

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Величкин В. И., Коновалов К. А. (отв. ред.), Курдов И. К., Карнаузов М. Н.,
Куроедов А. Д., Моделевич М. С. Секретарь
редакции Серебренников В. С.

№ 4

АВГУСТ 1930 ГОДА

ГОД ИЗДАНИЯ ВТОРОЙ

ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1930

Некоторые из итогов XVI с'езда ВКП (б)

«С'езд считает, что в пятилетке и во всех планах нового строительства должно обязательно предусматриваться строительство жилищ, культурных и социально-бытовых учреждений: столовые, клубы, ясли, прачечные, бани и т. п., в первую очередь в важнейших фабрично-заводских районах»...

(Из тез. т. Шверника).

XVI с'езд ВКП (б) поистине может быть назван с'ездом великих исторических решений. XVI с'езд выносил свои решения в момент перелома в социалистической стройке, в момент, когда рабочим классом под руководством партии был брошен лозунг о ликвидации кулака, как класса, в районах сплошной коллективизации, когда коллективизация охватила 40—50 проц. крестьянских хозяйств вместо 2—3 проц. хозяйств весной 1928 г., когда классовый враг, бешено сопротивляясь внутри страны и паглот мобилизуя свои силы за границей, объявил крестовый поход против первой в мире страны строящегося социализма; когда Союз ССР, завершая построение фундамента социалистической экономики в стране, вступает в период социализма; когда итоги выполнения первых двух лет пятилетнего плана народного хозяйства позволили выбросить лозунг: «выполнить пятилетку в четыре года», когда «индустриализация страны не может опираться в дальнейшем на одну южную угольно-металлургическую базу» и когда «жизненно не-

обходимым условием быстрой индустриализации страны является создание на Востоке второго основного угольно-металлургического центра СССР путем использования богатейших угольных и рудных месторождений Урала и Сибири».

XVI с'езд, подводя итоги последующему периоду борьбы и социалистического строительства, установил, что взятый партией курс на решительное наступление, на остаток капиталистических элементов совершенно правилен, что всевозможные оппортунистические шатания в проведении этой генеральной линии партии должны получать от партии самый решительный и беспощадный отпор, что «взгляды правой оппозиции несовместимы с принадлежностью к ВКП (б)». «XVI с'езд наметил новую... программу дальнейшего развернутого социалистического наступления партии и рабочего класса на всех фронтах». Все это поставило перед каждым рабочим, беспартийным и коммунистом, батраком и колхозником, бедняком и середняком, перед каждым отрядом трудящихся масс, перед каждым советским учреждением ряд очередных задач, которые должны выразиться в длинной цепи отдельных практических действий, направляемых и объединяемых единой железной волей нашей партии в интересах быстрейшей социалистической стройки. Какие задачи на основе решений XVI с'езда ВКП (б) должны встать и встанут перед медицинскими работниками, организаторами здравоохранения и здравоохранителями на

Урале? Социалистическая экономика Урала на основе решений XVI съезда еще более стремительно начнет развиваться, что вызовет к жизни десятки новых заводов-гигантов, сотни тысяч новых пролетариев, дальнейшую сплошную коллективизацию сельского хозяйства. Отсюда вопросы медицинской культуры и социально-бытовые проблемы должны разрешаться с наибольшей быстротой и на базе наибольших материальных ресурсов. Урал в области медобслуживания трудящихся масс далеко отстает от средне-республиканских показателей: в среднем по РСФСР в городах приходится 6,0 коек на 1.000 населения, 4,4—на Урале.

Отсюда первый вывод и первая главнейшая задача встает перед медработниками: усилить темпы развития здравоохранения на Урале и сделать это надо в первую очередь в основных промышленных районах, так как развертывание новой металлургической базы с ее заводами-гигантами — Магнитогорским, Машиностроительным, Бакальским и т. д. повелительно требует этого.

Что практически необходимо делать для реализации этой задачи? Первое — добиться во что бы то ни стало укрепления финансово-материальной базы по всем тем источникам финансирования, из которых складывается бюджет здравоохранения. Очень важным источником должны являться средства, вкладываемые промышленностью в здравоохранение, так как эти средства идут полностью на новостройку медсанучреждений и как раз в районах нового промышленного строительства. Поэтому надо организациям здравоохранения решительными мерами добиться включения необходимых средств в контрольные цифры соответственных хозорганов (Магнитострой, Уралмедстрой, Бакалстрой и т. п.), а НКЗдраву при рассмотрении этих контрольных цифр в центре настоять на обязательном утверждении их.

Второе — «гигантские успехи партии в деле строительства социализма... стали возможны только при огромной активности рабочего класса и идущих за

ним трудящихся масс... под лозунгом — «мобилизации масс за большевистские темпы социалистической реконструкции страны».

ЦК ВКП (б) в своем постановлении по докладу НКЗдрава указал, что в здравоохранительской стройке активность рабочего класса была недостаточна, что вследствие этого здравоохранение в своем развитии отстает от развития народного хозяйства. К сожалению, недостаточность активности рабочего класса в медикосанитарном строительстве на Урале отмечается и в настоящее время, когда после постановления ЦК ВКП (б) прошло уже больше шести месяцев.

Поэтому необходимо во что бы то ни стало добиться мобилизации масс за большевистские темпы развития здравоохранения, социалистической реконструкции его. Без опоры на массы дело здравоохранения попрежнему будет плестись в хвосте народного хозяйства, отставать от него, попрежнему будет плохо обслуживать не только село, но и главнейшие промышленные районы.

Третье — «важнейшей задачей партии и профсоюзов является поднятие на высшую ступень движения социальности и ударничества».

Если в развитии всего народного хозяйства социальность и ударничество заняло значительное место и играет решающую роль в успешном выполнении промфинпланов, улучшении качества продукции, повышении производительности труда и т. д., и т. п., то далеко этого нельзя сказать про движение социальности и ударничества и итогов его в медико-санитарном строительстве. Больше того, будет более правильным, если будет сказано, что на Урале движение социальности и ударничества в здравоохранении находится в зародышевом состоянии. Совершенно понятно, что дальше такое положение ни одного дня терпимо быть не может, так как без движения социальности и ударничества в медико-санитарном деле постановления ЦК ВКП (б), Уралобкома ВКП (б) и Уралоблсполкома об уско-

решии темпов развития здравоохранения на Урале выполнены не будут.

Ударничество и ударные бригады — вот тот лозунг, который должен стать главным, ведущим лозунгом в деле ускоряющегося развития социалистической медицины, под знаком которого организаторы здравоохранения и медицинские работники должны укрепить стройку на фронте охраны здоровья трудящихся масс.

Четвертое — «необходимо усиление борьбы со всякого рода бюрократизмом на основе дальнейшего проведения самокритики, более широкого вовлечения рабочих-выдвиженцев, на основе развернутой подготовки кадров для всех органов пролетарской диктатуры и развития новых форм массового вовлечения рабочих в государственное управление».

Элементы бюрократизма, бездушия, трусости и т. п. как в работе органов здравоохранения, так и в работе массовых лечебно-профилактических учреждений отмечаются не в малой мере.

Прекрасными лекарствами для излечения этой болезни являются: а) чистка

аппарата здравоохранения и б) обращение здравоохранения и управлений массовых учреждений.

К чистке областного аппарата здравоохранения приступлено. Успех ее будет обеспечен лишь в том случае, если на чистку будут мобилизованы массы. Очистка начата. Ряд более или менее крупных лечебно-профилактических учреждений управляется рабочими. Необходимо более решительно продолжать выдвижение рабочих на руководящую работу в медико-санитарные учреждения.

«Преодоление стоящих перед нами трудностей прежде всего зависит от нашей работы и нашего желания вести последовательную непримиримую борьбу с расхлябанностью, разгильдяйством и бюрократизмом в наших органах, особенно от нашей способности мобилизовать рабочий класс, являющийся источником быстро растущей, прямо неисчерпаемой, революционной энергии для дела борьбы за коммунизм».

(Из обращения ЦК ВКП (б)
от 3 сентября 30 г.).

Лицом к району, к селу! *)

К. А. КОНОВАЛОВ

«16 съезд ВКП (б) целиком и полностью одобряет решение ЦК об **упразднении округов** и об укреплении района, как основного звена социалистического строительства в деревне, что должно привести к решительному приближению партийно-советского аппарата к селу, к колхозам, к массам».

Ликвидация округов на Урале должна была быть закончена к 15-VIII. Сроки проведения этой величайшей реформы настолько коротки, ударны, что диктует и проработку всех вопросов, связанных с реформой, проводить в особом ударно-боевом порядке.

Подготовлены ли медицинские работники к проведению ликвидации округов? На наш взгляд, если и не подготовлены полностью, то во всяком случае эта реформа не явилась неожиданной. В самом деле, тщательное изучение развития здравоохранения на Урале, особенно за последний год совершенно отчетливо показывало, что руководство здравоохранением поражено какими-то серьезными болячками, что это руководство нередко работает вхолостую. Почему? Организаторы здравоохранения на этот вопрос сравнительно задолго до постановления ЦК о ликвидации округов отвечали, что **окружная система здравоохранения мешает руководить здравоохранением**. А отсюда естественно делался вывод, что надо как-то изменять организационные формы окружной здравоохранительской системы, парализовать ее мешающую

правильному руководству роль. **Далее** — лось. Отдел здравоохранения превратить в окружную инспекцию по примеру челябинского опыта и перейти на непосредственное руководство районами. Таким образом, подготовительная проработка ликвидации (точнее полуликвидации) округов велась.

Итак, какие же встают в связи с ликвидацией округов задачи перед организаторами здравоохранения, перед медицинскими работниками, перед массовыми лечебно-профилактическими учреждениями? Прежде всего необходимо немедленно установить **непосредственную связь** с районами.

Область здравоохранения несколько месяцев тому назад начал устанавливать эту связь с районами и в первую очередь с ведущими промышленными районами — Магнитостроем, Уралмедстроем, Химстроем и проч. Кроме того, Область уже больше полугода делал попытки руководить районами Челябинского округа. К сожалению, эти попытки установить непосредственную связь с районами и руководить ими пока не выходят из рамок бумажного руководства, если не считать тех многих десятков врачебных бригад, которые были направлены Областью в различные районы для участия в отдельных хозяйственных кампаниях (сельско-хозяйственные — весенняя и осенняя, союзно-готовки и пр.).

В области установления непосредственной связи с районами, очевидно, как можно скорее необходимо перейти от

*) Примечание редакции. Визов происшедшая не по вине редакции задержка с выпуском настоящего номера привела к тому, что эта руководящая статья идет с заголовком: «При практическом осуществлении ликвидации округов». Установка Областью в основном отражена структурой Райисполкома и статья т. Коналово сохраняет и сейчас свой действенный характер.

бумажной связи к живой путем командирования в главные районы работников Облздрави, с одной стороны, и созыва кустовых совещаний районов в местах тяготения данной группы районов, с другой.

Основной недостаток в проработке ликвидации округов по линии здравоохранения, несомненно, заключается в том, что периферия к этому делу в областном масштабе не привлечена. Выезд на места и созыв кустовых совещаний районов это может в известной мере корректировать.

С передачей прав РИК'ов сельсоветам, роль и значение последних в системе советского аппарата вырастает в огромной мере. Поэтому повернуться лицом пужно не только к району, но и к селу.

Выполнение лозунга «лицом — к району, и селу» будет в решающей мере зависеть от того, как быстро перестроится Облздравотдел. Руководство 215 районами и горсоветами со стороны Облздравотдела должно стать конкретным, простым, понятным, обязательно живым, при чем в отдельных случаях руководство должно переходить в практическую помощь тому или другому району. Это можно сделать, конечно, лишь при условии соответствующего укрепления областного аппарата и именно тех его частей, которые в основном осуществляют функцию руководства, планирования, проверки исполнения, т. е. укрепления инструкторского и планового секторов.

Однако, сколько бы ни укреплялся областной аппарат, работать он будет вхолостую, если в районе не будет создан райздравотдел или райздравотделение.

Как известно, 16 партконференция в целях рационализации аппарата и приведения его в соответствие с реконструктивным периодом хозяйства указала на необходимость децентрализации администрирования и централизации планирования и проверки исполнения. Это значит, что оперативные и административные функции должны быть переданы от областной и ликвидирующихся округов РИК'ам. Спрашивается, кто же будет исполнять оперативную работу по линии здравоохранения в РИК'е? Очевидно, организатор здравоохранения. Будет ли

им член исполкома, секретарь президиума РИК'а или специально назначенное лицо, это вопрос второстепенный. Важно не это, а то, чтобы кто-то здравоохранением в РИК'е ведал.

НКЗдрав разработал два типа райздравотделов — из 4 работников и из 3-х работников, из коих один заведующий (по нашему, организатор здравоохранения).

Если ликвидация округов по линии других ведомств освобождает значительное количество работников, то по линии здравоохранения, к сожалению, этого не будет, так как окружные аппараты здравоохранения до того в последнее время были сокращены, что по сути дела остались только одни завы, да два-три специалиста-врача. Совершенно очевидно, что в район можно и должно послать лишь заву, так как посылать в аппарат РИК'а специалиста-врача за неимением там соответственной должности некуда, да и не настолько мы богаты врачами, чтобы садить их на работу в районный аппарат. Подобная перегруппировка окружных работников, разумеется, никакого укрепления райздравотделов не даст: ведь в районе необходимо 215 организаторов здравоохранения, а из округов можно послать самое большее 15 человек. Ясно, что это не разрешение задачи. Что же надо делать?

Необходимо начать подготовку организаторов здравоохранения на специально организованных курсах.

Разумеется, это ни в какой мере не обозначает, что часть окружных работников не должна быть использована для укрепления районной работы. В районном аппарате здравоохранения должно быть обязательно две основных фигуры: **организатор здравоохранения и статистик.** Медицинская статистика до сих пор хромала на все четыре ноги. С ликвидацией округов, нам кажется, настал период упорядочения статистики. Однако неперемнным условием этого упорядочения является наличие в аппарате РИК'а специального медицинского статистика. Если бы в том или ином РИК'е почему-либо медицинский статистик выдал, тогда необходимо иметь его при районном

врачебном участке. Наличие статистика обеспечит правильную характеристику социально-гигиенического состояния села, района и области и тем самым даст возможность в плановом порядке производить перепланировку сил и средств для оздоровления того или другого района.

Ликвидация округов еще более остро ставит вопрос о том, чтобы лечебно-профилактические учреждения как можно быстрее коренным образом перестраивали свою работу, переходя на организацию лечебно-профилактических объединений и диспансерные методы в деле медобслуживания трудящихся. Объединение лечебно-профилактических учреждений по типу единого диспансера заложит основы социалистической реконструкции здравоохранения, ускорит темпы развития его, вовлечет широкие массы трудящихся в здравоохранительскую стройку, чего так недостает здравоохранению в настоящее время.

С реконструкцией здравоохранения на Урале дело обстоит далеко и далеко неблагоприятно. Ведь только 5—6—10 мест по всей области можно указать, где врачебные коллективы пытаются перестраивать работу массовых медико-санитарных учреждений и то лишь за самое последнее время. В подавляющем же большинстве медико-санитарные учреждения продолжают работать по-старинке, топчутся на проторенной земской дорожке, не интересуются производством, не смотрят на себя, как на один из приводных ремней, с помощью которых успешно выполняется промфинплан, не связаны с рабочими и крестьянскими массами, тянут колесницу здравоохранения назад, к земству.

С ликвидацией округов такое положение застоя в медикосанитарном деле терпимо быть не может ни одного дня. Необходимо смелее и решительнее встать на путь создания лечебно-профилактических объединений. Этот организационный шаг неизбежно толкнет врача на следующий шаг—переход на диспансеризацию трудящихся.

Постановление о ликвидации округов создало среди оеружных работников демобилизационное настроение, стремление

как можно скорее прекратить функциональную деятельность окружного аппарата. Облздравотдел дал (правда, с некоторым, быть может и запозданием, так как черезчур быстро во времени развертывается подготовительная кампания и подходит ликвидационный момент) исчерпывающие указания, изложенные в специальном письме Окргздравотделам. Вся подготовительная работа и самая ликвидация Окргздравотделов должны были быть проведены с максимальной организованностью на ходу, т. е. больной не должен почувствовать на своей спине этой ликвидации, больной так же, как и прежде, без волокиты и ненужных хождений из одного учреждения в другое должен получить необходимую помощь.

С ликвидацией округов встает вопрос о том, кто будет строить в районах медико-санитарные учреждения, как будет финансироваться строительство. Поскольку Окргздравотдел ликвидируется, его функции частью передаются районам, частью Облздравотделу. Следовательно, все те больницы, которые прежде строились областью или округом, будут строиться областной организацией (Уралжилстроем). Взаимоотношения с этой строительной организацией устанавливаются соответственным договором, генеральным, заключаемым Облздравотделом с Уралжилстроем, и локальным (частным на каждый объект), заключаемым тем РИК'ом или Горсоветом, на территории которого будет строиться данное леч-сан-учреждение. Что же касается проектирования больничных зданий, то это должно делать Проектбюро Уралместхоза по медицинским заданиям, утвержденным Облздравотделом, и на основе договора, заключенного Облздравом с Проектбюро.

И, наконец, кто должен заготавливать стройматериалы, заботиться о подвозке их к месту новостройки? До сих пор это являлось обязанностью Облздравотдела, который должен был заботиться о составлении заявок на необходимые стройматериалы и добиваться получения нарядов на них. Практика строительного сезона 1930 года показала, что такой порядок ведет к затяжке разрешения вопросов о недостатке стройматериалов и

тем самым к перебоям на строительстве и удорожанию его.

Наиболее целесообразно следовало бы, на наш взгляд, строительные вопросы разрешить следующим образом: а) Облаздрав разрабатывает планы строительства, порядок и своевременность финансирования его, медицинские задания и проводит контроль за новым строительством; б) Проектбюро устанавливает по согласованию с Облаздравом строительные участки, составляет проекты и рабочие чертежи в установленные договорными сроки и в) Уралжилстрой составляет заявки на стройматериалы, добивается получения нарядов на отпуск их, заготавливает стройматериалы своими собственными силами, подвозит материалы к местам новостроек и строит больничные здания; следовало бы на Уралжилстрой возложить и установление санитарно-тепловых установок и электрооборудования или во всяком случае заключение договоров с соответственными организациями.

Установление такого порядка больничного строительства обеспечило бы своевременную стройку больничных зданий, удешевление стройки и высокое качество ее. Такой порядок больничного строительства являлся бы показателем того, что областные организации в области новостройки больниц действительно повернулись лицом к району, к селу.

С ликвидацией округов исчезают, так называемые, окружные центры, которые до сих пор оказывали наиболее квалифицированные виды медицинской помощи не только населению городов, но и населению округа. Приток больных из округа в окружной город переполнял лечебные учреждения города, так как приходилось нередко класть не только тех больных, которые нуждаются в больничном лечении, но также и амбулаторных больных вследствие отсутствия жилищ у последних. Некоторые Окргдравотделы (Свердловский), чтобы избежать переполнения больниц, удешевить лечебу, стали открывать общежития для приезжающих амбулаторных больных.

Само собой разумеется, что ликвидация округов ни в каком случае не должна явиться причиной прекращения в бывших окружных городах оказания высококвалифицированной медпомощи трудящемуся населению районов. Этот вопрос должен быть разрешен следующим образом: бывшие окружные города по-прежнему продолжают оказывать высококвалифицированную медпомощь трудящимся всех районов, тяготеющих к этому городу. Что же касается материальной компенсации городов, несущих, несомненно, излишние расходы в связи с этой обязанностью, то это будет делаться в период составления и утверждения бюджетов городов.

Говорят, что наиболее, якобы трудным является после ликвидации округов распределение по районам ФМП. Нам кажется, что и здесь вопрос разрешается чрезвычайно просто: при составлении контрольных цифр доходной части ФМП каждый район получает от области дифференцированный показатель отпуска денежных средств на одного застрахованного в год. Имея этот показатель и зная среднее количество застрахованных, намеченное на предстоящий год, легко будет вычислить всю сумму страховых средств и распределить последние на покрытие соответственных расходных статей. Что же касается техники перевода этих средств страхкассами, то, очевидно, надо установить такой порядок, чтобы областная страхкасса причитающиеся средства передавала районам, или, если будут районные страхкассы, чтобы эти последние передавали средства райздравотделениям. Практика показывает, что страхкассы подолгу задерживают средства, нередко неправильно исчисляют их (как правило, с преуменьшением), с одной стороны, что здравотделы иногда не по назначению используют страховые средства—с другой. Отсюда вывод: необходимо после ликвидации округов усилить финансовый контроль как за своевременным поступлением страховых сумм от страхкасс, поступлением этих сумм полностью, так и за правильным использованием и по назначению ФМП здравотделами.

Окружное звено в системе аппарата здравоохранения за последний год стало лишним, ненужным, больше того, определенно мешающим правильному и своевременному руководству здравоохранением. Ликвидация этого звена, как и

ликвидация округа в целом, создание и укрепление районного звена поведет к усилению социалистического строительства, поведет к более быстрой социалистической реконструкции здравоохранения.

Необходимо аппарат Облздора протереть с песочком

(К чистке аппарата).

К—в К.

Советский аппарат, несмотря на значительное его улучшение за годы борьбы и работы после Октября, все еще продолжает оставаться недостаточно удовлетворительным. Бюрократизм, волокита, бездушные, неповоротливость, медлительность, оторванность от масс, замкнутость, недостаточная четкость в проведении классовой линии, казенный оптимизм, боязнь критики и самокритики, замазывание трудностей, отставание от жизни, консерватизм—вот тот «букет мажорных цветов», вот та уйма недостатков, которыми в той или иной мере характеризуется советский аппарат. Представляет ли исключение аппарат Облздора? Мне кажется, нет. Аппарату Облздора все перечисленные недостатки присущи, ни чуть не в меньшей мере, а в отдельных случаях даже в большей.

Замкнутость, оторванность от масс вряд ли в такой огромной дозе отмечается в каком-либо другом соваппарате, чем в аппарате Облздора? В самом деле, завод «Металлист» взял шефство над Облздоров, прошло уже больше шести месяцев, и однако это шефство не было использовано аппаратом Облздора.

