевский, di Cristina, Degkwitz, Безредка, Dick, Zinger, Tunicliff, Caronia, Sindoni, Златогоров). Наибольшим признанием из указанных методов искусственной профилактики скарлатины пользуется способ Degkwitz'a — иммунизация сывороткой реконвалесцентов. Проф. Г. В. Флейшер наблюдали свыше 500 случаев профилактического применения сыворотки скарлатинных реконвалесцентов в детских домах, санатории, больницах, отдельных семьях, где наряду с ясно выраженными случаями заболевания скарлатиной, эвакуированными из гнезда, имелся более или менее обширный материал, по условиям обстановки (длительное соприкосновение, отсутствие всякой изоляции) — представляющей полную возможность для распространения инфекции. Сыворотка вводилась под кожу в зависимости от возраста и состояния организма в количестве 3 — 5 — 10 кв. см. при чем из всех 500 случаев местная реакция наблюдалась в 5 сл. (1 проц.), общая в 6 сл. (1,2 проц.), очаговая 3 сл. (0,6 проц.), сывороточная болезнь 11 сл. (2,2 проц.) заболело скарлатиной 15 (3 проц.), в легкой форме и без осложнений, хотя дети были слабые и больные. Автор, на основании своих наблюдений, делает выводы: сыворотка скарлатинных реконвалесцентов предохраняет от заболевания скарлатиной или облегчает его, создает пассивный иммунитет сроком около месяца; применение ее показано в лечебных учреждениях для предупреждения внутрибольничных заражений, в замкнутых очагах инфекции (отдельные семьи, закрытые приюты, детские дома), при условии карантинизации их на определенный срок.

В середине октября 1929 г. в Перми и Мотовилихе появилась эпидемия скарлатины, которая не миновала дома младенца и ребенка и детского интерната железнодорожных школ (сведения по последнему предоставлены д-ром С. В. Зейдлиц). После констатирования в течение 3 дней 10-ти случаев заболевания скарлатиной среди указанных детей возник вопрос о ликвидации эпидемии скарлатины посредством пассивно-активной иммунизации сывороткой скарлатинных реконвалесцентов. Иммунизация была проведена 71 ребенку, остальные же дети составляли госпитализированных, находящихся на естественном вскармливании, перенесших скарлатину и очень слабых по состоянию здоровья (близких к летальности). Сыворотка скарлатинных реконвалесцентов, полученная из лаборатории клиники инфекционных болезней, всем детям вводилась внутримышечно по 5 кв. см., т. к. предполагался 4 день инкубационного периода скарлатины у вышеуказанной группы детей. Из иммунизированных детей было мальчиков 42 и девочек 29. По возрасту дети делились так: 13 чел. или 18,3 проц. до 1½ лет, 30 детей (42,2 проц.) от 1½ до 8 лет и 28 детей (39,5 проц.) в школьном возрасте от 8 до 15 лет.

Детей с комбинированными конституциональными аномалиями было 35 (49,2 проц.), с нормальной конституцией (дет. инт. ж. д. шк.) 16 (22,5 проц.) и других конституций 20 (28,3 проц.).

Из перенесенных инфекций у части детей были: грипп, корь, коклюш, краснуха, ветр. оспа, свинка и воспаление легких, а к моменту иммунизации сывороткой скарлатинных реконвалесцентов отмечены следующие заболевания: диспепсия (9), гипотрофия (6) декомпозиция (8) микроцефалия (1), туберкулез бронх, жел. (5) хрон. головная водянка (1), врож. сифилис (4), скрофулез (1), фурункулез (1), малокровие (20), туб. интоксикация (1), невроз сердца (1), т. е. больных детей было 57 (80,3 проц.), а здоровых 14 (19,7 проц.). Измерения температуры тела в 9 час. утра, 12 час. дня и в 6 час. вечера показали, что у 17 детей температура была повышенной в течение нескольких дней и колебалась от 37,0 до 39,5 °С. Местная реакция (краснота) была у 7 детей. Сывороточных болезней, а также заболеваний скарлатиной среди иммунизированных детей не наблюдалось. Эпидемия скарлатины была сразу ликвидирована путем проведения пассивно-активной иммунизации детей сывороткой скарлатинных реконвалесцентов и в течение более 2-х месяцев новых случаев заболевания не было.

На основании небольших наших наблюдений над профилактическим применением сывороток коревых и скарлатинных реконвалесцентов в детских учреждениях, можно сделать следующие выводы:

1. Сыворотка коревых и scarlatinных реконвалесцентов является прекрасным средством профилактики кори и scarлатины во время эпидемий в детских учреждениях.

2. Противопоказаний к применению сыворотки не имеется.

3. Наблюдения ряда авторов и наши над результатом действия сывороток, как профилактического средства, дают полное основание высказать пожелание об издании постановления об обязательном взятии крови у всех коревых и scarlatinных реконвалесцентов, учитывая возраст и медицинские противопоказания.*)

4. Обеспечить инфекционные отделения, детские больницы и детские учреждения сыворотками коревых и scarlatinных реконвалесцентов; широко поставить пропаганду среди населения о их применении, что явится лучшим и верным методом борьбы с грозными последствиями эпидемии кори и scarлатины.

Л и т е р а т у р а :

1) Проф. П. И. Пичугин. Записки по детским болезням. Пермь, 1926 г.; 2) проф. В. К. Стефановский. Острые инфекц. болезни. Одесса, 1926 г.; 3) Проф. Н. К. Розенберг. Курс острых инфекц. болезней. Ленинград, 1925 г.; 4) Пр.-доц. А. А. Колтыпин. Острые инфекц. болезни. Москва, 1928 г.; 5) Browhler J. Am. m. Ass. № 3, 1928 г.; 6) Проф. Г. А. Ивашенцов. Краткий курс инфекц. болезней. Ленинград, 1926 г.; 7) Apert et Kermorgant. Statistique du service de la rougeole pendant la derniere epidemie Bull. de la Soc. de pediatrie de Paris № 4-5, 1925 г.; 8) Акад. Д. К. Заболотный. Угасание эпидемий. Проф. Мед. № 12 1925 г.; 9) J. Schutz. Die Epidemiologie der Masern Jena 1925 г. 10) Prof. E. Romberg. Morbilli. J. von. Mering. Руководство по внутренней медицине, т. I, вып. I. Берлин, 1924 г. 11) Prof. Nobecourt. Учебник детских болезней. Ленинград, 1928 г.; 12) П. С. Розен и И. Д. Куденко. Предохранит. меры у постели заразного больного. Москва, 1927 г.; 13) Petenyi. Вр. Дело № 15, 1929 г.; 14) А. Е. Бурова, С. И. Наседышева и Т. Ф. Фесенко. Дальнейшие наблюдения над применением Харьковской коревой вакцины. Вр. Газ. № 11, 1929 г.; 15) Degkwitz. D. med. Woch. № 1, 1922 г. 16) Prof. P. Degkwitz. Die Masernprophylaxe und ihre Technik. Berlin, 1923, 17) Degkwitz. D. med. Woch. № 12, 24 г. 18) Degkwitz. Munch. med. Woch. № 2., 1922 г.; 19) Paraf., Jean. Nouvelles recherches sur la prophylaxie de la rougeole. Serotherapie preventive dans le foyers epidemiques tentatives de vaccination (Ann. de med. № 4, 1924 г.), 20) Park William Journal of medical Society of New. Jersey. Juli 1924 г., 21) Проф. М. С. Маслов. Учение о конституциях и аномалия конституции в детском возрасте Ленинград, 1925 г. 22) Wesselboef. New Eug. J. Aed., 1928, в детком возрасте. Ленинград, 1925 г. 23) Wesselboef. New Eng. J. Med. 1928 г., 23) Л. А. Колчанов. К вопросу о пассивной иммунизации против кори и реакции угасания при ней. Вопр. Педиатр., Педологии и Охр. матер. и детства. Т. I, Вып. I. Ленинград, 1929 г. 24) М. Г. Данилевич, Н. А. Никитина и Э. Е. Пессис. Сыворотка реконвалесцентов при лечении scarлатины в ранней и поздней стадии болезни у детей младенческого возраста. Вопр. Педиатр., Педологии и Охраны матер. и младен. Т. I. Вып. I. Ленинград, 1929 г.; 25) С. С. Каневская и М. П. Соснова. Течение кори у привитых сывороткой. Вр. Газ. № 1, 1929 г.; 26) Проф. С. И. Златогоров. Scarлатина и борьба с ней. Проф. Мед. № 4, 1925 г.; 27) А. И. Скроцкий и М. Я. Бардах. К вопросу о профилактике scarлатины сывороткой scarлат. реконвалесцентов. Проф. Мед., № 11, 1925 г. 28) Проф. Г. В. Флейшер. Сыворотка реконвалесцентов, как способ борьбы со scarлатиной. Перм. Мед. Журн. Т. VII, № № 3—4, 1929 г.; 29) A. Romano. Vaccinazione profilattica antiscarlatinea Rinascenza med. № 19, 30) Renault, Jules et R. Kowrilsky. Une epidemie hospitaliere de scarlatine (Arch. de med. des enfants, № 7, 1924, 31) C. Fancioni. Клинич. и серол. данные к проблеме scarлатины. Ленинград, 1927 г.; 32) Сборник статей под ред. проф. С. В. Коршуна. Дифтерия и scarлатина, Москва, 1925 г.; 33) А. И. Майоров. Опыт 100 проц. госпитализации зарегистрированных случаев scarлатины по городу Житомиру. Проф. Мед. № 7, 1927 г.; 34) С. М. Щастный. Обзор деятельности Одесского Сан.-Бактер. Ин-та по scarлатине. Проф. Мед. № 4, 1925 г.; 35) В. Д. Краснов. К вопросу о профилактическом действии противосcarлатинозной вакцины (по Златогорову). Проф. Мед. № 4, 1926 г.

*) Такое предложение в пор дке обязательного постановления не мож т быть принято (Примеч. редакции).

Дифтерия в гор. Перми

Г. Ф. ЕРШОВ

Освещая в кратком очерке характер движения дифтерии в г. Перми, мы пользуемся случаем обратить внимание уральской общественности на угрозу со стороны дифтерии и на необходимость усиления мероприятий по борьбе с нею.

Наш анализ заболеваемости дифтерией за 1909—1929 г.г. убеждает нас в том, что Пермь находится в начальной стадии под'ема дифтерийной волны.

Кривую движения дифтерии, как это видно из табл. № 1.

Табл. № 1

Заболеваемость дифтерией в Перми (без Мотовилихи)

Г о д ы	Абс. число	На 10 т. ж.	Г о д ы	Абс. число	На 10 т. ж.
1909	97	15,2	1922	50	7,4
1910	197	30,2	1923	65	8,4
1911	184	27,6	1924	34	4,2
1912	107	14,6	1925	41	4,9
1913	100	13,7	1926	49	5,7
1914	99	13,8	1927	125	14,1
1915	155	21,1	1928	118	12,8
1916	494	66,7	1929	161	15,7

можно разбить не только по времени, но и по характеру на два периода: довоенный и советский. Последний представляется более благополучным. Особенно значительным кажется снижение заболеваемости в первой половине приведенного нами отрезка советского периода. Это снижение, повидимому, стоит в связи с резким снижением заболеваемости дифтерией, наблюдавшимся с 1919 г. по СССР, когда поражаемость населения снизилась до 5.1 на 10000 (за 1919 — 23 г.). В таком же соответствии с движением дифтерии по России находятся и цифры по Перми за довоенный период. В России в 1906 г. начался под'ем дифтерии, который достиг максимума в 1910 г. (43,1 на 10000). Этот год дал в Перми также повышение до 30.2 на 10000.

Нельзя, к сожалению, сказать, как отразилась значительная вспышка дифтерии в 1916 г. (66,7 про 10 mille на следующих годах, так как они выпали из статистического учета. Сказалось ли на снижении заболеваемости в 1922 г. и других годах то, что после вспышки 16 года в населении образовались иммунные группы или это связывается с периодичностью дифтерийных эпидемий, или же обусловлено изменением состава детского населения за годы гражданской войны, эпидемий и голода, судить трудно.

Привлекает к себе внимание некоторый рост дифтерии с 1926 года в Перми, тоже и по Мотовилихе: на 10 т. ж. в 1927 г. 5,2 (19 сл.), в 1928 г. 20,4 (79 сл., и в 1929 г. 12,3 (53).

Если интенсивный показатель 29 года по Перми принять за 100, то движение дифтерии в коэффициентах наглядности представляется так:

1922 — 47	1926 — 36
1923 — 54	1927 — 90
1924 — 27	1928 — 81
1925 — 31	1929 — 100

Последние три года дали таким образом резкий скачек. Особенно резким представляется движение дифтерии на протяжении 1929 года.

Помесячное движение дифтерии в 1929 г.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Пермь	125	41	50	68	66	52	59	29	75	145	175	300
Мотовилиха . . .	135	100	64	93	114	72	114	93	43	64	72	257

В этой таблице представлены процентные отношения среднего ежедневного числа заболеваний каждого месяца к среднему ежедневному за год. Кривая отличается характерным для дифтерии повышением (по г. Перми весьма резким) в октябре — ноябре месяце, при чем это повышение продолжается с еще большей силой в декабре и распространяется на первый квартал 1930 года: Пермь 117 сл., Мотовилиха 26 сл.

Повышение заболеваемости дифтерией в г. Перми невольно приходится, исходя из примеров прошлого, ставить в связь с повышением заболеваемости в других городах и местностях РСФСР. Так, 1924 г. дал по городам республики 9,8 на 10000, 1925 г. — 8,9 на 10000, 1926 — 10,0, 1927 — 10,7. Последние сведения сообщают о тревожном росте дифтерии в разных местах.

Этот рост дифтерии является отголоском той вспышки, которая за последние годы наблюдается в Западной Европе и движется по направлению к Востоку. Заболеваемость дифтерией в 1928 г. по сравнению с 1923 г. в европейских странах заметно возросла:

	в 1928 г.	в проц. к 1923 г. :
Рост дифтерии в европейских странах	Польша	282
Германия	129	Австрия 291,5
Англия	152,8	Венгрия 357
Франция	172	Чехо-Словакия . . . 393,8

Огромные территории советских республик в эти годы еще не дали такого резкого роста. Украина, например, дала — 153 проц., СССР по 1928 год 158,6 проц.

Ряд моментов заставляет нас особенно тревожно смотреть на дифтерию. Годы сравнительного благополучия в отношении дифтерии, имевшие место у нас, могли способствовать накоплению восприимчивых к последней групп населения. Социальные сдвиги, происходящие в стране, усилив миграцию и урбанизацию населения сказались и на Перми, увеличив состав населения города, что также, вероятно, увеличило и число восприимчивых к дифтерии, если полагать, что деревенское население является менее иммунным, чем городское. Это особенно серьезным кажется нам в наших северных условиях. Еще Тезяков сделал вывод, что южные губернии интенсивнее поражались дифтерией, которая в силу тех или иных причин падала северные губернии, заметно снижаясь по направлению к северу.

Город дает более высокую заболеваемость дифтерией. Это мы видим и по Пермскому. Однако, округу за последний год районы округа, раньше благополучные, обнаружили более сильную тенденцию к росту:

	Пермь с Мотовилихой		Районы Пермского округа	
	Абс. цифры	Коэф. нагляд.	Абс. цифры	Коэф. нагляд.
1927 г. . .	144	100	110	100
1928 г. . .	197	137	134	122
1929 г. . .	214	149	184	167

Усилившийся контакт города с деревней, новые бытовые условия, создающиеся в последней в связи с коренным изменением хозяйственного уклада жизни — все это в трудных условиях переходного момента серьезно угрожает благополучию деревни в отношении дифтерии и требует решительных мер борьбы с последней. Борьба с дифтерией должна строиться на основе изучения характера ее распространения. Последний по Перми обнаруживает ряд особенностей.

Повозрастное распределение дифтерии в абс. числах:

Возрастные группы	Г о д ы								Всего
	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	
До 1 года	—	2	2	2	4	6	6	10	32
<u>1 — 9 л.</u>	37	40	19	29	34	103	98	129	<u>489</u>
10—19 л.	13	15	7	8	9	14	11	15	92
Старше 20 л.	6	8	6	5	1	2	3	7	35

Наибольший проц. приходится на долю дошкольного возраста — 80,3 проц. *) группа от 10 — 19 л. дает 14,2 проц. и остальные 5,4 проц. То же самое мы имеем по Мотовилихе за 1927 — 29 годы: 0 — 9 л. 89,4 проц., 10 — 19 л. 7,3 проц. и старше 20 л. 3,3 проц. Три месяца 1930 года дали такое же распределение: до 9 лет 85 проц., 10 — 19 л. 8 проц., остальные 7 проц. Оба пола одинаково подвержены заболеваемости дифтерией. Женщины по Перми дали 51,3 проц., по Мотовилихе 50 проц. Приведенные цифры повозрастного и полового распределения дифтерии являются характерными для нее. Обращает внимание на себя довольно значительное за последние 3 года повышение заболеваемости в дошкольном возрасте. Интенсивность поражения отдельных возрастных групп за восьмилетие резко колеблется. Так за 1922 — 29 г. интенсивность поражения каждой возрастной группы в показателях на 10 т. населения представляется следующей: 0 — 9, л. 39,7, 10 — 19 л. 7,1 20 л. — 0,8. Один 1929 г. дал соответственно следующие показатели: 70,2, 7,7, 1,1. Иными словами, мы наблюдаем резкое увеличение заболеваемости дошкольного населения, которое по Перми в 29 году в 27 раз выше заболеваемости остального населения (70,2 и 2,6 проц.). Вся тяжесть заболеваний падает на долю «неорганизованного» детского населения. Воспитанники детсадов, яслей и учащиеся дали за 1929 год 10 и 20 случаев, за три месяца 30 года 5 и 8 сл.

В связи с этим возникает вопрос, какая же социальная группа оказывается наиболее ранимой. Пять основных соц. групп, выделенных нами, дали следующие экстенсивные показатели:

С е м ь и	1927—29 г.	3 м-ца 1930 г.	1928—29 г.
	Пермь	Пермь	Мотовилиха
Служ. умств. труда*)	31	29	15,1
Техническ. служащ.	9,1	14	—
Рабочих	30	54	61,0
Безработных	7,9	—	4,5
Прочих	22,0	3	18,2

*) Автор произвольно расширил рамки дошкольного возраста (примеч. редакции)

**) Разбивку служащих на эти 2 гр. удачной считать нельзя (Ред.)

Группа служащих умственного труда, удельный вес которой в массе городского населения не представляется преобладающим, дает, однако, довольно большой проц. заболеваемости и даже по Мотовилихе, где эта группа совсем незначительна, она дает 15,1 проц. Следует отметить перемещение, которое наблюдается в поражаемости отдельных социальных групп в 1 квартале 1930 г., когда значительно увеличился процент в группе рабочих за счет снижения безработных и прочих. По-прежнему высок проц. группы служащих умственного труда.

Следует ли это объяснять тем, что дети менее культурных слоев населения, повидимому, также и менее обеспеченных, заболевают реже или это находится в зависимости от осведомленности в отношении дифтерии и связанной с этим обращаемостью за медпомощью. Рядом авторов неоднократно высказывалась мысль, что бедность не является фактором, способствующим распространению дифтерии. Повидимому, неблагоприятные социально-бытовые условия, способствуя возникновению естественной иммунизации, тем самым парализуют распространение. Эта мысль вытекает из наблюдений, имевших место в дореволюционный период. В настоящее время, когда различия в бытовых и экономических условиях социальных групп сглажены, представляется особенно интересным значительное поражение группы работников умственного труда. Мы все же склонны объяснять это большей обращаемостью за медпомощью. Доступностью же медпомощи мы объясняем и более интенсивное поражение населения центра по сравнению с рабочими окраинами.

Распределение дифтерии по районам города:

	1 9 2 8 г.		1 9 2 9 г.	
	Абс. цифр.	На 10 т. жит.	Абс. цифр.	На 10 т. жит.
Центр	88	15,0	116	18
Слободка	13	13,2	26	24,5
Данилиха	3	7,2	4	9,0
Н.-Деревня	4	9,3	5	10,6
Займка	3	9,1	2	5,6
Ост. район	7	5,8	8	5,7
Мотовилиха	79	20,4	53	12,3

Наиболее пораженным оказалось население центра, Слободки и Мотовилихи — районов, сравнительно благополучных в отношении врачебной сети. Больше поражение названных районов, как более населенных, следует поставить в зависимость от контагиозности дифтерии. Однако, распространение дифтерии имеет характер единичных заболеваний, разбросанных по всему городу. За 29 год выявлено было всего 11 домовых и квартирных очагов с числом больных 29 человек; из этих 11 очагов было 6 квартирных и только в одной квартире было 4 больных.

Значительная разбросанность дифтерийных больных по городу в сопоставлении с резким повышением числа их указывает на начальный период дифтерийной волны, т.-е. на вероятный еще более сильный рост в ближайшем будущем. Залогом этого служит увеличение числа бациллоносителей за счет перенесших дифтерию, и лиц, соприкасавшихся с больными (скрытых бациллоносителей). Исследования на бациллоносительство в семьях больных обнаружили рост бациллоносителей. Среди них были лица педагогического труда, медработники, воспитанники детсадов. Долгое время под контролем находилась патронажная сестра. Борьба с бациллоносителями первой категории, (переболевших дифте-

рией) в связи с установлением в случае упорного бациллоносительства срока изоляции их до 8 недель (цирк. НКЗ от 31-XII — 29 г.) разрешается более или менее удовлетворительно. Что же касается 2-ой категории, то как выявление ее, так и контроль за нею встречаются ряд сложных препятствий, которые в ближайшее время разрешить не удастся. В виду того, что полностью эту группу охватить исследованием на бациллоносительство в Перми не удастся, из нее следует выделить и охватить контролем тех, которые имеют большее соприкосновение с детским населением (учащих, учащихся, медработников и т. п.).

Не касаясь особенностей клинических проявлений дифтерии в эту эпидемию (полагаем, что инфекционисты не замедлят сообщением своих наблюдений) мы судим о тяжести ее по размерам смертности от дифтерии. За некоторые последние годы Пермь давала весьма высокий показатель смертности. Приводим для сравнения интенсивные показатели по ряду городов за 1927 год: Москва, 15,6 на 100 т. жителей, Ленинград 14,0, Берлин 13,0, Лондон 8,4, Париж 9,6, Одесса 5,5, Пермь 22,6. 1928 год дал по Перми 6, по Мотовилихе 10, а 1929 год по Перми уже 29,4, по Мотовилихе 18,6. Смертность среди больных дифтерией за 1929 год представляется весьма значительной:

	Заболело	Умерло	В процентах
Пермь	161	30	18,6
Мотовилиха	53	8	15,0

В Ленинграде летальность за 1922 — 26 г. была 15,8 проц. Младшие детские группы не только интенсивнее других поражаются дифтерией, но дают и наибольший проц. летальных исходов. Приводим для иллюстрации летальность по отдельным возрастам:

Пермь	1929 г.	Ленинград 1927 г.
		мальч. девоч.
0 — 4 л.	30,1	25,5 24,8
5 — 9 л.	7,1	8,9 8,4
> 10 л.	4,5	4,6 4,7

За 1929 год смертность среди заболевших до 1 года достигла 90 проц.

Нельзя не отметить, что все случаи смерти от дифтерии в 1927 г. наблюдались среди госпитализированных. Из 30-ти умерших в Перми в 1929 г. 28 умерло среди госпитализированных. Госпитализация же дифтерии в городе за последние три года осуществлялась на 90 проц. Мы объясняем это тем, что в больницу дети доставлялись с большим запозданием, когда тяжелое состояние ребенка побуждало к этому родителей, а врачи уже бессильны были помочь ему. Невольно возникает мысль, сколько же случаев, легко протекающих, осталось без врачебных наблюдений. Вряд ли также не было смертей от дифтерии среди не госпитализированных. Повидимому, в этих случаях играет роль недостаточность диагностики (недостаточность медпомощи).

Меры борьбы с дифтерией, кроме значительной госпитализации зарегистрированных случаев, недостаточны. Они сводятся к дезинфекционной обработке, тщательному эпидемиологическому обследованию, частичному исследованию на бациллоносительство и карантинизации подозрительных групп.

Врачи помощи на дому антидифтерийной сывороткой не снабжаются; последняя вводится в больнице, куда больные попадают нередко лишь после лабораторных исследований, т. е. с промедлением. К антидифтерийной иммунизации приступили только в конце марта с.г. Создали один отряд (врач и сестра), которым намерены охватить в первую очередь около 1500 детей, организованных в детские сады. Это при наличии в Перми и Мотовилихе около 30.000 детей до 9 лет и при преимущественной поражаемости детей неохваченных дошкольным воспитанием.

ВЫВОДЫ:

- 1) Г. Пермь переживает начальный период подъема дифтерийной волны.
- 2) К борьбе с дифтерией местные органы здравоохранения в достаточной степени не подготовились.
- 3) Борьбу с дифтерией необходимо включить в число неотложных мероприятий на эпидемическом фронте.
- 4) Основным методом борьбы с дифтерией должна быть активная иммунизация.
- 5) Последней должны быть охвачены в первую очередь детские группы наиболее раннего возраста.
- 6) Число прививочных отрядов необходимо увеличить; для проведения иммунизации должны быть привлечены врачи ОЗД, яслей и детконсультаций.
- 7) Врачи помощи на дому и детамбулаторий должны быть снабжены антидифтерийной сывороткой для немедленного введения ее подозрительным на дифтерию детям.)
- 8) Пропускная способность клинических лабораторий должна быть увеличена также, как должна быть установлена договоренность с врачами помощи на дому и амбулаториями в отношении взятия и доставки материалов для исследований.
- 9) Необходимо широко развить пропаганду сведений о дифтерии, особенно на рабочих окраинах.

Случай смертельного отравления доменным газом на Надеждинском металлургическом заводе

Санитарный инспектор И. И. СКАЧКОВ

12 октября 1929 г. на Надеждинском металлургическом заводе, Н.-Тагильского округа произошел случай смертельного отравления рабочего окисью углерода при следующих обстоятельствах: пострадавший рабочий Ф. 24 лет от роду, по основной профессии смольщик. В мартеновском цехе работал с 26-VII—1929 г. Придя на работу 12 октября в 6 час. утра, он вместе с тремя сотоварищами направился к месту работы, чистить приямок, к колодцу на мартеновской печи № 2 глубиной 2,3 мтр формы неправильного многоугольника. В нижней части колодца есть приямок, собиратель смольных вод из коллектора доменного газа. Постоянных лестниц в приямке (колодце) нет; есть две трубы, всасывающие воду из приямка, которые связаны между собой двумя перемычками. Эти перемычки заменяют лестницу для спуска в колодец. Очистка приямка производится раз в неделю, вода же при помощи насоса удаляется из приямка по мере накопления ее по уровню. Работа смольщика заключается в следующем: осадок (смола) смолистых вод остается в приямке, глубина которого 0,2 мтр. Смольщик этот, спускаясь в колодец, ведрами, гребками, иногда и руками очищает приямок, а другой рабочий остается наверху для вытаскивания наполненных ведер на поверхность. Кроме того, старший газовщик, спускаясь в колодец, открывает пробку коллектора для спуска скопившейся там воды.

Пострадавший, работая в колодце, почувствовал угар, поднялся кверху и на некоторое время прекратил работу. Во время отдыха он говорил, что он угорел; товарищи по работе убеждали его, чтобы он больше в этот день в колодец не спускался и договорились заняться верховой работой — чистить лягушки, на что

он согласился. Один из товарищей ушел на другую работу, а у приямка остался пострадавший с другим сотоварищем. Спустя некоторое время после ухода первого товарища к нему прибегает другой, оставшийся с пострадавшим и говорит, что Ф. лежит в приямке лицом вверх, головой к пробке и хрипит. По приходе к приямку старшего газовщика вместе с оставшимися около пострадавшего рабочего было обнаружено, что пробка (клапан) коллектора открыта, и оттуда выбивается синий дымок (доменный газ). Клапан коллектора при работе в приямке должен быть закрытым и открывание его лежит на обязанности старшего газовщика. Был вызван дежурный фельдшер заводского пункта первой помощи, который констатировал смерть, не приняв никаких мер к оживлению пострадавшего. Установить каким образом оказался открытым клапан коллектора не представлялось возможным. Этот случай на заводе первый. Администрации цеха было и ранее сделано несколько заявлений рабочими о том, что при данной работе у них имели место незначительные угорания.

Рабочие, работавшие с пострадавшим, указывали на то, что в разговорах с ними пострадавший говорил, что этот легкий угар (отравление доменным газом) на него действовал опьяняюще, вызывая приятное самочувствие, что дает некоторое основание администрации предполагать, что вторичный спуск в приямок вызван желанием пострадавшего удовлетворить свою потребность в приятном для него опьянении, следствием чего и оказался открытым клапан коллектора доменного газа.

Анализы воздуха в колодце для определения содержания в нем СО были произведены в последующие дни при возможно точном соблюдении условий, при которых произошел несчастный случай. В пробе № 1, взятой в приямке на газогенераторе № 2 мартеновского цеха при закрытом клапане для спуска смолы оказалось — 0,24 мгр. СО на 1 литр воздуха. В пробе № 2 при открытом клапане 2 проц. по объему, что по весу составляет около 15 СО в 1 литре воздуха. Концентрации, которые могут создать опасные для жизни отравления, по экспериментальным исследованиям различных авторов (Haldane, Hürpker, Nieloux и др.) дают более или менее сходные и определенные данные. Так, при вдыхании воздуха с содержанием 0,4 — 0,5 проц. (объемных) СО в течение 20—30 мин., 70 проц. гемоглобина крови насыщается окисью углерода и опасность смерти очень велика. При вдыхании воздуха с содержанием 0,21 проц. СО в течение одного часа, 50 проц. гемоглобина крови насыщается окисью углерода, — создается опасность для жизни. При вдыхании воздуха с содержанием 0,05 проц. (что соответствует примерно, 0,6 мгр. на литр воздуха), 30 проц. гемоглобина крови насыщается СО, при этом получают признаки отравления. Из этих данных вытекает, что допустимые концентрации СО, которые могли бы гарантировать от опасности острого отравления, должны быть значительно меньше 0,6 мгр. на 1 литр и допустимые дозы в 0,4 мгр. (Леман, Грубер) должны быть признаны слишком высокими (по данным Государственного Института Охраны Труда). Допустимая концентрация СО должна быть не выше 0,01—0,02 мгр. на литр воздуха. Причиной смерти рабочего Ф. в данном случае является содержание в воздухе колодца 25 мгр. на 1 литр воздуха СО.

Сообщая данным несчастным случае, считаю необходимым сделать следующие выводы:

- 1) все колодцы должны быть снабжены лестницами для спуска в колодец и выхода из него;
- 2) работу нужно производить в противогазовых масках против окиси углерода;
- 3) не допускать работу в приямках по одному человеку, а назначать не менее двух;

4) устройство отводов от коллекторов доменного газа сделать в общий шлюз без утилизации смолы;

5) у каждого колодца надо крупным шрифтом сделать надпись, строго запрещающую открывать клапан коллектора в колодце посторонним лицам и залезание в него без предварительного проветривания в течение 5-10 минут;

6) проводить широкий инструктаж — знакомство рабочих смольщиков-газовщиков с доменным газом и его вредностями для здоровья рабочих;

7) в целях предотвращения несчастных случаев необходимо произвести подробное исследование и изучение скопления доменного газа в колодцах-приямках уральских металлургических заводов (степени концентрации окиси углерода при различной механизации очистки их);

8) отсутствие достаточно проверенных экспериментальных данных о влиянии малых концентраций СО при длительном их воздействии на человека заслуживает внимания и изучения специфического токсического действия СО в зависимости от интенсивности работы, совершаемой в атмосфере содержащей СО, температурных и пр. условий.

Травматизация рабочих на лесозаготовках Оханского учлеспромхоза (Пермский округ) в 1929-30 г.

Врач КЮНЦЕЛЬ А. А.

Перед лесной промышленностью в пятилетнем плане в связи с бурным темпами индустриализации стояла задача: с одной стороны, обеспечить снабжение растущих потребностей строительства лесоматериалами, а с другой — увеличить лесозаготовку. Наша лесопромышленность до сих пор не удовлетворяла требованиям, предъявляемым к ней, пятилетка-же в лесохозяйстве усилила продукцию по сравнению с 1927-28 г. в 8 раз. При росте программы лесозаготовок, расширении ударной работы и увеличении рабочей силы в районах лесозаготовительных участков естественно, как во всяком производстве, стали неизбежны и случаи травматизма. Травматизация в лесном деле еще недостаточно освещена и изучена, между тем как расширение лесопромышленности настойчиво требует уделять серьезное внимание рационализации производства и устранению травматизма.

За время лесозаготовок по Оханскому Учлеспромхозу мы имеем постепенно увеличивающуюся кривую роста проф-повреждений, начиная с начала работ 24 сентября 1929 г. по декабрь 1929 г. и снижение кривой в 1930 г. к концу выполнения программы, т. е. к 1-10 апреля 1930 г. (см. таб. 1).

Таблица № 1

Месяцы 1929—30 года	Количество несчастных случаев	
	в месяц	То же в %
1. Сентябрь	2	0,07
2. Октябрь	3	0,1
3. Ноябрь	7	0,24
4. Декабрь	17	0,63
5. Январь	14	0,49
6. Февраль	5	0,17
7. Март	12	0,42

Перед окончанием лесозаготовок, в марте месяце, кривая роста профповреждений дает вновь повышение вследствие перехода работы при наступившей оттепели на ударные темпы, особенно по вывозке лесоматериалов. Наибольший % травматизма падает (см. таб. № 1) на декабрь и январь м-цы (0, 63—0,49), что объясняется наиболее усиленным темпом лесозаготовок в это время.

По характеру повреждений мы имеем две группы травматизаций, нанесенных либо топором, как орудием производства, либо обрабатываемым материалом, т. е. деревом. В первом случае повреждения квалифицируются как резаные и рубленые раны большей или меньшей тяжести, происходящие при рубке леса, грубой (так называемой топорной окорке) обработке дерева, неосторожном обращении с топором или случайно. Во втором случае причиной травматизма служит нерационально протекающая работа, недосмотр администрации (десятников и старших рабочих), неправильная рубка (подруб, подпил) и валка деревьев, неосторожность и неопытность лесорубов. Особенно часто заметно наличие несчастных случаев при неправильной валке. При рационально проводимой вырубке леса требуется соблюдение следующих правил: хлысты (деревья), не исключая окраинных, на пасеке валятся только внутрь разрабатываемого участка. Расстановка рабочих должна быть произведена таким образом, чтоб падающим деревом не могли быть зашиблены рабочие смежной пасеки. Валка должна производиться преимущественно в одну сторону, при чем в момент падения хлыста рабочие помещаются в противоположном конце и по бокам. Приступая к валке предварительно выбирается желательное направление падения хлыста, которое определяется свободным пространством, направлением ветра и т. д. Эти правила на работах не всегда соблюдаются, особенно не учитывается направление ветра, вследствие чего результатом бывает проф-травма в виде ушиба, перелома или даже смерти от удара падающим хлыстом. Значительное число повреждений наблюдается при укладке лесоматериалов в штабели, на валке бревен на сани, при скатке в бунт большею частью вследствие неосторожного обращения, реже случайности.

Таблица № 2

Квалификация повреждений	Верхних конечностей		Нижних конечностей		Головы и других частей тела
	Левой	Правой	Левой	Правой	
1. Рубленые (сеченые раны)	1	1	11	4	—
2. Ушибы, разможения	1	7	9	4	13
3. Переломы, вывихи	1	—	5	—	—
4. Ожоги	1	—	1	—	—
5. Укус лошади	1	—	—	—	—
	13		34		13

Как видно из таблицы № 2, большее число повреждений падает на нижние конечности, особенно на левую ногу рабочего вследствие отклонения центра тяжести при работе топором влево. Большое количество более или менее серьезных травм относится за счет повреждения головы и различных

частей тела. Тяжелых повреждений (переломы), включая один смертельный случай, наблюдалось 9.

Таблица № 3
Обстоятельства несчастного случая Колич. травм

1. Рубка леса	7
2. Валка деревьев	12
3. Кладка лесоматериалов	18
4. Устройство ледяных дорог и работа на них	3
5. Очистка дерев (окорка)	9
6. Прочие	11

60

Таблица № 3 дает представление о травматизме при различных видах лесозаготовительных работ. Особенно обращает на себя внимание небольшая цифра проф-повреждений, связанная с устройством оригинальных, как нововведение в нашей лесопромышленности, ледяных дорог канадского типа, позволяющих ускорить вывозку и увеличить грузоподъемность ввоза до 3 тонн, удлиняя период вывозки на 2—3 недели лишних. Участие в лесозаготовках небольшого % женщин, преимущественно на легких работах (очистка дорог от снега, окорка дерева и т. д.) дает небольшой процент проф-повреждений (0,2 проц.) среди них.

Принимая во внимание изложенную краткую характеристику проф-травматизма на одном из участков лесозаготовок, выразим уверенность, что путем изучения научного материала, детального обследования отдельных несчастных случаев (карт пром-травматизма), выявления причинности повреждений в будущем удастся довести число опасных возможностей на лесозаготовках до минимума.

К вопросу о распространении сифилиса среди заключенных

Д-р С. А. МИРОВ

(Из больницы Златоустовского изолятора)

До сих пор вопросу о распространении венерических среди заключенных уделяется недостаточно внимания не только за границей, но и у нас. Лишь за последние несколько лет начали появляться отдельные работы, посвященные этому вопросу. Между тем нарастающая опасность развития венерических среди заключенных вследствие бытовых условий и социальных факторов требует принятия целого ряда профилактических мероприятий. Для выяснения этого вопроса мною было проведено обследование всех заключенных, приговоренных на срок не менее чем 6 месяцев. Для обеспечения успеха обследования предварительно была проведена санитарно-просветительная подготовка обследуемых, в результате чего большинство заключенных охотно подвергалось обследованию.

Каждый заключенный, приговоренный на срок не менее 6 месяцев, подвергался клиническому и серологическому обследованию: на него составлялся листок, где отмечались данные, полученные при личном опросе и осмотре. Остальные данные получены путем выборки из анонимных анкет, заполненных заключенными; к ним следует относиться с доверием, так как из ответов видно серьезное отношение к ним большинства обследуемых. Всего было обследовано 636 чел., из

них мужчин 522, женщин 114. В группу сифилитиков отнесены лица, у которых при обследовании были обнаружены: 1) клинические явления люэса, 2) резко положительная Rwa (4 и 3+) и 3) те, которые при опросе указывали в прошлом на заболевание люэсом. По возрастному составу обследованная группа представляет из себя следующее:

Таблица 1.

В о з р а с т	Мужчины			Женщины			В с е г о		
	В с е г о	Из них люэ- тиков		В с е г о	Из них люэ- тиков		В с е г о	Из них люэ- тиков	
		Ч и с л о	% к общему числу обследов. мужчин данной группы		Ч и с л о	% к общему числу обследованных женщин		Ч и с л о	% к общему числу заключенных
От 16 до 21	86	37	43	21	15	71	107	52	48
21 - 25	124	23	18	36	13	36	160	36	22
„ 26 - 30	136	26	19	30	11	36	166	37	22
„ 32 - 40	107	24	22	19	1	5	126	25	20
Свыше 40	69	12	17	8	3	37	77	15	20
Всего . . .	522	122	23	114	43	38	636	165	25*

Таким образом, 25 проц. обследованных страдает сифилисом. Заслуживает внимания проц. заболеваемости женщин, из коих было обследовано 95 проц. всех находившихся в заключении.

Сравнивая данные аналогичных обследований русских и немецких авторов, получаем:

Таблица 2.

А в т о р ы	Место обследования	% люэтиков по возрастным группам			
		До 20 лет	От 21 до 25 лет	От 26 до 30 лет	Свыше 30 лет
Л а с с	Кёнигсбергская тюрьма . .	2,7	20	26,8	26,9
	Одесский ДОПР	18	13	22,3	10,5
М и р о в	Златоустовский изолятор . .	48	22	22	20

*) Проценты вычислены в округленных цифрах.

Отсюда мы видим, что в русских домах заключения большая часть больных приходится на цветущий возраст и что в Златоустовском изоляторе % больных выше других. Что касается распространения сифилиса по отдельным социальным группам, то по данным таблицы № 3 можно прийти к следующему заключению:

Таблица 3

	Рабочих		Крестьян		Служащих		Торговцев		Пр. занят.	
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
Всего обследовано заключенных . . .	189	27	201	26	54	3	11	13	67	45
Из них оказалось с сифилисом	38	8	47	10	8	2	2	—	27	23
% сифилитиков . . .	20	29	23	38	14	66	18	—	40	51

Наиболее пораженной является социальная группа лиц без определенных занятий, куда вошли рецидивисты и прочий темный элемент. Группа крестьян поражена больше служащих и рабочих. Наибольший процент служащих женщин не дает права на какие-либо выводы в виду ее малочисленности, при чем необходимо отметить, что лица этой группы осуждены за заражение венболезнями. Небольшой процент заболеваемости среди служащих указывает на более бережное отношение их к своему здоровью и на более лучшие бытовые условия жизни.

Для выяснения степени опасности распространения инфекции внутри самого изолятора приводим следующую таблицу.

Таблица 4

П о л	Обнаруженные формы сифилиса							
	Lues I activ.	Lues II recens.	Lues II recidiva	Lues II latens	Lues III activa	Lues III	Neuro lues	Lues parenchimat
Мужчины	1	2	10	95	3	6	4	1
Женщины	—	1	6	25	2	7	2	—
Всего	1	3	16	120	5	13	6	1

Если обратить внимание на полученные данные об интенсивности половой жизни заключенных в стенах самого изолятора, то можно считать, что в дальнейшем цифра заболеваемости повысится. Из 522 обследованных мужчин в стенах изолятора за последние 3 месяца жило половой жизнью 59 чел., из них 5 люэтиков, а в настоящее время живут половой жизнью 25 чел., при чем 5 люэтиков. Из 114 обследованных женщин в стенах изолятора половой жизнью за последнее 3 месяца жили 9 чел., из них 7 сифилитичек, а за последнее время 8 человек, из них 4 сифилитички. Таким образом, несмотря на строгий режим, в изоляторе ухитряются принести жертву Венере около 4,5—5 проц. всех обследованных мужчин

и 7 проц. обследованных женщин, причем около 1,5 проц. общего числа обследованных составляют сифилитики. Гнущенное безделье, запас неиспользованной половой энергии приводят к тому, что 2,5 проц. мужчин и 1,7 проц. женщин занимаются онанизмом и 0,95 проц. педерастией.

Источниками заражения сифилисом по полученным нами данным являются следующие лица:

Таблица 5

Пол больных сифилисом	От кого заразились сифилисом в %					
	От проституток	От случайной знакомой (знакомой)	От сожителей (сожителя)	От жены	От мужа	От хорошей знакомой (знакомой)
Мужчины	18	12	5	3	—	—
Женщины	—	16	13,5	—	20,5	15

Местом заражения по нашим данным были:

Таблица 6

Изолятор	Дом свидания	Собственная квартира	На улице	В ночлежке	Неизвестно
15,2	17	7,5	29	4	27,3

Таким образом изолятор является таким же очагом инфекции, как другие места. Характерно, что пассивными педерастами являются преимущественно лица, проигравшиеся в карты, при чем педерастический акт является последней ставкой проигравшего все свое имущество (белье, платье, обувь и др. вещи) и даже хлебный паек на долгое время (до 1 месяца). Активными педерастами являются почти исключительно рецидивисты («шпана»).

По данным д-ра Батунина, обследовавшего Казанский исправдом, все рецидивисты и бандиты поголовно больны сифилисом. Наши данные видны из следующей таблицы.

Таблица 7

		Статьи уголовного кодекса									
		Контрреволюция	Убийство	Бандитизм	Изнасилование	Конкрадство	Заражение вен. болезн. и притомосодержат.	Хулиганство	Кражи	Должностные преступления	Прочие преступления
Мужчины	Здоровы	17	94	48	7	13	4	21	92	59	45
	Больны сифилисом	2	9	49	4	3	4	5	41	3	2
	% к данному числу преступн	10,5	8,7	50,6	36,0	18,0	50	19	30,8	4,8	4,2
Женщины	Здоровы	—	14	1	—	1	2	8	33	—	12
	Больны сифилисом	—	4	1	—	—	5	4	29	—	—
	% к данн. гр.	—	28,0	50	—	—	71	33	56,5	—	—

Таким образом в Златоустовском изоляторе главным образом поражена группа людей, лишенных свободы за кражи (рецидивисты) и бандиты, при чем среди женщин преобладают проститутки, воровки, шинкарки и сводницы. Д-ра Аракелов и Петросянц, обследовавшие Бакинский трудисправдом, приводят следующие цифры: сифилитиков среди воров и бандитов 25 проц. мужчин и 25 проц. воровок женщин, среди хулиганов мужчин 26 проц., женщин 28%. Таким образом данные, полученные мною, почти сходны с данными других авторов.

XV съезд немецких дерматологов в 1925 году поднял вопрос о наблюдении над венериками в домах заключения. Повторное обследование Бреславльской тюрьмы (Германия) показало 20 проц. венериков. Германское министерство юстиции указывает, что в Германии ежегодно 100.000 заключенных сифилитиков остаются без лечения. В больших саксонских тюрьмах на каждые 21 чел. приходится 1 сифилитик. В Казанском домзаке, по данным д-ра Батунина, 14 проц. сифилитиков. В Таганском домзаке, где, как говорит д-р Левин, происходит тщательная фильтрация заключенных, 2,2 проц. сифилитиков. Официальные отчеты нью-йоркских тюрем отмечают, что в центральной тюрьме Синг-Синге 21% вновь поступающих обнаруживают признаки сифилиса. Здесь нужно оговориться, что почти все авторы считают свои цифры преуменьшенными.