Чистка аппарата Облздора должна помочь устранить этот крупнейший недостаток и, мне думается, в первую очередь путем укрепления шефства через вовлечение в чистку бригад чистильщиков шефов.

Отставание от жизни, консерватизм не менее характерное свойство аппарата Облздора. Достаточно вспомнить ряд

таких примеров, как несвоевременная организация медпомощи из новостройках-гигантах (Магнитогорск, Уралмашстрой и др.), опаздывание с дачей директивных указаний местам по ряду важнейших вопросов дня, крайне медленное усвоение идеи единого диспансера и диспансеризации и проч., чтобы не опаривать наличия в аппарате консерватизма.

Казенный оптимизм — одно из больших зол состояния соваппарата. Аппарат Облздора в отдельных его частях очень и очень грешен бывает в этом «грехе». Пара примеров: 1) поступает сообщение, что в районе появились заболевания сыпным тифом, аппарат настроен спокойно и уверен, что можно обойтись или констатацией, или самое большее посылкой бумажного шаблонного распоряжения — «примите меры»; 2) гигантское строительство Уралмашстрой под носом у аппарата; состояние медпомощи там скверное, и однако аппарат спокоен, он уверен, что кто-то меры должен принять и примет, так как бумажное распоряжение в свое время было сделано, и только после специального приказа аппарат вышел из состояния казенного оптимизма и зашевелился.

Неповоротливость, медлительность в работе прут, что называется, во все «щели» аппарата Облздора. «Подождет до завтра, успеется» — вот лозунги, под знаком которых отдельные части аппарата нередко реагируют на ряд больших и малых заданий партии и власти, профсоюзных организаций, съездов и совещаний. Там, где можно было бы сделать в

един, два, три дня, делается в пять, десять и пятнадцать дней. Этот грех распространен в аппарате достаточно.

Чем это объясняется? Подбором людей или системой? И тем и другим, конечно. Отдельные аппаратчики или мало работоспособны, или идеологически настроены зубоскальски и подчас чуждо, или впадают в сон; работа нерационально построена, количество работников на отдельных участках работы аппарата отсутствует (снабжение) или кричаще недостаточно (счетная часть); аппарат перегружен заседательской суетней в бесчисленных междудеятельных заседаниях с 9 часов утра, постоянное недоукомплектование аппарата колеблется от 20 до 30 проц.

Критика и самокритика крайне трудно прививается аппарату Облздара и особенно отдельным его аппаратчикам. Критика и самокритика, это наиболее мощный рычаг в деле успешной социалистической стройки. Кто не усвоил этого лозунга, или усвоил его только в первой части, тот безнадёжный чиновник, тот будет тянуть здравоохранение не вперед, к социалистической реконструкции, а назад, к земским либеральным формам и методам. Кто не уяснил значения в социалистической стройке лозунга партии—критика и самокритика, тот в работе аппарата не является движущей, творческой силой. Чем объясняется это явление? Мне кажется тем, во-первых, что аппарат Облздара мало связан с рабочим классом, не опирается в своей работе на него, не черпает из рядов пролетариата необходимую себе рабочую творческую силу и тем, во-вторых, что работе органов здравоохранения вообще и Облздара в частности советской общественностью, советской печатью уделяется крайне мало внимания. В самом деле, разве областной с'езд работников промышленности, сельского хозяйства и проч. прошел бы без более или менее подробного освещения в местной печати? Конечно, нет. А вот 2-й областной научный с'езд врачей Урала проходил под знаком заговора молчания. На постановление Областного Комитета ВКП (б) по докладу Облздара, утвержденное Бюро

Обкома 16 мая с. г., до сих пор областная печать не откликнулась ни одним словом, а ведь в одном из пунктов этого постановления Обкома именно на необходимость усиления внимания и роли печати в деле перестройки здравоохранения указывается.

Еще один пример невнимания к делу здравоохранения печати. Чистка аппарата Облздара должна была начаться в половине июля*).

А если овал ли областная печать хоть одним словом? Нет. Кто в этом виноват? Может быть комиссия по чистке, которая не связалась с печатью, не договорилась о прикреплении к комиссии специального редактора, который освещал бы задачи чистки. Но дело не в этом, кто виноват, а в том, что, если чистка будет проходить без участия печати, чистка не будет достаточно плодотворна.

Без критики и самокритики внутри аппарата Облздара, без критики и самокритики вне аппарата Облздара здравоохранение попрежнему будет черпающими шагами жалко тащиться за быстро мчащейся хозяйственной колесницей Урала, все больше и больше отставая от стремительного бега народного хозяйства Большого Урала.

Недостаточное развитие критики и самокритики ведет к тому, что аппарат в своей работе не проявляет необходимой чуткости, не сигнализирует своевременно трудностей, больше того, иногда **замазывает эти трудности**, приукрашивает положение, смотрит на все глазами бу-мажной перепишки, донесений, которые составлялись такими же замазывателями. И этот недостаток в работе аппарата также в значительной мере объясняется отсутствием связи с массами.

Крайне характерным свойством сов-аппарата вообще является **волокита, бездушие**. Это свойство присуще и аппарату Облздара, правда, несколько меньше, чем другим сов-аппаратам, так как аппарат Облздара в подавляющем большинстве случаев имеет дело с большим человеком, однако, все же в достаточной

*) По ряду условий чистка аппарата перенесена на октябрь—ноябрь. *Ред.*

мере, чтобы обратить на это внимание во время чистки.

Недостаточно четкое проведение классовой линии в практическом разрешении отдельных проблем здравоохранения аппаратом Облздрава, несомненно, отмечается. В вопросе ликвидации частной практики аппарат проявил левый загиб. Правда, этот загиб был проявлен под известным нажимом профсоюзных аппаратных масс и постановления коллегии НКЗдрава, но факт остается фактом.

В деле лечения Облздравотдел через чур долго проводил уравнилительную установку и только после постановления ЦК ВКП (б) решительно встал на путь преимущественного медобслуживания таких групп трудящихся, как металлисты, горняки, химики, текстильщики.

Проверка проведения четкой классовой линии в работе массовых лечебно-профилактических учреждений на основе директив, данных партией и советской властью, отдельными аппаратчиками систематически не осуществляется.

Что же надо сделать и делать для улучшения состояния аппарата Облздравотдела?

Почистить основательно, протереть с песочком, освежить, обработать, оживить шефство.

Чистка аппарата должна явиться освежающим ветром, сквозняком в душной комнате, чистка должна основательно проветрить Облздравотдел. Однако, чистка только тогда окажется успешной, когда она будет проходить при максимальном внимании со стороны трудящихся масс, медицинских работников, массовых лечебно-профилактических учреждений. Поэтому организаторы здравоохранения и медицинские работники во время чистки аппарата Облздрава должны проявить максимальную активность в освещении вопросов здравоохранения на рабочих собраниях, на заседаниях ФЗК, на общих собраниях медработников.

Чистка аппарата есть не только, точнее не столько чистка людей, сколько изучение состояния работы аппарата, достижений и недостатков его, изучение

причин недостатков в работе аппарата. Но само собой разумеется, должны быть основательно просмотрены и аппаратчики и просмотрены в первую очередь именно в разрезе их работоспособности, а не только по признакам классового происхождения, поэтому помимо оценки состояния здравоохранения необходимо также охарактеризовать работников аппарата и направить материалы о них в комиссию по чистке Облздравотдела. Чистка аппарата неизбежно должна повести и поведет к тому, что часть работников аппарата освежится, заменится новыми людьми, чем создадутся наиболее благоприятные условия для успешной реализации постановлений ЦК и Обкома ВКП (б) о подтягивании здравоохранения, о коренной перестройке работы массовых учреждений здравоохранения.

Чистка аппарата должна повести к усилению орабочения аппарата; для того чтобы это не осталось только словом, а перешло в дело, необходимо теперь же начать подбор рабочих-выдвиженцев и подготовку их для работы в аппарате.

Чистка аппарата должна оживить и закрепить шефство завода «Металлист» над аппаратом Облздравотдела. До сих пор шефство оставалось лишь на бумаге. Попытки здравотдела превратить шефство из бумажного в действительное, к сожалению, не увенчались пока маломальски ощутительным успехом. Может быть, Облздравотдел не сумел нащупать необходимые методы, не сумел заинтересовать шефов и тем самым шефство сделать результативным. Чистка должна помочь шефство сделать реальным и чистка, несомненно, это сделает, но при одном обязательном условии, если комиссия по чистке бригады чистильщиков обязательно составит из шефствующего завода и тем втянет рабочих шефов в изучение недостатков в работе аппарата и вызовет у них интерес и желание устранить эти недостатки в порядке последующего шефского контроля за работой Облздрава.

Итак, какие же задачи ставятся чисткой Облздрава? Эти задачи следующие: очистить аппарат «от элементов разложившихся, извращающих советские за-

ноны, срачивающихся с кулаком и изп-аном, мешающих бороться с волокитой и ее прикрывающих, высокомерно, по-чиновничьи, по-бюрократически относя-щихся к насущным нуждам трудящихся, от растратчиков, взяточников, саботаж-

ников, ередителей; производить чистку прежде всего и главным образом на ос-новании оценки качества работы, а не только по признакам классового проис-хождения».

Основные вопросы рабочего выдвиженчества в леч-проф-учреждениях

В. С. ШАДРИН (Свердловск)

На основании постановления совет-ских и партийных органов, на Урале в органах здравоохранения было проведено срабочение аппарата, при чем в ряде мест во главе больниц, амбулаторий, ку-рортов были выдвинуты в качестве ди-ректоров рабочие-выдвиженцы. За истек-ший период времени можно подвести ито-ги работы рабочих директоров, и первый вывод, который напрашивается сам со-бой, это то, что выдвиженцы предостав-лены сами себе, помощи в их работе нет ни со стороны Облздравотдела, ни со сто-роны местных организаций, которые их выдвинули. За все время Облздравотдел не созвал ни одного областного совеща-ния и не дал разработанных практиче-ских указаний по работе выдвиженцев. Рабочие директора, предоставленные сами себе, по своей неопытности и незнаком-ству с делом здравоохранения встречаю-щиеся с рядом трудностей, естественно допускали ряд ошибок. Основные ошибки эти заключались в следующем:

Благодаря неопытности директора-вы-движенца все руководство брал на себя главный врач и этим фактически в даль-нейшем смазывал и затушевывал дирек-тора, при чем последний превращался в автомата, подписывающего бумажки, и пользы от такого директора фактически было мало.

Вторая ошибка в практике работы вы-движенцев заключалась в том, что ди-ректор, несмотря на недостаточное озна-комление со специальной работой учреж-дения, начинал командовать, игноиро-вать главного врача, не согласовывать с ним медицинские и другие важнейшие вопросы, не считаясь совершенно с мне-

нием врачебной массы, чем восстанавли-вал всех против себя.

На ряду с этими ошибками выдвижен-цев мы имеем и случаи, когда отдельные врачи не только не помогают выдвижен-цу, а сознательно создают затруднения в работе пришедшего товарища и посмеи-ваются над его беспомощным состоянием.

Благодаря слабому руководству со стороны Облздравотдела, гор- и окрздрав-ов, в большинстве случаев единонача-лие в полной степени не проводится, а функции и обязанности не распределе-ны, в силу чего получается ряд неува-зок в работе между директором и персо-налом.

Все эти моменты, а тем более сейчас, когда ликвидированы округа, должны по-ставить перед Облздравотделом, Областным Комитетом Медсантруд и местными орга-низациями задачи максимального внима-ния делу выдвижения рабочих в органы здравоохранения и работе с выдвижен-цами. Первый момент, на который надо обратить внимание местным организа-циям, это подбор хорошей кандидатуры и выдвижение ее через общие собрания и общественные организации.

При назначении товарища он должен быть точно инструктирован о своей ра-боте, о своих взаимоотношениях с глав-врачем и персоналом, при чем Облздрав, Горздравы и Райздравы должны держать связь с выделенными товарищами и взять их под непосредственное наблюде-ние, помогая им в разрешении практи-ческих вопросов и помогая советами.

Облздравотделу и Областному Комите-ту Медиков необходимо через отдел кад-ров завести учет всех директоров-выдвиг-

женцев и делать периодические совещания таковых хотя бы раз за 6 месяцев.

Для практического навыка в работе надо посылать для ознакомления с работой в то или иное лечебное учреждение, в котором работа поставлена на должной высоте.

Необходимо разослать на места точную инструкцию по разграничению прав и обязанностей директора и главврача, и последний может (необходимо) со всей серьезностью поставить вопрос о проведении единоначалия в наших лечебных учреждениях.

Областной Комитет должен дать по своим месткомам указания о помощи и содействии директорам-выдвиженцам.

Только тогда, когда выдвиженцу будет создана соответствующая обстановка в работе, мы сможем изменить темпы в работе лечебных учреждений и дать возможность рабочей инициативе приблизить их к рабочей массе.

Нам нужны новые силы, надо их влить, нужны нам кадры, и их надо приготовить. «Только при дальнейшей мобилизации сил всей партии и рабочего класса вокруг задачи подготовки кадров из людей рабочего класса, только при решительном сдвиге в этой области может быть обеспечено дальнейшее проведение большевистских темпов социалистической индустриализации страны». (Резолюция 16 парт'езда).

Здравоохранение Большого Урала

(Из материалов оргплансектора Облздрава — руковод. д-р Величкин В. А.)

Г. ГУРЕВИЧ

Если социально-культурный сектор значительно отстает в своем развитии от хозяйства страны, то в самом этом секторе наиболее отставшей отраслью является здравоохранение. ЦК ВКП(б) в своем постановлении «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», признает, что «темпы развития дела здравоохранения значительно отстают от роста всего народного хозяйства страны и потребностей рабочего класса и крестьянства».

Низкий уровень санитарной культуры, антигигиенические условия труда и быта широких масс города и деревни и связанная с этим высокая заболеваемость и смертность — являются факторами, задерживающими успешное и полное использование трудовых ресурсов, живых энергетических сил в интересах социалистического строительства, осуществления необходимых нам темпов роста производительности труда и служат источником огромных потерь в народном хозяйстве.

Основной недостаток первоначально-го 5-летнего плана здравоохранения всей республики заключается в том, что он не

отражает количественных и качественных сдвигов в области оздоровления страны, которые диктуются условиями, потребностями и задачами реконструктивного периода.

Ряд важнейших проблем, как-то: медпомощь застрахованным, медицинское обслуживание обобщественного сектора в селе, оздоровление культурно-отсталых народностей, борьба с эпидемиями и т. д. или совершенно не проработан, или проработан весьма недостаточно.

Все это обязывает к срочному пересмотру 5-летнего плана здравоохранения в соответствии с решениями ЦК ВКП(б) и СНК РСФСР от 18-XII 1929 г., тем более, что реконструктивный период ставит по-иному всю проблему здравоохранения, он создает материальные предпосылки для разрешения задачи **коренного оздоровления широких масс трудящегося населения на основе оздоровления условий их труда и быта.**

Облздравотдел пересоставил пятилетний план здравоохранения на Урале в основном в соответствии с директивами ЦК ВКП(б) и правительства:

Одной из основных задач планирования дела здравоохранения является увязка темпов развития здравоохранения с темпами развития всего народного хозяйства и в первую очередь промышленности.

I. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ УРАЛЬСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ.

Нет возможности в настоящей статье подробно останавливаться на характеристике перспектив уральской промышленности.

Каждый медицинский работник должен быть знаком с материалами X областной партконференции и в частности с докладом пред. УОСНХ тов. Гольдич («Уральский Рабочий», № 140 от 15-VI 30 г.).

Мы приводим только несколько основных показателей развития промышленности Урала.

Вместо намеченных по первоначальной пятилетке 2,1 миллиона тонн чугуна, план Большого Урала предусматривает выплавку 7,5 миллиона тонн, с доведением производительности уральских заводов до 13 миллионов тонн к середине второй пятилетки.

К концу пятилетки будет выпущено 103,5 тонны черновой меди с доведением выпуска до 175 т. тонн к середине второй пятилетки, вместо 36,8 тыс. тонн по первоначальному варианту.

На два миллиарда рублей к середине второй пятилетки и на 750 миллионов рублей в текущую пятилетку, вместо 165 миллионов рублей по первоначальным наметкам, так будет развиваться уральское машиностроение.

Гигантскими шагами будут развиваться и прочие отрасли уральской промышленности.

Вместо 6,1 миллиона тонны, 16 миллионов тонн каменного угля. Вместо 500 т. т., 2118 тыс. тонн серной кислоты, 80 и 455 т. тонн аммиака, 1800 т. т. и 2567 т. тонн различных удобрений—таковы основные показатели развития горной и химической промышленности.

Уже в 29—30 г. капитальные вложения в уральскую промышленность составят 632,46 миллиона рублей против намечаемых по первоначальному пятилетнему плану 542,39 миллиона.

Восемь с половиной миллиардов рублей будет вложено в уральскую промышленность до 32—33 г. включительно. Для сравнения укажем, что за последние 2 года общий размер капитальных вложений в уральскую промышленность составляет 591,4 мил. руб.

Отсюда ясны те колоссальные задачи, которые стоят перед органами здравоохранения Урала.

II. СОСТОЯНИЕ ДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРАЛЕ.

Последнее постановление ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», подчеркивающее, что

«темп развития дела здравоохранения значительно отстает от роста всего народного хозяйства страны и потребностей рабочего класса и крестьянства», полностью и в первую очередь может быть отнесен к характеристике состояния здравоохранения в Уральской области.

Нижеследующая таблица показывает, что мед.-сан. сеть значительно выросла:

(См. таб. на след. стр.)

Эта таблица становится еще яснее, если учесть, что уменьшилось количество районов, не имеющих больниц с 53 до 12; количество населения на лечащего врача с 8756 упало до 6216 человек, на акушерку с 9462 до 8.999 чел., на одну амбулаторию с 20102 до 17232 чел. на одну больницу с 27576 до 23154 ч. и на одну койку с 624 до 571 человека.

Все же обеспечение медицинской помощью населения Уральской области не только не достигает минимальных норм Наркомздрава и потребности Урала, как мощного промышленного центра, но в значительной степени отстает от норм обеспечения, достигнутых другими промышленными районами республики и даже от средних показателей по РСФСР.

№ по порядку	Наименование учреждений	На 1/I 1926 г.	На 1/I 1930 г.
1	Врачебные участки	257	358
	В том числе: больничные	198	264
2	Общее колич. врач. амбулаторий	341	434
3	Зубоврачебные амбулаторий	87	133
4	Больницы	250	323
	Коек в них	10684	13105
5	Коек в санаториях	390	545
6	Физиотерапевтич. учреждений	1	12
7	Рентгеновский аппарат	14	32
8	Санбаклаборатории	8	14
9	Учреждения по профзаболу	—	6
10	Постоянные ясли	34	126
	Коек в них	390	3782
11	Консультанты для детей	47	103
18	Детпрофамбулаторий	5	24
19	Районов без больниц	53	12

В то время, когда в 1927—28 г. в среднем по РСФСР в городах на 10000 жителей приходилось 6 коек, на Урале мы имели только 4,4 койки, а на селе против 0,5 койки только 0,4 койки.

Еще более резко отставание обеспечения населения Уралобласти медицинской помощью по сравнению с Ленинградской и Центрально-Промышленными областями. Так в 1928—29 г. мы имели:

Наименование областей	Населения на 1 лечеб. койку	Населения на 1 санитар. врача	Населения на 1 место в яслях
Ленинградская	265	45884	1376
Центр.-промышл.	363	46543	2234
Уральская	607	87879	3199

Снижение количества коек в городах с 7,3 на 1000 жителей в 1925—26 г. до 5,8 в 1928—29 и в поселениях гортипа с 4,5 до 4,4 за те же годы, неудовлетворительное состояние обеспечения медицинской помощью строительных рабочих крупнейших вновь строящихся промышленных предприятий как Магнитострой, Уралмашинострой, Березники и т. д., достаточно ярко характеризует недопустимое отставание дела здравоохранения на Урале.

Центральный Комитет партии это отставание подчеркнул в своем постановлении:

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

Несмотря на улучшение некоторых санитарных показателей за последние годы (снижение смертности от сыпного тифа с 13 до 0,7 на 10 000 населения, возвратного тифа с 15 до 0,2 и натуральной оспы с 5 до 0,4) Урал попрежнему стоит на одном из первых мест по санитарному неблагополучию (смертность в 1928 г. в среднем по РСФСР была равна 18,8, а по Уралу 25,4, количество

дней по временной нетрудоспособности за 28—29 г. на 100 застрахованных в среднем по РСФСР было 1.059, а по Уралу 1.073 при средней длительности 1 случая по республ. 11,1, а по Уралу 12,7, что зависит от санитарного неблагоустройства населенных мест Урала, и в первую очередь городов и рабочих поселков, а также от совершенно недостаточной организации дела здравоохранения.

Тяжелые жилищные условия в рабочих центрах (средняя площадь в 3—4 кв. метра на 1 чел. при антисанитарном состоянии жилищ), пользование водою из открытых водоемов и колодцев, часто с недоброкачественной водою (из 109 крупных городов и поселков гортипа имеются водопроводы только в 10 и то с количеством воды лишь по 16 литров на 1 человека в сутки), загрязненность территории населенных мест (имеется канализация всего в 2 городах и то не полная), совершенно недостаточное количество и размеры коммунальных бань (удовлетворяющих лишь на 10 проц. потребность населения), далеко отстающая от потребности сеть учреждений по оздоровлению быта (ясли, детсады, оздоровительные площадки), чрезвычайно слабая сеть леч. проф. учреждений—все это делает положение совершенно ветхимым в условиях реконструктивного периода, выдвигающего Урал на одно из первых мест страны по хозяйственной значимости.

Таким образом сравнивая темпы развития уральской промышленности с темпами развития здравоохранения на Урале, запроектированного первоначальной пятилеткой («Уральский Мед. Журнал» № 4, 5 и 6 за 1929 г.), с одной стороны, и состояние здравоохранения в области, с другой, становится совершенно ясным вопрос о необходимости срочного пересмотра пятилетнего плана здравоохранения Урала.