На основании всего вышеизложенного я прихожу к следующим выводам:

1. Сифилис очень распространен в домах заключения.
2. Вендиспансерам необходимо обратить сугубое внимание на дома заключения, как очаги инфекции.
3. Необходимо обязательное обследование на венеризм всех проходящих вновь и уходящих заключенных и точная регистрация больных.
4. Необходимо создание отдельных мужских и женских домов заключения в виду того, что половая жизнь в местах заключения носит беспорядочный случайный характер.
5. При каждой больнице дома заключения должна быть сифилитическая палата для активных люэтиков, и все больные должны получать здесь систематическое лечение.
6. Органы надзора, угрозыска и проч. одновременно с регистрацией рецидивистов должны совместно с профилактическими учреждениями следить за принудительным лечением рецидивистов-сифилитиков, находящихся на свободе.
7. Систематическое санпросвещение в области борьбы с венболезнями должно быть поставлено в план работ учебно-воспитательной части мест заключения.
8. Для изжития карточной игры, безделья и проч., вынуждающих лишенных свободы заниматься онанизмом и педерастией, места заключения должны использовать для работ всю массу заключенных.

В заключение я должен выразить благодарность д-ру Нарцисову Н. В. и Рожковой И. Д. за помощь, оказанную мне в этой работе постановкой реакции Вассермана.

„УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦ. ЖУРНАЛ“ ДОЛЖЕН —
СТАТЬ
НАСТОЛЬНОЙ КНИЖКОЙ КАЖДОГО МЕДРАБОТНИКА ОБЛАСТИ
УКРЕПЛЯЙТЕ ЖУРНАЛ ПОДПИСКОЙ И АКТИВНЫМ
СОТРУДНИЧЕСТВОМ В НЕМ —
ШЛИТЕ СВОИ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

Американские методы изучения особенностей темперамента и характера

М. Л. ХРАПОВИЦКОЙ

(Психо-физиологическая станция Пермской ж. д. Свердловск)

По мере развития психотехники все более и более чувствуется несостоятельность так называемых «интеллектуальных» тестов. Успех в школе, жизни так же, как и в профессиональной работе, гораздо больше зависит от свойств характера, от волевой и эмоциональной сферы, чем от интеллектуальной одаренности, а между тем в этой области до сих пор психотехника еще не выработала эффективной методики обследования. Больше других сделала в этом отношении Америка. Там имеется около ста, хотя далеко еще не свободных от ряда существенных недостатков, но все же отлившихся в определенную форму, а частью и стандартизованных тестов эмоционально-волевых особенностей личности. Все эти тесты, в сущности, однородные по структуре и методическому принципу, могут быть классифицированы по своему содержанию на четыре раздела: 1) тесты для обследования эмоционально-эффективной сферы, 2) тесты определения свойств характера, 3) тесты для распознавания и суждения в областях социальной, этической и религиозной и 4) тесты интересов и склонностей.

Одним из первых начал работать в этом направлении Удворс (Wachworth и Archives of Psych. № 96). Во время войны им был составлен так называемый «Индивидуальный лист», для отбора солдат неврастеников, неспособных стать хорошими войсками. Вопросы были составлены таким образом, чтобы можно было выявить наличие «комплексов», могущих дать при неблагоприятных условиях так назыв. «военные неврозы». Всего было 160 вопросов, относящихся к страху, ужасу, всяким маниям, нездоровым личным и сексуальным привычкам, неврастении, физическим болезненным состояниям. Ответы требовались односложные: да, нет. Статистическая надежность тестов оказалась довольно высокой — приблизительно 0,45. Показательность тестов в отношении эмоциональной неустойчивости определялась сравнением средних арифметических «неблагоприятных» ответов, данных психически-устойчивыми и неврастениками. Индивидуальным листом, как методом обследования эмоциональной неустойчивости, пользовались многие авторы с различными группами испытуемых. Голлингворс (Hollingworth «The Psychol. of Funct. Neuroses» New York 1920), применил его для обследования двух групп солдат. Первую группу обследовал до перемирия, вторую после заключения мира. Медиана первой (126 случаев) равна 26 неблагоприятным ответам, медиана второй (155 случаев) равна 11; это снижение объясняется тем, что менее устойчивые выбыли раньше. При обследовании европейских рекрутов и колониальных, а также студентов Голлингворс получил следующие данные: медиана студенческой группы и группы европейских рекрутов равна 10, а колониальных рекрутов равна 19. Таким образом последние оказались менее эмоционально устойчивыми. Почти такие же средние приводит и Франц Шеферд (Fr. Scheperd Ivory «Handbook of Metal Examination Methods. New York 1919), обследовавший здоровых людей (мед. 10), и людей страдающих всякого рода неврозами (мед. 36). По этому поводу Шеферд пишет: «Вероятно индивидуумы, которые дают 20 неблагоприятных ответов, должны рассматриваться как неустойчивые. Если же число «неблагоприятных» ответов более 30 то это уже является серьезным указанием на наличие психического расстройства. Для установления прогностичности «индивидуального листа» Ландис (Landis «Criteria of Emotionality» Ped. sem. 1925) скоррелировал полученные результаты обследования по тестам с 8-ю другими оценками эмоциональной возбудимости и устойчивости. Коэффициенты корреляции для эмоциональной возбудимости — 0,31, а для устойчивости — 0,21. Автор приходит к заключению, что тесты вполне пригодны для определения эмоциональной возбудимости.

Кэпет («A study of the Woodworth Pers. Data Sheet Journ. of Gen. Psych. April 1928»), Бриджес (Bridges. Emotional Instability of College Students. Journal of Applied Psych.». 1927). Эверетт (Evereth, «Tests of Emotional Stability as applied to High School students». Columbia 1919), обследовавшие студентов, отнеслись более осторожно к оценке надежности тестов, как метода исследования эмоциональной устойчивости. Индивидуальный лист был ими рекомендован лишь для изучения мотивации поступков. Лэрд (Laird «Sex Indulgence and Psychoneurotic Tendencies in Middle Adolescence» Ps. Review 1926), использовавший и Удворсовские тесты для исследования эмоциональной устойчивости при изучении сексуальной распушенности подростков, не мог установить какого-либо заметного различия между своими испытуемыми. Самим Лэрдом был составлен «Личный опросник», который по своей структуре является прямым продолжением инд. листа. Лэрдовские тесты подразделяются на 3 основные отдела, при чем каждый из них содержит вопросы симптоматичные для определения вида неврозов. Первый отдел (психастенический) при помощи специально подобранных 32 вопросов требует определить наличие психастенических свойств; второй (шизофренический) содержит 14 вопросов и 3-й (неврастенический) 20 вопросов. Вопросы аналогичны след.: «заботитесь ли вы о мелочах, предпочитаете ли одиночество» и т. п. После каждого вопроса помещены разнообразные ответы, из которых можно выбрать подходящий, а в случае надобности и добавить свой. Лэрдовские тесты более эластичны, так как допускают более 10 различных ответов, в то время как Удворс ограничивается лишь отрицанием и утверждением. Тесты снабжены стандартами необходимыми для оценки.

Для исследования общей эмоциональной «одаренности» типичным можно считать тест Х—О американского психолога Пресси Pressy («A group scale for Inverstig. Emotions. J. of Ab. normal and soc. Psych. 1921»). Испытуемым предлагают заранее составленные и стандартизованные три списка слов эмоционального значения. В этих списках испытуемые должны вычеркнуть: 1) все, что они считают скверным (слова: страх, гнев, подозрение, лень, презрение и т. п.); 2) «все, из-за чего они когда либо огорчались, нервничали или беспокоились» (слова: одиночество, работа, забывчивость, школа, мрачные мысли и т. п.); 3) «все, что они любят или чем интересуются» (слова: учение, танцы, купанье, гуляние, чтение и т. п.). Затем испытуемым предлагают обвести кружком те слова, которые обозначают «самое скверное», «из-за чего больше всего огорчались», «чем больше всего интересуются». Слова, включенные в списки, относятся к определенным «комплексам»: страха, полового влечения и т. д.; при этом слова, относящиеся к одному и тому же «комплексу», встречаются во всех 3-х списках и в нескольких строчках (из 5 слов каждая) одного и того же списка, что и позволяет отчетливо выявить характерные для испытуемых «комплексы».

Испытания детей различного возраста позволяют выделить слова, а вместе с ними и «комплексы», показательные для особенностей каждой возрастной ступени — «дифференциальные» слова. В то время как общее количество вычеркнутых испытуемым слов характеризует степень его общей аффективности, специфические эмоциональные особенности испытуемого могут быть вскрыты путем сравнения обведенных кружком слов с «дифференциальными» словами различных возрастных ступеней. В виду того, что «дифференциальные» слова типично меняются от возраста к возрасту, открывается возможность обоснованно устанавливать признаки эмоциональной зрелости каждой возрастной ступени, а вместе с тем и «эмоциональный возраст» различных оценок выявляемых тестов. А путем сравнения с «паспортным возрастом» легко установить и «эмоциональную одаренность».

Для определения моральных представлений подростков Коос'ом (Kohs «Ethical Discrimination Test») были составлены тесты из 6 заданий, из которых новыми являлся лишь пятый тест «оценки оскорблений». Дается лист из 50 «оскорблений» и испытуемый должен оценить каждый из них поставив крест в соответствующем столбце. Столбцы озаглавлены: Похвала, Ничего, Выговор, Наказание, Тюрьма, Смерть. Название первых пяти тестов указывает на их содержание: «Социальные отношения», «оценка нравственных поступков», «пословицы», «определение моральных терминов» и «моральные задачи». Каждый тест оценивался в проц. и из средних оценок выводится коэффициент морального развития. Коос'ом также составлена возрастная шкала — наивысшая оценка соответствовала 17 лет., 4 месяцам. Бротмаркля (Brotmarkl «Comparison Test») тесты сравнений построены по форме интеллектуальных тестов. Требуется расположить ряд слов между 2 крайностями; напр., дается две грани «добро» — «зло» и семь слов (дурной, прекрасный, подлый, сердечный, простодушный, злобный, остроумный), которые нужно поместить аналогично их соотношений между ними. Тест оценивается числом отклонения от нормы в каждом случае. Вторая часть испытания является еще менее обоснованной. Требуется еще раз просмотреть выполнение задачи и выбрать слова более подходящие для выражения представлений, которые возникают в это время в уме.

Тесты Дауни (The Dauneу «The Will Temperament and its Testig. New York, 1923) для исследования эмоционально-волевой сферы основаны главным образом на почерке, и хотя возникли благодаря изучению графологии, в основе их нет силлогизмов графологов. Дауни настаивает, что темперамент проявляется не столько в форме и деталях, сколько в скорости, изменчивости и гибкости почерка. Конкретно испытания по индивидуальному методу Дауни сводятся к следующему: по указанию экспериментатора испытуемый пишет: 1) знакомое выражение с обычной и с наибольшей для него скоростью, 2) с наибольшей возможной медленностью, 3) быстро в определенных рамках пространства, 4) до неузнаваемости измененным почерком, 5) возможно точно копируя чужой почерк, 6) с закрытыми глазами и одновременно с другой отвлекающей вниманием деятельностью, 7) преодолевая постоянную, находящуюся на пути помеху, 8) быстро оценивая присущие ему черты характера, 9) подвергается внушению. В результате испытания выявляются следующие волевые особенности испытуемого: 1) устойчивость двигательной активности, 2) способность к двигательной задержке, 3) координированность движения, 4) двигательная приспособляемость, 5) пунктуальность в действиях, 6) степень импульсивности, 7) упорство в преодолении трудностей, 8) быстрота решений, 9) уверенность в решениях. Результаты решений отдельных тестов оцениваются по 10-балльной системе и оформляются графически «волевой профиль». Чем выше коэффициент профиля, тем сильнее и ярче характер.

Метод Дауни вызвал большой интерес. Многими психологами были проведены многократные обследования (Vernon, Barleth, Mary Collin, May, Rugg и т. д.) Призная относительно ценность тестов, как психологического метода, всеми, однако, был отмечен ряд недостатков. Основные замечания сводились к следующему: 1. Отсутствие твердо установленных объективных оценок, большая зависимость от личности экспериментатора, недостаточная дифференцировка инструкций отдельных тестов, необходимость сократить время для проведения «замедленного» письма (этот недостаток вполне исправил Вернон), ценность индивидуального теста «М» и «N» пропадает как только испытуемому становится известным назначение теста, зависимость почерка от практики и др. факторов, ненадежность тестов проявляется в низкой корреляции между результатами полученными у разных авторов. Так, Мэй указывает, что средний коэффициент корреляции от 0,1 до 0,24. У Рэгга (Rugg «The Downey Will Temperament Tests» Journal of Appl. Psychology. 1923. VII), при повторном обследовании одних и тех же испытуемых коэффициент корреляции был равен 0,4. У Вернона (Vernon «Tests of Temper. and Personality. Britisch Journal of Psychology, 1929, № 2), эти цифры получились еще ниже.

Чрезвычайно скептически относясь к подобным лабораторным исследованиям, Вернон считает основным методом изучения особенностей темперамента и характера метод наблюдения, с провоцированием ситуаций благоприятных для наблюдения и выводов — что то вроде естественного эксперимента. Для создания обстановки, благоприятной для наблюдения, автор составил ряд тестов — игр: 1. «Бирюльки» (Anchors) — ряд маленьких кирпичиков одинаковой высоты, но различных по форме, нужно сложить по данным моделям; 2. «Guidit» — стальной шарик должен при помощи вязальной спицы быть загнан вверх по наклонной доске в специальное углубление. В доске имеется несколько отверстий и расположенных по диагонали барьеров, которые шарик должен обходить. Если же шарик провалится в одно из отверстий или скатится с барьера, то нужно начинать сначала. Чем выше тем труднее подъем шарика; 3) требуется собрать из девяти частей дверной замок; 4) из ряда разноцветных карт, треугольников, квадратов и т. п. испытуемый должен составить какой-нибудь рисунок на белом листе бумаги; 5) из 15 деревянных кубиков нужно построить башню, но стороны кубиков плохо выстроганы, углы их не совпадают, так что сооружение из них довольно затруднительно; 6) рассматривание и выбор различных открыток и, наконец, 7) тест Дауни для определения «упорства, в преодолении трудностей». Все эти тесты проводились не только вне лабораторной обстановки, но даже без особых экспериментальных условий. Вернон показывал испытуемым данный набор игр и предлагал сыграть в какую-нибудь более интересную для них «игру». Каждый испытуемый должен был проходить обследование не менее двух раз (желательно до 6 раз), так как чрезвычайно важно проявление свойств характера при различных условиях работы. В то время как испытуемый погружен в выполнение заданий, Вернон отмечает его поведение, манеру работать, старательность, выдержанность, настойчивость, своеобразие подхода к разрешению трудностей, выбор игр, и т. п. И по окончании каждого сеанса подводит итоги своих наблюдений. При этом он предпочитает делать какие бы то ни было преждевременные заключения по одному какому-нибудь тесту.

Необходимо принимать в расчет общую сумму характеристик полученных в результате выполнения всех приведенных заданий. В заключение хочу отметить довольно интересную попытку проф. Мура («The Moore Tests of Radical and Conservater Temperament» Amer. Journal of Psychologi. 1927 г. № 3) установить темпераментные разли-

чия «радикалов» и «консерваторов». Им был составлен целый ряд вопросов, на которые испытуемые (студенты) должны были ответить «да» или «нет». Вопросы касались отношения к советской власти, колониального вопроса, вопроса о присоединении Американских Штатов к Лиге Наций и т. п. В зависимости от ответов испытуемые делились на «консерваторов» и «радикалов». Затем Мур давал им: тесты на реакции, тест «зеркального письма», сортировку карт и проводил метод «свободных ассоциаций». В результате обследования автор отмечает у «радикалов» более живой и быстрый темперамент. Уошбери (Washburn), повторивший исследования проф. Мура, не мог установить каких-либо заметных различий темперамента у «радикалов» и «консерваторов».

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. «The Moore Tests of Radical and Conservatore Temperaments» Amer. Jour. of Psych. 1927, № 3.
2. «Group. facfers in temperament qualities» by David Oates». Britisch Jour. of Psych. 1928, № 2.
3. «Some Observations concerning the Reliability of the Pressey X—O test» by Lorin A. Thompson. J. of App. Psych. 1928
4. A. May «The Presend status of the Will Temperaments Tests». J. of App. Psych. 1925, № IX.
5. A. May and H. Hart shorne «Objective Methods of Measuring character» Ped. Sem. 1925.
6. «The Predictive value of Certain tests of emotional stability as applied to College Treshmen» by Edwin g. Fleming. Ph. D. Archives of Psych. № 96. New Jork.
7. Laird Donald «Sex Indulgence and Psychoneurotic Tendencies in Middle adolescence» Psych. Review, 1926.
8. Landis «Criteria of Emotionality». Ped. Sem. 1925 r.
9. Evereth «Tests of Emotion stability as applied to High School students». Columbia, 1919.
10. «Emotional Instability of College Students» by Bridges. Jour. of Abn. and Soc. Psych. 1927.
11. Mathews, Ellen «A study of Emot. stability in children». 1923.
12. Pressey and Chambers и «First Revision of a grocep scale Designed for Invert. The Emotions with Tentative Norms». J. of App. Psych. 1920.
13. Mary Collins «Character and Temperament Tests» Brit. J. of Psych. 1925, № 2.
14. Downey «The Will Temperament and its Testing» New Jork, 1923.
15. Rugg. H. O. «The Downey Will Temperament Tests» Journ. of Appl. Psych. 1923—VII.
16. Barleth «Temperament and social Class» Eugenics Rev. 1928, XX.
17. Vernon. „Tests of Temperament and Personality“. The Britisch Journ. of Psychology, 1929. № 2.

Работа Н. К. Б. при Уральском областном Медсантруд за 1929 год

В. ЛУКАНИН

Работа НКБ, возобновившаяся с весны 1928 г., в 1929 г. носила уже систематический характер. Бюро было пополнено до 9 чел. и состояло из 6 врачей, работников лечебно-профилактических учреждений г. Свердловска и по одному представителю от санитарной инспекции Уральского Областного Отдела Труда, ветеринарной секции, тарифно-экономического отдела союза и бюро врачебной секции.

Всего за год было 12 заседаний, при чем при заслушивании законченных работ созывались расширенные заседания с приглашением врачей специалистов, инженеров, химиков и др. Таких заседаний было 3 для рассмотрения работы об экспериментальном исследовании утомляемости врачей Центральной амбулатории; по обследованию прачек лечучреждений и по рассмотрению докладной записки УОСНХ об объединении Работы Центрального Института по изучению проф. заболеваний с Институтом НОТ ОСНХ. Члены бюро делали доклады о намеченных работах в Уральском Медицинском Обществе, в конференциях кабинета по изучению проф-заболеваний и проч.

Отказавшись от метода массовых обследований, НКБ занималось разработкой отдельных вопросов труда и быта медработников, изучая их по методам санитарно-гигиенического, клинического и статистического исследования. Кроме того, Бюро ставило своей задачей и чисто практическую деятельность: консультирование по вопросам улучшения санитарных условий труда медработников лечебных учреждений, изучение вопросов рациональной спецодежды и спецобуви, участие в социалистическом соревновании и в клубной работе союза. Бюро консультировало по вопросу: об устройстве рентгеновских кабинетов, о влиянии рентгеновских лучей при работе этих кабинетов на работающих в соседних комнатах. Им же разработан план собирания анкетного материала по вопросу о заражаемости медработников инфекционными болезнями. Бюро разработало план и наметило темы клубной работы своих членов. В порядке социалистического соревнования разработан план научно-описательных работ лечебных учреждений по углубленному обследованию условий труда и патологической пораженности 500 рабочих металлостроения и 700 текстильщиков с последующей их диспансеризацией.

Намечены для изучения темы и разработаны программы следующих научных работ НКБ:

1. Об утомляемости амбулаторных врачей.
2. Об условиях труда и патологической пораженности прачек лечебных учреждений г. Свердловска.
3. Инвалидность медперсонала по материалам Уралстрахкассы.
4. О травматизме медработников Пермской психолечебницы с последующей диспансеризацией этих работников.
5. О мероприятиях по улучшению условий труда работников лечебно-санитарного дела в связи с новым строительством лечебно-профилактических учреждений в Уральской области.

Из намеченных работ уже закончены и частью напечатаны в течение прошедшего года, частью сданы в печать следующие работы:

1. Д-ра Ефман «Заболеваемость медработников г. Свердловска». Работа доложена в НКБ и Уральском Медицинском Обществе, напечатана в Уральском медицинском журнале.
2. Закончена работа профкабинета по медосмотру прачек лечучреждений г. Свердловска, доложена на расширенном заседании НКБ II-V—29 г. и переслана для напечатания в журнал «Вестник современной медицины». Названная работа показала чрез-

вычайно низкие показатели обстановки работы и выявила весьма тяжелые бытовые, материальные и культурные условия прачек. В выводах отмечается связь найденных у прачек болезней с чрезвычайно плохими условиями труда, и ставится вопрос об оборудовании механизированной и благоустроенной в санитарном отношении прачечной для всех лечущих учреждений города.

3. По заданию НКБ проделана и напечатана в Уральском медицинском журнале работа Мельцера: опыт экспериментального исследования утомляемости врачей Центральной амбулатории г. Свердловска. Это психотехническое исследование выявило повышенную утомляемость врачей, понижение к концу работы ее качества и намечает много вопросов для дальнейшего изучения труда врачей. Она представляет большой интерес в отношении методики подобных исследований.

4. Д-р Широков закончил проработку плана мероприятий по улучшению условий труда работников лечебно-санитарного дела в связи с новым строительством лечебно-проф-учреждений. Работа заслушана на заседании НКБ, где сделаны были соответствующие изменения и добавления. Автор рекомендует для новых построек лечебно-проф-учреждений устройство следующих вспомогательных помещений для служащих: раздевальную с индивидуальными шкафами, души и умывальники, ванную, помещение для спецодежды, отдельную регистрационную (отдельная комната), а в аптеках—выделение ассистентской. Для дежурства в лечебных учреждениях рекомендуется отдельная дежурная комната для врачей и среднего медперсонала, комната для приема пищи, отдельные уборные. В культурно-бытовом отношении автор считает необходимым устройство клуба при учреждениях, где не менее 500 медработников.

5. По вопросу об изучении профессиональных дерматоидов зубных врачей заслушано 2 доклада д-ра Луканина о результатах исследования нескольких врачей и разработаны программа и план работы по исследованию профдерматитов у зубных врачей Уральской области.

В будущей работе НКБ необходимы некоторые организационные изменения, большая популяризация среди медработников его работ, наибольшее втягивание в работу НКБ работников союза, большее участие в работе НКБ ОТЭ союза. План работы НКБ на 1930 год необходимо обсудить среди широких масс союза.

Два года работы венпункта среди шахтеров *)

(Челябинские копии).

Б. Г. ПУЗЫРЕВСКИЙ

Челяб-Копи представляют собой рабочий поселок, находящийся в 14 верстах от г. Челябинска, связанный с ним железной дорогой и трактами. Этот рабочий поселок из года в год растет, ибо растет и добывающая промышленность.

В 1928 г. было добыто 485.043 тонн угля. На 1-1—1928 г. числилось население: 12.000 чел., рабочих 4.700 чел. и членов семьи — 3000 ч. Работа шахтерами производится как на поверхности земли, так и в глубине шахт, которые недостаточно хорошо оборудованы. Жилищное строительство резко отстает от быстрого роста промышленности и населения. Дома, построенные Трестом, более или менее годные для жилья, но главную массу домов составляют постройки, сделанные самими рабочими: рабочие приезжающие летом на работу строят себе мазанки из земли и дерна. Такими «небоскребами» застроены как центр, так и окраины. Имеются общежития для одиноких мужчин и женщин наем, где живут по 100 чел. и больше. В общем приходится на каждого рабочего — 2,88 метра, что составляет 35 проц. нормы. Лишь за последнее время перед некоторыми домами построены выгребные ямы. Городок, и особенно окраины, недостаточно снабжены хорошей питьевой водой. Имеется кооператив, школы I и II ступени, клуб и библиотека и довольно мощные общественные организации.

Сеть медицинского участка состоит: из амбулатории с 5-ю врачами, больницы с родильным отделением, консультации детей и беременных, детских яслей,

*) Доложено на засед. Окр. Научн. Ассоц. врачей 18-III—1929 г.

венпункта, отдельного фельдшерского пункта на Северном руднике. Все эти медицинские учреждения так же, как шахты и дома, разбросаны друг от друга на расстоянии от 1 до 6 верст. Несмотря на то, что копи представляют собой довольно большой рабочий центр с большой культурной работой, все-же следует отметить, что грязь, пьянство, хулиганство и драки во время праздников здесь еще прочно сидят в быту некоторых слоев рабочих. До последнего времени имелись две пивные, казенная винная лавка — (сейчас таковые закрыты).

Эти явления объясняются частично тем, что здесь чрезвычайно большая текучесть состава рабочих — в год сменяется почти на 60 проц. Неграмотность населения около 3-х тысяч. Текучесть рабочего состава отражается и на распространении болезней. Создается благоприятная почва для кратких половых связей. Многие женщины с детьми брошены своими мужьями. Довольно часты разводы. С'езжают сюда на работу со всех концов: русские, татары, башкиры. Много лиц оторванных от семейств. Проституции, в современном понимании данного факта, как таковой, здесь не имеется, но есть чрезвычайная легкость взглядов на половую жизнь. Половая связь после краткого знакомства довольно частое явление. Поражают частые случаи многоженства. На ряду с одной «официальной» женой имеют несколько «неофициальных», проживающих иногда в одной квартире. Против безкультурья, пьянства, грязи, ведут борьбу общественно-культурные организации. В некоторых общежитиях привились уже некоторые здоровые навыки: там чище, ведутся регулярные беседы и занятия по вопросам нового культурного здорового быта.

Прибыв на копи в ноябре 1926 г., я занялся выявлением венерических больных. Никакого учета их на участке не было. Застал одного больного с острой гонореей, который за ширмой, в общей перевязочной, сам себе делал спринцевания. Больные сифилисом, если они распознавались, отправлялись на лечение в г. Челябинск, — вендиспансер. Пришлось за одним столом, в одной и той же комнате (другой не было), совместно с врачом общего приема, принимать больных по всем специальностям, постепенно вылавливая больных венерическими болезнями. Начал в то-же время вести широкую санитарно-просветительную работу с привлечением к лечению больных.

Не смотря на то, что при таких условиях было чрезвычайно трудно лечить больных, довольно быстро подбирался контингент больных-венериков, т. к. ни местное лечение, проводимое ранее, ни посещение Челябинского вендиспансера за 14—20 верст от местности никого не устраивало. Трудность усугублялась тем, что каждому, кто ни начинал лечиться, не давали ни где прохода и покоя, как венбольному. Больные чрезвычайно стеснялись и продолжали избегать лечения.

В настоящее время, хотя венпункт еще в общем здании со всей амбулаторией (одна общая ожидальня), но имеется два совершенно отдельных кабинета и количество больных, обратившихся за лечением и выявленных, с каждым днем все возрастает.

Санитарно-просветительная работа, видимо, рассеяла взгляды о позорности и болезни и лечения. Выявились быстро, что копи имеют все условия для организации Венпункта и вопрос этот был поставлен на президиуме Городского совета, который его и утвердил в начале 1927г., со штатом: врача, сестры и няни.

Работа началась по типу венпункта со следующими задачами:

1) учет венбольных, 2) специальное их лечение, 3) обследовательская работа района и 4) санитарно-просветительная работа.

Учет венбольных произведен следующим образом: каждый выявленный первично больной заносился в особую книгу учета, на каждого составлялась особая анкета диспансера ГВИ. За два года взято на учет 764 больных, что является 6,4 проц. ко всему населению. На сифилис падает 244 чел. или 2,03, гонор-

рею 516 чел. или 4,3 проц. По формам заболевания: Lues I ulcus durum 15 чел. что к общему числу больных является значительным количеством. Lues II-105 чел. с формами заразными. Lues recens et recidiva — 60 чел., Lues. II latens 45 чел., Lues III manifesta 43 чел., без явлений Lues. III latens 45 чел., сифилис нервной системы 7 случаев, наследственный 13 случаев, преимущественно дети, 5 случаев сифилиса внутренних органов: сифилис легких 2, желудка 1 и сердца 2. Считая наиболее заразной формой Lues I et lues recens et recidiva мы имеем таковых 75 чел. Гоноррею острой формы 285 чел., хронической 231 чел., 4 случая мягкого шанкра. Из всех случаев сифилиса отмечено лишь 25 случаев сифилиса заражения бытового, 45 случаев не выяснены пути заражения, а все остальные заразились половым путем. Характерно для местных жилищных условий место заражения как летом, так и зимой, на улице. Если даже эти 45 случаев с невыясненным способом отнести за счет бытового, то получим все-таки заражений половым путем до 86 проц. Гоноррея же, за исключением гонорреи детей, понятно, распространена половым путем. Не безинтересен возрастной, половой национальный состав больных:

Название болезней	Д е т и	От 16—23 л.		И т о г о	23 лет и выше		И т о г о	Общий итог
		Мужчин	Женщин		Мужчин	Женщин		
Сифилис	36	30	23	53	86	69	155	244
Гоноррея	35	131	77	208	213	60	273	516

По национальности:

Название болезней	Русских	Татар	И т о г о
Сифилис	226	18	244
Гоноррея	479	37	516
	705	55	760

Таблицы показывают, что из выявленного количества больных на детский возраст падает 9,35 проц., на юношеский (от 16—23 лет) 34,8 проц. и на возраст от 23 лет и выше 56,3 проц., 35 случаев детской гонорреи объясняются теми же жилищными условиями и бытовыми: совместное спанье с больной матерью. Таких 34 девочки. В одном интересном случае (заболевание мальчика 11 лет острой гонорреей) точно установить способ заражения не удалось. Сравнительно меньшее количество гонорреи у женщин объясняется их обращаемостью больше в кабинеты по женским болезням. Больных татар меньше—лишь 7,2 проц. по отношению к русским; объясняется тем, что их здесь не так много.

Больными на Венпункте сделано за два года всего 20012 посещений; первичных больных 2.894 чел., из них: 1952 кожных заболевания. Чесотка и загрязненность кожи *Pyodermia* занимают почетное место. Загрязнение кожи объясня-

ется грязной работой: работа зачастую в мокрых шахтах, при недоброкачественной спецодежде, которая не только не защищает, но растирает кожу, внедряя грязь и инфекцию в тело. Эти загрязнения имеют излюбленную локализацию: колени, локти и ягодицы, как места наиболее подвергаемые трению при работе разных категорий шахтеров. Недостаточность и плохие условия бани усугубляют дело. Значительное количество 1118 чел., обратившихся в Венпункт, найдены или совсем здоровыми, или с другими болезнями, что является хорошим показателем, что население знает об этих болезнях и само ищет в своих недугах причин болезни и идет в Венпункт. Главная масса посещений больных 13.591 чел. падает на застрахованных; 5437 чел. на членов их семьи, лишь, 987 чел. на проч. группы населения.

Диагноз ставился на основании клинических данных и на основании лабораторных исследований. На Rwa больные посылались в Окружную Челябинскую лабораторию; все остальные исследования: мазков, мочи и т. д. делались непосредственно на Венпункте, в организованной мною небольшой лаборатории, т.-к. на участке оказался микроскоп. Таких исследований в 1928 г. было 560, без Rwa. Из этих больных лишь 677 чел. были госпитализированы, с заразной формой сифилиса в Челяб. окружную больницу, а с осложненной формой гонорреи в местную больницу, все же остальные лечились амбулаторно. За один 1928 г. больным сделано 778 внутренних вливаний препаратов Сальварсана, 1602 укола ртути и биохинола. За последнее время пришлось совершенно отказаться от препаратов ртути, в виду плохого качества доставляемого препарата. Получались массовые осложнения, в виде поносов, причем все меры предосторожности перед уколами «соблюдались: производились измерения температуры, обследовалось общее состояние здоровья, переносимость препарата, производилась неоднократная стерилизация препаратов и все-же указанные осложнения повторялись, почему и приходится все это отнести к качеству препарата. Спринцеваний было сделано 2445, при чем жанетизацию мужчинам производил сам, придерживаясь взглядов ГВИ, что ауто жанетизация дает большой проц. осложнений. Уколов молочных 96, ауто-гемо-терапия 194. Ауто-гемо-терапией пользовался с большим успехом при разных формах осложнений гонорреи. За неимением свежей гонококковой вакцины, ауто-гемо-терапия является действительно прекрасным средством и незаменима на участке. Перевязок сделано 4725. Средняя годовая ежедневная посещаемость в 1927 г. 44 чел., в 1928 г. 46 чел., в 1929 г. имел ежедневно от 50 до 60 человек.

На каждого первично больного сифилисом приходится в среднем 6,3 вливания сальварсана и 13 уколов. Конечно, одни больные приходили аккуратно, а другие бросали не закончив лечения. На очереди стоит вопрос о лечении принудительным порядком, согласно существующих положений. Следует отметить, что, в связи с рационализацией приема, с предварительной записью больных и выделением для венбольных часов приема, приспособляясь к часам их работы на производстве когда больные приходят в кабинет без всяких ожиданий, значительно повысился процент обращаемости за специальной помощью. Особенно чувствуется отсутствие своего собственного стационарного отделения. Мною замечено несколько случаев, что некоторые больные с самыми разными формами, направленные в окружную Челябинскую больницу, вовсе туда не являлись и пропадали с копеей, неизвестно где, сея заразу.

Санитарно-просветительной работе уделено большое внимание, ибо здесь был непочатый край для нее. Сделано следующее:

1. Организована выставка по венболезням, которая демонстрируется как в амбулатории, так и в других местах. Она состоит из муляжей, плакатов, лозунгов, диаграмм и фотокарточек местного характера. При ней выставка

популярных книг и брошюр на русском и татарском языках. Книги выдаются на время больным на дом.

2. Даны соответствующие рекомендательные списки библиотекам для получения книг и многие уже приобрели.

3. Прочитаны лекции, беседы в клубах, красных уголках, в общежитиях рабочих, ближайшей деревне, на темы: сифилис, гоноррея, проституция, физиологические основы половой жизни, физкультура и половая жизнь, венеризм и женские болезни, половая жизнь современной молодежи. Были вечера вопросов и ответов и обсуждались эти же вопросы; демонстрировалась с объяснением картина «Правда жизни». Всего за два года проведено 35 бесед и лекций с количеством слушателей 6.250 чел. Лекции и беседы демонстрировались диапозитивами. В правлении клуба сделан доклад «Культурная работа клуба, как фактор уменьшения распространения болезней».

Доклад на секции здравоохранения—работа вендиспансера и задача медицины по борьбе с венболезнями. Доклад в Райкоме комсомола «Половая жизнь молодежи», с предложением провести анкету среди молодежи Челябин. Копей. Анкета пока не проведена.

4. Показательный суд (действительный) над заразившим трипером женщину. Инсценировка «Суд над проституткой и сводницей» силами медицинских работников копей.

5. Вопросы работы и болезней венпункта освещались как в местных стеновых газетах, так и в окружной «Челябинский рабочий». Отпечатано и выпущено воззваний-лозунгов «задачи венпункта и взгляды на венболезни». Все это было расклеено по всем уголкам как своего района, так и ближайшей деревни.

6. Каждый больной получал с собой специальную листовку о сути своей болезни и правила личного поведения.

В 1927 г. лекции читались специально в больших аудиториях, 1928 г. характерен проведением бесед больше в общежитиях, красных уголках, на разрезах, даже в частных домах, где женщины собирались небольшими группами на посиделки.

7. В ближайшей деревне пришлось разбивать упорный ложный взгляд крестьян, что развитию болезни способствует закрытие домов терпимости—это было в ответ на мои доказательства на распространение в деревне бытового сифилиса.

Данные мероприятия по санпросветработе значительно облегчили проведение поставленной задачи.

Обследовательская работа проводилась следующая: прежде всего вызывались на осмотр все члены семьи больного, а если находилась заразная форма сифилиса, то и все поголовно жильцы в данной квартире. Несколько раз осматривались жильцы в холостых бараках и общежитиях. Здесь предварительно проводилась беседа о существе осмотра. Характерно, что в женских общежитиях по собственной инициативе живущих там, постановлено, чтобы осмотры производились ежемесячно. Ежемесячно осматриваются персоналы детей ясель, торговцы, служащие кооператива, парикмахеры, кустари-маслоделы, служащие столовой, а также и все школьники. Всего за два года осмотрено—6330 чел., некоторые повторно. Кроме того, инструктирован персонал, принимающий вновь поступающих на работу. Здесь каждый поступающий на шахту проходит медосмотр. При всяком подозрительном случае они направляются в венпункт. В этих осмотрах венбольные находились в незначительном проценте. Таким образом, массовый осмотр мог играть здесь роль только лишь как известный воспитательный и сан-просветительный фактор, как мера привлечения внимания к данному заболеванию. Ценным остается осмотр членов семьи заболевшего.

В этот промежуток времени на венпункте прошел ряд интересных случаев:

1) экзема на почве lues, tbc et lues у одного и того же больного, сифилис легкого, случайно выявленный и давший прекрасный терапевтический эффект от специфической терапии и другие интересные случаи. Были проведены наблюдения над действием ауто-гемо-терапии при гонорейных осложнениях.

ВЫВОДЫ

1) Венпункты являются необходимыми учреждениями на больших участках, они вносят совершенно новые формы в борьбу с венеризмом и активно привлекают больных к лечению.

2) На участках при венпунктах должны быть небольшие стационарные отделения, что важно и в практическом и научном отношении.

3) Венпункты должны снабжаться в первую очередь проверенными препаратами ртути и бесперебойно снабжаться Сальварсаном, чтобы не дискредитировать лечения.

4) Венпункты должны иметь тесную связь со всеми учреждениями участка, но иметь отдельное помещение от амбулатории, чтобы привлечь и тех, кто до сих пор стесняется.

5) Широкая санитарно-просветительная работа является необходимым условием для широкого привлечения больных и мерой предупреждения болезней.

6) Тесная связь в проведении профилактических мер с организациями дает наибольший успех работы.

7) Чрезвычайно большое развитие кожных болезней на почве плохих условий труда и прозодежды заставляет обратить внимание соответствующих организаций на этот причинный момент.

8) В виду наличия большого количества больных гонореей и непрекращающегося роста свежих форм, необходимо в сан-просветработе больше уделить внимания этой части, разбивая упорный взгляд о незначительности данного заболевания.

9) Участковые пункты дают богатый научный материал для наблюдения за работой и необходимо таковые снабжать в достаточной мере научной соответствующей литературой.

10) В виду особых условий работы венерологов на участках, необходим созыв областного совещания таковых для выработки единых методов работы участковых венерологов на Урале.

О рационализации санитарно-профилактической работы

В. ИВАЧЕВ (с. Богородское, Сарапульского округа)*)

Санитарные работники всегда утопают в бумагах: составляют отчеты, пишут бесконечные акты, отвечают на бесконечные запросы Окргидравов и т. д. и т. д. Участковым санврачам кроме того приходится продвигать циркуляры и на фельдшерские пункты, на что тратится масса времени, так как переписка переработанных циркуляров происходит от руки. В общем получается печальное явление—одна треть рабочего времени, а то

*) В порядке обсуждения.

и более уходит на канцелярскую работу. Писание актов отнимает также массу времени. Главной же бедой является то, что предложения санврачей выполняются очень плохо.

Отчеты приходится составлять в 3-х экземплярах (Облздраву *), Окргздраву и копию себе). Отчет составляется из заполнения специальной формы, составления сводки о заразной заболеваемости в районе и текстовой части. Форма отчета недостаточно детализирована, а потому текстовая часть обычно «гипертрофируется».

Общая сводка о движении инфекционных заболеваний необходима, так как она уточняет статистику. Каждый врач, заведующий медучастком, а тем более участковый санитарный, должен иметь ясное представление о санитарно-эпидемиологическом состоянии обслуживаемого района. Но при настоящих условиях, когда, особенно в сельских местностях, наблюдается текучесть врачей, собрать сведения о состоянии района дело не легкое: приходится рыться в старых отчетах, делах и т. д. При проведении санпросветработы среди нацмен встречаются большие трудности из-за незнания их языка. Хорошего переводчика найти бывает трудно, да при этом беседа затягивается.

Мне кажется, что перечисленные недочеты можно устранить осуществлением таких мероприятий:

1. Окргздравотделы должны посылать циркуляры и распоряжения общего характера во все лечебно-профилактические учреждения округов, не исключая и фельдшерских пунктов.

2. Если Окргздравотдел запрашивает сведения по определенной форме, то во избежание излишней нагрузки участковых работников канцелярской работой (иногда отчеты достигают длины в 1,5 метра), то форма отчета должна высылаться в 2-х экземплярах.

3. Необходимо выработать акты-анкты для всех учреждений, которые приходится осматривать санврачу: магазины, места общественного скопления и т. д. Этим можно достигнуть: а) экономии времени, б) детальности осмотра и в) получения легко сравнимого материала.

4. Каждый Окргздравотдел должен издать полный сборник обязательных постановлений по санитарии подобно сборнику, изданному Пермским Окргздравом.

5. Санитарным врачам нужно искоренить мягкость подхода при контроле за проведением в жизнь предложений по санитарии.

6. Необходимо выработать более подробную форму отчетности (подобно форме б. Кунгурского Окргздрави), в которую желательно ввести разделы: а) пищевая санитария (количество забракованных продуктов, количество проб, посланных на исследование; б) санпросвет, в) общее выполнение плана санпросветработы, (сколько получено заданий от Окргздрави и других организаций, их характер и выполнение (сколько времени потрачено на общественную работу и какую). Кроме этого нужно детализировать раздел «противоэпидемической деятельности». К отчету санврача следует прилагать общую сводку движения инфекционной заболеваемости по району (городу); на участках, где нет санврачей, эту сводку надо предложить заполнить заведующим медучастками.

7. Выработать и издать общие для всех районов, городов и рабочих поселков санитарно-эпидемиологические журналы, состоящие из отделов: население (количество, национальный состав, плотность), движение инфекционных заболеваний (по годам), движение населения, детской смертности и т. д. Этот журнал должен также отразить развитие здравоохранения в районе (городе).

8. Для облегчения работы по санпросвету среди нацмен нужно издать популярную литературу, где бы нацменовские слова были написаны по русски так, как они произносятся по нацменовски.

9. Облздравотделу совместно с врачебной секцией не мешало бы разработать и издать анкету для санврачей, где бы нашли отражение не только вопросы деятельности, материального состояния и бытовых условий, но и вопросы рационализации.

Данная статья является попыткой подойти к вопросам работы санврачей и санитарно-профилактической деятельности. Затронутая тема нуждается в углубленной коллективной проработке и надо надеяться, что она появится на страницах «Уральского Медицинского Журнала» в освещении других работников санитарного дела. **)

*) Отчеты в Облздрав отменены (сед.).

**) От Редакции. С ликвидацией округов схема, предлагаемая т. Ивачевым, должна быть полностью переработана. Важность выдвинутого автором вопроса позволяет рассчитывать на отклики sanit. врачей области.

10 лет Свердловского санитарно-бактериологического института

В феврале 1930 года исполнилось 10 лет со времени основания Свердловского Санитарно-Бактериологического Института. 10 лет тому назад в основу существующего ныне Института была положена санитарно-гигиеническая лаборатория Губернского отдела Здравоохранения. Сначала Институт продолжал работу лаборатории: в нем функционировали отделения: санитарно-гигиеническое и клинко-диагностическое с серологическим. К концу первого года положено начало оспенному отделению, — была заражена первая телка.

В 1924 году открывается малярийная станция, а в 1925 г. пастеровская станция. В клинко-диагностическом отделе постепенно за счет элементарных анализов увеличивается число бактериологических анализов. Углубляется и принимает плановый характер работа санитарно-гигиенического отделения.

В 1928 году начинает функционировать, как особая единица, эпидемиологический отдел, до этого времени он был слит с вакцинным, и производственная работа не оставляла времени для эпидемиологической деятельности Института.

В том же 1928 г. было закрыто клинко-диагностическое отделение, и на его месте возникла бактериологическая лаборатория, на обязанности которой осталось производство анализов, имеющих эпидемиологическое значение. В этой же лаборатории ведутся работы по культивированию тканей.

С осени 1928 г. в кабинете директора устроена лаборатория биологической химии. Наиболее сильный рост обнаружил санитарно-гигиенический отдел. Во второй половине 1928 г. в нем образовалось 3 подотдела: водный, пищевой и жилищно-коммунальный.

Правда, штат этих п.-отделов не был еще заполнен к началу 1930 г. Наиболее хорошо оказался сформированным водный п.-отдел, часть сотрудников которого была выделена для специальной работы по изучению биологической станции Пермской желдор. С самых первых дней жизни Института началось собирание книг, и в настоящее время Институт располагает небольшой, но ценной и хорошо подобранной специальной библиотекой. Всего книг в библиотеке 1.822. Из них русских 1.188 и иностранных 634.

С весны 1928 г. в Институте происходят регулярно конференции и научные заседания. Всего с 1928 г. было конференций 17, научных заседаний 21, докладов 31.

До 1928 г. экспедиционная деятельность Института ограничивалась выездом сотрудников санитарно-гигиенического отделения для изучения минеральных вод и отрядами малярийной станции. С 1928 г. большое участие в экспедициях стал принимать эпидемиологический отдел.*)

При Институте велась и теперь имеет место педагогическая работа. Выражается она или в виде кратковременных курсов или в виде занятий со стажерами или практикантами. К сожалению, педагогическая работа Института, приобретающая очень большое значение в связи с недостатком кадров, не может быть хорошо поставлена из-за недостатка помещения: в Институте нет ни аудитории, ни помещения для практических занятий.**)

Всю свою десятилетнюю жизнь, всю свою эволюцию Институт проделал в том же помещении, где он родился. Теснота давит его и является серьезным препятствием для его дальнейшего нормального развития.

Санитарно-гигиеническое отделение со всеми тремя п.-отделами помещается в 2-х комнатах, требует срочного расширения помещения в связи с большой программой изучения источников водоснабжения Свердловска и других населенных пунктов Урала, а также многочисленных колхозов.

Перед пищевым и жилищно-коммунальными отделами также стоят большие проблемы. При Институте предположено открыть лабораторию физиологической химии для изучения химии питания, но приступить к ее организации нельзя из-за отсутствия поме-

*) Упомяну об экспедиции д-ра Зархи на Тобольский север в район Обдорска для изучения появившегося там своеобразного заболевания, связанного с охотой на водяных крыс. В результате этой экспедиции было выяснено и впервые установлено, что в СССР довольно широко распространена туляремия.

**) Научная деятельность Института непрерывно укрепляется. В нее втягивается все больше и больше сотрудников, и в настоящее время нет ни одного отделения, где бы не велась научная работа. Всего из Института вышло печатных работ 189, докладов 34.

щения. Бактериологическое, пастеровское, серрлогическое и малярийное отделения также требуют расширения помещений.