III. ОСНОВНЫЕ УСТАНОВКИ ПЯТИЛЕТКИ.

Основные установки, из которых исходил при пересмотре 5-летнего плана здравоохранения, определя-

ются постановлениями ЦК ВКП(б), а также СНК РСФСР от 18-ХП 1929 г. о медицинском обслуживании рабочих и крестьян.

Важнейшими задачами в области здравоохранения в остающиеся годы 5-летия являются:

а) Четкое проведение пролетарской классовой линии в деле организации медпомощи как в городе, так и на селе, что предполагает преимущественное и более высокого качества медицинское обслуживание основных кадров промышленных рабочих и трудящихся общественного сектора на селе.

б) Увязка темпов развития здравоохранения с общими темпами развития социалистического строительства (индустриализация, обобществление сельского хозяйства), т.е. с планом **Большого Урала**.

в) Проведение широких санитарно-оздоровительных мероприятий.

г) Реконструкция здравоохранения применительно к нынешним условиям и задачам социалистического строительства, что находит свое выражение:

1. В перестройке всего дела здравоохранения, в особенности лечебного на началах широкой профилактики.

2. В организационном объединении всех видов лечебно-профилактической и санитарной работы в комплексе учреждений типа единого диспансера.

3. В широком вовлечении рабочих и крестьянских масс в строительство дела здравоохранения.

4. В осуществлении системы рационализаторских мероприятий в целях улучшения качества медпомощи и удешевления ее.

5. Разрешения проблемы медицинских кадров как с точки зрения количественного, так и качественного соответствия их потребностям нынешнего периода строительства здравоохранения.

Освещаемый настоящей статьей пятилетний план составлен в областном разрезе, рассмотрен социально-культурной секцией Госплана РСФСР и является наметкой основных конкретных вех плана здравоохранения области, подлежащих разработке в городском, район-

ном и производственном разрезах на основе учета мнений широких масс обслуживаемых здравоохранением рабочих и самих медицинских работников.

IV. ПОКАЗАТЕЛИ ПЯТИЛЕТКИ.

Население Урала возрастает с 7.227 тыс. человек в 28—29 г. до 8.150 тыс. чел. в 32—33 г. или на 12,7%. Одновременно, благодаря бурным темпам индустриализации, население городов и поселков городского типа возрастает с 1.453 чел. до 2.720 тысяч в 32—33 г., т.е. на 87,2%.

Еще более резко запроектирован рост количества активно застрахованных, абсолютное количество которых с 534 тыс. человек в 28—29 году увеличивается до 1.080 тыс. чел. в 32—33 г., т.е. на 100%, при чем в числе активно застрахованных к 32—33 г. запроектировано 580 тыс. человек индустриальных рабочих.

Условно для 32—33 г. принято наличие в области 300 тысяч человек, входящих в группу «прочих», т.е. нетрудовой элемент.

При проектировке сельской сети мы исходили из 95% коллективизации к концу пятилетки.

Благодаря тому, что вся статистика по здравоохранению до сегодняшнего дня проводит все виды учета исключительно в территориальном разрезе, не представляется возможным анализировать существующее положение медпомощи отдельными группами населения по классовому признаку.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТ ДЕЛО.

Предстоящие 3 года пятилетки для населения городов и рабочих поселков запроектированы, исходя из нижеследующих показателей обеспеченности, которые несколько ниже показателей разработанных научными институтами Наркомздрава.

№№ по порядку	Группы населения	Количество коек на 1000 ч.	Внебольничная помощь на 1 чел.				
			Всего посещен.	В том числе			
				Зуб.	Туб.	Всп.	Прочих
А. Города							
1	Рабочие I гр. (метал., горняки, химики, текстильщики)	13	12,0	2,5	0,5	1,8	7,2
2	Рабочие II гр. (прочие рабочие)	8	10,0	2,0	0,4	1,8	5,8
3	Чл. семьи раб. I гр.	5	9,6	1,6	0,3	0,9	6,8
4	„ „ II гр.	5	8,0	1,5	0,3	0,9	5,3
5	Прочие застрахованные	6	8,0	1,6	0,3	1,1	5,0
6	Члены их семей и приравненные	4	6,8	1,2	0,1	0,9	4,6
7	Прочее население городов	1	0,5	—	—	0,5	—

Исходя из этих показателей и предусматривается увеличение городской сети на 10% для обслуживания специальными видами медпомощи и сельского населения (застрахованных села и колхозников) всего по городам и поселкам гортипа запроектировано для 32—33 г. 18.000 коек вместо существующих в 27—28 г.—7.542 к., т.е. ростом за 5 лет на 10.458 коек или на 138%.

Это количество коек обеспечит население городов 6,7 в среднем на 1.000 жителей вместо 5,1 койки на 1.000 жителей городов в 29—30 году, т.е. на 27 проц., а против начала пятилетки (в 1927—28 г.—4,4 к. на 1.000) на 52%.

В плане предусмотрен перевод всей лечебно-профилактической сети на диспансерные методы работы, при чем к

концу 5-летия все лечебно-профилактические учреждения должны быть перестроены по принципу объединения типа единого диспансера. Новое строительство единых диспансеров запроектировано только в основных промышленных центрах.

Вся сеть запроектирована применительно к условиям непрерывной недели, 7-ми часового рабочего дня и сменности на предприятиях.

Значительно расширяется внебольничная помощь застрахованному населению городов и рабочих поселков. Помимо посещений единого диспансера, запроектированных по вышеуказанным нормам, запроектировано резкое увеличение количества врачей помощи на дому и обеспечение всех действующих и вновь открываемых заводов и фабрик пунктами первой помощи.

С 42 врачей помощи на дому в 27—28 г. и 54 врачей в 29—30 г. намечается увеличить количество врачей до 400 к. в 32—33 г.

Вместо существующих 117 пунктов первой помощи на предприятиях, намечено организовать к концу пятилетки 300 пунктов, из которых большинство или 160 пунктов будут врачебными. Для обслуживания населения сельских местностей запроектировано 7.400 коек. Против 27—28 г. запроектирован рост на 5.012 коек или 214% и против

29—30 г. на 4.300 коек или 138%. По первоначальной пятилетке намечалось развернуть в сельских местностях всего лишь 3.808 к 32—33 году.

Развертывание вышеуказанного количества коек обеспечит каждые 1.000 человек рабочих совхозов — 8 койками, прочих застрахованных села — 5 к., членов семей застрахованных — 3 к., колхозного населения — 1,2 к. и единоличников — 0,75 коек.

Это количество коек обеспечит сельское население 1,3 койки, в среднем на 1.000 жителей против 0,4 коек в 27—28 г. и 0,49 коек в 29—30 г., помимо той коечной помощи, которой большая часть сельского населения (в первую очередь застрахованные и колхозники) будут пользоваться в городах.

Обеспечение внебольничной помощью населения сельских местностей запроектировано с увеличением с 1,3 посещения на 1 человека в среднем в 27—28 и 1,2 посещения в 29—30 г. до 3,4 посещения в 32—33 г. Внебольничная помощь на селе точно так же, как и в городах запроектирована в классовом разрезе, т. е. предусматривает первоочередное и лучшего качества обслуживание рабочих совхозов, прочих застрахованных и колхозного населения.

Лечебно-профилактическая сеть на селе запроектирована в следующем раз-
мере:

№. № по пор.	Наименование учреждений	19. 7-28 г.	По первоначальной пятилетке к 32-33 г.	По настоящей пятилетке к 32-33 г.
1	Врачебных участков	183	309	450
2	Из них больничных	134	171	200
3	Коек в них	2388	3808	7400
4	Постоянных фельдшерск. пункт	747	377	300
5	Зубкресел	4	30	100
6	Тубпункты	—	—	25
7	Венпункты	—	—	40

В области развертывания медико-санитарной сети на селе, пятилетний план предусматривает нижеследующие основные положения:

1. План медпомощи на селе должен быть тесно увязан с планом обостре-

ния сельского хозяйства данного района. При осуществлении плана необходимо в первую очередь обеспечить рабочих совхозов, а из колхозов — в первую очередь:

а) коммуны;

б) наиболее крупные и механизированные;

в) имеющие хозяйственную специализацию, как-то: животноводческие, льноводческие и т. д.;

г) с развитой сетью предприятий по первичной обработке продуктов сельского хозяйства (с.-х. индустриализация);

д) расположенные в наиболее неблагоприятных, в санитарном отношении районах (малярия, тифы, сифилис и др.).

2. Все дальнейшее строительство должно вестись в районах обобществления, допуская некоторые исключения для остальных национальных районов, где это вызывается особо неблагоприятными санитарными условиями быта.

3. Медицинская организация должна строиться в полном соответствии с производственно-хозяйственным планом и расположением основных хозяйственных баз.

4. В крупных совхозах и колхозах лечебно-профилактическая сеть строится по типу единого диспансера с центральной базой в энергетическом центре хозяйства и филиалами в периферических экономиях.

Центральная медицинская база состоит из больницы не менее 40—50 коек в составе отделений: общего, хирургиче-

ского, родильного, заразного, амбулатории в несколько специальных врачебных приемов, включая зубо-врачебный консультационный прием детей трудного возраста и беременных, а в особо пораженных районах и по глазным болезням; постоянных лесей, аптеки, дезокамеры, лаборатории, детской оздоровительной площадки.

При центральной базе находится также районный санитарный врач и эпидемиолог.

В отдельных периферических экономиях устраиваются врачебные амбулатории, а если расстояние от базы превышает 15 километров, то при них устраивается приемный покой с койками эвакуационного характера. На время полевых работ устраиваются пункты первой помощи и летние ясли.

5. При новом строительстве должны быть полностью учтены все категории сельско-хозяйственных рабочих (мелкие совхозы, лесорубы, сплавищики, батраки, пастухи, торфоразработчики и др.).

6. В целях усиления обслуживания села специализированной медпомощью, необходимо предусмотреть организацию более крупных больниц с рядом специальных отделений.

(Окончание в следующем номере).

Некоторые итоги обслуживания медпомощью посевной кампании в Свердловском округе в 1930 году

ФИЛОНОВСКИЙ Ю. С. (Свердловск)

Чрезвычайная важность успешности весеннего сева определила ответственную задачу обслуживания медпомощью колхозников, бедняков, середняков, единоличников органами здравоохранения, т. е. не налаженная правильно медпомощь отрывает у сеющих дорогое время, а в отдельных довольно частых случаях, особенно в связи с механизацией сельского хозяйства, выбивает работников надолго из строя.

Элементы обслуживания медпомощью, правильно налаженной, играют не последнюю роль в организации

труда в колхозах, как например, можно указать на следующее обстоятельство: прикрепление определенных колхозов к близлежащим лечебно-санитарным учреждениям исключает необходимость поездок колхозников за десятки верст, иногда по собственному почину.

Правильно налаженная медпомощь в период весенней посевной кампании должна была быть приближена к колхознику до поля и предполагала приближение санитарно-профилактической помощи, что играет колоссальнейшую роль в сохранении здоровья

работников при наличии санитарного неблагоустройства селений Свердловского округа, наличии вспышек эпидемии брюшного тифа и т. д.; организованное водоснабжение и питание сеющих, исключает возможность отдельных вспышек эпидемических заболеваний, кроме того, осуществляется просветительная работа, имеющая воспитательное значение.

В общей цепи мероприятий по обслуживанию посевной кампании важное место занимает охват детей яслями особенно социалистического сектора. Организация яслей имеет большое экономическое, политическое и воспитательное значение в укреплении коллективизированных хозяйств; организация яслей является первым и наиболее важным мероприятием, обеспечивающим улучшение быта колхозницы и возможность использования женщины-колхозницы на работе в поле.

Обслуживание посевкампании в Свердловском округе строилось по линии приспособления стационарных учреждений и по линии создания специальных пунктов, которые являлись, обязательно, филиалами стационарных учреждений. В отношении лечебных учреждений мы имели удовлетворительную базу, за исключением районов, отошедших недавно к Свердловскому округу от б. Кунгурского: Манчажского, Ачитского, Артинского и т. д. районов. Что касается учреждений охраны материнства и младенчества и части санитарных организаций, то здесь база в прошлом была неудовлетворительна. Санитарная организация быстро растущая лишь в последнее время (значительное увеличение штата санврачей, организация районных лабораторий и т. д.) не освоила еще всех вопросов санитарного благоустройства районов. Новые районы дают плохие показатели лечебной сети, например: на район с населением в 35 тысяч, один врач и больница на 15 коек (Манчаж), на такой базе трудно построить лечебное обслуживание посевной кампании. Мы имеем ряд районов, базовая сеть которых строится приспособлена к обслуживанию посевной кампании—наличие мощной районной лечебно-санитарной организации с филиалами—врачебными пунктами, охватывающими всю периферию района (Егоршино, Арамилы и т. д.). Наличие мощной базовой сети обеспечило обслуживание посевкампании в временными пунктами.

Вся работа органов здравоохранения на местах показала насколько учреждения здравоохранения перестроили свою работу в соответствии с постановлением ЦК ВКП(б) об обслуживании рабочих и крестьян медицинской помощью, а также отражают и перестройку работы аппарата здравоохранения.

По сведениям от 26 врачебных участков проделана в количественном выражении следующая работа:

1) Организовано специальных пунктов обслуживания сева (врачебных и фельдшерских) 188.

2) Организовано бригад, периодически выезжавших в поле (смешанных врачебно-фельдшерских)—29.

3) Выдано алтеек Окргдравом 25 шт. на сумму 5 тыс. рублей.

4) Выделено алтеек врачебными участками для обслуживания 217.

5) Создано кружков первой помощи для обслуживания сева 26 и обучено в них 217 человек, главным образом, колхозников.

В Бисертском районе кооперативом был приглашен специальный врач для обслуживания посевкампании за счет кооператива.

Что касается яслей, то предвзятая наметка количества яслей с 543 сократилась до 311 в связи с изменениями в количестве коллективизированного хозяйства. Развертывание яслей значительно запоздало и до сих пор ясли постепенно развертываются. Причина столь несвоевременного развертывания яслей (предполагалось в начале мая) объясняется совершенно неудовлетворительной подготовкой мест и недостаточным руководством Окргдравотдела (в момент самой горячей подготовительной работы болел инспектор).

Несмотря на то, что Окргдравотделом было закуплено 40930 метров мапифактуры, 258 дюжин ниток и 100 штук одеял своевременная пошивка белья очень запоздала.

Наблюдалась большая неурядица на местах со снабжением яслей дефицитными продуктами, несмотря на договоренность с Окргвнторгом.

Очень плохо выполнили свои обязательства кооперативные и общественные организации: вместо обещанных ими 84 тысяч получено всего лишь 3 тысячи рублей.

В некоторых районах слабое привлечение местной общественности, колхозниц к строительству яслей. Для подготовки кадров было проведено 10 курсов 1½-месячных, в которых подготовлено 482 сестры и одни

окружные курсы, на которых подготовлено 150 человек ясельных сестер.

Окргдравотделом, совместно с Областком Союза организовано 12 бригад для обследования подготовки к проведению обслуживания сева медпомощью.

Выводы:

1. Несмотря на большую работу, проведенную местами по обслуживанию посевкампании считать ее достаточной количественно и качественно нельзя и наравне с закреплением опыта обслуживания в текущем году. Необходимо стремиться к тому, чтобы строительство нашей сети было пропитано необходимостью максимальной приспособленности для обслуживания рабочих на самом производстве, а крестьян—непосредственно на поле.

2. Обслуживание посевкампании показало слабый поворот лечебно-санитарных учреждений в отношении перестройки своей работы в соответствии с постановлением ЦК ВКП(б), а в отдельных районах было проявлено равнодушие и к обслуживанию и вообще к перестройке всей работы (отдельные районы упорно не представляли сведений о своей работе по обслуживанию сева, обследование бригад выявило отсутствие всей работы).

Необходимо в соответствии с поставленными задачами пересмотреть состав руководителей учреждений на местах, являющихся ответственными за политику здравоохранения, т. к. обследование обслуживания сева signalизировало неблагополучие в этом отношении.

Нужно отметить, что и аппарат Здравотдела слабо перестроил свою работу в соответствии с постановлением ЦК партии и, будучи слабо количественно, не обеспечивал достаточного живого руководства местами. Общественность к проведению кампании по обслуживанию сева была привлечена слабо, и это очень плохо отразилось, особенно на работе по развешиванию яслей. Новые районы Свердловского округа необходимо укреплять, т. к. состояние медпомощи в них совершенно неудовлетворительно.

План работы врачебных участков должен быть построен таким образом, чтобы к моменту обслуживания сева не требовалось героических мер, зачастую за счет качества обслуживания рабочих (были случаи, когда для обслуживания сева снимали персонал пункта первой помощи), а путем длительной плановой подготовки, участок планомерно развешивал бы обслуживание сева.

Судебно-медицинская экспертиза и работа органов здравоохранения

ШЕВАЛЕЕВСКИЙ Д. А.

Судебно-медицинская экспертиза в Уральской области (да и в одной ли Уральской?) почти до последнего времени была как бы пасынком для органов здравоохранения. Уделял ли какой-либо здравотдел достаточное внимание судебно-медицинским экспертам? Вряд ли ошибемся, если скажем, нет! Удивляться этому особенно не приходится, так как внимание здравотделов заострено на обслуживании разными видами медпомощи застрахованных и проч. населения. Отсюда судебно-медицинская экспертиза как бы выпадала из поля зрения здравотделов, т. е. фактически была брошена на произвол судьбы. Такое ненормальное положение судебно-медицинской экспертизы, призванной помогать правосудию (т. е. выполнять ответственнейшую работу, поскольку от заключения данного судебно-медицинской экспертизой обычно зависит и приговор суда) объясняется целым рядом причин. Которая из них наиболее существенна, сказать трудно, однако, некоторые из них заслуживают того, чтобы на них остановить внимание.

Двойное финансирование

С самого начала своего существования судебно-медицинская экспертиза в отношении зарплат была принята на государственный бюджет. Так как госбюд-

жет давал очень мало (в 1925 — 26 г. по 45 руб. в месяц зарплаты и только), то естественно, что на эти деньги найти судебно-медицинского эксперта, ведущего только судебно-медицинскую работу, было невозможно. Отсюда, вначале мы имеем судебно-медицинских экспертов совместителей.

По сути дела это были не судебно-медицинские эксперты, а терапевты, хирурги и др. лечащие врачи, которые попутно за небольшую доплату исполняли обязанности и судебно-медицинских экспертов по городу.

Кроме зарплаты, судебно-медицинским экспертам необходимо было дать инструментарий, помещения для вскрытия трупов и освидетельствования живых лиц, технического помощника и кое-что другое, но на все это госбюджет ничего не давал. Все это должен был дать местный бюджет. Местный же бюджет в то время был маломощным и здравотделы для судебно-медицинских экспертов, как врачей не лечащих, если что и давали, то только в последнюю очередь, или же когда вообще нельзя было не давать.

Вы не наши

Органы здравоохранения чрезвычайно неохотно шли на удовлетворение даже самых насущных нужд судебно-медицинских экспертов. Когда у них не хватало самого необходимого, когда разрушалась кадаверная, когда негде было принимать живых лиц для освидетельствования (некоторые судебно-медицинские эксперты принимали у себя на дому, что запрещено НКЗ), эксперты обращались со своими нуждами к здравотделам и часто получали от них очень характерный и многоговорящий ответ: «Вы на областном бюджете; просите у области; у нас денег нет!» Уже сам по себе такой ответ не мог служить цементом, который бы спаивал судебно-медицинских экспертов с здравотделами. Наоборот, такими ответами здравотделы стремились как бы отмахнуться от судебно-медицинских экспертов как от чего то чуждого и невольно толкали их в объятия других организаций — органов следствия, суда, где они, действительно, часто находили полную поддержку своих вполне обоснованных претензий к здравотделам (Курган, Свердловск).

Свои и чужие

Судебно-медицинские эксперты получали зарплату только по госбюджету, между тем санврачи, к которым судебно-медицинские эксперты были приравнены НКЗ в отношении зарплаты, получали еще дотацию из фонда «Г». Когда судебно-медицинские эксперты обращались к здравотделам с просьбой об увеличении им зарплаты до ставок санврачей, то здравотделы и здесь стремились показать им свое формальное лицо казуистическим ответом: «фонд Г только для тех, кто обслуживает застрахованных, а ведь вы имеете дело с трупами: застрахованных не лечите». Конечно, здравотделы хорошо знали, что это чисто формальный ответ, ответ бюрократический; но их желание было только как-нибудь отмахнуться от судебно-медицинских экспертов; они готовы были не считать их здравотдельскими врачами, и рассматривали их как случайных, и только по обязанности терпимых работников. Здравотделы знали, что из фонда «Г» можно было дать дотацию судебно-медицинским экспертам. Давали же ее и дают там, где судебно-медицинские эксперты в хороших отношениях с здравотдельцами (Свердловск, Пермь).

Специалисты-консультанты, а не следователи и судьи

У многих здравотдельцев сложился на судебно-медицинских экспертов взгляд как на лиц близко стоящих к прокуратуре и следственным органам и поэтому, якобы, пропитанных судейским духом, следственными наклонностями. Взгляд совершенно неправильный, судебно-медицинские эксперты и не судят, и не

участвуют в процессе следствия: они, как специалисты, разъясняют только сущность известных фактов и действий с медицинской точки зрения. Здравотдельцы почему то видят иногда в судебно-медицинских экспертах как бы своего скрытого неприятеля: он де, при случае, даст такое заключение, что не только привлекут к ответственности, но пожалуй, еще и засудят, чего доброго. Этому совершенно неправильному взгляду, очевидно, в значительной мере помогало то, что заключение судебно-медицинских экспертов по врачебным делам иногда бывало далеко не в пользу врачей (Курган, Сарапул) в то время, когда этих врачей здравотделы всецело брали под свою защиту. При подобных случаях мы имеем уже явное расхождение линии здравотделов и судебно-медицинских экспертов, которое создавало и поддерживало отчужденность во взаимоотношениях здравотделов и судебно-медицинских экспертов и заканчивало в некоторых случаях, вынужденным уходом со службы судебно-медицинских экспертов (Сарапул).

Немалую роль во взаимоотношениях судебно-медицинских экспертов с здравотделами сыграло и то, что переводимые облздравотделом для судебно-медицинских экспертов в окрздравы суммы на зарплату и операционные расходы (на разъезды) некоторые здравотделы почему-то стремились всячески задерживать и не выдавать судебно-медицинским экспертам под разными предлогами. Отсюда постоянные жалобы судебно-медицинских экспертов почти всех округов на то, что денег им здравотделы не дают (Курган, Златоуст, Тобольск). Отсюда и просьбы со стороны судебно-медицинских экспертов переводить деньги непосредственно им, т.е., стремление к автономности от местных здравотделов. В конечном итоге некоторые здравотделы, не выдавая денег судебно-медицинским экспертам, к концу года создавали у себя остатки, которые финотделы у них и закрывали. Выходило, что здравотделы и сами эти деньги не использовали полностью, и судебно-медицинским экспертам не давали возможности их израсходовать. Благодаря такой непонятной и необъяснимой политике здравотдела Наркомздрав лишался возможности просить Совнарком об увеличении отпуска средств на судебно-медицинскую экспертизу, так как Наркомфин представлял сведения, что и отпускаемые на судебно-медицинскую экспертизу суммы не израсходованы местами полностью. Так постепенно совершался отрыв судебно-медицинских экспертов от связи и сотрудничества с органами здравоохранения.

Говоря об окружных здравотделах, необходимо несколько слов сказать и об областном. К большому сожалению и в Облздравотделе также смотрели на судебно-медицинскую экспертизу как и в Окрздравотделах. Областной судебно-медицинский эксперт в штате не состоял, хотя согласно постановления и ВЦИК, и СНК и НКЗ он должен был состоять в штате (Уральский Облздравотдел единственный в РСФСР Облздравотдел, где судебно-медицинский эксперт в штате не состоял).

Его попытки вести работу самостоятельно встречали неизменно решительный отпор со стороны лечпода. К заведывающему здравотделом ему попасть было невозможно ни по какому делу. — «У вас есть начальник лечпод, за всем к нему и обращайтесь; а если чего он не сможет, пусть он же и доложит об этом мне». Попытка одного заведующего орготделом поставить областного судебно-медицинского эксперта в рамки независимости с подчинением его непосредственно заведующему Облздравотделом или его заместителю, т.е. стремление орготдела выполнить постановление Наркомздрава о правах и обязанностях областного судебно-медицинского эксперта встретили энергичный отпор со стороны лечпода, как покушение на его прерогативы большого начальства и заведующий орготделом от своего предложения отказался.

Можно ли было что-либо сделать для того, чтобы такие ненормальные взаимоотношения, вернее неправильные отношения, здравотделов к судебно-медицинским экспертам перестали существовать, чтобы у здравотдельцев взял верх

взгляд на судебно-медицинских экспертов как на работников одного из звеньев общего дела здравоохранения, а не как на случайных, как бы чуждых делу здравоохранения лиц. Нужно сказать, что в некоторых округах уже с прошлого года удалось наладить не только нормальные, но и благожелательные отношения здравотделов к судебно-медицинским экспертам (Ишим, Челябинск, Кудымкор и др.). В этих округах работа судебно-медицинских экспертов вполне увязана с работой органов здравоохранения. Такие вполне правильные отношения здравотделов к судебно-медицинским экспертам создались с одной стороны, благодаря подбору постоянного, хорошего и опытного кадрового состава судебно-медицинских экспертов и, с другой, благодаря установлению удовлетворительной зарплаты для них (в текущем году в большинстве округов 200 рублей).

В некоторых же округах (Курган, Усолье) об увязке работы судебно-медицинских экспертов с работой органов здравоохранения говорить приходится очень осторожно. Там она слаба, почти отсутствует. Совокупность указанных выше причин ненормального состояния судебно-медицинской экспертизы в нашей области и отсутствие достаточной увязки работы судебно-медицинских экспертов с работой органов здравоохранения, однако, не есть что-либо специфическое для одного только Урала. Повидимому, такое положение судебно-медицинской экспертизы отчасти с некоторыми вариациями характерно для всей РСФСР, о чем говорит то, что Наркомздрав пришел к необходимости поставить у себя в порядок дня этот вопрос.

В своем постановлении коллегии от 1-VII—1929 г. Наркомздрав отмечает все упомянутые выше недочеты в постановке судебно-медицинской экспертизы на местах, предлагает ряд мер для устранения их. Из них на первое место Наркомздрав выдвигает следующее:

1. Увязать работу судебно-медицинских экспертов с общей работой по оздоровлению населения путем вовлечения экспертов в работу секций здравоохранения, советов, с постановкой периодических докладов судебно-медицинских экспертов в комиссиях по оздоровлению труда и быта и проч.

2. Принять меры к улучшению материально-бытовых условий экспертов (всемерно содействовать в получении квартиры, перевозочных средств и в осуществлении всех намеченных СНК мероприятий).

3. Планомерно направлять экспертов для усовершенствования и на стаж.

4. Установить периодические командировки край и обл. экспертов на места, в целях обследования положения экспертизы, руководства ею и выявлению отрицательных сторон.

5. Периодически созывать междуправительственные совещания по судебно-медицинской экспертизе с участием органов юстиции и дознания для разрешения вопросов организационного и научно практического характера.

6. Привести в порядок и приспособить к осмотрам и вскрытиям трупов покойники в районных и участковых больницах, а в сельских местностях — погребов для сохранения трупов, подлежащих экспертизе. Необходимо и меры предложенные коллегией Наркомздрава для улучшения положения судебно-медицинской экспертизы на местах несколько расширить и дополнить следующими пунктами.

1. Давать судебно-медицинским экспертам небольшие поручения инструкторского, обследовательского и др. характера при поездках их в районы для вскрытия трупов, тем самым вовлекая их в общую работу органов здравоохранения и используя их поездки и в интересах здравотделов.

2. Периодически заслушивать на аппаратных совещаниях здравотделов доклады судебно-медицинских экспертов о проделанной им работе. Все мероприятия, несомненно, улучшат положение судебно-медицинской экспертизы, заставив

органы здравоохранения уделить ей то внимание, на которое она имеет полное право.

При условии выполнения данного постановления Наркомздрава и наших предложений и при осознании органами здравоохранения и всеми врачами общественного значения судебно-медицинской экспертизы, можно иметь уверенность в том, что она должна занять и займет надлежащее место в общем деле здравоохранения.

От редакции: а) Основная беда судебно-мед. экспертизы заключается в том, что она считает себя только «призванной помогать правосудию». А участвовать в оздоровлении трудящихся масс разве не призвана? Призвана, но совершенно не проявляет этого участия, отсюда и вынужденная безинтересованность здравотделов в судьбе суд.-мед. экспертизы. Автор правильно намечает необходимость участия экспертизы в оздоровлении трудящихся масс. Надо теперь добиться, чтобы слова претворились в дело. А это с неизбежностью повлечет к заинтересованности здравотделов и тем самым улучшению положения С.-М. экспертизы; б) редакция считает, что расходование фонда «Г» на судебно-мед. экспертизу совершенно неправильным.

К вопросу об отборе больных для курортного лечения

Д-р ЛЕВИН М. А. (Све-дл вс)

Несмотря на существующее положение о длительном наблюдении (не менее двух месяцев) за больными, направляемыми для лечения на курорт, мы все еще встречаем довольно часто больных, не только не достаточно находившихся под наблюдением, но даже недостаточно и обследованных. Об этом свидетельствует ряд случаев из числа направляемых больных непоказанных, а иногда и явно противопоказанных для лечения на том или ином курорте. Эти же случаи говорят еще и о недостаточном знакомстве некоторых врачей с показаниями и противопоказаниями для курортного лечения. Каждый курортный врач знает эти случаи очень хорошо. Бесспорно, всякое лечебное учреждение рассчитано на обслуживание определенного характера больных и ни в какой мере не может быть использовано для лечения больных другого рода. Так, например, амбулаторного больного незачем помещать в больницу на коечное лечение, а нуждающийся в больничном и тем более специальном лечении не должен быть направлен на курорт. Положение это как-будто общепринято и говорить

о нем казалось бы излишне. Однако, ежегодно повторявшиеся подобного рода случаи вынуждают обратить внимание врачей на более серьезное отношение к этому вопросу.

Больные, приезжая на курорт, весьма в редких случаях имеют при себе необходимые анализы клинических и лабораторных исследований. Просматривая официальные документы, так называемые санкурлисты, с которыми больные прибывают на курорт, можно легко убедиться, как небрежно они заполняются (больше для соблюдения требуемой формальности), и как часто указанные в них сведения о больном далеко не соответствуют клиническим данным. Нередко, например, встречаются санкурлисты только с одним диагнозом, без всяких других сведений, а так как очень часто и указанные диагнозы не соответствуют страданию больного, то создается впечатление, что больной прислан на курорт без всякого предварительного наблюдения. Так оно нередко, действительно, и бывает. Многие больные прибывают на курорт вовсе без санкурлиста, что противоречит основно-

му положению о направлении на кур- лечение. Не менее часто больные попада- ют на курорт исключительно потому, что необходимо занять место на данный сезон по разверстке. Многие рассказы- вают, что они не были подготовлены к поездке; что снятие их с работы, сви- детельствование в комиссии и отправка на курорт произошло в один и тот же день.

По прибытии на курорт у некоторых из такого рода больных обнаружива- лось заболевание плевритом, воспаление легких, у других появлялось кровоха- рение. В некоторых случаях обнару- жались экзема, болезнь уха, горла, носа, глаз в различных формах, требующих специального лечения. Иногда оказы- валось, что тот или иной больной одер- жим венерической болезнью, в частности, вче- том к тому же недавнего про- исхождения, а документов, сви- детельствующих о нахождении их под наблю- дением специалистов, о том, закончили ли они курс своего лечения, когда нуж- даются в нем повторно и, наконец, не препятствует ли в данное время их за- болевание курортному лечению, при се- бе, как правило, не имеют. Все эти за- болевания не случайны. Они, несомнен- но, могли бы быть обнаружены еще дома, при условии длительного наблюде- ния и тщательного обследования. Слу- чается, что некоторые врачи дают за- ключение о нуждаемости в курортном лечении под давлением определенного рода больных, которые добиваются ку- рортного лечения только благодаря на- стойчивым требованиям и угрозам. За- частую лечение из неправильно и слу- чайно выбранном курорте приносит вме- сто пользы вред, и многие из этих боль- ных возбуждают обычно ходатайство о продлении срока лечения на следую- щий сезон в виду неудачно использован- ного курортного лечения. Наблюдались случаи, когда одному и тому же боль- ному удавалось использовать курортное лечение два раза в один лечебный се- зон. Довольно часто одни и те же боль- ные ежегодно используют курортное ле- чение.

Таким образом, курортные койки ча-

сто занимаются непоказанными, проти- воположенными и повторными больны- ми, а между тем действительно нужда- ющиеся в курортном лечении за чрезвычайной перегруженностью коечного фонда не мо- гут им воспользоваться.

Проработав на курорте Курьи не- сколько лет, я воспользовался материа- лом, полученным там по данному во- просу. Преобладающее большинство больных этого курорта—одержимы неврогенными и психогенными страда- ниями, иногда осложненными со стороны эндокринной и соматической сферы. Та- кого рода больные очень часто внушают себе различные болезни из оснований субъективных ощущений или неосторож- не сказанного слова окружающими, а иногда и врачом. Чаще всего они имеют при себе целый ряд справок, удостове- рений о прежних заболеваниях с различ- ными диагнозами многих врачей за по- следние годы. На этих справках сосре- доточено все их внимание. Некоторым из них они придают особое значение и пре- дубежденно относятся к врачу, который отрицает у них то или иное страдание. Чрезвычайно трудно бывает изменить у такого больного иногда очень вредную для него установку.

Большинство больных из числа непо- казанных для курортного лечения стра- дают депрессивным состоянием, наклон- ностью к *tedium vitae* или, напротив, они возбуждены, требователь- ны, придиричивы и, находясь в посто- янной ажитации, добиваются инцидентов, скандалов и всякого рода конфликтов, немало влияя в дурную сторону на окру- жающих. Чтобы не быть голословным, приведу несколько сохранившихся в па- мяти случаев выписки больных с ку- рорта по противопоказаниям.

Случай первый.—Больной П., по данным санкурлиста страдает компенсированным пороком сердца и малокровием с упадком питания. По прибытии на курорт у больного ока- зывается декомпенсированный по- рок сердца, малокровие с упадком питания при застойных явлениях в почках. При этом больной едва дер- жится от слабости на ногах. До от- правки на курорт болел и долго ле-

чился, находясь в таком же состоянии, но никаких результатов наблюдений при себе не имеет.

Случай второй.—Больной Ш., по данным санкурлиста страдает катаром верхушек легких и неврастенией, а по заключению врачей курорта травматическим неврозом с припадками. При этом, чтобы добиться места на курорте, он устраивает предварительно скандал заведующему учреждением по месту своей службы и заведомо скрывает свои припадки, чтобы не лишиться места на курорте. Любопытно, что этот же больной два последних года болен туберкулезом, но о проведенном специфическом лечении и необходимости в нем повторно никаких справок не имеет.

Случай третий.—Больной М. страдает неврастенией по данным санкурлиста, а по заключению врачей курорта одержим органическим поражением центральной нервной системы с остатками энцефалитического процесса.

Случай четвертый.—Больной Д. страдает компенсированным туберкулезом легких А. при явлениях резкого малокровия и неврастении. Но прибывши же на курорт у него обнаружено поражение центральной нервной системы с остатками энцефалита; при этом, как в третьем, так и в этом случае внешний вид больного привлекает внимание своей необычностью: скованность движений, вынужденное положение тела, плаксивость, расстройство движений глазных мышц, невнятность речи, асимметрия лица.

Случай пятый.—Больной С. страдает неврастенией в острой форме, а по заключению врачей курорта травматическим неврозом с припадками и явлениями общего возбуждения. При этом больной по дороге на курорт потерял деньги, был задержан агентом ГПУ на одной из станций, в бессознательном состоянии и доставлен на курорт по документам, найденным на груди, указывающим его направление. Внешний вид больного обращает на себя внимание: боязлив, пуглив, кусает себе руки, беспокоен, при каждом стуке вздрагивает и отбегает в сторону, на вопросы отвечает не сразу и часто невпопад. Плохо ориентируется во

времени и месте. На коже лица, рук, груди—ссадины и царапины.

Я бы мог привести еще целый ряд не менее любопытных случаев, но и этих пяти уже достаточно, чтобы судить, насколько «тщательно» производится отбор больных на курорт. Совершенно ясно, что все вышеописанные больные имели те же заболевания и при отправке их на курорт. Очевидно, некоторые моменты в картине болезни их ускользнули от внимания лечащих врачей, что не могло бы иметь места при достаточно тщательном и длительном наблюдении.

Кроме того, немалое влияние на посылку такого рода больных естественно могло иметь недостаточное знакомство с показаниями и противопоказаниями, а также недостаточная твердость лечащих врачей в своих заключениях. При более осторожном подходе к этому вопросу можно достигнуть более правильного подбора больных для курортного лечения и этим самым увеличить коечный фонд для действительно нуждающихся в нем.

Я привел только некоторые случаи из числа выписанных с курорта по противопоказанию. Если же принять в расчет все случаи и прибавить оставленные на курорте для лечения с недостаточными показаниями, то процент случаев, не подлежащих курортному лечению, значительно повысится. Само собой разумеется, что неудачный подбор больных должен отразиться и на результатах лечения, понижая в некоторых случаях процент успешности, вовсе не отражая влияние того или иного лечебного фактора. Кроме того, направление такого рода больных на курорты связано с внесметными расходами, удорожающими содержание койки. Больные такого рода требуют особого постоянного за собой ухода, а по условиям курортной работы формировавшем обычного штата это не предусматривается. Отправка этих больных с курорта часто производится с провожатым, т.е. с одним из постоянных работников, отсутствие которого не без ущерба отражается в это время на деле. И, наконец, когда непоказанный

или противопоказанный больной попадает на курорт, место, им занимаемое, в сущности как бы пустует, приравниваясь к прогульному. По данным Свердловской Окрестражкассы выписанные с

курорта раньше срока по противопоказанию за 1927 г. и 1928 г. члены различных союзов дали в общей сложности около 100 дней, или более 3 месяцев (см. табл. № 1).

Таблица № 1

Член какого союза	Курорт	На сколько раньше срока выписан
Текстильщиков Рабпрос Совторгслужащих Химиков Инвалидов труда	Куры Озер. Горькое Каштак Н.-Серги Троицк	двадцать четыре дня двадцать дней одиннадцать дней двадцать восемь дней шестнадцать дней

По тем же данным и за то же время, выписанные за нарушение санаторного режима, за пьянство и по собственному

желанию дали около шести месяцев (см. табл. № 2).

Таблица № 2

Член какого союза	Курорт	За что выписан	На сколько раньше срока	
			месяц	дни
Раби:	Кособродск	За пьянство и дебош	1	5
Текстильщики	Чебаркуль	За нарушен. санреж.	1	16
Металлисты	Троицк	За пьянство по собствен. желанию	1	9
Совторгслужащие	„	По собствен. желанию	1	4
Медсантруд	Оз. Горькое	За нарушение санрежима и пьянство	—	10
Железнодорожники	Чебаркуль	По собствен. желанию	—	7
	Троицк			

Эти таблицы довольно красноречиво говорят о напраздении на курортное лечение больных, не нуждающихся в нем. А ведь за счет такого прогульного срока несколько человек, действительно нуждающихся в курлечении, могли использовать полный срок.

Направляется вопрос: отчего же собственно происходит такая неувязка в вопросах курортного отбора и постоянные нарекания со стороны больных, работников курорта, курортно-отборочных комиссий и страховорганизаций? Нам думается, что причина всего этого лежит в бытовых условиях, с одной стороны, и в условиях работы врачей—с другой. В самом деле, несмотря на проведение курортных кампаний в течение ряда лет, до сих пор не достигнуто еще плано-

сти и уточнения как в распределении курмест, так и в порядке отбора. Надо прямо сказать, что в этом вопросе еще преобладает хаотический беспорядок.

Громадное количество рабочих и служащих наших предприятий растет и ширится в связи с усиленным темпом индустриализации страны. Ежегодно увеличивается кадр действительно нуждающихся в курортном лечении. Многие из них ожидают своей очереди уже несколько лет. Поэтому их нетерпеливое отношение к получению места на курорте и стремление различными путями добиться такового, становится вполне естественным и понятным. Личные качества характера и конституциональные особенности того, или иного больного при этом играют немалую роль. Способ-

ствуется этому в значительной степени недостаточное знакомство с задачами и сущностью курортного лечения очень многих, в том числе непоказанных и противопоказанных для этого вида лечения больных. Наконец, перегрузка врачей по приему больных не позволяет производить более тщательный отбор их для курортного лечения. Да и все вспомогательные кабинеты: лаборатории, рентген, диспансеры и др. также загружены в значительной степени.

Выводы:

1. Необходимо строго соблюдать принятые органами здравоохранения правила о тщательном обследовании больных перед курортом с помощью всех необходимых клинических и вспомогательных лабораторных методов.

2. Более длительное наблюдение за больными, намеченными к отправке на курорт путем тщательного ведения кандидатских списков.

3. Более внимательное отношение к заполнению санкурлистов или других

документов, свидетельствующих о наблюдении за течением предшествующих заболеваний и достаточном обследовании больного перед отправкой на курорт.

4. Отбор больных для курортного лечения производить в процессе работы в течение круглого года.

5. Строго придерживаться в своих заключениях медицинских показаний, не уступая настойчивым требованиям больных.

6. Уменьшить нагрузку по приему больных на лечащих врачей.

7. Врачам, направляющим больных на курорты, ознакомиться с показаниями и противопоказаниями для лечения на таковых.

8. Углубить научно-исследовательскую работу по изучению лечебных факторов на курортах с целью уточнения показаний и противопоказаний.

9. Усилить освещительную работу среди профессиональных и общественных организаций о значении, сущности курортного отбора и лечения.

Все силы партийных, комсомольских организаций, профсоюзов и хозяйств — на развитие дела социалистического соревнования и ударничества, поддержку инициативы рабочих в этом деле во всех ее формах!

(Из обращения ЦКВКП (б) от 3 IX—30)

К вопросу о широком применении углекислой минерализованной ванны

Пр ф. Н. А. С УЛЬСКИЙ и д-р А. Н. КУШНЕВ (Пермь)

(Из Факультетской Терапевтической Клиники П. Г. У. Директор проф. Н. А. Скульский)

Вопрос с устройством углекислых ванн и проведение их в широком масштабе, в связи с тем, что показания к назначению CO_2 ванн значительно расширились (М. Арьев, Н. Скульский и др.) становится сейчас актуальным. Особенно животрепещущим является вопрос «лечение CO_2 ванной на дому» в целях не загружать физиотерапевтические институты, водолечебные установки, а также курорты. Естественно, приходит мысль, каким бы способом постараться сделать так, чтобы в любой врачебной обстановке не только города, но и отдаленного района каждый врач мог бы устраивать и проводить лечение углекислыми ваннами. С другой стороны, советское здравоохранение диктует приближение специальных методов лечения ближе к населению. Надо учитывать еще и большую рациональность подобного метода лечения с точки зрения повышения качества воздействия CO_2 ванны на организм, т. е., с точки зрения наибольшей ценности и продуктивности самого метода лечения, который по своему терапевтическому эффекту не всегда и не везде бывает одинаков. Следовательно, надо дать установку, как выполнить отвечающую всем современным научным требованиям и обоснованиям к углекислой ванне, так и постараться, чтобы при всех этих положениях, как сама амортизация, так и проведение курса лечения удовлетворяли возможно наименьшим затратам средств.