Урал делается большим Уралом, Свердловск делается большим Свердловском. И Свердловский Бакинститут не должен отставать в росте, чтобы иметь возможность в полной мере удовлетворять быстро увеличивающимся требованиям хозяйственной и культурной жизни.

Отчет мандатной комиссии 2-го областного научного съезда врачей Уралобласти

1. Всего членских билетов съезда выдано 431.

Из 337 участников, представивших анкеты, из г. Свердловска 81 член. съезда, г. Перми и Пермского округа 90, В.-Камского округа 9, Златоустовского 10, Ирбитского 5, Ишимского 10, Коми-Пермяцкого 1, б. Кунгурского 7, Курганского 7, Сарапульского 10, Свердловского округа 20, Тагильского 24, Троицкого 17, Тюменского 12, Шадринского 18, Челябинского 9, Тобольского 2, не указавших округа 4, извне Уральской области 2. Мужчин — 228, женщин — 109.

2. Возраст: до 30 лет 112, от 31 до 40 лет—160, от 41 до 50 лет—49, от 51 до 60 лет — 10, старше 60 лет — 6.

3. Русских 245, евреев 74, украинцев 5, белоруссов 2, литвины 1, латышей 2, литовец 1, армян 3, болгарин 1, немец 1, коми-пермяк 1, нагайбак 1.

4. Членов и кандидатов ВКП (б) 32, членов ВЛКСМ 7, беспартийных 288.

5. Членов союза МСТ 300, членов союза Рабпрос 25, союза химиков 1, не членов союза 1.

6. Окончивших Пермский университет	119
Казанский	41
Томский	40
Московский (1 и 2)	37
Ленинградский ГИМЗ, Мединститут и Военно-медицинскую Академию	24 (из них 7 Воен. Мед. Академию).

б. Уральский университет	11
Саратовский	10
Одесский	7
Омский	5
б. Юрьевский	5
Харьковский	6
Воронежский	3
Астраханский	2
Самарский	2
Иркутский	3
Смоленский	1
Белорусский	1
Кенигсбергский	1

Имеющих врачебный стаж от 1 — 3 лет	56
4 — 10	174
11 — 20	71
21 — 30	10
31 — 35	1
от 35 и выше	2
стаж не указан	5

7. По специальности: лечебников:		профилактиков:	
хирургов	69	санитарных врачей	31
терапевтов	51	туберкулезников	14
инфекционистов	2	врачей ОММ	10
акушеров-гинекологов	14	венерологов	8
окулистов	24	бактериологов и лаборантов	6
педиатров	15	врачей профзабола	3
рентгенологов	7	врачей ОЗД	3
невропатологов	5		
психиатров	4		75
ото-рино-ларингологов	7		
физио-терапевтов	3	химик—фармацевт	1
зубных врачей	2	зоолог	1
дерматолог	1	патолого-анатом	1
общая специальность и не указано	38	инженер	1
	242		4

студентов 16

8. Из 335 участников съезда 239 работников в областном и окружных городах, 53 в поселках гортипа и заводских местностях, 45 в сельских местностях.

9. Командированных 260
добровольных участников 77

Из числа делегированных:

Здравотделами 130
Транспорти. здравотделами 10
Пермским Ун-том 48
Райисполкомами 21
Бюро врач. секций 19
Стражкассой 15
Непосредственно лечпрофучреждениями 14
Отделом труда 1
Правлением Северохима 1
Уралмедтехникумом 1

10. В хирургической секции работало 104

терапевтов 76
санпроф 77
глазной подсекции 24
подсекции ото-рино-ларинго-
логов 7
санитарно-курортной 14
в разных 37

11. Социальное происхождение отметили в анкетах 187 чел.

Из этого числа:

1) из рабочих 29 (17 проц.)
из крестьян 52 (28 проц.)
Из этого числа из бедняков 5
средняков 12
не указано 31
3) из казаков 2
4) из ремесленников и ку-
старей 15 (8,5 проц.)

5) из служащих	62 (32 проц).
Из этого числа: детей учителей	12
врачей	6
мелких служ.	15
6) духовного звания	18 (10 проц.)
7) из дворян	2
8) купцов-торговцев, владельцев предприятий	5

Н. Т.

Итоги V пленума ЦК РОКК

С 21-го по 23-е апреля с. г. проходил V пленум Центрального Комитета РОКК.

Этот пленум должен стать поворотным моментом во всей деятельности общества в целом, начиная с Центрального Комитета и кончая местными организациями, которые не перестроили еще своей работы соответственно с требованиями и интересами реконструктивного периода и усиленного темпа социалистического строительства в нашей стране. Вместо того, чтобы всю свою работу перестроить в направлении развертывания подготовки трудящихся к санитарной обороне страны, вместо того, чтобы, имея перед собой эту основную задачу, максимально содействовать социалистическому строительству в направлении оздоровления труда и быта трудящихся, бросая силы и средства на те участки этого строительства, где наша работа, как массовой общественной организации трудящихся, может дать наибольший политический эффект, РОКК зачастую строил свою работу как аполитичная медико-санитарная санитарно-просветительная организация. Забывая о том, что советское добровольное общество должно быть приводным ремнем, втягивающим трудящихся в социалистическое строительство, в те участки этого строительства, которые на данном отрезке времени наилучшим образом содействуют проведению генеральной линии партии и правительства, ряд организаций РОКК открывал учреждения без учета необходимости проведения классовой линии в обслуживании трудящихся, увлекаясь коммерческой деятельностью, привлекая к ней чуждые элементы (С.-Кавказская организация) и т. д., и т. п.

В ряде организаций замечался право-оппортунистический недоучет военной опасности и поэтому не обращалось достаточного внимания на работу по подготовке санитарной обороны.

Этим искривлениям, проявлениям правого уклона в практической работе должен быть положен решительный конец!

Можно ли говорить о проведении обществом правильной политической линии когда на I - X—1929 г. в составе слушателей кружков первой помощи этих основных ячеек подготовки к санитарной обороне страны было 59,5 проц. «прочих», а в составе санитарных дружин «прочих» 58,6 проц.?

На ряду с директивной об усилении вербовки в члены Общества пленум постановил, что к 1 - VI с. г. должна закончиться перерегистрация наличного состава членов с целью очистки Общества от чуждых, не советских элементов. В дальнейшем необходимо обращать сугубое внимание на улучшение социального состава О-ва с тем, чтобы к концу пятилетки в составе Общества было не меньше 30 проц. рабочих и 10 процентов членов семей рабочих.

Чрезвычайно важно четкое проведение классовой линии не только в смысле улучшения социального состава о-ва, но и в том отношении, что все мероприя-

тия, все учреждения должны быть сосредоточены в основных индустриальных районах, сплошной коллективизации, совхозах и для наименьшинств.

Работа РОКК коллективно значительно увеличилась, качественно оставая желать много лучшего. Пленум дал директиву бороться за улучшение качества работы, при том, по выражению председателя ЦК РОКК, за политическое качество.

Что касается хозяйственных предприятий, то они должны удовлетворять следующим условиям: 1. Соответствовать идеологическим установкам общества. 2. Быть рентабельными и 3. Не иметь никакой связи с частником.

В порядке дня пленума стояли важнейшие вопросы жизни общества.

Были рассмотрены и утверждены контрольные цифры по составлению пятилетнего плана работы РОКК, был принят новый устав общества, соответствующий новым задачам, стоящим пред ним; были даны подробные указания о работе в социалистическом секторе сельского хоз. и по массовой военно-санитарной работе.

В заключение пленум переизбрал Президиум Центрального Комитета, введя в состав его ряд рабочих и работниц с производства.

Вместо распущенной за бездеятельность ревизионной комиссии ЦК была избрана временная ревкомиссия для наблюдения за работой президиума.

Уральская организация РОКК, страдающая многими недостатками, присутствующими обществу в целом, должна с максимальной четкостью провести в жизнь все постановления пленума.

Н. КОГАН

С рабочей бригадой в Лебяжинском районе, Курганского округа

7-го февраля с.г. железнодорожная бригада численностью в 12 человек, в которую вошел и я, выехала в Курганский округ, Лебяжинский район; бригада состояла из квалифицированных рабочих, слесарей, кузнецов и столяров. Членов партии и комсомола было 10 человек и 2 беспартийных.

В Лебяжье приехали 8-11 и на другой же день вся бригада была назначена в большой Елошанский колхоз, находившийся в 30 километрах от Лебяжьева. Выехали в Елошанское лишь 10-11, куда и прибыли вечером того же дня. Отсюда бригада, за исключением меня, была направлена в окружающие производственные участки для ремонта с-х. машин.

На меня же выпала работа участкового врача вместо уехавшей в декретный отпуск местного врача.

С первых же дней с помощью местного женорганизатора тов. Усатовой, направленной сюда из Лысьвы в числе 25 тысяч., организоваал два кружка подачи первой помощи численностью до 50 человек.

Посещаемость до распада коммуны была почти 100 проц. С 15-го марта коммуна распалась и посещаемость резко пала, а после кем то — пущенного слуха о том, что выпускных будут брать на войну, если таковая будет, держать выпускной экзамен никто не согласился, несмотря на мои и женорганизатора разъяснения. Всего занятий кружками первой помощи было проведено 18.*)

Амбулаторный прием до распада коммуны был до 130 человек в день при штате врач и фельдшер, а после снизился на 30-40 проц.. Всего мною принято свыше 2 1/2 тысяч больных, среди которых весьма значительный процент трахомы среди детей, дерматиты и болезни желудочно-кишечного тракта. Проведены три беседы на темы: трахома, туберкулез и уход за грудным ребенком. Осмотрены две школы, помещения которых тесны, мало пригодны для занятий. Среди учащихся обнаружена трахома и чесотка с экземой.

В числе 20 местного актива мне поручены были занятия по ликвидации агрограмотности среди крестьян Елошанского колхоза, окончить которые также не удалось вследствие той же причины. К нашему приезду Лебяжинский район с 35 тыс. населением был организован в коммуны, в которой было коллективизировано до 92 проц. С распадом ком-

*) Редакция рекомендует руководящим органам РОКК обратить особое внимание на развитие политико-просветит. работы среди своих членов.

муны часть крестьянства почти с первых же дней стала организовываться в мелкие с-х артели и к моменту нашего отъезда проц. организованного крестьянства выражался по бывшей Елошанской экономии в следующем виде: Елошанское 42 проц., Дубровное 80 проц., Балакуль 0 проц., Свяжное 20 проц., Кабаново 60 проц. и Меньшиково 40 проц.

По всему же Лебяжьевскому району коллективизировано 33 проц.

Врач—Ф. Ф. Кудрявцев

Научная работа на местах

Тюменская научная ассоциация врачей (1928 и 1929 годы)

В бюро Научной Ассоциации организованной при бюро секции врачей гор. Тюмени в апреле 1928 г. (до этого с марта 1926 года был научный кружок) входили д-р **Карнацевич** (председатель), д-р **Файбушевич** (тов. председателя), д-р **Цитаринский** (казначей), д-р **Жуков** и д-р **Туревский** (секретарь).

В 1929 году бюро было переизбрано на окружном с'езде врачей и в его состав вошли: д-р **Карнацевич** (председатель), д-р **Новоселов** (тов. председателя), д-р **Сушков** (казначей), д-р **Фокторович** (библиотекарь), д-р **Осокин** (секретарь). За два года было проведено 12 заседаний, демонстрировано было 8 больных и несколько снимков.

Научные заседания в 1928 году

2-V—28 г. Д-р **Файбушевич**: Деятельность нервного отделения Окружной больницы и перспективы нервно-психиатрической помощи в городе Тюмени. В прениях участвовали врачи: **Карнацевич**, **Шайчик**, **Жуков**.

15-VI—28 г. Д-р **Купенский**: Всесоюзный с'езд терапевтов в 1928 г. в Ленинграде.

Д-р **Туревский**: Всесоюзный с'езд акушеров и гинекологов в гор. Киеве.

30-VIII—28 г. Д-р **Кулик** (член Областной Научной Ассоциации) «Дарвинизм и марксизм».

26-X—28 г. Д-р **Жуков**: Заболеваемость рабочих на предприятиях гор. Тюмени, по статистическим карточкам за 1927 г., амбулатории города. В прениях: **Купенский**, **Аронов**, **Русских**, **Туревский**, **Карнацевич**.

Постановлено просить Окргздравотдел о создании кабинета по изучению профзаболеваемости и введении единой формы карточки в амбулаториях, а также точного заполнения их.

30-XI—28 г. Д-р **Каганицкий**: Болезнь Бобинского-Фрейлиха с демонстрацией больной. В прениях — **Карнацевич**, **Коган**, **Соболев**, **Плимак**, **Борейко**, **Туревский**, **Файбушевич**.

Д-р **Файбушевич**: Замечания к вопросу об эпилепсии с демонстрацией больных, в прениях **Коган**, **Карнацевич**, **Жуков**, **Соболев**.

Научные заседания в 1929 году

4-I—29 г. Д-р **Аронов**: Углубленная разработка заболеваемости застрахованных г. Тюмени и округа за 3 года. В прениях: д-р **Купенский**, д-р **Туревский**, д-р **Каган**, д-р **Галимбиевская**, д-р **Добровольская**, д-р **Соболев**, д-р **Тураев**, д-р **Файбушевич**, д-р **Коган А.**, д-р **Шейкнер**, д-р **Цитаринский**, д-р **Карнацевич**. Принято просить страховую помощь в устройстве кабинета профзаболеваемости.

Д-р **Файбушевич**: Случай ложного гермафродитизма с демонстрацией и фотографией больного. Прения: д-р **Туревский**, д-р **Соболев**, д-р **Карнацевич**.

25-I—29 г. Д-р **Файбушевич**: Демонстрация больной с истерической нарколепсией.

Д-р **Файбушевич**: К вопросу о диагностике хронического алкоголизма. В прениях: д-р **Алексеев** и д-р **Карнацевич**.

Д-р **Коганицкий**: Случай травматической водянки головного мозга с демонстрацией больной 5 летней девочки.

В прениях: д-р **Туревский**, д-р **Коган Б.**, д-р **Цитаринский**, д-р **Ходес**, д-р **Файбушевич**, д-р **Карнацевич**.

11-III—29 г. Д-р **Величкин** (Член Областной Ассоциации): «О врачебной этике». Доклад сделан на V окружном с'езде врачей Тюменского округа.

5-IV—29 г. Фармацевт **Заложнев**: «О новых лекарственных средствах». В прениях: д-р **Сушков**, д-р **Ашмарина**, д-р **Карнацевич**, **Быстров**.

Д-р Добровольская: «О всесоюзном съезде врачей по охране здоровья детей в январе 1929 года». В прениях: д-р Факторович, д-р Карнацевич.

21-V—29 г. Д-р Сушков: Демонстрация рентгенограмм, рисующих хорошие результаты лечения несросшихся переломов костей, конечностей свободной трансплантацией костных штифтов (аутотрансплантация).

14-XI—29 г. Д-р Новоселов: Пятилетний план по здравоохранению по Уральской области, в частности по Тюменскому округу. В прениях: Купенский, д-р Харченко, д-р Алексеева, д-р Боголюбов, д-р Добровольская, д-р Сушков, д-р Карнацевич.

28-XII—29 г. Д-р Харченко: «О всесоюзном Съезде венерологов и об организации венерологической помощи в тюменских условиях.

Принято просить Окргдравотдел — о реорганизации венерологической помощи согласно принятой резолюции.

Практические результаты рационализации

(Талицкая аптека Уралмедторга)

Выполнение финансового плана за первое полугодие дает возможность судить о том что аптека Уралмедторга в Талицком заводе работает удовлетворительно.

По плану за полгода доход предусмотрен в сумме 16.000 рублей, а фактически мы имеем 19473 р. или план в доходной части выполнили на 121,7 проц., и по расходам было назначено 4290, а израсходовано 3182 р. Здесь мы имеем экономию 25,8 проц. общей суммы сметных расходов. Добились также снижения торгово-накладных расходов по смете было назначено 26,8 проц. к общему обороту, а за полугодие накладные расходы выразились только в 16,3 проц. к общему обороту. Наравне со снижением торгово-накладных расходов имеем увеличение оборотов аптеки по сравнению с первым полугодием 1928—29 года с 16.000 рублей до 19473 р. в первом полугодии 1929—30 г., или рост оборотов на 21,7 проц.

Все это относим исключительно за счет рационализации, проведенной в аптеке—отмена сигнатур и переход с количественного учета товаров на суммарный учет, что позволяет еще сократить штат аптеки на одного работника.

Теперь работники аптеки ставят перед собой задачи дальнейшего сокращения торгово-накладных расходов за счет изыскания новых форм рационализации аптекарского дела путем производственных совещаний и соцсоревнования. Добиться выполнения годового финплана по доходам с превышением и заготовить на 605 р. лектехсырья. С этой целью развертываем массовую работу среди населения и групповых сборщиков (школы, пионеротряды) лектехсырья снабдим гербариями.

В деле заготовок лектехсырья должны нам оказать содействие медработники района и сельские советы.

У нас в районе кроме нашей аптеки есть еще одна аптека—аптека районной больницы, в которой рационализаторская работа не проводится и работники настроены консервативно.

Учет медикаментов количественный. Сигнатуры пишутся.

Вызываем зав. аптекой райбольницы тов. Юрчикова применить наш опыт рационализации.

Эхо.

Письмо в редакцию

Имея большое желание поднять свою квалификацию, считаю нужным поставить этот вопрос на страницах Вашего журнала.

Хорошо зная, что идет ликвидация фельдшеризма и замена фельдшеров врачами, все же считаю, что еще не один год они будут работать самостоятельно на пунктах, как работают в настоящий момент, так как спрос на медработников превышает их предложение.

Особенно, по моему, увеличится спрос на средних медработников в связи с коллективизацией, и дать знания ротному фельдшеру будет всегда полезно, так как всякому врачу будет приятно иметь под руководством в помощь себе опытного помощника. По этому случаю полезно открыть заочные фельдшерско-акушерские курсы и устраивать при Институтах 2-х недельные практические съезды хотя бы в счет отпуска, как у других

работников, примерно, у просвещенцев. Желających повысить таким способом свою квалификацию найдется много.

Фельдшер Ботов

Колпановский Ф. П. Сылвенск. врач. участка, Свердл. окр.

От редакции: Помещая письмо г. Ботова, редакция ждет откликов со стороны средне-медицинских работников и их пожеланий в вопросах повышения их квалификации.

В „УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

Открытое письмо

Интересуясь распространением эхинококкоза среди людей по Уралу, убедительно просим всех врачей области сообщать нам имеющийся больничный материал по этому заболеванию, при чем обязательно указав: место врачебного участка, за какой период собран материал и фамилию приславшего.

Остаемся в надежде, что наша просьба не останется без внимания и что врачи, учтя важность статистич. освещения заболевания эхинококкозом по Уралу, не откажутся в присылке просимого.

Материал направлять по адресу: г. Свердловск, ул. Вайнера 4. Сан-Бактер. Ин-т, Малярийный Отдел

Н. Плотников. Л. Зерчанинов.

Памяти врача В. С. Маясова

Виктор Семенович Маясов родился в 1905 году в Казани. По окончании рабфака в 1922 году поступает на медицинский факультет Казанского Государственного Университета. Будучи студентом, принимает активное участие в общественной работе и деятельности научно-медицинского кружка.

По окончании медфака работает на Макушинском врачебном участке Курганского округа. По получении диплома в 1928 году поступает на должность заведующего больницей Курганского домзак, вскоре переводится на должность инспектора лечебного дела Курганского Окраздрава.

Получив затем назначение заведывать Курганским врачебным участком и заразным отделением Окрбольницы, врач Маясов всецело отдается работе этого отделения, принимает энергичные меры по улучшению лечебной части отделения, обеспечивает больных внимательным отношением и уходом.

Вся жизнь В. С. проходила в заботах о больных.

4 октября 1929 года врач Маясов заболел скарлатиной, заразившись в отделении. Усталый организм не в силах был побороть заразу. 12 октября 1929 г. В. С. Маясов умер в г. Кургане.

В лице тов. Маясова мы лишились советского врача-общественника.

Курганское Ок.-Бюро Врачебной Секции.

В Свердловске организовался научно-пищевой совет при Нарпите. 28-IV—30 г. состоялось 2-е заседание. Были заслушаны доклады 3-х комиссий по обследованию разных сторон общественного питания и доклад д-ра Грязнова о плане работ Н. П. С. План намечает научно-обследовательскую и организационную работу.

По плану научно-исследовательская работа должна протекать как в лабораториях, соответствующим образом усиленных, так и в специально организованной опытно-показательной столовой.

Вопросы акклиматизации питательных растений, их химическое и биохимическое изучение, а также их технология—включены в план работ Н. П. С.

Вышел из печати и поступил в продажу «Альбом типовых эскизных проектов учреждений здравоохранения», издание Наркомздрава УССР.

Альбом содержит 32 эскизных типовых проекта лечебно-профилактических, санитарных и оздоровительных учреждений (больниц, амбулаторий, пунктов первой помощи поликлиник, ясель, санаторий, дезстанций, заразных отделений и т. д.

Цена альбома с пояснительным текстом 10 рублей.

С заказами обращаться: Харьков, ул. Свободной Академии, 6-8, издательство «Научная Мысль».

Наркомздрав Украины утвердил программный цикл докладов и состав Оргбюро от Украины по созыву 2-го Всесоюзного С'езда Офтальмологов в июне 1931 г. в г. Киеве, избранный состоявшимся в декабре 1929 г. 1-м Всеукраинским с'ездом глазных врачей, в виду того, что состоявшийся в Ленинграде в 1928 г. Всероссийский Офтальмологический с'езд постановил созвать 2-й Всесоюзный Офтальмологический с'езд в Киеве, но ни программа с'езда, ни состав Оргбюро до настоящего времени не были намечены.

В состав Оргбюро от Украины избраны:

- 1) Проф. А. Г. Васютинский (Киев)
- 2) Проф. М. А. Левитский (Киев)
- 3) Д-р А. А. Ходина (Киев)
- 4) Д-р Г. Л. Поляк (Киев)
- 5) Д-р Е. С. Затонская (Харьков)
- 6) Проф. П. П. Прокопенко (Харьков)
- 7) Д-р Е. Б. Равкин (Харьков)
- 8) Проф. А. Я. Самойлов (Харьков)
- 9) Д-р Д. М. Натансон (Харьков)
- 10) Проф. В. П. Филатов (Одесса)
- 11) Проф. И. И. Казас (Днепропетровск)
- 12) Д-р Л. Балаболина (Донбасс)

Программный цикл докладов намечен следующий:

- 1) О профилактическом направлении в офтальмологии;
- 2) Невропатология глаза;
- 3) О подготовке офтальмологов;
- 4) Вопросы рефракции;
- 5) Профилактика и лечение заболеваний роговицы.

По поручению НКЗ УССР Киевская группа Оргбюро приступила уже к организационной работе.

Практическая помощь коллективизированной деревне

Детский санаторий «Подснежник» (под Пермью) с 1 января 1930 года дал электрический ток в расположенное рядом с ним с. Бахаревское. Село электрифицировано полностью. Дан свет.

Состоялось торжественное заседание крестьян и сотрудников санатория с участием представителей РИК'а, Райкома ВКП(б), отметивших особое значение этого события в жизни колхоза.

Чтобы быстро откликаться на волнующие
медработников вопросы.