Из всех этих соображений все практикуемые способы приготовления искус-

ственных углекислых ванн или не удовлетворяют какому-нибудь одному из этих требований, или устроенные обычным способом (цистерны с CO_2 , различные смеси порошков и проч.) часто грешат по своему терапевтическому эффекту, а также вызывают подчас непомерно большие расходы, что в общей сложности является тормозом к широкому применению лечения углекислыми ваннами, не только в сельских районных больницах, но часто даже в хорошо устроенных институтах. А ведь сейчас показания к проведению курса CO_2 ванн расширились не только в практике терапевта, но и хирурга, гинеколога, невропатолога и т. д. И с этой точки зрения устройство углекислых ванн по месту жительства больных и проведение их не только весной и летом, но и в течение круглого года, позволит в значительной мере разгрузить специальные на то учреждения, а также и курорты.

Руководствуясь этим и проверяя различные установки CO_2 ванн в течение более $1\frac{1}{2}$ лет, мы позволяем себе предложить следующую установку углекисло-щелочно-соленой ванны, по качеству действия на организм далеко превосходящую все существующие подобные установки углекислых искусственных ванн.

Благодаря электролитической диссоциации и др. химическим особенностям, отличающим предлагаемую установку, действие CO_2 ванны повышается, показания к назначению и применению расширяются и терапевтический эффект

значительно повышается. Все это проверено в клинике, научно обосновано, почему мы и рекомендуем широко пользоваться подобной установкой.

Сущность последней сводится к следующему. Принципом ванны является добыча CO_2 общеизвестным способом, при котором регулируется определенное количество CO_2 и др. получаемых химических продуктов, находящихся в особом ионизированном состоянии, что чрезвычайно важно в смысле более тонкого, как бы «естественного», воздействия получаемых химических продуктов на организм без того, чтобы какой-нибудь ингредиент превалирующе влиял, подавляя другой.

Способ этот следующий. Если в определенный раствор соды пропустить определенной концентрации раствор соляной кислоты, то получается определенное взвешенное количество свободного углекислого газа, поваренной соли в растворенном виде и вода.

Эту реакцию было предложено использовать для утлекислых ванн киевским химиком Г. Бернштейном и практически выполнено группой киевских врачей в клинике известного русского клинициста проф. Н. Д. Стражеско. С химической стороны эта реакция протекает так: $\text{NaHCO}_3 + \text{HCl} = \text{CO}_2 + \text{NaCl} + \text{H}_2\text{O}$ (т. е., двууглекислая сода + соляная кислота дают углекислоту + поваренную соль + воду).

Дальнейшие наблюдения и экспериментально-клинические наблюдения были произведены в факультетской терапевтической клинике Пермского Государственного университета (А. Н. Кушнев *).

(Рисунок см. на след. стр.)

Источником соляной кислоты служит (см. рис.) обычная бутылка (А) емкостью в 10—12 литров с делениями на литры, произведенными или непосредственно на стенке бутылки (краской, вытравливанием и т. д.) или наклеивается бу-

мажная лента—шкалы. Кислота из бутылки поступает самотеком обычным сифонным способом в особый стеклянный сосуд (В) являющийся кислото-распределителем. Этот последний соединяется с баллоном с помощью обычной резиновой трубки диаметром в 10 мм. (тип резиновой трубки кружки Эсмарха), длиной в 1 метр. На этой резиновой трубке находится Моревский зажим (М) с винтом, регулирующим раскрытие зажима, в целях регулирования поступления кислоты из баллона (А). Кислото-распределителем служит обычная водочная $\frac{1}{2}$ -бутылка, дно у которой отрезается и заменяется резиновой пробкой соответствующего диаметра, в которую вставлено восемь сквозных, стеклянных трубочек диаметром в 5—7 мм.

Эти стеклянные трубочки сообщаются с резиновыми трубочками в диаметре 4—5 мм. (толщина тонкого желудочного зонда) и длиной от 1-го до $1\frac{1}{2}$ метров (С); последние в свою очередь подводятся с обеих сторон к специальным эбонитовым трубкам (Е) с отверстиями *), расположенными на особой деревянной раме-решетке.

Деревянная рама (D) представляет из себя решетку, состоящую из пяти длинных (около $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{3}{4}$ м.) параллельных брусков, скрепленных тремя перекладинами, при чем брусья, ее составляющие, не должны быть слишком легки, иначе решетка не будет погружаться в воду до дна ванны в момент, когда на нее садится больной или же последний вынужден будет применять усилие для ее погружения. Эта рама делается по форме дна ванны.

Верхняя поверхность рамы гладкая (на нее ложится больной), с нижней же стороны рамы вдоль длинных брусков укреплены параллельно друг к другу четыре вышеупомянутые эбонитовые трубки (Е) длиной около $1\frac{1}{2}$ метров (каждая), на всем протяжении которых выжигаются обычной проволокой

*) Доложено в заседании Научного Медицинского Общества при Пермском Государственном Университете 21 марта 1933 г.

*) Вместо эбонитовых можно употреблять гуттаперчевые или, в крайнем случае, из тонкого бамбука. Однако, эбонитовые более прочны.

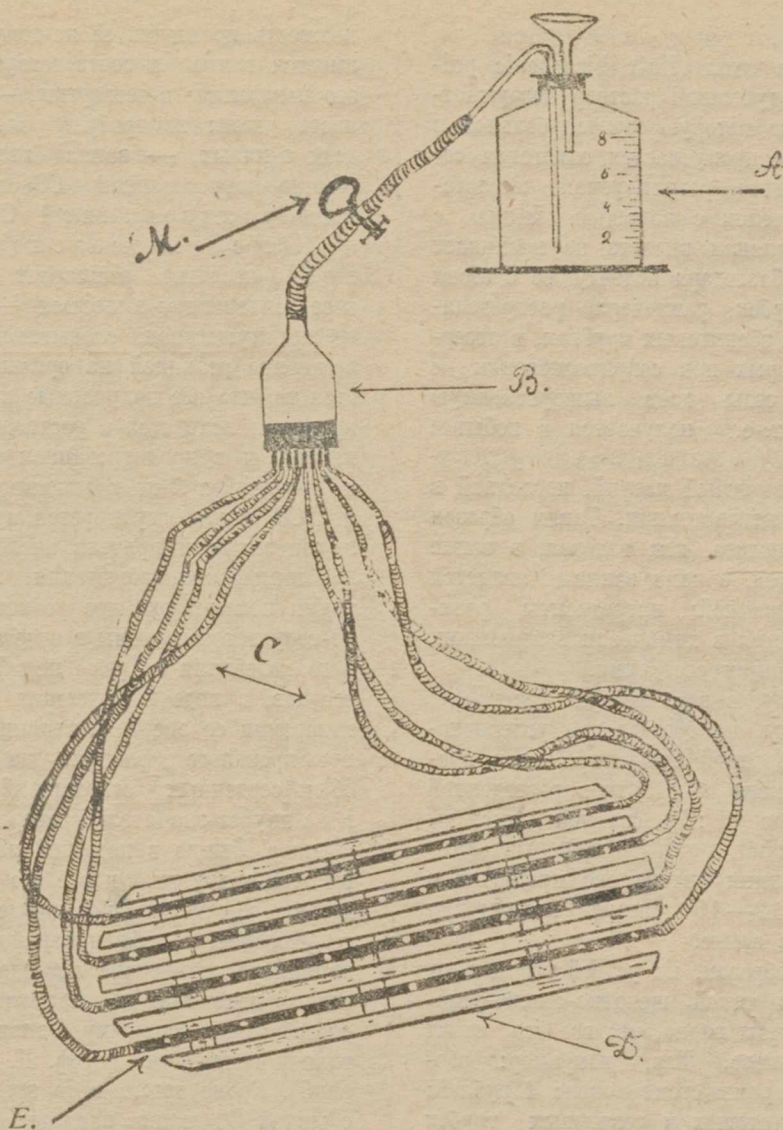


Схема устройства щелочно-солено-углекислой ванны по проф. Н. А. Скульскому (Пермь) и Г. Бернштейну (Киев)

- А.—Баллон с разведенной HCl (с делениями на литры и с сифоном)
 В.—Кислотораспределитель (с резиновой пробкой вместо дна и системой трубок).
 С.—Резиновые трубки, сообщающие кислотораспределитель с рамой.
 Д.—Деревянная рама с системой 4-х эбонитовых трубок.
 Е.—Эбонитовые трубки-рамы.
 М.—Моровский зажим с винтом, регулирующий подачу HCl в трубки (резиновые и эбонитовые).

в различных секторах отверстия приблизительно на равных расстояниях друг от друга. Важно, чтобы во всей конструкции не было металлических частей, а также и деревянная рама не дол-

жна сколачиваться металлическими гвоздями, а деревянными (образуются окислы металлов).

— **Техника ванны.** В обычном количестве подопретой до соответствующей

температуры воды растворяется два килограмма соды (*Natr bicarbonic pulver*). В полученный раствор погружается рама, на которую садится больной и после этого пропускается самотеком соляная кислота, регулируемая кислотораспределителем с помощью зажима с винтом. Соляная кислота не проникает в воду, а благодаря подводу ее с обоих концов трубок, равномерно распределяется в 4-х эбонитовых трубках, в отверстиях которых при соприкосновении с раствором соды дает вышеуказанную реакцию, т.е., получается в избытке свободная (*in statu nascendi*) углекислота и хлористый натрий, последний в растворенном состоянии. Таким образом соляная кислота, как таковая, в ванне не находится, а сама ванна является минерализованной; ингредиенты реакции находятся в химически взвешенном, ионизированном состоянии.

На ванну, в воде которой растворено 2 кг. соды, на образование углекислоты с поваренной солью требуется пропустить около 2-х литров разведенной в пять раз (1:5) соляной кислоты *Ac. muilatium concentratum erudum* и эта реакция интенсивно протекает в течение 12—15 минут нахождения больного в ванне.

Таким образом, из устройства и приготовления такой щелочно-солено-углекислой ванны видно, что все это стоит очень дешево. Так, например: оборудование рамы стоит около 4 рублей; набор эбонитовых и резиновых трубок 6—8 рублей; т.е., в общей сложности 10—12 рублей. Количество соды и соляной кислоты, нужное на ванну, стоит от 20 до 30 коп. Если считать топку и прочие расходы, то вся ванна обходится от 35 до 40 коп.

Каковы же преимущества этой ванны?

Во-первых, — ее только что упомянутая дешевизна, во-вторых, — ее простота устройства (возможная в любой больничной обстановке, так как может быть изготовлена кустарным способом на месте); в-третьих, — ее портативность и отсюда доступность, даже есть воз-

можность проводить ее на-дому там, где имеется ванна и соответствующие на это показания; в-четвертых, — несложность ухода: не требует специальных лиц; в-пятых, — ванна является необычно искусственной CO_2 ванной, а минерализованной CO_2 ванной (щелочно-солено CO_2 ванной); последнее расширяет показания к ее назначению: в-шестых, — большим ее преимуществом, сказывающимся качественно реакцией на организм, является то, что все получаемые химические продукты находятся в растворе во взвешенном и в ионизированном состоянии, и наконец, в 7-х, количество выделяемой CO_2 легко регулируется путем регуляции зажимом притока кислоты.

Клинические наблюдения и исследования показывают, что реакция сердечно-сосудистой системы в виде закономерного колебания тонуса периферических сосудов, в виде наступления активной гиперемии ее энергии, влияния на кривую кровяного давления, на пульс, на объем сердечных сокращений, а также и на диурез значительно энергичнее, наступает обычно в подобной ванне раньше, чем в других, и все это держится дольше обычного. Тщательные сфигмографические, сфигмоманометрические, капилляроскопические исследования наглядно показывают, что такая ванна способствует большему диапазону активной гиперемии (проф. Н. А. Скульский). Кроме того, в то время, когда обычная CO_2 ванна чаще бывает показана лишь при сердечно-сосудистых расстройствах, функциональных неврозах и некоторых органических заболеваниях нервной системы, ограниченного круга болезней обмена, — наша конструкция ванны показана при явных склеротических поражениях, атеросклерозе, сосудистых спазмах (болезнь Рено), при артритах подагрического происхождения, при хронических ревматических страданиях костей, мышц и нервов, при люэтических изменениях внутренних органов, заболеваниях печени, мочекишечной диатезе, при понижении функции почек на почве обмена

ществ и при некоторых видах вторичного малокровия, а также при страдании эндокринного аппарата желез. Из этого краткого и общего перечня видно, что круг применения подобной углекислой ванны значительно расширяется. В виду того, что реакция наступает несколько раньше, то продолжительность самой ванны, естественно, сокращается. Последняя регулируется в связи с теми или иными показателями: краткая ванна при гипертонии, продолжительная при гипотонии, а также в связи с тем или иным специальным процессом. Отсюда, если подойти к пропускной способности ванны, то она также при нашей конструкции повышается по сравнению с обычными CO₂ ваннами.

Не останавливаясь на самой технике проведения с точки зрения клинической (продолжительность, температура ванны, влияние гидростатического давления и проч.), что можно найти в специальных указаниях по этому поводу (М. Арьев, Н. Окульский, Б. Коган, А. Нестеров, Frank en häuser F. v. Croedel и др.), мы должны отметить, что пользование в клиническом и больничном обиходе этой ванной значительно шире,

чем у других. Поэтому мы позволим себе высказать пожелание, чтобы различные организации, ведающие теми или иными больничными учреждениями, как-то: университетские клиники, физио-терапевтические институты и водолечебницы, больничные отделения городов и районов, санаторий, дома отдыха и поликлиники воспользовались устройством у себя подобных углекислых установок, так как это, с одной стороны, не требует специальных затрат, может быть сконструировано и проведено на месте и, с другой стороны, по своему качеству действие на организм обосновано и научно, и практически; в качественном отношении выше в отношении обычных употребляемых углекислых ванн.

Мы позволяем себе, по этому поводу, сделать сейчас лишь подобное предварительное сообщение в целях пожелания и рекомендации подобной установки углекислой-щелочно-соленой ванны в широких пределах на основании личного опыта. Детальные же наблюдения по тем или иным чисто специальным вопросам клинической практики последуют в ближайшее время.

Случай кожного лейшманиоза *)

К. Р. АСТВАЦАТУРОВ

Из клиники кожных и венерических болезней Пермск. Госуд. Универ.

Первые сведения о кожном лейшманиозе были представлены Рососке в 1745 году и братьями Russ.l в 1756 году, клинически подробно описавшими это заболевание. Географически встречающийся преимущественно в странах востока, кожный лейшманиоз известен под названием «Восточной язвы» или «Восточнопрыща» (Bouton d'orient) при чем по месту эндемических очагов появилось и большое количество мест-

ных названий: Пендинская язва, Асхабадка, Самаркандская язва и множество других в Алжире, Египте, Персии, Индии, Аравии и пр.

В настоящее время в различных странах Европы и Америки все больше и чаще регистрируются случаи восточной язвы которые носят заносный характер

Возбудитель восточной язвы паразит *Leishmania tropica* был впервые обнаружен в 1898 г. Боровским и подробно описан в 1903 г. одновременно под разными названиями Марциновским и Богровым (*Quoplosma Oriental.*)

*) Больная и микроскопические препараты демонстрированы в заседании Медицинского Общества при Пермском Гос. Университ. 22 мая 1929 г.

и американцем Wright'ом (*Helcosoma tropica*). Марциновский и Боргов первые отнесли его к Protozoa. Паразит имеет форму рисового зерна, величиной от 3,14 до 5,49 микрона. Ядро круглой или овальной формы. У края протоплазмы (большей частью) расположен блефаробласт палочковидной, точковидной или в виде арки формы. Вопрос о передатчике болезни до сих пор не решен.

В своей экспедиции по Туркестанскому краю Якимов и Шохор специально занялись изучением этого вопроса. Ими был поставлен ряд опытов над комарами (*Anopheles* и *Culex*), клопами и мухами разных родов, при чем результаты были получены отрицательные. Хотя ряд авторов в (James, Wengov, Migoni) от ищут какую-либо возможность заражения животных кожным лейшманиозом и подтверждают это экспериментальными работами, все же несомненные случаи кожного лейшманиоза у собак с нахождением в грануляциях язв типичных лейшманий (случай Якимова и Шохор, Nicolle) заставляют предполагать о роли собак как носителей инфекции. Так, в столице Персии из 21 собаки, пойманных наугад на улице, 15 оказались пораженными язвой (цит. по Агронику). Гейденрейх наблюдал восточную язву у собаки-суки на молочных железах. Carter и Murray Wortabet наблюдали язву у собак преимущественно на нижней губе. Также имеются единичные сообщения о наблюдении язв, похожих на восточные, у кошек, верблюдов, лошадей. Среди народов Закавказья существует поверье, что заражение происходит через воду, которая заражается, якобы, опадающими осенью листьями чинары. Как бы в подтверждение этого говорят исследования Franchini, который видел похожих на лейшманий паразитов в молочном соке растений и которому удалось даже привить этих паразитов животным. Наконец, заражение восточной язвой ставит связь с укусами *Phlebotomus* (особый вид комара) и каспийского геско в (отряде ящериц подотряд полостноязычных). Многими авторами также высказывается взгляд и описываются случаи, где роль передатчика инфекции играет сам человек. Все эти теории не нашли до сих пор должного подтверждения.

Период инкубации длится от нескольких дней до нескольких месяцев. Клинически кожный лейшманиоз проявляется в основных четырех формах: папулезной, которая ограничивается появлением папулы, бесследно рассасывающейся, дерматитивной—узелок покрывается чешуйками, крустовой и язвенной. Наиболее частым осложнением восточной язвы являются лимфангоиты, преимущественно на конечностях. Из других осложнений следует указать на лимфаденит, гангрену, флебит, флегмону, рожу, септицемию и пр. Вообще же осложнения восточной язвы встречаются относительно редко (2—6 проц). Большинство авторов считают восточную язву поражением только местного характера, за что говорят единичные, как правило, очаги поражения на открытых частях тела и обычное отсутствие лейшманий в крови (обнаружены только Neuman'ом и Potton'ом). С другой стороны описан ряд случаев, где поражение носило множественный характер. Так, например, в случае Owen'a в области лица и головы было насчитано около 250 узлов, в случае Христина множественная сыпь располагалась на лице верхних и нижних конечностях. Большинство гистологически кожный лейшманиоз протекает по типу инфекционной гранулемы.

Для лечения восточной язвы было предложено много средств, при чем некоторые врачи-практики являются противниками какого-либо терапевтического вмешательства и рекомендуют дожидаться самопроизвольного разрешения процесса. По мнению других авторитетов такие нелеченные больные являются резервуарами вируса и способствуют явлению перманентных эндемий. Из местных средств применяются с переменным успехом: марганцевокислый калий *per se*, подофоров, сусла в виде растворов (1 : 1000 и 0,25 : 1000), суслемовый коллодий (1 : 300), карболовая кислота (1 : 300), азотнокислое серебро в виде примочек (3 : 1000) и смазываний (2 : 100). Хорошие результаты получались от применения хинной мази.

Chinini mur. 5,0 + Vaseline 10 0), мази из метиленовой синьки Methylblau vaselin. Lanolin aa. Сухие, папулезные формы хорошо поддаются действию снежной угольной кислоты. Наконец, следует указать на применение лучей Рентгена, Финзена радия и диатермии, после которой по словам Behdjiet остаются очень нежные рубцы, при чем перед сеансом производилась анестезия 4% алипином. Наибольшее распространение получили различные препараты Сурьмы: tartarusesnets 1% Stybenyl по с, 1—0,6 prodosi при общем количестве в 2—3 грамма, sol. stibii kalii tartarici 2%, от применения которого Султанов и Худатов наблюдали очень хороший терапевтический эффект. Последнее время были предложены Stibosan (471) Antinosan (661) и Neostibosan (693 В), которые применяются в количестве 8—12 внутривенных (можно внутримышечно) вливаний с общей дозой в 2—3 грамма и интервалами в 1—2 дня. У некоторых с хорошими результатами были применены вливания Neosalvarsan'a. В 1925 году Агроник применил с хорошим результатом русский препарат висмута Biochinol, введя взрослому больному всего 22,0 взвеси (2,2 соли). Кольчинский также сообщает о хорошем результате применения Bioshinol'я взрослому больному после безрезультатной рентгенотерапии.

Мы позволили себе привести собственное наблюдение, представляющее интерес для Урала, как случай несомненно заносного характера.

Больная, девочка Ш., 11 лет, жительница г. Осы, Сарapulьского округа, обратилась в мае 1929 г. к проф. М. А. Розентул, которым и был поставлен диагноз восточной язвы. В 1927 году больная жила в Асхабаде и по возвращении домой осенью 1928 года заметила у себя прыщик на левой щеке, который начал увеличиваться в размерах, не вызывая никаких субъективных ощущений. В январе 1929 года появился такой же прыщик на шее, но в своем развитии не прогрессировал. Больная указывает, что в Асхабаде она купалась и помнит слу-



чай, когда ее в лицо лизнула собака. Со стороны наследственности ничего патологического отметить не удается. Status praesens: девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания, несколько анемична. На левой щеке имеется опухоль величиной с большой грецкий орех, упругой консистенции, цвета несколько цианотичного. Опухоль не очень ясно ограничивается, переходя без резких воспалительных явлений в нормальную кожу. Поверхность опухоли покрыта плотно-сидящими, белого цвета чешуйками, особенно густо наложенными в центре. На шее слева имеется папула, величиной с пятикопеечную серебряную монету, овальной формы, красноватого цвета. В пунктате опухоли и соскобе с папулы обнаружены в значительном количестве типичные Zeischmania trop. В крови и моче ничего патологического; в крови при многократном исследовании не удалось найти лишманий. R. Wa. R. S.—9. орицательны R. O.—6 милл. в 1 час. Посев пунктата опухоли на среду Sabsurand дал скудный рост стафилококка. Заражение собаки материалом, добытым пункцией опухоли (методом скарификации и подкожно) результата не дало.

С 21-V по 18-VI больной было сделано 9 внутримышечных инъекций Biochinol'я с общей дозой в 20,0 и 3 вливания Neosalvarsan'я (105). Со стороны опухоли на щеке каких-либо изменений подметить не удалось. После проведенного лечения больная уехала домой и, по нашему вызову 24-VIII с. г.