Чтобы осуществить тесную связь област-
ного центра и участковой больницы.

Чтобы стать действительно руководящим
органом и практическим советником для
работников на местах.

„Уральскому Медицинскому Журналу“.

нужен массовый АКТИВНЫЙ читатель его деятельное
СОТРУДНИЧЕСТВО в журнале, НЕПРЕРЫВНАЯ информа-
ция о строительстве здравоохранения на местах.

Резолюции VII Всероссийского съезда здравотделов

Резолюция по докладам т. т. М. Ф. Владимирского, А. Н. Сысина и Э. Д. Нейштадта.

1. VII съезд заведующих здравотделами с участием представителей от рабочих, колхозов, совхозов и профорганизаций, заслушав доклады об организации лечебно-санитарного дела в республике, и в особенности в промышленных центрах, совхозах и колхозах, отмечает, что развитие дела здравоохранения продолжает значительно отставать от роста всего народного хозяйства страны и роста культурных потребностей рабочих, батраков и бедняцко-середняцкой массы деревни.

2. Съезд отмечает, что органы здравоохранения едва только приступили к той коренной перестройке своей работы, которая была поставлена перед ними решением ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян (23-XII—1929 г.) и которая является одним из основных условий успешного и быстрого разрешения поставленных перед ними новых задач. Наркомздрав и местные органы здравоохранения из ведомственных, до сих пор недостаточно связанных с трудящимися массами органов, должны быть превращены в боевые штабы массовой работы по охране здоровья трудящихся и по удовлетворению их культурных запросов. Они должны ставить свою работу по развитию лечебных и оздоровительных мероприятий на основе привлечения к этой работе масс трудящихся и проводить ее под контролем партийных, профессиональных и общественных организаций.

3. Съезд особо отмечает, что перед работниками здравоохранения стоит в полном объеме задача перестроить всю свою работу таким образом, чтобы обеспечить четкое проведение классовой пролетарской линии и найвозможно лучшее, заботливое обслуживание нужд и запросов трудящихся.

4. На основе орабочения своего аппарата, привлечения советской общественности и усиления своей связи с профессиональными (особенно производственными) союзами и союзом медсантруд) организациями Наркомздрав и местные органы и учреждения здравоохранения должны включиться в работу всех государственных органов по реконструкции промышленности и по коллективизации сельского хозяйства, стать необходимыми для них помощниками и фактическими организаторами массовых культурных мероприятий по охране здоровья всех трудящихся, содействуя этим дальнейшему развитию всего народного хозяйства.

5. Съезд предлагает органам здравоохранения немедленно изменить методы своей работы, для чего необходимо провести сверху донизу децентрализацию административно-хозяйственных функций. Руководство при помощи предписаний и циркуляров должно быть заменено немедленно руководством при помощи практического инструктажа (выезды на места, письма по организациям, статьи в газетах и журналах и т. д.). Выезжая на места — в районы, заводы, совхозы, колхозы, на более или менее длительные сроки, — руководители и работники центрального, областного, краевого и окружного аппаратов должны помочь местным работникам управленческих аппаратов и лечебно-санитарных учреждений строить и вести свою работу так, чтобы они могли наилучшим образом обслужить запросы и интересы трудящихся. Взамен бюрократического учета работ (требования от мест всякого рода бумажной отчетности, размножения до беспредельности статистического учета, часто не обоснованного на фактическом изучении действительности) должна быть поставлена систематическая проверка работы местных организаций по отдельным заданиям как путем выездов руководящих организаций на периферию так и путем вызова для отчета низовых организаций.

Наряду с этим съезд поручает местным органам здравоохранения сократить до минимума местные формы отчетности и поручает Наркомздраву выработать такие формы статистического учета, которые охватили бы большее количество основных показателей санитарного состояния республики в классовом разрезе, выделив особенно крупные промышленные центры и крупные центры социалистического сельского хозяйства. Эти формы должны быть к 1 мая представлены на утверждение РКИ и своевременно, до начала нового хозяйственного года, разосланы на места.

6. Отмечая наличие в работе аппарата здравоохранения оставшихся от прошлого земских темпов и методов работы, отставание от боевых темпов работы советских хозяйственных организаций, съезд предлагает органам здравоохранения организовать работу их административных аппаратов на основе систематической проверки точного выполнения заданий, личной ответственности исполнителей и на широком применении социалистического соревнования и самокритики. В частности, контрольные цифры и пятилетка здравоохранения должны быть построены так, чтобы они представляли программу боевых, точно определенных заданий рабочего класса и партии по охране здоровья трудящихся. Выполнением этих заданий должна определяться пригодность и работоспособность как целых аппаратов и учреждений, так и отдельных работников.

7. Съезд предлагает всем органам здравоохранения (наркомату и местным органам) решительно добиваться того, чтобы работники аппаратов как можно скорее перешли к новым методам и темпам работы. Привлечение к работе новых работников (рабочие, крестьянский актив, комсомол) должно быть поставлено в центре внимания всех руководителей дела здравоохранения.

8. Отмечая особенно слабое развитие дела здравоохранения в отдаленных национальных районах и необходимость особого содействия им в этом деле, съезд рекомендует намечаемые ниже основные принципы реорганизации медицинского дела проводить в отдаленных и национальных районах с учетом их экономических, культурных и географических особенностей. При посылке в эти районы так наз. медицинских экспедиций должно быть обращено внимание, чтобы эти экспедиции имели своей задачей наряду с изучением заболеваемости населения, оказание медицинской помощи населению.

9. В промышленных центрах должны быть проведены немедленно следующие мероприятия:

а) Положить в основу реорганизации лечебно-профилактических и санитарных учреждений, в первую очередь в таких центрах, как Москва, Ленинград, Сталинград, Иваново-Вознесенск, Тула, промышленные центры Урала, Кузбасса, Шахтинский округ и др. систему «единого диспансера» — объединение вокруг единого центра («Дом здоровья трудящихся», лечпрофсанобъединения в Ленинграде, единый диспансер в Москве) — на основе участковости и связи с производством всех видов высококвалифицированной, научной, лечебно-профилактической и санитарной помощи трудящимся (с организацией пунктов первой помощи на предприятиях, с помощью на дому и т. п.), и широких мероприятий по оздоровлению условий их быта и труда и по благоустройству всего района.

Санитарная организация, на укрепление и развитие которой должно быть обращено особое внимание, не представляет какой-либо самостоятельной организации, а должна входить в общую сеть (единый диспансер, лечебно-санитарное объединение и т. п.).

б) Для создания первых ячеек новой организации и дальнейшего развития медицинской помощи направить в отдельные пункты Урала и Кузбасса врачей различных специальностей из Москвы, Ленинграда и других городов как для постоянной работы, так и временной (в форме посылки бригад), обеспечив необходимые условия для их работы, возложив на местные органы здравоохранения выполнение необходимых предварительных для этого мероприятий (помещения для учреждений, квартиры для медперсонала и т. п.) и ответственность за правильную и своевременную организацию дела.

в) В этом же году выдачу мест в дома отдыха и на курорты производить в Москве и Ленинграде через учреждения «единого диспансера».

г) Сконцентрировать около учреждений «единого диспансера» все виды помощи по охране здоровья детей и подростков.

10. В контрольных цифрах 1930 — 31 г. должно быть обеспечено решительное расширение лечебно-профилактической сети в совхозах и колхозах. В районах высокоорганизованного колхозного и совхозного движения эта сеть должна быть запроектирована на основе системы «единого диспансера».

В совхозах и колхозах наряду с построением предусмотренной планами сети лечебных учреждений и организацией широких оздоровительных мероприятий по борьбе с эпидемиями в течение нынешнего лета должны быть организованы в каждом крупном совхозе и колхозе врачебный пункт помощи, ясли и бани. Организация этого дела должна быть выполнена органами здравоохранения в первую очередь за счет установленных законом ассигнований хозяйственных органов, отчислений колхозных объединений в культфонд и за счет участия в этих расходах самих колхозников.

11. Социалистическая перестройка деревни влечет за собой коренную переделку организации труда и быта. В этих условиях работа по охране материнства и младенчества приобретает громадное хозяйственное значение, а поэтому съезд считает необходимым, чтобы органы здравоохранения поставили своей неотложной задачей полностью охватить своим обслуживанием бурно растущее движение по устройству яслей в колхозах и совхозах, провести для этого действительно массовую организацию постоянных и летних яслей, в первую очередь за счет средств самих колхозов, определить длительность курсов для подготовки кадров для этого из колхозниц и работниц в один месяц.

12. Съезд особо выделяет как важнейшую организационную и политическую работу посылку в совхозы и колхозы медицинских отрядов из высококвалифицированных работников и устанавливает следующий порядок организации этих отрядов: органы профсоюзов проводят организационную, общественную подготовку среди своих членов; административно-оперативная работа — формирование отрядов, подбор людей, организация снабжения, назначение пункта работы, инструктирование и т. п. — ложится целиком на органы здравоохранения (краевые, областные, окружные), помимо которых ни один врач, ни один медработник не могут быть мобилизованы для той или иной работы в колхозах и совхозах.

13. Учитывая всю важность быстрее разрешения задачи подготовки и воспитания физически здоровой, гигиенически культурной смены, способной к труду в классовой борьбе за социалистическое строительство, съезд предлагает органам здравоохранения решительно перестроить систему и методы работы по охвату оздоровительными и лечебно-профилактическими мероприятиями широкой массы юношества, подростков и детей трудящихся, привлекая к этой работе широкие массы пионерской организации и комсомола.

14. Съезд считает, что органы здравоохранения должны стать организаторами по внедрению физкультуры и туризма в широкие массы населения как оздоравливающего, корректирующего и лечебного средства. Для обеспечения правильного использования физкультуры и туризма необходимо развернуть широкую организацию кабинетов врачебного контроля над физкультурой, которые одновременно должны обслуживать врачебно-санитарным контролем и туристское движение. При организации единого диспансера физкультура должна стать органической составной частью всей его работы.

15. Придавая исключительно важное значение медицинской печати в деле популяризации важнейших директив в области здравоохранения, методического руководства оперативной деятельностью низовых органов, широкого обмена опытом и обобщения отдельных мероприятий по рационализации системы управления и постановки медицинской помощи, съезд считает необходимым обеспечить регулярное издание медицинского журнала каждым областным (краевым) здравотделом, а также широкое освещение актуальных вопросов здравоохранения на страницах общей печати.

16. Выполнение задач, стоящих перед органами здравоохранения в период реконструкции хозяйства страны, требует усиления материальной базы здравоохранения. В последние же годы наблюдается систематическое падение удельного веса здравоохранения в местном бюджете и недостаточный рост фонда медицинской помощи. Съезд предлагает Наркомздраву войти в СНК со следующими предложениями:

1) Поручить край и облисполкомам в бюджете 1930—31 г. предусмотреть ассигнования, обеспечивающие выполнение необходимых темпов развития дела здравоохранения, ни в коем случае не допуская снижения удельного веса здравоохранения в местном бюджете.

2) Предложить Главсоцстраху в бюджете 1930—31 г. предусмотреть более значительный по сравнению с 1929—30 г. рост ФМП и разработать вопрос об использовании на улучшение дела здравоохранения остатков средств по другим фондам.

17. Съезд констатирует как одно из условий, мешающих работе здравоохранения, отсутствие единства в построении аппарата системы здравоохранения и слабости его в районах; съезд поручает Наркомздраву в месячный срок разработать и внести на утверждение СНК проект организации всей системы здравоохранения, положив в основу усиление низового районного звена.

Съезд считает обязательным созыв в каждом квартале совещаний при Наркомздраве областных работников с тем, чтобы таковые совещания предшествовали совещаниям в областях и округах.

2. Резолюция по докладам гг. Н. А. Яблова и В. М. Бронзера

1. Мощный размах социалистического строительства народного хозяйства, политический и культурный рост рабочего класса с большой остротой ставят вопрос о всемерном улучшении дела подготовки новых медицинских работников.

Нынешний период бурного роста промышленности и социалистического переустройства сельского хозяйства выявил не только резкий разрыв между имеющимися медицинскими кадрами и потребностью в них, но и ряд качественных недостатков: недостаточную специальную подготовку, социально-политическую неустойчивость некоторой части наличных кадров, а также чрезвычайно слабое участие научных институтов в деле подготовки кадров и неполное использование существующей сети медвузов.

2. Выполнение директив партии о медицинском обслуживании рабочих и крестьян, о проведении четкой классовой линии во всей работе здравоохранения требует немедленной организации дела подготовки новых пролетарских медицинских кадров с достаточными знаниями специалиста-практика — вместо прежнего врача-универсалиста — с широким общественно-политическим кругозором, организаторов активности широких масс трудящихся.

3. Для того, чтобы выполнить поставленную партией задачу в деле подготовки по пятилетнему плану пролетарских медработников (ориентировочно — 58.000 врачей, 137000 среднего персонала и 7.000 фармацевтов), необходимо добиться со стороны общественных, профессиональных, хозяйственных органов и здравоохранения решительного перелома к вопросу подготовки медицинских кадров, которые являются важнейшим звеном во всем деле хозяйственного строительства страны.

4. Огромнейшая потребность в квалифицированном медперсонале, новая реформа вузов с установкой на врача-специалиста, делают необходимым и вполне возможным максимальное сокращение сроков обучения в медвузах и техникумах.

5. Учитывая большое значение институтов по усовершенствованию врачей в деле повышения квалификации врача, съезд считает необходимым в связи с реорганизацией медобразования перестроить сеть и структуру институтов, сокращая сроки прохождения ординатуры и интернатуры.

6. При реорганизации медобразования должно быть строго выполнено расширение сети медвузов и медтехникумов, открытие вечерних вузов и техникумов, введение в них двух смен непрерывного года, двух приемов в году и другие мероприятия, имеющие целью повысить пропускную способность и улучшить качественную подготовку специалистов высшей и средней квалификации в деле здравоохранения.

7. В целях подготовки необходимого количества среднего персонала съезд считает необходимым:

а) широко применить систему краткосрочной подготовки среднего медперсонала, организовав для этой цели при всех больницах, имеющих не менее 100 коек и 7—8 врачей, и в институтах Наркомздрава соответствующие курсы для подготовки среднего медперсонала, комплектуя их из окончивших образование в объеме семилетки, из нянь и санитарок с практическим трехлетним стажем, из окончивших курсы усовершенствования и безработных медработников, оторвавшихся от медицинских профессий;

б) в ближайшее время проработать вопрос о создании при крупных профилактических учреждениях специальных краткосрочных курсов для подготовки среднего медперсонала по профилактической работе. Прием на эти курсы должен быть проведен через особые комиссии по классовому отбору учащихся;

в) учитывая особый недостаток в сестрах охраны материнства и младенчества, необходимо организовать сеть краткосрочных курсов из колхозниц для работы в яслях при колхозах;

г) привлечь оканчивающих курсы РОКК, поставив перед ЦК РОКК вопрос об организации двойных приемов на все курсы;

д) просить Наркомпрос создать, начиная с 1930 г., медицинский уклон в школах соцвоса II ступени с тем, чтобы окончившие эти школы по прохождении полугодового практического стажа могли быть использованы в качестве среднего медперсонала;

е) организовать при управлении кадрами Наркомздрава единый планово-методический центр, возложив на него общее руководство краткосрочными курсами и курсами заочного обучения для подготовки и переподготовки средних медработников на дому с последующей их практикой в лечебно-санитарных учреждениях.

8. Срочно проработать вопрос о создании при Наркомздраве центрального органа по управлению и руководству институтами и медвузами с привлечением к нему общественности и врачей-практиков, в целях разработки учебных программ и планов в медвузах и техникумах и ряда других вопросов, связанных с проблемами повышения квалификации врачей. Для более полного использования кадров научно-исследовательских институтов считать целесообразным направить определенное количество их для укрепления областных и краевых вузов.

9. Для выполнения директив ноябрьского пленума ЦК и решений ЦК ВКП(б) об улучшении классового состава медвузов, медтехникумов, институтов необходимо обеспечить прием в медицинские учебные заведения большого процента рабочих, для чего необходимо:

а) создание рабфаков при медвузах;

б) организация медицинского уклона в имеющихся рабфаках;

в) организация в университетских городах и всюду, где представляется возможным, специальных курсов по подготовке рабочих и батраков в медвузы и техникумы;

г) поставить перед Наркомпросом вопрос о направлении с курсов подготовки в вузы 2000 рабочих;

д) мобилизовать 1500 партийцев и комсомольцев-рабочих в порядке, установленном для технических вузов;

е) направить в рабфаки не меньше 1000 человек из лиц, оканчивающих в настоящее время рабфаки;

ж) проработать вопрос об организации в районах показательной коллективизации специальных сельфаков для подготовки в медвузы.

10. Для практического проведения всех указанных мероприятий по укомплектованию медвузов и медтехникумов с точки зрения как количественного, так и социального

состава принимаемых, а также в целях укрепления медвузов и медтехникумов, с'езд считает необходимым поставить перед Совнаркомом и другими органами следующие вопросы:

- а) об увеличении размера и количества стипендий учащимся в медвузах и медтехникумах;
- б) о декретировании порядка контрактации для медицинских вузов и техникумов в целях упорядочения и укрепления этого дела;
- в) об отпуске органам здравоохранения средств на проведение производственной практики;
- г) об отпуске средств на организацию общежития для обслуживания резко увеличивающегося количества лиц, поступающих в медвузы и техникумы;
- д) об отпуске средств для подтягивания зарплаты работающему медперсоналу соответственно с зарплатой других специалистов;
- е) повысить зарплату сиделкам и санитарам, как наиболее отстающим группам;
- ж) улучшить материальную базу медвузов и медтехникумов, приравняв их к индустриальным.

С'езд предлагает также провести максимальную мобилизацию внутренних ресурсов в пределах своих бюджетов путем более рационального построения сети и эффективности использования средств Наркомздрава; предусмотреть в контрольных цифрах 1930—31 г. специальную графу по ассигнованию средств на расширение сети вузов и техникумов и контрактацию учащихся, особенно в отстающих краевых, областных и национальных районах.

Ввиду крайней затруднительности распределения в уже имеющихся общежитиях огромного числа лиц, прибывающих на учебу, с'езд предлагает областным, краевым, здравоохранительным заранее озаботиться — к началу учебного года — проведением всех необходимых мероприятий для обеспечения новых студентов жилой площадью.

11. Принимая во внимание, что указанные выше мероприятия все же не обеспечат покрытия потребности в медицинских кадрах, с'езд считает необходимым провести ряд организационных мероприятий в постановке дела здравоохранения в целях освобождения квалифицированного медработника от несвойственных ему функций:

- а) максимальное освобождение врачей от административно-хозяйственных функций путем решительного выдвиженчества рабочих в лечебно-санитарных учреждениях в качестве администраторов и хозяйственников;
- б) установить точный учет рабочего времени врачебного персонала;
- в) пересмотреть норму нагрузки врачей;
- г) провести там, где это возможно, двойную смену работы в лечебно-санитарных учреждениях;
- д) проверить вместе с соцстрахом правильность использования врачей в страховых учреждениях;
- е) систематически готовить младший медперсонал;
- ж) переподготавливать ухаживающий медперсонал.

12. Отделам здравоохранения обратить особое внимание на правильный учет уже работающих специалистов и безработных медработников и на правильное их использование, для чего в центре и на местах упорядочить состояние учета, обратить особое внимание на администраторов как организаторов дела здравоохранения; кроме того необходимо вести особый учет наличия и потребности персонала по специальностям, отдельно по индустриальным центрам и по колхозам.

13. При подготовке всех видов медицинских кадров, расширении сети медвузов и пропускной способности их, при мобилизации рабоче-крестьянской молодежи в учебные медицинские заведения необходимо уделить особое внимание на подготовку медицинских кадров из национальных меньшинств и населения отсталых в культурном отношении окраин.

14. Все вопросы переподготовки медицинского персонала, начиная от высококвалифицированного врача и кончая санитаром, могут быть выполнены лишь при условии развития в медвузах и медтехникумах самокритики и привлечения широкой пролетарской общественности. Для этого необходимо организовать ударничество учащихся, преподавателей и научных работников, социалистическое соревнование между отдельными группами учащихся и отдельными учебными заведениями, выставляя основным показателем соревнования более быструю, более лучшую подготовку квалифицированного медработника из рабочих и батраков.

15. Ввиду крайней трудности комплектования врачебными кадрами сезонных курортных лечебных учреждений с'езд считает целесообразным откомандирование здравоохранительными институтами в плановом порядке по соглашению с курортами врачей для сезонной работы на курортах.

Основные решения 2-го Областного Научного съезда врачей

(2—8 февраля 1930 г.)

I. Резолюция по докладам о задачах научной работы врачей на Урале

Доклад д-ра Коган Н. И. (Свердловск) содоклады проф. Алякритского В. В. (Пермь), д-р Карнаухова М. Н. (Свердловск), д-р Серебренникова В. С. (Свердловск) и проф. Чистякова П. И. (Пермь).

В научной, как и во всякой другой деятельности, невозможно отгородиться от жизни, от классовой борьбы, нельзя оставаться политически нейтральными. Вся научно-исследовательская работа должна ставить перед собой разработку в первую очередь тех вопросов, которые выдвигаются данным моментом социалистического строительства, ускоряют его темпы.

Работа в области здравоохранения, так-же как и в других отраслях общественной и хозяйственной жизни страны, не может развиваться и протекать правильно без широкой научно-исследовательской работы всех местных работников здравоохранения.

В связи с изменениями в народно-хозяйственной жизни страны возникают новые задачи, стоящие перед органами здравоохранения, а, следовательно, и перед научно-исследовательской работой в медицине.

Перед здравоохранением стоят задачи: проведения четкой классовой линии в оказании лечебно-профилактической помощи населению, улучшения этой помощи, планирования всей работы. Это вызывает необходимость детального научного изучения условий труда и быта отдельных групп рабочего и крестьянского населения, изучение общей заболеваемости этих групп, их профессиональной заболеваемости, изучение новых видов сельско-хозяйственного травматизма и т. д. и т. п.

В связи с рационализацией, переходом на 7-ми часовой и многосменный рабочий день, в связи с сильно повысившимися темпами строительства перед врачами стоит задача научной разработки вопросов режима рабочего времени, режима приспособления к новым темпам, рационализации вентиляции, искусственного освещения и т. д.

Одновременно необходимо усиление научно-исследовательской работы в области изучения труда и быта медработников.

Высокие темпы индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства выдвигают необходимость выработки новых форм и методов медико-санитарного обслуживания рабочих и колхозников. Необходимо сейчас же приступить к реорганизации медико-санитарного обслуживания, в первую очередь в крупных промышленных районах по принципу диспансеризации трудящихся масс.

В интересах социально-гигиенического изучения районов сплошной коллективизации необходимо выделить показательный район, где путем выезда специалистов выработать план здравоохранительских мероприятий и новых организационных форм.

Постройка новых гигантских заводов, коллективизация, непрерывка, 7-ми часовой рабочий день и пр. производят революцию в быту трудящихся. И здесь огромное поле врачебного вмешательства для научной разработки ряда вопросов, связанных с этой революцией быта.

Мы вплотную подошли к постройке городов нового типа—социалистических городов и агрогородов. Социально-гигиенические вопросы, связанные с постройкой этих городов, нуждаются в детальной и серьезной разработке.