вновь приехала для продолжения лечения. За это время опухоль увеличилась до размеров куриного яйца, резко возвысилась над уровнем кожи и хорошо отграничилась от нее. Количество чешу-



ек увеличилось. Папула на шее покрылась желтой корочкой. Как опухоль, так и папула резко болезненны при легком дотрагивании и повороте головы. Нами было применено больной лечение Stibosan'om (31% чистой сурьмы) и Neostibosan'om (42% чистой сурьмы), любезно присланными Jderissko.

Препараты вводились внутривенно, начиная с 0,5 до 2,5. С 26-VIII по 16-IX нами было сделано больной 7 инъекций Stibosan'a (1.1 dr.) и 3 инъекции Neostibosan'a (0,7 dr.).

В начале курса после вливания больная ощущала тошноту без явления рвоты, но после 2-х инъекций препарат переносится хорошо. Вливания делались через час после легкого завтрака. Со стороны мочи и крови во время лечения изменений не отмечалось.

Результаты лечения: опухоль стала мягче, но в размерах не уменьшилась, болезненность исчезла. После 2-недельного перерыва больной был проделан второй курс, состоящий из 3-х инъекций Stibosan'a (0,55) и 2-х инъекций Neostibosan'a (0,5). После этого:



корочка на папуле отпала и под ней обнаружилась осадочная поверхность. Опухоль на щеке—значительно мягче, в центре покрыта корочкой. Всего за 2 курса больной было проделано 10 инъекций Stibosan'a (1,65) и 5 инъекций Neostibosan'a (1,2). Затем была сделана пункция опухоли и в пунктате было обнаружено большое количество кокков и 1—2 лейшмании во всем препарате. Посев пунктата на среду Novi-Neal-Niells с прибавлением 1% дефибрированной крови кролика дал пышный рост белого стафилококка. Интересно отметить, что некоторые авторы склонны рассматривать такое превалирование посторонней флоры, как один из признаков, указывающих на близость разрешения процесса. 6-XI корка с опухоли на щеке отпала и под ней обнаружилась язва с рыхлыми и вялыми грануляциями в центре и твердой корочкой по краям. Вся язва возвышается над уровнем кожи*).

Таким образом, мы имели возможность наблюдать случай кожного лейшманиоза в виде десквамативной формы (восточный прыщ) с последующим изъязвлением на щеке и сухой папулезной формы на шее. Что в данном случае

*) К сожалению, дальнейшее наблюдение за больной провести не удалось, в виду ее отъезда домой; для продолжения лечения ее местному врачу дан препарат Stibosan'a.

послужило моментом для заражения, сказать трудно. Разные сроки появления двух разных морфологических элементов кожного лейшманиоза, отстоящих друг от друга по времени появления на довольно значительном расстоянии (несколько месяцев), натапливают на мысль о самозаражении.

Несмотря на применение новейших методов лечения, мы не получили должного терапевтического эффекта и упорность течения процесса мы склонны объяснить запущенностью случая и поздним обращением за врачебной помощью.

Этиология, патогенез и профилактика эпилепсии

Врач И. В. ЛЫСАКОВСКИЙ Пермь, Областная Психолечебница

В одной лишь Уральской области эпилептиков имеется, исходя из расчета 1,5—2,0 на тысячу, 10—14 тысяч. Эпилептик в значительном числе случаев — дегенерант, слабоумный, антисоциальная личность, объект нелегких общественно-государственных забот, производитель вырождающегося потомства. Одним словом, перед нами враг серьезный, а на ряду с этим мы видим мало удовлетворительные результаты лечения эпилепсии. Такое положение вещей властно заставляет нас, с одной стороны, всемерно углубить наши, пока еще далеко недостаточные, знания об эпилепсии, а с другой, решительно двинуться по пути врачебно-социальной профилактики эпилепсии. Конечно, профилактик должен быть до зубов вооружен самыми совершенными знаниями об эпилепсии, но время не терпит, и ему приходится теперь же создавать базу для предупреждения эпилепсии, подвергая медико-социологической проработке проделанную уже медико-биологическую работу об эпилепсии. В соответствии с этим мы попытаемся в самых общих чертах, обрисовать современное состояние учения об эпилепсии, чтобы сделать из этого обзора профилактические предпосылки. Такой подход нам кажется тем более уместным, что в этом направлении намечается работа как организованной в центре комиссии по борьбе с эпилепсией, так и ее периферических ответвлений.

По мере развития наших знаний об эпилепсии последняя становится все менее генуинной (идиопатической, эссенциальной), и все более симптоматической. На ряду с этим эпилепсия перестает быть нозологически обособленной формой и превращается в особый вид реакции мозга на известные его повреждения, на определенные функциональные раздражения, на известного рода интоксикации. Разнообразие же формы реакции зависит от свойств действующей вредности, от различия места приложения последней, от конституциональных — врожденных и приобретенных особенностей организма в целом и его частей и, наконец, от сопутствующих биологически социальных условий.

К изложенному взгляду на эпилепсию мы хотели бы присоединить существенную, по нашему мнению, поправку, а именно, что при эпилепсии реагирует не только мозг, но и весь организм в целом: от ветмозга — это лишь последнее звено реактивной цепи, особенно обращающее на себя внимание, быть может, несколько фетишизированное. В пользу этого говорят и морфологические, и клинические, и биохимические данные.

Понятие об эпилепсии, как мы видим, эволюционировало достаточно определенно, что следует приписать вторжению в область медицины диалектического метода познания явлений, метода, не мирящегося с неподвижным, застывшим, необъяснимо особенным.

Один из кардинальных вопросов этиологии эпилепсии лежит в плоскости наследственности. Не все здесь, правда, можно считать, прочно установленным, однако, ряд фактов, в значительной мере колеблющих прежние взгляды, мы все же имеем. Так, напр., выяснилось, что гомологичная наследственность при эпилепсии — явление исключительное (Collins); и др., что проблема эпилепсии отнюдь не связана неразрывно с проблемой наследственного сифилиса, что алкогольная отягощенность создает лишь почву для развития патологических реакций организма, но отнюдь не вызывает эпилепсию непосредственно и обязательно. Вопрос этот интересное освещение получил у Patrizzi. В опытах с собаками кардиопагами, т. е. такими, у которых круги кровообращения были (искусственно) сообщены, он нашел, что при раздражении двигательной зоны у одной собаки, у другой судорожной реакции не получалось; получалась же она при введении одной из собак абсинта, т. е. гуморальным путем.

По выражению Pierre-Marie эпилепсия является страданием индивидуальным и первопричина ее всегда внешняя и всегда следует за зачатием. Отсюда Pierre-Marie выводит заключение, что эпилептики могут жениться без риска производить эпилептиков. Во всяком случае, «гуманный» метод обезвреживания эпилептиков в некоторых штатах Северной Америки путем кастрации едва ли может считаться научно обоснованным. Наши многочисленные больничные наблюдения в течение ряда лет точно также могли доставить нам более, чем скудный, материал в пользу наследования эпилепсии, как таковой. Этому не противоречит рождение некоторыми женщинами нескольких детей эпилептиков, каковое без натяжки могло быть объяснено травмой мозга плода при неблагоприятных родах; точно такое же значение могут иметь заболевания мозга и плода во время утробной жизни, часто имеющие своим последствием различные виды олигофрении и эпилепсии.

С изложенным отнюдь не стоит в противоречии устанавливаемые различными авторами конституциональные особенности эпилепсии. Так Ventrà, на основании своих многочисленных исследований, выявил в 90 проц. случаев общую или частичную микросомию эпилепсии; однако, ответственность за наступление припадков он возлагает на сочетание факторов, определяющих эпилептический биотип, но не обязательно и полностью наследственных (низкий судорожный порог мозга и расстройств биохимизма). Forster, Kreyenberg и др. относят большую часть эпилептиков к диспластикам (по Кречмеру), не ставя, однако, в прямую связь этот тип строения тела с эпилепсией.

В качестве основной и наиболее частой (при других благоприятствующих условиях) причины эпилепсии следует выдвинуть травму не только внешнюю (акusherские щипцы, ушибы головы, повышение внутричерепного давления при действии некоторых профвредностей), вызывающую геморагии в мозгу с последующим развитием невроглии (Couvelaire и Zeri), но и травму внутреннюю с нарушением кровообращения в мозгу (сдавление или сужение шейных и мозговых сосудов), дающую те же последствия. Значение поврежденный мозга в судорожной реакции последнего демонстративно показали опыты Н. Claude'a: животные, не дававшие судорог при данной дозе стрихнина, обнаруживали их при прижигании мозга $ZnCl_2$, применение которого само по себе судорог не вызывало.

Далее в качестве существенных этиологических моментов эпилепсии мы должны иметь в виду инфекции первых лет, менингеальные явления с судорогами (по Shanhan'у они имеются как антецедент в половине случаев эпилепсии), ранние энцефалиты. P. Marie указывает еще на заболевания органов чувств, каковые вызывают через посредство черепных нервов разрастание глии и эпилепсию. Наконец, поздняя эпилепсия часто связана с процессами распада в мозгу нервных элементов и замены их невроглиями.

Wimmer ставит вопрос о возможности происхождения эпилепсии из эпидемического энцефалита и разрешает его для многих случаев в положительном смысле, поскольку у энцефалитиков мы наблюдаем ряд эпилептических признаков (Absences, амбулаторный автоматизм, палиялия), а у эпилептиков ряд экстрапирамидных явлений (дрожание, тонический спазм, миоклония), позволяющих говорить о «стриарной» эпилепсии (Хорошко). Этому соответствуют и гистопатологические находки в С. Stratum (Voigt, Bielschowsky), а также наблюдения ЯКОВЛЕВА о том, что из 700 эпилептиков 50 проц. с годами стали проявляться признаки паркинсонизма.

По Förster'у эпилептогенных факторов 16: врожденные болезни мозга, наследственные процессы перерождения, травмы, опухоли, абсцессы, врожденный сифилис, отек мозга, менингиты, эпидемический энцефалит, инфекции (сыпной тиф, скарлатина и др.), множественный склероз, пресенильные заболевания мозга, токсические агенты-экзогенные (алкоголь, свинец, медь, мышьяк, абсинт, спорынья, бензин и др.), эндогенные (уремия, кишечные и глистные яды), и наконец, нарушения кровообращения.

Этот перечень мы склонны пополнить психогенными факторами (эмоциональный момент), понимая под ними, конечно, материальный социо-биологический агент, падающий на благоприятную почву, а затем—рефлекторными влияниями от носоглотки, зубов, пище варительного канала и др. органов, а также с различных мест периферии тела. С другой стороны, на основании целого ряда как литературных данных, так и собственных наблюдений, мы, в дополнение к изложенному по этому поводу выше, должны в перечне Förster'a ограничить роль и значение наследственного сифилиса, нередко весьма переувеличиваемые. Так, в противоположность данным некоторых авторов, приписывающих эпилепсию наследственному сифилису в 30 — 60 проц. случаев, Marchand и Bauer, а раньше Kräpelin, нашли этот процент равным всего лишь 4,5. Но и приобретенный сифилис не более чем врожденный может иметь своим последствием эпилепсию. Ведь известно, что эпилепсия чаще всего проявляется раньше половозрелого возраста. С другой стороны, статистика (Marchand, Bauer) обнаружила лишь 17 случаев сифилиса у 241 эпилептика, т. е., около 7 проц., при чем некоторые из этих эпилептиков уже были таковыми до заболевания lues, om. Американец Patterson, исследуя 41 эпил.-сифилитика, нашел тоже, что сифилис сопровождал эпилепсию, а не являлся ее этиологическим моментом. Ранее и позже приобретенные специфические менингиты могут явиться, как и сама эпилепсия, следствием уменьшенной сопротивляемости мозга, а не обусловить эпилепсию непременно. Мало вероятны и случаи эпилепсии во вторичном и третичном периоде сифилиса. Этим объясняется весьма частый неуспех специфического лечения подобной эпилепсии.

При любой форме эпилепсии—интоксикационной, воспалительной, связанной с травмами, опухолями и т. д. — мы неизменно наблюдаем гистологически реакцию невроглии в форме глиоза. Так, колоссальное разрастание глиомы имеем при туберозном склерозе болезни, связанной с эпилептическими припадками, а в меньшей степени при прогрессивном параличе, множественном склерозе, у так наз. «генуинных» эпилептиков, при сенильных и артериосклеротических заболеваниях мозга и др. Среди предрасполагающих к эпилепсии моментов социального порядка видное место занимает: плохой уход за детьми, беспризорность их, подверженность детей инфекциям, дурные гигиенические условия, широкое развитие алкоголизма, некультурность населения, пауперизм, негигиенические условия труда, недостаточная охрана детства и материнства.

По анатомо-физиологической локализации в мозгу, кроме указанных выше форм эпилепсии (корковая, стриарная), различают: мосто-мозжечковую, сензитивную (thalamus), чувственную (с аурами различного качества, и вегетатив-

ную (например, сосудодвигательную) и другие. В дальнейшем нам придется вкратце остановиться на механизмах и сущности эпилепсии с точки зрения патофизиологии и патохимии, т. е., коснуться главнейших, известных в литературе, эндокринно-вегетативных и циркуторных нарушений равновесия организма эпилепсии.

Значение эндокринного аппарата в патогенезе эпилепсии весьма существенно. Förster'ом и другим установлено, что кора надпочечников, желтое тело, Thymus, Pankreas понижает порог возбудимости мозга, наоборот—Parathyroid. яички, отчасти щитовидная железа его, повышают. Gordon находил, у эпилептиков признаки бывшего воспаления Ploxus chor. Известна роль щитовидной железы и половых в активизации мозга, и эпилепсия чаще всего обнаруживается ко времени полового развития. Мои исследования у 25 умерших эпилептиков дали частью абiotрофические, частью, же хронические интерстициально измененные щитовидные железы в значительном большинстве случаев: у некоторых мы наблюдали точечные кровоизлияния и круглоклеточковую инфильтрацию надпочечников. Capelli указывает еще, кроме того, и на изменения в половых железах у эпилептиков, чего мы в наших случаях не видели. По Серейскому наблюдаются случаи тиреотоксической эпилепсии. У женщин в период созревания, менопауз и климактерия обычно припадки ухудшаются. Овариотомия действует неблагоприятно так же, как и рентгенизация яичников. При вскрытии эпилептиков мы и другие исследователи редко находили Thymus Persistens. Kafka при исследованиях по Abderhalden'у часто находил нарушение щитовидных желез. Редлих — в эпителиальных тельцах, Thymus яичниках. По Forster'у, Wilson'у и др. секрет гипофиза действует резко сосудосуживающим образом на лабильные сосуды эпилептиков, впрочем этого секрета в серуме эпилептиков меньше чем, в норме. Patterson, исследуя параллельно вес печени и мозга эпилептиков нашел, что они отстают от нормы.

Всемирно известная эмоциональная и связанная с ней вазомоторная лабильность эпилептиков заставляет, помимо других нижеуказанных оснований, сосредоточить внимание на вегетативной нервной системе эпилептиков. Некоторые (Forster) склонны относить эпилептиков преимущественно к симпатикотоникам, другие (H. Claude) к ваготоникам и третьи (врач Психолечебницы П. Ф. Малкин), тщательно исследуя эпилептиков по Danielopolu, отнес большинство из них к гипоамфотоникам.

Нарушения обмена веществ у эпилептиков касаются, главным образом, углеводного обмена: по Zenoxh'у у эпилептиков понижена способность разрушать глюкозу, по Cuneo и др. у 60 проц. эпил. оказалось гипогликемия. К таким же выводам пришла в своей работе и доктор Е. С. Сборовская (лабор. Психолечебницы). Laroche видел случай наступающей периодически гипогликемии (70-80 проц. млг. сахара), сопровождавшейся эпилептическими припадками, при чем эти припадки вызывались также и дачами 5—10 гр. инсулина и устранялись введением сахара. Величина холестерина в крови эпил. оказывались неизменно возрастающей (свыше 200 млг. проц.). Данные о минеральном обмене недостаточно определены, но все же можно сказать, что он у эпилептиков вообще неустойчив; во многих случаях было найдено уменьшение Са и увеличение Cl.

По данным лаборатории проф. Ющенко и нашей каталазное число у эпилептиков оказалось по величине не одинаковыми: там пониженное, у нас же повышенное. Осаждаемость эритроцитов в нашей лаборатории у эпилептиков оказалась значительно большей, чем в лаборатории Ющенко. По Хорошко свертываемость и вязкость крови у эпилептиков значительно повышена особенно перед припадками.

В отношении кислотно-щелочного равновесия большинство авторов склоняется в сторону алкалоза при эпилепсии, на чем, между прочим, и основано лечение кетогенной (дающий ацидоз) диетой и бурой. Н. Claude находит, что Ph мочи у эпилептиков отличается большими суточными колебаниями сравнительно с нормой. В настоящее время в нашей лаборатории предпринято широкое биохимическое исследование эпилептиков в целях проверки полученных разными авторами данных и получения новых.

Переходя затем к теориям механизма самого припадка, мы укажем на следующие — 1) теория разряда (сравнение с Лейденской банкой) устарела; 2) т. анафилактическая (коллоидоклазическая), выдвинутая впервые Buscaino. Она опиралась на наличие у эпилептиков гемоклазического криза (лейкопения, увеличение свертываемости крови, падение кровяного давления и пр.). Однако, ряд опытов с вызыванием анафилаксии не только не сопровождался припадками эпилепсии, но и устранявшей последние, лишил теорию Buscaino ее почвы; 3) т. рефлекторная не может быть отброшена пока окончательно; 4) теория токсическая, согласно которой припадки вызываются вследствие накопления в организме ненормальных продуктов обмена или действием экзотоксических веществ. Раньше других у нас эту точку зрения выдвинул Крайний, теперь, в числе многих других, этот взгляд поддерживает J. Collier. В пользу этой теории говорит наступление припадка в критические периоды развития организма, периодичность припадков, нарушения обмена, нарушения обезвреживающих токсины желез внутренней секреции (щитовид. железа, надпочечники) и печени. По J. Collier status epilepticus — острый токсический процесс; 5) т. вазомоторная, развитая Nothnagel'om, Hartnberg'om, Forster'om и др. Согласно этой т. механизм припадка следует представить себе таким образом, что, благодаря сужению (спазму) сосудов коры от любой причины, кора тормозится, а вместе с тем растормаживается подкорковый аппарат. В этом направлении действует всякое понижение корковой активности — сон, кома, ряд интоксикаций, атмосферно-климатические, температурные, эмоциональные и т. п. моменты. В пользу этой теории, приобретающей за последнее время наибольшее число последователей, говорят: замедление пульса при припадках, наблюдения Vaquez'a с вызыванием различной силы эпилептических состояний при нарастании брадикардии или остановках сердечной деятельности, наступление афазий, анакузий, транзиторных парезов у эпилептиков, благоприятное действие симпатикозктомий по Lerich'у наблюдавшейся Doyen'ом и Lerich'ом явления церебральной анемии у раненых за несколько секунд до наступления припадков, наблюдения над эпилептогенным значением вазоконстрикторных влияний и т. д. Spielmeier приводит случай livido racemosa, где вслед за кожными сосудистыми изменениями наступали эпилептиформные явления. Picard и Dibar с помощью определения ретинального давления установили значительные колебания внутричерепного давления у эпилептиков (от 25 до 55 мм. ртутного столба)

Очевидно, необходимо признать, что для возникновения припадка необходима патофизиологическая триада: 1) врожденные и приобретенные эндокринно-вегетативные расстройства и зависящие от них расстройства обмена веществ при недостаточном обезвреживании эндо — и экзо-токсинов; 2) циркуляторные нарушения как зависящие от предыдущего фактора, так и от других условий и, наконец, 3) степень сенсibilизации мозга в смысле облегчения судорожных реакций, зависящего, в свою очередь, от экзогенных агентов — биологических и социальных, — эндогенных, когда дело идет о конституциональной неполноценности мозга, отмечаемой пороками развития последнего (тенденция к глиозу, на-

личие клеток Сажа'я, гетеротопии серого вещества, особенности эпилептического биотипа и т. д.) Все эти условия, многообразно коррелируя и переплетаясь, дают различного рода эпилептические реакции. Школа Forster'a сближает с эпилепсией самые разнообразные состояния: спазмофилию, эклампсию, ночные страхи, припадки неудержимого смеха, вазомоторную форму оппенгейма, нарколепсию, пикнолепсию, неврастенические состояния; слабости, мигрень, спазм голосовой щели и т. п., а также и истерию, в основе которой по Forster'у лежит тот же спазм сосудов.

Мы обрисовали, поскольку нам позволило место, нынешнее состояние учения об эпилепсии. При этом, нам думается, сами собой, без особого подчеркивания с нашей стороны, здесь намечаются социально-профилактические меры борьбы с этой старой, как мир, болезнью. Мы видим что она вовсе не представляется роковой и неотвратимой, что для ее выявления требуется целый ряд условий, которые мы в состоянии ослабить и даже уничтожить. Препятствия таинственная генуинность эпилепсии, зависящая от недостаточной нашей осведомленности, занимается симптоматичностью: эпилепсия в громадном большинстве случаев (если не во всех) приобретается. А раз это так, то устранение разного рода социальных дефектов, особенно затрагивающих детей, со свойственным их возрасту пониженным судорожным порогом мозга, способно дать обнадеживающие результаты. Меры к предупреждению эпилепсии должны простираться на мать, вынашивающую плод, а иногда и на женщину до зачатия, на надлежащую постановку родовспоможения, но самый широкий и действительный охват населения органа миохраны материнства и детства. Детей следует возможно более тщательно ограждать от травм—физических и психических—от инфекций и различных вредностей быта, оставляющих молодое поколение в значительной мере беспризорными (отсюда значение правильного семейного и общественного воспитания). Особенное внимание должно быть обращено на самую последовательную и всемерную борьбу с алкоголизмом, не только у взрослых, как производителей неполноценного потомства, но прежде всего у подростков с их повышенной неустойчивостью критического периода жизни. Понятно, что большое значение должна получить также и борьба с венеризмом. Школьно-санитарный врач и, отчасти, педагог. должны развить в себе тонкое, основанное на знании, чутье для улавливания потенциальных эпилептиков с тем, чтобы целесообразными мерами врачебно-социальной помощи через посредство диспансеров (особенно психо-неврологического) с их общественной базой во-время предупреждать возникновение или дальнейшее развитие эпилептической реакции. Многого можно здесь добиться опирающейся на широкую общественность инспекцией охраны труда подрастающего поколения как в городе, так и в современной, вступающей на путь коллективизации, деревни. Одним из краеугольных камней в этой работе должна явиться культ.-просветительная деятельность, охватывающая как взрослых, так и детей.