В связи с революцией быта на одно из первых мест выдвигается задача научной разработки вопросов общественного питания. В этой области сделано еще очень мало.

Борьба с алкоголизмом и борьба с проституцией в уральских условиях нуждается в научной разработке этих вопросов. Все большее вовлечение женщины в производство ставит задачу изучения влияния отдельных видов промышленного труда на женский организм и материнство.

Крайне важна научная постановка и изучение вопросов профотбора, особенно профотбора среди женщин.

Необходимо поставить научное изучение причин столь высокой детской смертности на Урале и выработку мер борьбы с ней, в связи с чем стоит задача изучения состояния здоровья школьников и пионеров и разработка вопросов их оздоровления.

Высокий процент заболеваемости на Урале зобом, ревматизмом, злокачественными опухолями, глистной инвазией, стоящей в несомненной связи с условиями внешней среды, нуждается в детальной научной разработке.

5-й Областной съезд здравоохранения поставил задачу в 3-х летний срок ликвидировать на Урале эндемические очаги оспы и паразитарных тифов. Без широкой научно-исследовательской работы в этом направлении эта задача не будет выполнена.

Сильное распространение на Урале водных инфекций делает необходимым детальное научное изучение источников водоснабжения.

Врачебно-научная мысль почти не занимается разработкой методов рационализации оказания медико-санитарной помощи. Между тем это одна из актуальнейших проблем, ждущих своего разрешения.

Угроза военного нападения империалистов на Советский Союз—угроза реальная. Последние события на Восточно-Китайской ж. д. доказали это самым наглядным образом. Необходимо крепить оборону страны, и перед медицинскими работниками стоят задачи разработки вопросов санитарной обороны. Научную разработку методов химической обороны, массовой дезинсекции и дезинфекции в условиях военного времени и походной жизни и т. д. и т. п. нужно вести в ближайшее время.

Крайне важное значение имеет разработка методики санитарного просвещения в новых условиях и вопросов антирелигиозной пропаганды с точки зрения естественных и медицинских наук.

Многообразие задач, стоящих перед научно-исследовательской работой врачей и неотложность некоторых из них ставит перед врачами задачу при выборе тем руководствоваться не случайными моментами, а проводить эту работу по заранее выработанному плану. Для планирования, координации и объединения всей научно-исследовательской работы в области, а также для консультации в этой работе необходима организация научно-консультативного совета при Облздравотделе.

Высокие темпы развития здравоохранения ставят со всей решительностью вопрос о подготовке кадров здравоохранения и, в частности, кадров научных работников в области медицинских дисциплин.

Исходя из этого, съезд считает необходимым расширение медфака ПГУ и организацию в ближайшее же время на Урале второго медицинского Вуза, а также Института Социальной Гигиены.

Наряду с этим необходимо добиваться перед Главпрофобром лучшего обеспечения Пермского Медфака помещениями, оборудованием, преподавательским персоналом и т. д. Особо серьезно должен быть поставлен вопрос об обеспечении роста пролетарского ядра в студенчестве Пермского и Свердловского Медфаков. Преподавание на Пермском Медфаке надо реорганизовать таким

образом, чтобы оно было тесно увязано со всей практической работой органов здравоохранения Урала и отражало все наиболее важные практические задачи, выдвигаемые современностью перед научной медицинской мыслью.

Необходимо также шире развернуть работу по повышению квалификации и специализации врачей (ординатура, выдвиженчество, интернатура, научные командировки, прикомандирования к Медфаку и крупным лечебно-учреждениям, курсы усовершенствования, выезды специалистов на места для научных докладов, научные с'езды, участие широких масс врачей в работе «Уральского Медицинского журнала» и т. п.), а также и зубных врачей.

Лучшей формой научной организации врачей, обеспечивающей быстрое развертывание научной работы и ее максимальное сближение с практикой здравоохранения, с'езд считает форму научных ассоциаций при профсоюзе МСТ. С'езд призывает всех врачей Урала вступить членами научных ассоциаций врачей и широко развернуть в них творческую научную работу.

Наличие на Урале медицинского факультета и нескольких мощных институтов (Физиотерапевтический институт, 2 бактериологических института, институт Профзабола) вновь выстроенные и открытые крупные больницы в Златоусте, Надеждинске и др. местах дают полную возможность врачам области вести углубленную научно-исследовательскую работу. Но и вне этих учреждений в условиях даже обыкновенной участковой работы можно и должно заниматься научно-исследовательской деятельностью.

Эта работа ни в коем случае не должна замыкаться в узком кругу. Всею научно-исследовательскую работу нужно выносить в массы, она должна стать их достоянием. Между тем этого сейчас мы не имеем. Чрезвычайно интересные и актуальные вопросы, получившие разработку в научно-исследовательской работе специальных отрядов и отдельных работников не доложены непосредственно заинтересованным в них массам работников. Они стали достоянием только узкого круга их и читателей специальных журналов. В научно-исследовательскую работу может и должен быть втянут средний медицинский персонал путем постановки перед ним определенных заданий и руководства работой. На руководящую научную и научно-практическую работу должны смелее выдвигаться медицинские работники уральской периферии.

II. Резолюция по докладу д-ра Величкина В. И. «Ленинизм в медицине»

2-й областной научный с'езд врачей Урала отмечает необходимость немедленного перелома в теоретическом мышлении массового врача с подведением под него научной базы диалектического материализма, как единственного метода, определяющего правильный путь научной и научно-практической деятельности врача. Сложная противоречивая картина разрозненно накопленных наблюдений, влияние идеалистической философии на обобщение их, недоучет сложного взаимодействия разнообразных факторов, определяющих состояние организма, естественно предопределяет осознание кризиса медицины наиболее вдумчивыми ее представителями. С'езд не видит оснований разделять пессимистическую оценку путей дальнейшего развития медицины. Выход из тупика в ликвидации философского нигилизма, философской неряшливости и лицемерия, затуманивающего существо вопроса.

В перенесении основ ленинизма в область научной и научно-практической работы врача заложены условия всестороннего участия врача в работе по созданию здорового социалистического общества, в нем — условие сближения врача с общей работой над социалистическим строительством. Обстановка обостренной классовой борьбы, ликвидация кулачества как класса, как последней опоры

идеологов частной собственности—требует четкой социально-классовой линии в поведении врача.

Классовая борьба переносится в область идеологии, и лишь серьезная работа и создание соответствующих условий освоения ленинизма дают Уралу мощный отряд врачей - марксистов - диалектиков, отсеет из их рядов всех временных попутчиков, воспринявших лишь фразеологию и не проникнувших в существо метода.

Отмечая попытку заострить внимание врачей на вопросах ленинизма в приложении его к медицине, съезд констатирует, что врачи обнаружили свою неподготовленность в основных вопросах теории диалектического материализма, и считает необходимым в целях формирования диалектически-материалистического мировоззрения врачей немедленное проведение следующих практических мер:

1. Необходимо широкое использование всех возможностей кружковой работы, проведение специальной конференции.

2. Необходимо поставить перед Коммуниверситетом вопрос о создании курсов заочного обучения врачей.

3. При пополнении медицинских библиотек Окрздравотделами, научными объединениями и участковыми учреждениями наряду с литературой по практическим медицинским вопросам должны быть приобретаемы основные руководства по теории диалектического материализма, по вопросам марксизма и биологии, критике механизма, неовитализма.

4. В программы курсов усовершенствования врачей должен быть введен теоретический курс ленинизма.

5. В общей системе подготовки советского врача в стенах ВУЗ'а необходимо расширение сектора знаний в области теории марксизма и ленинизма. В список периодических изданий для обслуживания врачей области в первую очередь должны быть включены журналы, организующие научно-философское мышление руководящих кадров (журнал «Под знаменем марксизма» и «Марксизм и естествознание») и журналы, отражающие претворение теории в практике революционно-классовой борьбы («Большевик»).

В «Уральском Медицинском Журнале» ввести особый отдел—«В помощь марксистско-ленинской подготовке советского врача».

6. Борьба за кадры требует устранения от медицинского преподавания в ВУЗ'ах всех лиц, не желающих расстаться с теориями, оставленными в наследство буржуазным строем, тормозящими и вредящими делу социалистического строительства.

7. В овладении основами ленинизма Уральский врач должен показать темпы, созвучные темпам индустриализации и реконструкции сельского хозяйства.

III. Резолюция по докладам д-ра Н. И. Иванова „Эпидемиологические особенности Урала“ и по содокладам о брюшном тифе д-ров Гуревича, Городецкого, Кузнецова и Охлопковой

1. Съезд констатирует неблагополучие Урала в отношении ряда инфекций—паразитарных тифов, кишечных инфекций, оспы, туберкулеза и ставит их в связь с неблагоустройством наших городов и рабочих поселков, недостатком жилой площади, плохим водоснабжением, низким культурным уровнем населения и недостаточностью медико-санитарной сети.

Данное положение в связи с решением ЦК ВКП(б) об оздоровлении Урала должно побудить органы здравоохранения к развитию наиболее энергичной исследовательской и практической оздоровительной работы.

2. Для дальнейшего изучения эндемических очагов Урала, включая и новую инфекцию туляремию, необходимо расширение и укрепление санитарно-бактериологических институтов и лабораторий, эпидемиологических отделений, созданием штата эпидемиологов и сети эпидемиологических отрядов с привлечением кафедр Пермского Государственного Университета.

3. Для систематического глубокого изучения причин эпидемического неблагополучия, намечения правильных путей борьбы и проведения нужных мероприятий—существующие кадры санработников недостаточны. Кадры должны укомплектовываться путем более широкой подготовки работников соответствующей квалификации и путем переподготовки для данной работы участковых врачей. Для подготовки работников шире использовать кафедры гигиены ПГУ и бактериологические институты путем прикомандирования врачей и проведения курсов усовершенствования.

4. Учитывая, что разворачивающееся Магнитогорское строительство должно явиться показательным и в санитарном отношении, принять меры созданию возможности прохождения там практического стажера санработниками.

5. Для планомерного оздоровления колхозов и совхозов должен быть разработан и издан в областном масштабе уточняемый затем на местах санитарный минимум, обязательный к осуществлению для всех низовых органов, в первую очередь в отношении водоснабжения, ассенизации и в особенности в отношении мер предупреждения паразитарных тифов.

6. В городах и промышленных центрах, учитывая размах и быстрый темп индустриализации, должны быть приняты решительные меры по расширению и рационализации жилищного строительства, по коммунальному устройству, и улучшению водоснабжения и канализации, строительству бань и прачечных. Безотлагательная работа в данном направлении должна быть обеспечена достаточными средствами и привлечением нужных сил.

Заслушав доклад проф. В. Н. Беклемишева «Природные факторы способствующие развитию малярии в округах Уральской области», с'езд находит безусловно необходимым дальнейшее изучение всех факторов, способствующих возникновению и распространению малярии, в первую очередь в наиболее пораженных местах с привлечением к данной работе сил Пермского Государственного Университета, сан-бак-институтов, путем создания малярийных отрядов и использования местных культурно-общественных сил.

Заслушав сообщение д-ра Н. Н. Плотникова—«К вопросу о глистных инвазиях населения Уральской области и о мерах борьбы с паразитическими червями», — с'езд констатирует большое распространение глистных инвазий на Урале, в особенности на Тобольском севере, где установлен величайший в мире очаг описторхоза.

Для углубления научных работ гельминтологического характера и для борьбы с паразитическими червями с'езд считает необходимым создание при бак-институте области гельминтологического отдела; одной из главных задач должно явиться изучение описторхоза.

Необходимо усиление лечебной помощи глистным больным через специальные кабинеты в амбулаториях, во всех обще-лечебных учреждениях, обратить внимание на попутную дегельминтизацию стационарных больных, лечащихся от других болезней. Должна быть усилена и санпросветработа по гельминтологии.

Резолюция по докладу проф. К. Н. Шапшева «Молочные консервы киргизов».

С'езд находит, что для проведения оздоровительных мероприятий среди малых народностей необходимо всестороннее изучение особенностей их труда и быта всеми, начиная от работников участка и кончая кафедрами университета, с организацией также и обследовательских отрядов.

Резолюция по докладам д-ра И. Н. Окулова «Новое строительство в Чусовой» (метеорологические факторы жилищ) и «Опыт оценки инструментального обследования жилищ».

С'езд находит, что работа по обследованию жилстроительства была до сих пор недостаточной и что необходимо систематическое изучение нового жилстроительства, в особенности опытного типа.

Методика исследований, подробно разработанная и точно проверенная, должна быть вполне единообразной. Также должны быть уточнены и стандартизованы устанавливаемые нормы. Вся работа в этой области должна быть сосредоточена в органах здравоохранения: в сан-бак-институтах должны быть развернуты коммунальные отделения с привлечением санитарных и инженерно-технических сил.

Резолюция по докладу д-ра О. Я. Смирновой.

С'езд находит, что указанное в докладе значение соляной кислоты, как средства усиливающего дезинфицирующее действие сулемы, практически очень важно.

Этот вопрос, как и другие стороны дезинфекционного дела, должен подвергаться дальнейшему подробному изучению.

Резолюция по докладу д-ра С. П. Попова «Санитарная оценка воды моховых болот».

Работа по изучению болотных вод при большой распространенности болот, в особенности в промышленной части Урала, часто используемых как источники питьевой воды, представляет большой интерес, в особенности благодаря весьма отличающимся от обычных вод данным химического состава.

IV. Резолюции по докладам д-ра Ляпустина В. А., Вилесова, Луканина В. П., Диева, Девириц А. П., Заманского, Наравцевич и Щегловой Л. Н.

(Вопросы профпатологии и профгигиены)

С'езд считает необходимым отметить, что в настоящий момент развернутая работа по профпатологии и профгигиене охватила ряд характерных для Урала производств и благодаря этим работам может быть подведена научная база под оздоровительные мероприятия этих производств.

В целях усиления научно-исследовательской работы необходимо ускорение открытия облинститута профпатологии и гигиены труда, а также организация кафедры гигиены труда при Пермском университете и скорейшее укрепление периферических учреждений (профкабинеты, окрлаборатории гигиены труда и медпункты).

Организуемый институт должен быть связующим и руководящим центром для всех периферических учреждений.

По докладу Н. И. Иванова—«Физическое развитие и болезненность населения Уралобласти по данным призыва 1927 — 28 г. г.» с'езд отмечает, что собранный материал о физическом развитии и болезненности призывников Уралобласти представляет большую ценность и считает необходимым усиление инструктажа врачей призывных комиссий, а также взятие на учет и обслуживание в порядке диспансеризации всех допризывников, что в значительной степени облегчит работу призывных комиссий и поднимет ценность материалов последних.

У. Резолюция по докладам: 1) д-ра Краснобаева Т. П. (Москва) „Лечение костноуставного туберкулеза и общественная борьба с ним“; 2) д-ра Пинхасик М. И. (Свердловск) «Борьба с костным туберкулезом на Урале» и 3) д-ра Кудрявцева Ф. Ф. „Опыт патронажа больных костно-суст. туберкулезом

Второй Областной Научный съезд врачей считает совершенно необходимым срочную мобилизацию общественного мнения вокруг вопросов борьбы с костным туберкулезом на Урале. Отличаясь резко повышенной заболеваемостью туберкулезом легких, Урал дает и крайне высокое развитие костно-уставного туберкулеза, при чем географическое размещение его по отдельным районам носит выраженные признаки социального и профессионального патогенеза. Отсутствие своевременного и правильно организованного массового лечения в ранних периодах заболевания в условиях жилищного переуплотнения дает накопление далеко зашедших тяжелых форм костно-уставного туберкулеза; лечение взрослых больных костно-уставным туберкулезом отсутствует.

В этих условиях проблема борьбы с костным туберкулезом приобретает свое особенное значение, и съезд рекомендует принять следующие меры:

1. Необходима организация систематического изучения костного туберкулеза на местах, на основе правильно поставленного учета больных с всесторонним изучением социально-бытовой обстановки больного, при чем работа эта должна входить в лечебно-профилактический минимум каждого врачебного пункта районной периферии.

2. Консервативный метод лечения должен быть основным методом лечения костно-уставного туберкулеза.

3. Проблема костно-уставного туберкулеза есть часть общей проблемы туберкулеза, и принципы общественной борьбы с последним должны быть полностью перенесены на костно-уставной туберкулез.

4. Для руководства работой в пределах округа диспансерам окружных центров должно быть придано значение опорных баз с соответствующим укомплектованием штата и необходимым медицинским оборудованием хирургических отделений.

5. В виду ограниченных возможностей санитарного лечения, дороговизны его и возможности получения хороших результатов от правильно организованного патронажа на дому необходимо проведение строгого отбора больных через объединяющий районы диспансер и широкое развертывание патронажа.

6. Система патронажа, как наиболее необходимый и доступный путь борьбы с костно-уставным туберкулезом, должна быть доведена до врачебного участка, при чем в основу патронирования должно быть положено улучшение жилищных условий и условий питания ребенка на основе специальной договоренности со снабжающими органами.

7. В системе первичного учреждения по борьбе с костным туберкулезом особое развитие должны получить профилактические площадки (тип дневного санатория).

8. На ряду с этим наличие значительного количества детей, требующих обязательного санаторного лечения, ставит вопрос о желательности расширения санитарной сети для них.

9. Для взрослых больных должно быть создано специальное учреждение санаторного типа, допускающее применение оперативного вмешательства.

10. Существующие учреждения должны быть обеспечены рентгеном («Подснежник»).

11. Совершенно необходимо срочное разрешение вопроса об улучшении санаторного питания детей, как основы гигиено-диетического лечения.

12. Областной детский тубсанаторий должен взять на себя работу по подготовке специальных кадров врачебного и среднемедицинского персонала.

13. Областной туберкулезный институт, намечаемый к организации с 1930—31 г., должен в числе прочих задач взять на себя задачи организующего центра борьбы с костным туберкулезом в области.

VI. Резолюция по докладам д-ра Гаврилова К. П. (Свердловск) и Лебедева Ф. П. (Уралстатотдел) „Детская смертность на Урале“

Заслушав доклад д-ра Гаврилова и содоклад тов. Лебедева по вопросу «Детская смертность на Урале», 2 Областной Научный съезд врачей Урала констатирует:

Урал получил от царской России тяжелое наследство в виде огромной детской смертности, ставившей б. Пермскую губ. на одно из первых мест по этой смертности.

Снижение детской смертности отмечается лишь после революции при переходе к мирному строительству (т. е. совпадает с моментом перестройки всех социально-бытовых условий жизни), при чем смертность понижается прогрессивно как в городах, так и в сельских местностях.

Смертность среди городского и фабрично-заводского населения стоит значительно ниже смертности в сельских местностях. Это объясняется коренным изменением условий жизни трудящихся, большей культурностью городского населения, лучшим обслуживанием его учреждениями ОММ и лечебной помощью.

В районах с преобладанием нацменьшинского населения детская смертность значительно ниже соответствующей общеокружной, что стоит в связи с национально-бытовыми особенностями населения этих районов, особенно с длительным кормлением детей грудью, почему эти особенности отражаются только на снижении смертности в грудном возрасте.

Факторов, влияющих на детскую смертность так много и они так переплетаются между собой, что выявить влияние каждого из них в окружном масштабе не представляется возможным. Однако, основными из них, безусловно снижающими детскую смертность, надо считать изменение социально-бытовых условий вообще, а женщины в особенности, повышение как общей, так и санитарной культурности населения, экономическое его состояние, возрастающий с каждым годом охват учреждениями ОММ, улучшение родовспоможения и лечебной помощи.

Однако, принимая во внимание, что детская смертность в Уралобласти, несмотря на значительное снижение, стоит еще очень высоко, съезд считает, что детальное изучение детской смертности и соответствующих форм борьбы с ней должно быть поставлено боевым вопросом ближайших лет. Разработку смертности необходимо вести погодную от 0—4 лет в районном разрезе, при чем статистику ОММ поставить на научную почву. Заняться этими вопросами должна ОММ совместно с органами статистики. Необходимо разработать методы собирания материала на местах, его централизации, изучение этого материала и на основании полученных результатов установить меры борьбы. Особое внимание в данный момент должно быть обращено на Ирбитский округ, как самый неблагоприятный по высоте детской смертности.

До времени детального изучения, применительно к каждому району, меры борьбы с детской смертностью должны будут оставаться общие, как-то: реконструкция быта на базе меняющейся экономики, повышение культурного уровня населения, охрана труда женщины вообще и крестьянки особенно, расширение сети учреждений ОММ, регулирование деторождения путем доступности профилактических мер, улучшения родовспоможения на селе, привлечения органи-

зованной общественности к проблеме воспитания ребенка в социалистических городах и коллективных хозяйствах.

Считая коллективизацию крестьянского хозяйства могучим двигателем в деле борьбы с детской смертностью, необходимо поставить задачей дня полное обслуживание деревни культурными и медицинскими силами, быстрым темпом выявив установки новых форм работы, особенно в секторе ОММ.

VII. Резолюция по докладу д-ра Розенгауза Ф. Т. (Свердловск) „Значение Уральских курортов в общей системе здравоохранения и эффективность лечения на них“

Ценность Уральских курортов, зависящая от высоких целебных качеств их природных факторов и от близости этих курортов к заводским районам, определяет их роль, как подлинных кузниц здоровья трудящихся и как важнейшего звена в общей системе лечебно-профилактических учреждений по оздоровлению труда и быта населения. Отмечая несомненный рост курортного дела на Урале, рост, который все более и более будет увеличиваться в связи с буйным темпом роста индустриализации Урала и отчасти вследствие роста рабочих кадров, 2-й научный съезд врачей Урала одновременно подчеркивает слабый темп развития научной работы по исследованию природных богатств (нерегулярное и недостаточное физикохимическое исследование минеральных вод, и в особенности грязей, слабая постановка дела изучения климата, эффективности лечения на курортах),¹ отмечает недостаточность горно-технических работ, недостаточную емкость курортов и неудовлетворительный социальный состав больных.

В целях изжития перечисленных недостатков 2-й научный съезд врачей Урала признает необходимым:

1. Куруппу пересмотреть пятилетний план курортного строительства на Урале в сторону его расширения, в частности: принять меры к увеличению емкости курортов путем постепенного превращения их в курорты функционирование круглый год, а также постройки в Троицком кумысрайоне единого тубсанатория с образцовой кумысной мастерской.

2. Безотлагательно приступить к мероприятиям по поднятию научно-исследовательской работы на курортах, посредством улучшения и расширения метеорологической службы в целях изучения климата, постановки необходимых гидро-технических работ (улучшение каптажа источников, отыскивание новых минеральных струй и т. д.), урегулирования дела исследования минеральных вод и грязей, научной разработки вопросов питания и т. д.

3. Перечисленные работы необходимо увязать с соответствующими научными институтами: Свердловским физио-терапевтическим институтом, Пермским Медфаком и Казанским клиническим институтом для усовершенствования врачей имени Ленина.

4. Обратить особенное внимание на изучение эффективности лечения на курортах через организующийся при Свердловском физио-институте кабинет по изучению отдаленных результатов курлечения, установив тесный контакт кабинета с врачебно-контрольными комиссиями и заводами.

5. Улучшить социальный состав курбольных, установив минимальный процент рабочих для курортов Урала не менее 70 проц.