Хотя мы знаем, что эпилепсия возникает по преимуществу в детском и препубертатном возрасте, однако, ею поражается не мало и взрослых. Так всем известна большая эпидемия эрготизма на Урале, поразившая в 1926—27 г. г. свыше 10000 чел. и прошедшая с тяжелыми нервно-психическими реакциями, которые мы в психолечебнице видели и описали. Поздние эпилепсии развиваются в переломные периоды жизни, у артериосклеротиков, у отравленных алкоголем, свинцом, при некоторых острых и хронических инфекциях, в связи с дурными или неподходящими для данного лица условиями работы, переутомлением и т. п., а потому и для предупреждения эпилепсии у взрослых могут быть приняты сплошь и рядом действительные меры по оздоровлению труда и быта. Здесь также во весь рост встают диспансерные методы борьбы со злом вообще, а особенно по линии психоневрологической.

При таком подходе для угрожаемых эпилепсией создастся, в меру углубления наших знаний об эпилепсии и роста социальных возможностей, максимально благоприятная, т. е., минимально-эпилептогенная среда.

Памяти профессора Ямагивы

Из онкологического отделения Уральского Областного Физио-терапевтического Институт

Проф. Л. М. РАТНЕР

В одном из последних номеров М. М. W в отделе хроники прочел краткое извещение о смерти проф. Ямагивы. Так как русский медицинский мир пока совершенно не реагировал на это печальное событие, я считаю полезным поделиться с читателями Уральского Медицинского журнала теми мыслями, которые пробудила у меня смерть этого выдающегося ученого. Я совсем не знаком с биографией Ямагивы, из его многочисленных научных работ в оригинале читал только две и все же не считаю возможным обойти молчанием и не попытаться осветить ту громадную роль, которую сыграло в онкологии открытие Ямагивы.

В конце прошлого столетия родились и конкурировали между собою три главных теории происхождения злокачественных опухолей: теория отщепления зачатков Конгейма-Рибберта, теория раздражения Рокитанского-Вирхова и инфекционная теория. Настоящих родителей этой теории, которые ее выносили и научно обрабатывали, мы не знаем. Но Scheurlen был первым, который выделил из раковой опухоли грудной железы какую-то палочку и объявил ее возбудителем рака.

Все три теории пережили своих творцов и продолжали конкурировать между собою и в XX столетии. Они развивались, дополнялись и отчасти видоизменялись.

Эволюция взглядов на патогенез и этиологию злокачественных опухолей стала особенно заметна после того, как ученики и последователи Вирхова и Конгейма осветили их теоретические предположки ярким светом эксперимента.

Ямагива был многолетним учеником Вирхова, и это определило направление его дальнейших научных иска-

ний при изучении этиологии злокачественных опухолей.

Что Ямагива поставил целью своей жизни—развить и подтвердить онкологические идеи своего учителя,—станет совершенно ясным, если мы вспомним основные положения теории раздражения и проследим за центром тяжести всех экспериментов Ямагивы.

Свое раковое credo Вирхов формулирует следующим образом: «Опухоли, — говорит Вирхов, — происходят из активных процессов, которые представляют собою не что иное, как процессы раздражения. История каждой опухоли начинается с определения этого периода раздражения, во время которого ткани побуждаются к усиленной секреции или отделению, или образованию. Если раздражение незначительно, то и последствия его будут простейшие: воспаление, хроническое воспаление, гипертрофия, гиперплазия. Специфические же формы появляются только при особой форме и силе раздражения. Опыт учит, что самые злокачественные формы опухолей наблюдаются на таких местах, которые больше всего подвергаются раздражению, имеют незащищенные поверхности, все же другие органы редко заболевают.

Природа раздражения различна, смотря по тому, влияет ли особенное химическое вещество или механические раздражители».

Эти мысли были почерпнуты Вирховым из самой жизни, из наблюдений над больными и только отчасти из изучения патолого-анатомических препаратов. Но для того, чтобы теория Вирхова превратилась в аксиому, ей недоставало только экспериментального подтверждения. Найти его стремились очень много патологов и в том числе такие авторитеты, как Макс Борст и Асмази. Но все их попытки вызвать рак путем раздражения не-

изменно кончались неудачей. Им только удалось установить факт, что химическое раздражение может вызвать сильней ее размножение эпителия, внешне напоминающее канкроид, но прогрессирующего роста такая пищеперильная не обнаруживала. Ямагива был первым, кому удалось путем длительного многомесячного смазывания уха кролика каменно-угольным дегтем получить настоящую злокачественную опухоль с прогрессирующим инфильтрирующим ростом и с метастазами. Интересно, что Napan а затем Jubarsch применяли тот же каменно-угольный деготь, что и Ямагива, но положительных результатов не достигли. Когда читаешь работы Ямагивы, то начинаешь понимать почему он сумел выполнить то, что было недоступно другим исследователям. Исключительное трудолюбие, систематичность в работе, настойчивость в достижении цели, самоотверженная любовь к науке—вот основные черты характеризующие творчество Ямагивы. Годы тяжелой работы, десятки, может быть, сотни неудачных опытов не парализовали энергии исследователя, а, наоборот, стимулировали ее и обеспечили Ямагиве победу, которая была в 1915 году признана патологами всего мира. Эта победа дала промадный толчок к развитию учения об экспериментальном раке, и онкологи всех стран дополнили и углубили полученные Ямагивой данные. И в настоящее время, кроме каменно-угольного дегтя, известно уже много химических агентов, при помощи которых можно получить экспериментальный рак.

Если мы захотим разобраться в том, какое практическое значение имеет победа Ямагивы, то мы придем к заключению, что она не оправдала в полной мере возлагавшихся на нее надежды. Она не разрешила раковой проблемы в целом и не открыла основной причины бластоматозного роста. Наоборот, как это часто наблюдается в науке, добытые Ямагивой факты породили ряд новых вопросов, которые касались главным образом совершенно еще неясных взаимоотношений между экспериментальным раком животных и самопроизвольно возникающим раком человека.

Постановка новых проблем всегда является большим достижением, ибо каждая новая проблема дает импульс к новым исканиям. А таковыми исканиями, иногда более, иногда менее

плодотворными, стала исключительно богата онкология XX столетия.

Создав новое направление в онкологии, Ямагива дал в то же время иное освещение, иную оценку старым фактам и теориям. И в первую очередь он поднял на промадную высоту теорию раздражения, сделав ее неопровержимой. Тем самым были поколеблены другие теории и прежде всего инфекционная. Правда, крушение этой теории признается далеко не всеми. Уже после появления в печати основных работ Ямагивы были опубликованы новые инфекционные возбудители рака. Таковы фильтрующийся вирус Джая и Бернара, саркома Руса, гергорина Невядомского. Но все эти открытия, производившие кратковременную сенсацию в научном мире и в обществе, хотя и внесли ценный вклад в онкологию, но очень мало дали материала для подтверждения паразитарной теории. Поэтому в настоящее время среди авторитетных патологов наблюдается определенно отрицательное отношение к этой теории.

Aschoff пишет: «Если бы я прожил век Мафусайла, то и тогда не дождался бы торжества инфекционной теории рака».

Jubarsch считает что несмотря на упорство и которых ученых, о обонно клиницистов инфекционная теория этиологии рака в смысле наличия единого специфического возбудителя рака не имеет прав на существование. Еще более определенно и ярко выражается русский паталог Богомолов:

«Последнее десятилетие в области онкологии ознаменовано установлением двух фактов весьма крупного научного и практического значения. Я имею в виду на этот раз окончательное, как мне кажется, дискредитирование возможности установить специфическую инфекционную этиологию злокачественных новообразований и получение неопровержимых доказательств правильности, так называемой теории раздражения. Данные экспериментальной онкологии сделали самую возможность открытия специфического микроба рака невероятной».

Против инфекционной теории рака высказываются также крупные наши авторитеты—онкологи проф. Петров и Абрикосов.

Съезд германских патологов в Дании в 1927 г., где была поставлена программная тема о роли микроорга-

низмов в этиологии рака, единодушно пришел к заключению, что нет и не может быть не только специфического микроорганизма, вызывающего злокачественную опухоль, но и вообще какой-нибудь единой специфической причины рака. Опухоли вызываются различными раздражителями, которые, при наличии общего предрасположения организма дают бластоматозный рост.

Диссонансом в этом согласном хоре патологов и онкологов звучит только голос проф. Невядомского, который на последнем съезде патологов в Баку выставил следующее положение: «все предложенные до настоящего времени теории патогенеза злокачественных опухолей не выдерживают научной критики, так как не основываются на данных эксперимента».

До Ямагивы мы имели право считать вполне справедливыми слова Freund⁴, что в той др. ме. ко. ра. я. носит название рака, мы знаем хорошо только последний акт. Остальные остаются нам неизвестными. Ямагива, по крайней мере в морфологическом отношении, приподнял занавес и показал нам и предыдущие акты. Работы Ямагивы, его учеников и последователей обнаружили все стадии развития рака, показали, как последовательно простая гиперплазия клеток переходит в воспалительный инфильтрат, в атипическое прорастание эпителия и, наконец, в инфильтрирующий рак с метастазами. Эта сложная мета. орф. з. эпителия совершается гораздо медленнее, чем мы это предполагали раньше. Это заставляет нас предположить, что и самопроизвольно зарождающийся рак также проходит ряд различных морфологических этапов. Выдвинутый еще до появления работ Ямагивы термин прекарцинома (Orth) нашел теперь свое морфологическое обоснование. Правда некоторые пат. лог. не признают з. этим термином права на существование, но клиницисты широко им пользуются и культивируют его.

Экспериментальное воспроизведение рака, появление разнообразных канцерогенных агентов безусловно спо-

собствовало подъему интереса к учению о профессиональном и бытовом раке. Благодаря этому уже обнаружено много предрасполагающих к раку профессий, и число их с каждым годом растет. Темой сегодняшнего дня является профилактика рака.

Последние годы Ямагива посвятил несколько работ иммунитету при раке. К сожалению, я не могу входить в оценку этих трудов, так как знаком с ними только по рефератам. Да и вообще, мне кажется, в настоящее время еще невозможно достаточно полно оценить роль Ямагивы в онкологии, ибо тайна происхождения рака еще не открыта. Но пройдут годы, может быть, десятилетия и даже столетия, рак перестанет быть для нас книгой за семью печатями, и только тогда наши более счастливые потомки смогут дать Ямагиве подобающее место в истории онкологии.

Мы, современники Ямагивы, все же имеем право думать, что его имя вместе с именами других современных японских врачей, главным образом теоретиков, как Гата, Ногучи, Итикава и многих других, заполняющих современную медицинскую литературу по теоретическим дисциплинам, займет видное место в истории медицины, где до последнего времени имена японских ученых почти не фигурировали.

Онкологическое отделение Уральского Областного Физико-Терапевтического Института, которое делает первые робкие шаги, по широкому пути, открытому Вирховым и Ямагивой, предлагает уральским врачам склонить свои головы перед свежей могилкой скромного японского ученого.

Лучшим памятником ему будет служить объявление беспощадной войны злокачественным новообразованиям, заключающееся в первую очередь в выявлении их ранних форм. Вирхов и Ямагива верили сами и учили нас верить, что рак в начале своего развития—местное страдание. Поэтому борьба с ним возможна, а следовательно необходима.

Опыт применения искусственного пневмоторакса в Чебаркульском тубсанатории Урал-страхассы*)

ШАПШАЛ Г. С. и ПАПЫШЕВА Е. Л. (Чебаркуль)

Применение коллапсотерапии в клинике легочного туберкулеза с каждым годом все шире и шире начинает проникать в лечебные учреждения. К сожалению применение такового до сих пор остается лишь уделом преимущественно специальных тубучреждений, тогда как пневмоторакс, как лечебный метод, по праву должен уже иметь применение и в прочих лечебных заведениях, обслуживающих туберкулезных больных.

Настоящим сообщением нам хотелось поделиться опытом применения искусственного пневмоторакса в Чебаркульском тубсанатории.

Непродолжительность пребывания туберкулезного больного в санатории и дальнейшая утеря его из-под наблюдения после выписки—не дают возможности учесть нам отдаленные результаты коллапсотерапии. Наши попытки связаться с отъезжающими больными путем регулярных оповещений санатория по анкетам не увенчались успехом из-за небрежности больных в своих ответах. Организованной же связи с тубдиспансерами на местах у санатория также не существовало. Вот почему по нашему материалу мы можем говорить лишь о ближайших результатах искусственного пневмоторакса.

Не вдаваясь в подробности техники пневмоторакса, каковая прекрасно изложена в руководстве проф. А. Я. Штернберга мы ограничимся описанием течения пневмоторакса, принятых у нас к нему показаний и ближайших результатов лечения в условиях санаторного режима.

Наши наблюдения охватывают 80 случаев первичного пневмоторакса, наложенного в Чебаркульском санатории за период времени с апреля месяца 1927 г. по сентябрь месяц 1929 г.

Сюда не вошли случаи неудачного пневмоторакса, прекращенного вследствие плевральных сращений, каковых было всего 18 случаев, что составляет 18,3 проц. к общему числу всех больных прошедших с показаниями для и. п. Не вошли в нашу обработку и больные, прибывшие в санаторий уже с наложенным и. п.

Обычными показаниями для применения коллапсотерапии являлись случаи легочного, преимущественно одностороннего туберкулеза В—С II—III, прогрессивные открытые формы с бацилловыделением.

Каждый такой больной подвергался тщательной лабораторно-клинической обработке в условиях полного постельного содержания, обязательному исследованию рентгеном и лишь спустя 2—3 недели и при отсутствии склонности к компенсации процесса без активного вмешательства, решался вопрос о применении коллапсотерапии.

Однако весьма нередко даже и при наличии прямых медицинских показаний, нам приходилось, к сожалению, отказываться от наложения и. п. только потому, что продолжение такового на местах жительства больных не представлялось возможным, а отдаленные поездки больных в ближайшие тубдиспансеры были затруднительны для них.

Экстренными показаниями к наложению искусственного пневмоторакса были приняты все случаи обильных легочных кровотечений, а также случаи ранних инфильтратов.

Наши 80 случаев первичного пневмоторакса по возрасту и полу подразделяются следующим образом:

*) Доложено 2-му Обл. научному съезду врачей (2—7 февраля 1930).

В возрасте	Мужчин	Женщин	Итого	% %
От 16—20 лет	6	1	7	8,75
" 20—30 "	32	16	48	60
" 30—40 "	14	5	19	23,75
" 40—50 "	5	—	5	6,25
" 50—55 "	1	—	1	1,25
Всего человек %	58/72,5 %	22/27,5 %	80/100 %	—

По социальному составу мы имели:

Рабочих	44 человек (55 %)
Служащих	30 " (37,5 %)
Дом. хоз.	1 " (1,25 %)
Учащихся	1 " (1,25 %)
Инвалидов	4 " (5 %)

По локализации и характеру процесса:

Локализация	С каверн. установ. клинич. или на рентгене	Рани. инфил.	Проч.	Итого	% %
Левосторонни	15	3	20	38	47,5
Правосторонни	17	4	10	31	38,15
Двухсторонни	11	—	—	11	13,75
Итого	43	7	30	80	100

По длительности заболевания туберкулезом и по частоте направления на

курорты наши больные подразделялись так:

Длительн. забол.	Количество челов.	Пользуются санат. леч.	Количество челов.
До 6 месяцев	28	в 1-й раз	53
До 12 месяцев	20	" 2-й "	18
От 1 г. до 3-х лет	13	" 3-й "	6
Свыше 3-х лет	19	" 4-й "	3

Таким образом наибольший процент случаев падает на молодой и зрелый возраст от 20—40 лет (свыше 83 проц.) с длительностью заболевания до одного года. Левосторонние процессы преобладали над правосторонними. Больше 50 проц. всех случаев с несомненными кавернами,

хотя наличие эластических волокон обнаружилось перед накладыванием н. п. почти у всех наших больных.

По патолого-анатомическим особенностям процессов определяемых всякий раз увязкой данных клинической картины с данными рентгена, мы имели чаще все-

го преимущественно продуктивные формы т. б. к., реже продуктивно-экссудативные и еще реже фиброзно-продуктивные.

Из сопутствующих специфических туберкулезных заболеваний мы имели на всем нашем материале выраженного т. б. к. гортани 3 случая и т. б. к. кишечника—2 случая.

В 11 случаях билатерального туберкулеза нам приходилось иметь дело с такими больными, где при наличии процесса с одной стороны, показанного для одностороннего и. п., мы в то же время имели, хотя и не обильные по распространенности, но также активные проявления т. б. к. в другом легком. Тут пневмоторакс накладывался в виду явной безуспешности другой терапии и безвыходности положения больного, при чем в двух случаях, впоследствии, пришлось перейти на двухсторонний и. п., а в 2-х других оборвать совершенно коллапсотерапию в результате быстро наступившего ухудшения.

Что же касается 7 случаев квалифицированных нами как *fruinfiltrat'y* (имеем в виду особую форму остро развивающегося легочного туберкулеза в виде подклубочного инфильтрата впервые описанного Ассманом, позднее Редкером и Симмонсом), то по существу, в виду сложности процедуры направления больного в тубсанатории, нам удалось, в чистой форме, наблюдать, действительно, ранний инфильтрат, установленный на рентгене своевременно и прослеженный в дальнейшем на протяжении 1½ лет лишь в одном случае, остальные же 6 случаев прибывали к нам уже в стадии перехода раннего инфильтрата, безусловно у них имевшегося, в третичную чашотку.

В виду особого интереса этого случая приводим вкратце историю болезни.

Больная В..... 31 г. работает перед заболеванием 2 года медсестрой в тубсанатории. В санаторию поступила 26 мая 1927 г. по поводу внезапно наступившего кровохарканья с жалобами на общую слабость, одышку, познания и небольшой кашель. Незадолго до наступления кровохарканья стала замечать утомляемость на работе и небольшой кашель. После

кровохарканья эти явления усилились, появилась субфебрильная температура. На рентгене под левой ключицей расплывчатое затемнение величиной с детский кулак, исходящее от хилоса. Справа единичный контурированный мелкий очажок в среднем поле. Клинически обнаружено укорочение перкуторного звука под левой ключицей с ослабленным дыханием и небольшим количеством незвучных влажных хрипов. В мокроте обнаружены ВК и эластические волокна. РОЭ 1 ч.—41 мм., 2 ч.—52 мм., температура субфебрильная. Органы кровообращения и пищеварения норма.

11-VI наложен на левое легкое пневмоторакс при колебаниях манометра 12—8 : —2 400 к. с., Т.—38 1 рентген: «боковой двусторонний пневмоторакс, сердце умеренно смещено вправо». В дальнейшем поддерживался и. п. с постепенным увеличением газового пузыря. После 4-го вдывания Т. упала до нормы. 16-VIII 6-ная выписана из санатория при устойчиво-нормальной температуре, при хорошем самочувствии и отсутствии всяких жалоб; эластические волокна в мокроте исчезли, ВК-единичные не в каждом поле зрения, РОЭ 1 ч.—28, 2 ч.—42 мм. На рентгене: «почти полное сжатие левого легкого». После санаторного лечения больная амбулаторно продолжает поддерживать и. п., в течение 1½ лет после чего у б-ной пневмоторакс прекращается при устойчиво нормальной температуре и восстановленной трудоспособности, ВК в мокроте также исчезли.

Больная возвратилась к своей профессиональной работе.

Интерес данного случая заключается в быстром эффекте пневмоторакса, своевременно наложенного по поводу раннего инфильтрата.

Почти во всех случаях вначале и. п. инсультации делались осторожно, вводилось одновременно не более 200—400 к. с. воздуха с последующими поддуваниями в промежутки 3—4—5 дней в зависимости от быстроты резорбции газа. В дальнейших инсультациях мы образовывали пузырь, учитывая общее состояние больного, не увлекаясь полным сжатием легкого—во что бы то ни стало, периодически контролируя больного на рентгене.

Нашей задачей было при этом задержать—уничтожить токсемию, при чем

давление в манометре редко переходило при инсуфляциях за пределы нулевого или слабо положительного.

В среднем каждому больному за время его пребывания в санатории было сделано 12 вдуваний. Полный коллапс легкого мы получили в 5 случаях (6,25 проц.), пузырь наполовину легкого—в 22 случаях (27,5 проц.), пузырь на одну треть легкого в 20 случаях (25 проц.) и частичный пузырь в сращениях—33 случая (41,25 проц.); изредка и у нас после небольшой первичной инсуфляции в 100—200 к. с. воздуха в тот же или ближайший день на рентгене обнаруживается большой пузырь, во много раз превышающий по размерам объем введенного газа. Это происходило видимому вследствие поранения иглой легкого (взгляд д-ра Хмельницкого) при накладывании первичного пневмоторакса, с последующим образованием спонтанного пневмоторакса.

Не исключена также возможность происхождения подобных явлений и без поранения легкого, в силу высокой эластичности его тканей.

Несколько слов в отношении случаев при легочных кровотечениях. Нет хуже положения врача, когда перед собой имеет обильное, упорное легочное кровотечение — применяешь обычно весь арсенал существующих средств, не исключая и внутривенных вливаний кальция, поваренной соли, аутогемотрансфузии, выпрыскивания сыворотки и т. д. и в результате кровотечение продолжается. Вот в подобных случаях пневмоторакс приходил к нам на помощь, как мероприятие наиболее реальное и эффективное. Единовременно вводилось в плевру в таких случаях от 700 до 1700 к. с. воздуха, в дальнейшем искусственный пневмоторакс поддерживался все время пребывания больного в санатории.