VIII. Резолюция по докладам „Зоб на Урале“

Проф. Алякритекого В. В. (Пермь), д-ра Рискина (Пермь), д-ра Крупина (Свердловск)

1. В виду весьма значительного распространения на Урале эндемии зоба, сопровождающейся в известной стадии нарушением функций организма, при-

знать необходимым дальнейшее систематическое, более детальное и углубленное изучение зубной эдемии. Для этой цели в ближайшее время проведет ряд следующих мероприятий: а) широкое статистическое исследование области для определения степени поражения в различных местах ее соответствующими отрядами; б) наряду с этим для детального изучения характера зубной эдемии в типичных очагах с различной степенью пораженности привлечь к работе клиники институты области и мед.участки; в) для изучения вопросов зоба в связи с клиникой необходимо открыть специальное отделение при Пермском университете и в Свердловске; г) для морфологической характеристики зобов Урала признать необходимым посылку зобного материала после хирургических операций для исследования в Пермский патолого-анатомический институт, для чего просить Облздрав дать соответствующее распоряжение по хирургическим отделениям области вплоть до участковых больниц; д) признать необходимым организацию опыта профилактики зоба среди организованных групп населения при условии соответствующего контроля; е) признать необходимым улучшение водоснабжения в селениях, пораженных эндемией с привлечением к этому делу Уралоблздравуправления.

2. Учитывая всю важность вопроса эндемического зоба для Урала, считать крайне желательным созыв областных конференций не реже одного раза в год.

3. Признать необходимой для обследовательских работ общую (стандартную) методику.

IX. Резолюция по докладам о злокачественных новообразованиях

Доклад проф. Ратнер Л. М. (Свердловск), проф. Алякритского В. В. (Пермь), д-р Шапатина Л. В. (Свердловск).

1. Громадная смертность от злокачественных новообразований на Урале и несомненная возможность понизить ее путем правильной постановки профилактики и лечения рака требует немедленной организации борьбы с этим социальным бедствием.

2. Для этого необходимо приступить к изучению всех особенностей Уральского рака, всех профессиональных вредностей и социально-бытовых условий, вызывающих рак, и всех причин, препятствующих его развитию.

3. Одновременно с изучением рака необходимо приступить к практической борьбе с злокачественными новообразованиями, в которой должны участвовать все врачи Уральской области, работая в тесном контакте с широкими массами трудящихся.

4. Во главе противораковых организаций Урала должны стоять Свердловское Онкологическое Отделение — будущий Онкологический институт. В течение ближайших двух лет в Перми и других больших окружных городах организуются раковые пункты.

5. Все противораковые учреждения должны быть оборудованы согласно требованиям современной науки и в первую очередь иметь хирургическое отделение, патолого-анатомическую лабораторию, рентгеновский кабинет и радий в достаточном количестве.

6. Противораковый центр в Свердловске, кроме профилактической и лечебной помощи раковым и предраковым больным, занимается подготовкой кадров онкологов для периферии и проводит диспансерное обслуживание населения и особенно рабочих тех производств, которые предрасполагают к развитию раковых заболеваний.

7. Для неизлечимых раковых больных здравоотделы в текущем году организуют при больницах специальные отделения санаторного типа.

8. Для более широкого освещения вопросов, связанных с противораковой борьбой, ежегодно созывается совещание из представителей Облздравотдела, партийных, профессиональных и общественных организаций и специалистов по раку и пограничным областям медицинских знаний.

Х. Резолюция по докладу д-ра Серебренникова В. С. (Свердловск) „К вопросу о строительстве социалистических городов“

2-й научный съезд врачей Урала с величайшим удовлетворением отмечает начало постройки социалистических городов, как практическое осуществление в жизни учения великих творцов научного социализма — Маркса и Энгельса и идей пролетарской революции 1917 года.

Вопрос о социалистических городах съезд считает в настоящее время одной из важнейших и интереснейших проблем, поставленных историей перед всей врачебной массой. Ни один врач не может и не должен пройти мимо этой проблемы, ставящей задачу построения труда и быта полностью на основах социальной гигиены. Каждый врач должен принять самое активное участие как в подготовительной работе, так и строительстве социалистического города.

Ни Медфак, ни научные ассоциации при союзе МСТ, ни отдельные научные кружки врачей не должны пройти мимо этого вопроса: их долг сейчас же приступить к углубленной научной проработке отдельных вопросов, поставленных жизнью в связи с постройкой новых городов.

Медицинские работники должны принять активное участие в обсуждении вопроса о социалистическом городе на страницах периодической печати и в «Уральском медицинском журнале».

Облздравом намечен следующий план мероприятий по Облздравотделу на основе решений ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян

1. Внести изменения в личном составе.

2. Увеличить количество рабочих в аппарате, для чего заместить следующие должности рабочими:

1. Зам. зав. облздравом.

2. Инструктор по лечпрофпомощи в городах.

3. Инструктор по ОЗД (ВЛКСМ).

4. Зав. строительной частью.

5. Инструктор по ОММ.

3. Приглашать на аппаратные совещания Облздора рабочих шефствующего над Облздравом завода «Металлист». —

4. Ввести в практику проведение аппаратных совещаний Облздора на предприятиях Свердловска:

1) в мае месяце провести такое совещание на заводе «Металлист».

2) в июне — на фабрике имени Ленина.

3) в августе — на ВИЗ'е.

5. Поставить отчетные доклады Облздравотдела:

1) в Обкоме ВКП(б).

2) В Облисполкоме,

3) В Уралпрофсовете

и на следующих промышленных предприятиях:

1) ф-ка имени Ленина, Свердловск, апрель,

2) Надеждинский завод, апрель,

3) Кизелкопи, май,

3) завод «Металлист», Свердловск, май.

5) Златоустовский мет. завод, июнь.

6) Мотовилихинский завод, июль,

7) Асбестовские рудники, август.

Кроме того, в областных комитетах союзов:

1) Химиков,

2) Сельхозрабочих (август).

6. Перестроить работу аппарата Облздрави путем:

а) Изменения структуры: 1) переход на систему ответственных исполнителей, 2) выделение работников по линии обслуживания промышленного и социалистического сектора сельского хозяйства, 3) введение должности рационализатора, 4) объединение плановых функций со статистикой);

б) разгрузки от работы, не имеющей актуального значения (сокращение отчетности);
в) уменьшения административных функций путем передачи администрирования некоторыми обл. учреждениями окрздравам и горздравам.

7. Помочь окрздравам укрепить аппараты и перестроить работу. Просить РКИ дать указание о шефстве рабочих над окрздрами и учреждениями.

8. Добиваться организации райздравотделов во всех крупных районах области.

9. При замещении должностей зав. окрздрами и горздрами выдвигать рабочих. Продолжать практику назначения директорами крупных лечсанучреждений — рабочих, тщательно отбирая товарищей создавая соответствующие условия работы.

10. Усилить живую связь с периферией, перейти на новые формы и методы инспекторской работы, поставить дело информации.

11. В контрольных цифрах на 1930—31 год выделить в особую группу основные индустриальные районы и предусмотреть максимально возможное расширение и улучшение медпомощи в них, конкретно наметив финансирование и мероприятия.

12. При пересоставлении пятилетки по здравоохранению особо обеспечить медицинское обслуживание застрахованных с выделением в особую группу индустриальных рабочих в основных видах промышленности.

13. Провести проверку выполнения директив Облздрави о перестройке работы лечебно-санитарных учреждений, обслуживающих нужды рабочих в связи с переходом на 7 часов рабочий день и непрерывную производственную неделю. Проверить также выполнение решений IV Областного съезда здравотделов о переходе лечучреждений на диспансерные методы работы. Проверку произвести в 5-ти промышленных округах путем выделения специальных бригад из представителей предприятия, секции здравоохранения соответствующего совета, профсоюза МСТ и здравотдела. Проверку произвести в следующих рабочих центрах:

Свердловск, Виз, зав. «Металлист», Ленинка.

Свердловский округ;

Пермский округ: Мотовилиха, Лысьва, Чусовая;

Н.-Тагильский округ: Н.-Тагильский завод, Надеждинский зав. Алапаевский зав.

Златоустовский округ: Златоустовский металлург. и механич. заводы, Бакальские рудники;

В.-Камский округ — Кизелкопи.

14. Составить конкретный календарный план мероприятий по санитарному оздоровлению Урала.

15. При составлении контрольных цифр на 30—31 г. и при пересоставлении 5-ти летки предусмотреть расширение сельской лечебной сети, особенно в социалистическом и обобществленном секторе сельского хозяйства и нацменовских районах. Для усиления медпомощи на местах во время весенней сель.-хоз. кампании, Облздравотделу организовать 4 медицинских бригад для работы в наиболее ответственных и наименее обеспеченных участках посевной кампании.

16. При составлении контрольных цифр на 30—31 год и при пересмотре 5-ти летки развертывание работы в деревне увязать с колхозным и совхозным строительством.

17. Добиваться расширения приема в Пермский Мединститут и организации Мединститута в Свердловске, а также увеличения присылки на Урал врачей, оканчивающих другие ВУЗ'ы. Врачей оканчивающих Пермский Медфак и прибывающих из других медфаков, — распределять главным образом по фабрично-заводским поселкам и сельским местностям. Организовать на Урале Институты: Социальной гигиены по ОММ, по ОЗД, Туберкулезный и Венерологический. Максимально увеличить контрактиацию студентов во вне уральских ВУЗ'ах, привлекая к этому заинтересованные хозорганы.

18. Дать указания местам о большем привлечении к практической работе по здравоохранению секций здравоохранения. Предложить поставить на них доклады о постановлении ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян. Облздраву сделать доклад на секции Свердловского Горсовета, прикрепить одного представителя, приглашать на аппаратные совещания и организовывать курсы для актива членов секции здравоохранения.

19. Больше освещать в печати вопросы рационализации дела здравоохранения, социалистического соревнования среди медработников, поднятия трудовой дисциплины и т. п., уделяя этим вопросам больше места в «Уральском Медицинском Журнале», привлекая к участию в нем широкие слои медработников.

Во исполнение соответствующих указаний Облстатотдела, Облздравотдел предлагает всем здравотделам отдать распоряжение подведомственным им учреждениям об обязательной регистрации и учете всех смертельных случаев от профессиональных травм и в справках о смерти указывать профессиональную травму, если она явилась причиной смерти.

Облздравотдел С е р б и н .

Всем обл. и краевым здравотделам

Доводится до сведения, что постановление Коллегии Наркомздрава от 30 декабря 1929 г. по вопросу о частном секторе здравоохранения, напечатанное в № 2 „Вопросов Здравоохранения“, отменено Коллегией Наркомздрава от 11 марта 1930 года.

Предлагается в отношении частной врачебной практики строго выполнять действующее законодательство по этому вопросу.

Народный Комиссар Здравоохранения **Владимирский.**

Уралобллит № 1149

Издание Местного Отдела Здравоохранения

Тир. 1000

Свердловск, тип. «Гранит». Зак. № 6989

Вниманию всех медработников!

Вышла из печати брошюра д-ра **ВЕЛИЧКИНА В. И.**

„ДИАЛЕКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛИЗМ В МЕДИЦИНЕ“

Издание Обздравотдела, 1930 г., цена 25 коп.

Всем подписчикам «УМТ» брошюра
разослана как бесплатное приложение к
журналу.

Заказы на брошюру направляйте:

г. Свердловск, ул. Р. Люксембург. 34.

Книжный киоск Уралкнипом РОКК

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

МОСКВА, ГСП, I, М. Черкасский пер., № 2/б,

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 изданием „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. немецк. 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“ получают 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 всей 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 обьявленные 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 Казани (Татиздат).

Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов	Брюшной тиф		Возврат. тиф		Неопред. тиф		Малярия		Оспа натурал.		Корь	
		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.	806	443	19	4	313	64	4128	115	33	6	2406	59
	29 г.	1086	594	11	2	278	39	3763	73	13	3	5450	205
1	В.-Камский . . . 28 г.	25	25	—	—	1	1	38	4	—	—	77	—
	29 г.	27	23	—	—	6	3	33	1	7	—	178	7
2	Златоустовский . . 28 г.	81	110	9	2	21	5	585	25	3	2	139	6
	29 г.	86	24	—	—	—	—	557	4	—	—	594	13
3	Ирбитский 28 г.	7	5	—	—	14	3	48	—	—	—	52	—
	29 г.	21	20	—	—	—	—	10	—	—	—	148	6
4	Ишимский 28 г.	103	16	—	—	25	—	157	8	4	1	143	2
	29 г.	72	32	—	—	28	11	123	3	1	—	90	5
5	Коми-Пермяцкий . 28 г.	3	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—
	29 г.	2	2	—	—	1	1	31	2	—	—	2	—
6	Курганский 28 г.	88	25	4	—	31	2	240	4	4	—	163	4
	29 г.	91	35	4	—	71	1	161	3	2	—	177	1
7	Пермский 28 г.	117	102	1	—	48	4	125	18	—	—	276	20
	29 г.	186	162	—	—	17	—	123	10	—	—	575	32
8	Сарапульский . . . 28 г.	48	14	—	—	29	10	303	4	2	2	176	1
	29 г.	61	39	—	—	1	—	274	7	—	—	346	3
9	Свердловский . . . 28 г.	45	33	—	—	11	4	316	7	5	1	177	5
	29 г.	138	80	—	—	56	11	300	4	1	1	1343	33
10	Тагильский 28 г.	42	27	—	—	7	4	116	9	2	—	402	1
	29 г.	35	24	—	—	1	—	156	3	1	1	390	22
11	Тобольский 28 г.	10	5	—	—	6	—	62	8	—	—	261	13
	29 г.	11	7	—	—	11	1	81	—	—	—	49	4
12	Троицкий 28 г.	34	8	2	—	9	—	718	1	—	—	172	—
	29 г.	69	17	1	—	9	—	773	18	—	—	273	3
13	Тюменский 28 г.	69	28	1	—	6	6	165	1	—	—	129	—
	29 г.	86	40	6	2	19	5	218	3	—	—	313	15
14	Челябинский 28 г.	70	23	—	—	43	1	970	23	—	—	86	6
	29 г.	78	23	—	—	41	4	722	12	1	1	861	55
15	Шадринский 28 г.	64	22	2	2	62	24	265	3	13	—	153	1
	29 г.	123	66	—	—	17	2	201	3	—	—	111	6

области за декабрь мес. 1928 и 29 г. г.

Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Грипп		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.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
1153	559	3531	5	257	104	41357	1070	195	15	4765	99	8429	501	3464	104	2609	334	4577	126
2470	1241	3913	10	408	141	45252	1304	251	9	4080	115	7791	386	3724	77	2122	288	4185	106
52	48	239	—	8	7	1958	96	5	—	80	3	365	7	115	5	42	—	124	5
53	39	95	—	4	3	1878	115	1	—	100	7	306	10	128	3	49	3	139	2
45	19	107	1	9	2	3432	90	17	—	194	5	377	44	226	7	128	7	207	5
276	89	187	—	115	8	3730	97	24	1	344	1	249	23	175	3	80	2	103	1
55	8	198	—	4	1	2548	67	8	—	59	3	316	14	98	3	25	13	123	—
98	51	144	—	6	1	2611	57	8	1	54	—	333	20	141	2	63	22	142	1
112	4	183	—	14	1	1055	25	19	—	518	—	354	50	119	6	177	24	271	14
100	9	255	—	25	1	1349	33	23	—	22	—	125	6	251	3	184	11	313	8
3	3	147	—	5	—	639	29	1	1	320	21	135	16	133	5	20	12	58	6
11	10	124	—	—	—	542	53	—	—	182	27	82	15	91	8	12	6	86	12
37	16	260	3	19	5	1942	27	28	1	492	9	585	25	246	9	369	21	558	10
137	40	381	—	22	5	2484	36	28	—	494	16	492	25	286	4	288	27	368	7
188	126	265	—	36	18	4955	138	17	—	326	3	864	63	409	7	284	18	511	13
324	203	291	1	69	31	5632	236	25	1	310	21	831	57	391	12	286	44	527	11
129	48	204	—	8	2	2320	38	8	1	705	11	509	12	140	6	158	18	311	—
283	120	181	—	16	10	2584	75	5	1	808	15	739	13	185	2	99	2	296	2
219	189	282	1	67	43	7751	204	44	2	384	11	1451	98	391	9	281	48	646	30
426	376	458	3	56	43	7927	252	19	—	271	4	1254	80	469	11	292	41	655	25
57	31	462	—	12	5	5008	152	9	3	106	9	803	69	202	16	258	42	368	26
223	159	312	—	27	13	5420	139	41	2	119	1	529	43	230	5	90	20	179	12
44	12	199	—	3	3	611	4	2	2	66	2	142	15	72	3	27	3	103	3
12	4	101	—	7	5	645	10	35	3	97	—	229	15	102	2	41	9	92	7
120	15	105	—	27	4	1664	13	7	—	236	—	233	—	86	2	193	1	193	—
188	18	187	—	14	—	1487	6	4	—	150	4	372	2	185	—	129	—	137	—
74	32	357	—	20	9	1928	42	7	—	284	10	500	19	290	3	163	6	378	8
68	28	238	—	18	14	2318	42	11	—	400	11	491	15	350	13	173	4	382	5
8	4	340	—	16	3	3058	78	13	1	681	—	844	38	512	15	161	73	315	3
151	33	514	5	19	—	4049	94	18	—	490	—	933	27	364	2	163	51	294	1
10	4	213	—	9	1	2488	67	10	4	314	12	951	31	425	8	323	48	411	3
120	62	445	1	10	9	2596	59	9	—	239	8	826	35	376	7	173	46	472	12

Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов		Брюшной тиф		Возвратн. тиф		Неопред. тиф		Малария		Оспа натурал.		Корь	
			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	29 г. 30 г.	632 794	341 437	15 8	3 2	322 280	44 36	4976 4306	73 60	61 4	2 —	1990 5485	101 143
1	В.-Камский окр.	29 г. 30 г.	15 10	13 10	— —	— —	1 1	1 —	52 91	2 1	5 —	— —	35 358	— 10
2	Златоустовск. окр.	29 г. 30 г.	113 70	75 42	1 —	1 —	70 7	1 —	906 647	19 6	— —	— —	114 438	3 5
3	Ирбитский "	29 г. 30 г.	3 17	4 12	— —	— —	35 4	2 —	52 12	— 1	— —	— —	99 138	3 1
4	Ишимский "	29 г. 30 г.	70 88	17 34	— —	— —	21 33	1 2	194 180	2 —	3 1	— —	139 92	3 3
5	К.-Пермяцкий "	29 г. 30 г.	2 4	1 4	— —	— —	1 1	— 1	32 25	— —	— —	— —	— 1	— —
6	Курганский "	29 г. 30 г.	71 109	24 24	6 3	2 —	11 47	1 —	376 296	4 2	4 2	— —	114 211	1 2
7	Пермский "	29 г. 30 г.	86 107	64 87	— 2	— 2	14 26	— 3	189 203	8 6	1 —	— —	221 595	22 22
8	Сарапульский "	29 г. 30 г.	17 54	15 30	1 —	— —	13 13	2 3	329 338	4 6	— —	— —	180 320	5 2
9	Свердловский "	29 г. 30 г.	52 81	34 71	1 —	— —	14 7	8 2	333 304	7 8	2 —	2 —	185 1139	3 38
10	Тагильский "	29 г. 30 г.	50 33	36 25	1 —	— —	8 9	1 2	124 134	6 5	24 —	— —	379 765	24 12
11	Тобольский "	29 г. 30 г.	6 8	1 5	1 —	— —	1 3	1 —	94 63	— —	8 —	— —	130 41	17 1
12	Троицкий "	29 г. 30 г.	17 41	5 15	— —	— —	12 5	— —	827 833	1 3	— —	— —	36 269	— 1
13	Тюменский "	29 г. 30 г.	59 67	23 30	2 2	— —	11 52	7 14	165 253	1 1	1 —	— —	152 124	1 6
14	Челябинский "	29 г. 30 г.	47 58	12 21	2 1	— —	57 52	6 2	1039 721	17 19	— 1	— —	103 821	19 34
15	Шадринский "	29 г. 30 г.	24 47	17 27	— —	— —	53 20	13 7	264 206	2 2	13 —	— —	103 173	— 6

области за январь месяц 1929 и 30 г. г.

Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Грипп		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.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
1336	643	3335	3	270	94	97803	2090	188	14	4830	149	10764	564	3938	149	3020	349	5433	135
3495	1752	3660	7	481	163	48880	1413	252	9	5527	194	10487	374	4996	99	2464	377	5260	138
37	36	272	—	2	1	3362	154	4	—	89	2	453	14	130	3	91	3	209	3
98	73	68	—	6	3	1818	113	1	—	77	3	251	9	160	2	38	1	113	2
37	23	136	—	22	3	9759	206	16	1	308	8	471	53	184	6	301	3	274	4
300	106	187	—	142	12	3437	96	36	—	401	81	473	40	310	12	102	10	160	13
58	20	220	—	4	3	5969	80	5	1	110	2	519	17	133	5	86	—	181	—
129	48	109	—	25	4	3245	44	5	—	129	—	513	18	291	3	56	29	156	—
65	2	156	—	22	4	1899	37	14	2	13	—	321	33	180	15	185	16	247	5
177	13	236	—	15	—	1828	53	11	—	48	—	290	5	365	7	218	22	447	15
1	1	31	—	1	—	997	60	5	—	222	18	93	10	84	8	12	4	43	6
27	15	114	—	1	1	573	50	—	—	269	18	326	20	131	7	66	14	134	11
58	13	356	—	6	3	2194	44	14	1	776	28	677	28	235	3	371	35	484	14
216	39	331	—	37	4	2660	39	36	—	534	16	629	25	355	7	384	39	628	17
184	133	324	—	36	20	10607	257	36	3	591	19	1455	68	566	23	449	75	830	40
449	284	364	1	82	56	7355	204	34	1	878	21	1325	34	642	19	374	46	734	13
145	45	129	—	5	1	8558	98	9	1	498	6	583	8	236	6	183	8	358	2
405	189	162	—	9	4	3216	77	13	—	1011	22	833	12	253	3	135	13	398	—
424	366	316	—	50	31	19115	4	8	21	572	9	1930	131	597	21	380	47	841	23
658	549	449	—	42	27	8577	327	45	4	586	11	1848	81	701	13	322	62	835	30
101	39	521	1	46	8	11291	285	16	1	157	10	963	91	284	17	233	44	364	28
257	226	256	4	32	22	5456	181	9	4	108	3	573	39	311	13	77	17	170	13
28	2	129	—	4	2	1468	32	7	3	61	5	179	29	98	2	25	2	109	3
24	1	75	—	5	3	766	24	7	—	163	6	260	6	82	1	41	5	80	1
63	21	85	—	15	4	2750	5	2	—	119	—	278	—	71	—	116	4	195	—
296	35	178	—	10	1	1809	25	6	—	224	4	519	3	87	—	156	5	169	1
9	31	289	—	26	6	5892	91	10	—	312	7	667	12	219	5	162	3	381	1
132	89	227	—	28	13	2804	52	27	—	336	16	618	26	446	2	189	5	448	12
36	5	238	—	21	6	7284	11	23	—	629	20	1119	39	602	20	198	60	380	2
224	72	607	2	16	7	3261	74	13	—	516	25	1021	32	482	6	101	56	277	1
7	6	139	2	10	2	6658	150	6	1	373	15	1056	31	319	15	228	45	537	4
103	61	297	—	31	6	2075	54	9	—	247	18	1008	24	380	4	205	53	511	9