Из осложнений на нашем материале мы имели: 6 пневмоплевритов появившихся в различные сроки (минимально на 15 день и максимально на 95 день). Повышенная температура тела при этом держалась не более одной—двух недель. Свободный уровень жидкости не поднимался выше 7—9 ребра и лишь в

одном случае доходил до 3-го ребра (случай спонтанного пневмоторакса). Откачивания жидкости ни разу не производили, а пневмоторакс продолжали поддерживать, за исключением одного случая, где одновременно с пневмоплевритом мы имели и осложнение в виде обострения туберкулезного процесса на противоположной стороне.

Подкожных эмфизем было 5, из коих 4 ограничивались незначительными размерами вокруг места укола и только в одном случае воздух стал распространяться по клетчатке на шею и грудь. В последнем случае причиной подобного осложнения мы имели сильный кашель, возникший в день образования первичного пузыря, ибо инсуфляция была закончена благополучно, а подкожная эмфизема обнаружилась лишь пять часов спустя после этого, но и это осложнение было ликвидировано благополучно.

Спонтанных пневмотораксов, в смысле самостоятельного прорыва легкого в результате коллапсотерапии, у нас было два случая, в одном из них при 2-стороннем и. п. Оба случая протекали тяжело, вызвав в результате значительное ухудшение. И. п. был прерван.

Случаев газовой эмболии за все время применения искусственного пневмоторакса, мы не имели (общее количество инсуфляций 1258).

Переходя к вопросу учета ближайших результатов лечения и. п. нужно прежде всего помнить непродолжительность наблюдения наших больных. Если в среднем пребывание больного исчислялось в 40—45 дней, то в отношении больных с и. п. срок пребывания больного увеличивался за счет права санатория 10% общего количества своих больных оставлять на повторные сезоны, в результате чего мы имели у наших больных среднее пребывание в санатории 74 дня, максимальное 176 дней и минимальное 29 дней. Вполне понятно, что по такому сроку наблюдения трудно говорить даже и о ближайших результатах лечения. Наша задача еще больше усложняется трудностью применения статистического метода учета к туберкулезу вообще, как к процессу имеющему

весьма разнообразные проявления и формы. Поэтому подводя итоги, нашему опыту, нам приходится помимо суммирования некоторых статистических сведений, имеющих безусловно свое значение, главные выводы строить на впечатлениях, получаемых у постели больного от общей клинической картины каждого случая в отдельности, заостряя особенное внимание на соотношениях иммунно-биологических сил больного.

Произведя эту работу, мы пришли к следующим результатам: ВК в мокроте исчезали в 10% случаев, эласт. волокна в 15% случ., поты исчезали в 81%, ознобы в 76%.

Кривая температуры между началом лечения и. п. и концом лечения в санатории представляется следующим образом:

	Температ. высок. (выше 38,5)	Субфебрильн. (до 38,5)	Нормальн.
Температура перед лечен. искусствен. пневмотораксом	20 случаев	46 случаев	14 сл.
Температура в конце лечения	1 случай	20 случаев	59 сл.

Вес прибывал в 90% случаев, средняя прибыль в весе 2,4 кил. Максимальная прибыль 8 килограммов.

Подводя итоги обще-клинической оценки всего нашего материала, мы получили следующие конкретные данные:

39 случаев значительных улучшений или	48,75 %
15 „ „ улучшений	18,75 %
14 „ „ не значительных улучшений	17,50 %
8 „ „ без перемен	10 %
4 „ „ ухудшений	5 %

Таким образом на все 80 случаев первично наложенного и. п. мы получили 15% отрицательных результатов (включая сюда и случаи без перемен), 4 случая ухудшений произошли вследствие быстро развившейся токсемии при обострении на противоположной стороне, при чем в 2-х из них в дальнейшем накладывался 2-сторонний и. п. без видимых результатов. В остальных 85% всего нашего материала мы имели улучшения. Особенно же эффектно протекали свежие формы туберкулеза и на первом месте все подключичные инфильтраты.

Указанные выше результаты складывались безусловно не без влияния и других лечебных факторов санатория, как-то: полного покоя, соответствующего питания и вообще всей совокупности санаторного режима. К сожалению, выделить влияние этих факторов, по вполне понятным при-

чинам, мы не могли—сопоставлять же нашу группу больных,—абсолютно показанных для лечения и. п.—с больными нелеченными коллапсотерапией, мы считали нецелесообразным и неубедительным. Эффект, получаемый наложением и. п., и без того был ясен.

Покойный проф. А. Я. Штернберг свой труд «Искусственный пневмоторакс при туберкулезе легких» заканчивал словами: «Если остановиться на том, чего мы достигли в борьбе с тяжелым легочным туберкулезом, мы должны будем признать, что искусственный пневмоторакс представляет в этой области самое большое практическое достижение за все время существования рациональной медицины».

С тех пор прошло 8 лет, а авторитет пневмоторакса не только не подорван но, наоборот, он с каждым годом завоевы-

вает право общепризнанного лечебного метода в терапии туберкулеза.

В заключение мы считаем необходимым сделать следующие выводы:

1) Искусственный пневмоторакс, как лечебный метод, в терапии легочного туберкулеза должен иметь повсеместное применение не только в специальных туберкулезных учреждениях, но и во всех прочих лечебных заведениях, обслуживающих туберкулезных больных при обязательном условии возможности пользования рентгеном.

2) Только во-время наложенный пневмоторакс дает быстрый и максимальный эффект.

3) Для популяризации идей пневмоторакса и ознакомления с клиникой и техникой его необходимо предоставление

врачам периферии краткосрочных командировок в показательные тубдиспансеры или тубсанатории.

4) Для изучения отдаленных результатов лечения искусственным пневмотораксом необходимо для всей области выработать единую карту учета с обязательным заполнением таковой на местах на всех больных леченных искусственным пневмотораксом.

5) В случаях тяжелых социальных условий больных, подвергавшихся лечению и. п., считаем безусловно необходимым и показанным для закрепления достигнутых результатов ежегодное направление таких больных в санатории до момента прекращения лечения таковым.

О комбинированных методах лечения на Н.-Сергинском курорте *)

Л. Н. КЛЯЧКИН (Казань—Н.-Сергинский курорт)

Еще в 1923 г. проф. Брусиловский впервые выдвинул весьма интересную бальнеологическую проблему, имеющую не только теоретическое, но и огромное практическое значение, а именно, проблему достижения максимальных эффектов лечения природными курортными факторами в кратчайший срок. В качестве фактора, повышающего лечебный эффект курортотерапии, им еще было тогда предложено комбинированное лечение лиманотерапии с протеином. Проф. Брусиловский²⁾ и его сотрудники от такого сочетанного лечения достигали при полиартритах различного происхождения около 99 проц. благоприятных исходов. Вполне благоприятные результаты впоследствии опубликованы были также целым рядом бальнеотерапевтов—сторонников этого сочетанного метода лечения, причем комбинирование шло с протеином и опотерапией (Гремячкин и Жуковская³⁾, с аутогемотерапией (Опокин и Зак⁴⁾ с внутренним применением ноды серы (Рубашев⁵⁾, со специфическим лечением при нейролессе (Шостакович⁶⁾ и т. д. Проф. Валединский⁷⁾ ука-

зывает на хорошие эффекты при комбинированном лечении бальнеопроцедурами с медикаментами, усматривая в этом повышение действия тех и других. Шабак⁸⁾ при гинекологических заболеваниях комбинировал грязелечение с спринцеваниями из минеральной воды, клизмами из этой воды и т. д. В настоящем сообщении мы имеем в виду поделиться своими наблюдениями о комбинированном лечении серными ваннами с физическими методами. Вопрос этот приобретает особенный интерес потому, что он в литературе еще недостаточно освещен.

В основу этого комбинированного метода, широко и успешно проводимого нами особенно последние 2—3 года на Н.-Сергинском курорте, лежит идея сочетания 2-х, реже нескольких лечебных мероприятий, действующих идентично (синергетически). Благодаря их аналогичному действию они могут суммироваться и давать наиболее благоприятный и быстрый лечебный эффект в тех случаях, где показывая каждое в отдельности. Интенсификация терапевтических мероприятий на курортах ведет, следовательно, к сокращению курса лечения без понижения процента благоприятных исходов и тем

*) Доложено на 2-м областном съезде врачей Урала в феврале 1930 г.

самым к увеличению пропускной способности последних. Факт этот имеет особенно важное значение для курортов Урала, пропускная способность которых далеко не соответствует количеству больных, нуждающихся в этом виде лечения. Следует заметить, что не некоторые авторы предостерегают от такого сочетания, считая, что «реактивные явления при этом способе могут достигнуть такой высоты неожиданной степени и распространенности, что реакция на лечение может стать для больного тяжелее основной болезни, ради которой лечение предпринимается», и, таким образом, «дать результаты, обратные тем, на которые рассчитывают» (Щербак⁹). Искусство комбинированного лечения и состоит в том, чтобы избежать перегрузки больного лечебными процедурами и умело совмещать более активные лечебные приемы друг с другом.

Дело в том, что у курортных больных сложилось определенное мнение: чем больше и чем чаще процедуры, тем скорее можно поправиться. Исходя из этих ложных соображений, они постоянно настойчиво требуют себе помимо ванны дополнительной ежедневной той или иной физио-терапевтической процедуры. Между тем, как подмеченный в клинике опыт учит нас, что проблема получения оптимальных эффектов при комбинированных методах лечения определяется не столько суммой раздражений, сколько степенью реактивной способности того или иного больного и, следовательно, совершенно нецелесообразно и даже вредно назначать больному ежедневно 2 или 3 сильно действующие процедуры (ванна + физиопроцедура). Поэтому мы дополнили лечение физическими методами ведем у наших больных, как правило, через щель и лишь в исключительных случаях ежедневно.

Позволим себе вкратце остановиться на организации физиотерапевтической помощи на Н.-Сергинском курорте. Все физиотерапевтические установки данного курорта отражают полностью медицинскую физиономию последнего, как курорта теплового.

В нашем распоряжении имеются аппараты для получения и применения токов низкого напряжения (гальванизация и фарадизация). Ими же пользуемся и для целей миотрофореза и гидро-электрических ванн. Далее, аппарат для диатермии. Кроме того, установки, производящие отдельные отрезки спектра (лампочки накаливания, соллюкс, дуповой фонарь, ртутно-кварцевая лампа модели Баха). Также обилие физиотерапевтических установок

дает нам возможность широко и разнообразно комбинировать основное лечение с серными ваннами с физическими методами. Во главе кабинетов физических методов лечения стоит квалифицированный врач физио-терапии, что безусловно обеспечивает нам правильный, с точки зрения современного состояния этого вопроса, отпуск процедур.

Среди многообразных заболеваний, встречающихся на Н.-Сергинском курорте, болезни суставов в форме, главным образом, ревматического поражения их, занимают в количественном отношении первое место. Вопрос этот приобретает особый интерес в настоящее время, когда выявился во весь рост социальный вред ревматических заболеваний, что, кстати сказать, и привело к образованию в нашем Союзе филиального отделения Международного комитета по изучению проблемы ревматизма. С точки зрения борьбы с ревматизмом правильному и соответствующему лечению придается особое значение. При ревматических полиартритах мы основное лечение серными ваннами охотно комбинируем с местными тепловыми ваннами. Эти ванны, благодаря своему сильному диафоретическому действию, оказывают значительное влияние на процессы циркуляции в больных суставах и являются отличным болеутоляющим средством. Лечение отдельных, встречающихся на Н.-Сергинском курорте, случаев подагрического поражения суставов проводилось нами в комбинации с 4-камерными ваннами, т. е. опыт убеждает нас, что при этих формах поражения суставов такая комбинация является наиболее рациональной. Нередко при лечении хронических поражений суставов приходится сталкиваться с фактом, что один или несколько суставов на общем фоне улучшения не поддаются лечению и остаются надолго пораженными. В таких случаях комбинация нашего основного лечения с миотрофорезом приносит нам существенную пользу.

Как известно, часто хроническ. артриты сопровождаются атрофическими мышечными атрофиями. Вопросу о борьбе с этими атрофическими явлениями мы уделяем особое внимание, и исключительную ценность для лечения атрофированной мускулатуры имеет широко применяемый нами массаж; электротерапия в форме гальванизации и фарадизации в значительной степени восполняет последний.

Что касается заболеваний нервной системы, то на них останавливаться не станем, т. к. вопрос этот нами полно-

стью освещен в работе нашей «Лечение заболеваний нервной системы на Н.-Сергинском курорте». 10) Укажем лишь, что тот большой процент благоприятных исходов, наблюдаемый нами при лечении соответствующих заболеваний нервной системы, обязан нашей комбинированной терапии, которую в этих случаях широко проводим.

Комбинированное лечение заболеваний женской половой сферы в особенно широкой степени стало применяться на Н.-Серпинском курорте с сезона 1929 г. В качестве подсобного фактора при этом ряде заболеваний применялась диатермия, интравагинальный ионтофорез и лампа Соллюкс. По мнению д-ра Черниковой, работавшей в качестве гинеколога на Н.-Серпинском курорте в сезоне 1929 г., в итоге такой комбинированной терапии наступает более быстрое рассасывание инфильтратов, размягчение рубцовых тяжей, успокоение болей и т. д.

Следующая группа болезней, показанная к лечению на Н.-Серпинском курорте, это катарр желудка с пониженной кислотностью или полным отсутствием таковой. Уже одним лечением ваннами и питьем минеральной воды, при одновременной диете, проводимой больными такого рода на курорте, последние в сущности автоматически излечиваются комбинированное лечение. Что касается лечения их в сочетании с физическими методами, что нас в настоящий момент главным образом интересует, то таковое на курорте не проводится. Между тем установлено (Клячкин и Могилевский), что диатермия в целом ряде случаев влияет на секреторную функцию желудка в сторону повышения ее кислотности. Это обстоятельство и заставляет нас поставить в очередь для практической работы курорта вопрос о введении диатермии, как подсобного метода при лечении ахиликов на Н.-Серпинском курорте.

Вкратце остановимся еще на комбинированном лечении кожных заболеваний на Н.-Серпинском курорте. В качестве подсобного метода лечения этой группы заболеваний на курорте применяются ультра-фиолетовые лучи (ртутно-кварцевая лампа модели Баха). В виду лишь недавней установки этой лампы, а следовательно, незначительного опыта в этом направлении от каких-либо определенных выводов мы воздерживаемся, но наш клинический опыт и Brigi подсказывает нам, что лечение целого ряда заболеваний кожи серными ваннами в комбинации с ртутно-кварцевой лампой является

весьма целесообразным с точки зрения быстроты и стойкости эффекта. Для этих же целей в планы курорта входит также и приобретение аппарата для местной д'Арсонвализации.

Итак все сказанное мы можем изложить в следующих положениях: 1) Проблема достижения максимальных эффектов лечения природными курортными факторами в более короткий срок имеет огромное практическое значение. 2) В качестве фактора повышающего лечебный эффект курортотерапии предлагается протеин, опотерация, аутогемотерапия, внутреннее применение йода и серы, специфическое лечение при нейролессе и т. д. 3) В качестве комбинированного лечения на Н.-Серпинском курорте применяются главным образом физические методы. 4) Совершенно нецелесообразно и даже вредно назначать больному ежедневно одновременно 2 сильно-действующие процедуры (ванна, + физио-процедура) 5) Физио-терапевтические установки Н.-Серпинского курорта отражают полностью медицинскую физиотимию последнего, как курорта теплого. Обилие физио-терапевтических установок дает возможность широко и разнообразно комбинировать основное лечение серными ваннами с физическими методами. 6) Ревматические поражения суставов, среди прочих заболеваний, занимают в количественном отношении на Н.-Серпинском курорте первое место. В качестве подсобного фактора применяются тепло-световые ванны, ионтофорез, 4-камерные ванны. Лечение артропатических мышечных атрофий проводится дополнительно массажем, гальванизацией и фарадизацией. 7) Вопрос о комбинированном лечении заболеваний нервной системы подробно освещен в работе нашей «Лечение нервных заболеваний на Н.-Серпинском курорте». 8) Лечение женских заболеваний на Н.-Серпинском курорте проводится в сочетании с диатермией, вагинальным ионтофорезом и лампой Соллюкс. 9) Для комбинированного лечения кожных заболеваний в целях более быстрого и стойкого эффекта установлена ртутно-кварцевая лампа.

Литература:

1. Курортное дело №№ 11—12, 1923 г.
2. Тоже . . . : № 2, 1926 г.
3. Тоже . . . : № 4, 1929 г.
4. Казанский медиц. журн.
5. Курортное дело № 1—2 1925 г.
6. Тоже . . . : № 12, 1927 г.

7. «Показания и противопоказания к курортному лечению» под ред. Н. М. Нишкина, издательство Наркомздрава, РСФСР, Москва 1926 г.

8. Курортное дело № 9, 1927 г.

9. Изв. Гос. инст. физ. мет. лечения жем. СЕЧЕНОВА, т. 1-й, стр. 506.

10. Сборник «Курорты Урала», т. 1-й, 1929 г.

11. Работа по этому вопросу принята в печать и появится в одном из ближайших номеров Каз. мед. журн. за 1930 г.

Лучший ответ уральских медработников на «обращение ЦК ВКП (б) от 3-IX-30 г.—создание ударных бригад для борьбы с эпидемиями, этой серьезной опасностью успешного выполнения хозяйственных планов, и для борьбы за установление и прове-

дение в жизнь твердого санитарного минимума на местах, создающего лучшие условия труда и быта рабочих и колхозников, дающего новые возможности ускорения социалистического строительства Большого Урала.

Детская смертность на Урале*)

К. П. ГАВРИЛОВ (Свердловск)

Уральская область с ее огромной площадью в 1717,9 тыс. кв. клмр., простирающаяся на север до Северного Полярного моря, а на юг далеко вдающаяся своим Троицким округом между Башкирской и Казакстаном, представляет во всех отношениях чрезвычайно разнообразную картину. Тундровая зона с вечной мерзлотой почвы, опромненные лесистые пространства, массивы Уральского хребта, ковыльная и засушливая степь — создают контрастный характер климатических условий Урала. Эти условия, влияющие на основные занятия населения и его экономическое положение, вкрапливание в коренное русское население большого числа нацмен, как-то: татар, башкир, вогул, остяков, самоедов, марийцев, белоруссов и т. д. с их национальными особенностями накладывают пеструю мозаику на социально-бытовые условия населения Урала. Отсюда уже а priori можно сделать заключение, что при таком разнообразии даже только основных факторов, влияющих безусловно на детскую смертность, последняя будет весьма разнохарактерна в различных округах Урала. Если же мы вспомним, что помимо этих основных условий, наследственность в смысле конституциональных элементов, течение внутриутробной жизни плода, правильность его формирования и роста, зависящие от здоровья матери и тех или иных влияний на нее во время беременности, далее

вскармливание, уход за ребенком и вся совокупность социально-бытовых условий, окружающих ребенка, то мы частично представим себе все разнообразие факторов, влияющих на жизнь и здоровье ребенка. Сопоставить значение всех этих факторов в объеме одного доклада, конечно, не является возможным и, если мы представляем вашему вниманию настоящий доклад, то в нем мы хотим поставить только вехи, по которым должно вестись дальнейшее изучение детской смертности, ничуть не претендуя на исчерпывающее его значение. А что это изучение крайне важно и необходимо не приходится доказывать. Достаточно привести слова Ньюстольма: «Смертность грудных детей — наиболее чувствительный показатель социально-экономического благополучия и санитарного состояния из всех показателей санитарной статистики».

Ушницкий пишет: «Ни один отдел демографической статистики не привлекал к себе в настоящее время большего внимания, чем отдел о смертности трудных детей, т. е., детей в возрасте до 1 года» и далее. «Смертность грудных детей имеет более широкое значение, чем можно судить по названию».

От царской России мы получили тяжелое наследство — колоссальную детскую смертность, ставившую дореволюционную Россию на одно из первых мест среди других государств.

Приведенные ниже таблицы иллюстрируют сравнительные данные детской

*) Доклад на пленарном заседании 2-го Областного Научного Съезда врачей (Февраль, 1930 г.).

смертности в европейских государствах и Европейской России в довоенное время и в 1925 году. За период с 1912—24 г.

сколько-нибудь полных и точных данных о детской смертности не имеется (Новосельский).

Государства	1885	1895	1915	1925	Европейская Россия	
					Годы	Число умерших в возрасте 0—1 г. на 100 родов
Норвегия	9,9	8,8	6,8	5,3	1867/71	26,7
Дания	13,4	12,6	10,3	8,2	1872/76	27,3
Англия и Уэльс	13,9	14,7	11,3	7,2	1877/81	27,0
Бельгия	15,6	15,3	13,9	9,1	1882/86	27,1
Франция	16,7	14,9	12,2	9,4	1887/91	26,9
Швейцария	17,1	13,9	10,8	5,8	1892/99	27,5
Голландия	18,1	14,7	11,5	5,6	1897/1901	26,0
Испания	19,3	19,5	15,6	13,1	1902/1906	25,3
Италия	19,5	16,8	14,4	12,6	1907/1911	24,4
Германия	20,9	20,7	16,8	10,3	1925	20,2

Анализируя эти данные, мы видим, что Россия не только занимала первое место по детской смертности среди европейских государств, но в то время, когда в других государствах смертность давала довольно быстрое снижение, в России она была почти стабильна. Понижение

детской смертности отмечается лишь после годов гражданской войны, при переходе к годам мирного строительства. Так, в 1925 году смертность была на 17 проц. ниже смертности последнего довоенного времени. Подтверждается это и данными по Европейской РСФСР.

Детская смертность

	1910	1924	1925	1926
В городах	28,5	19,4	18,1	17,3
В сельских местностях	29,3	22,6	22,8	19,0
Средняя	29,2	22,2	22,2	18,8

В городах детская смертность с 1910 г. понизилась в 26 г. на 39 проц., а в сельских местностях на 35 проц. Между тем в Европейской России с 1900 года по 1911 год детская смертность снизилась только на 6 проц. Это и понятно. Низкое культурно-санитарное состояние страны, бесправное положение пролетариата и крестьянства, а среди них особенно женщины. Тяжелый труд женщины во время беременности, неберегаемый никаким законодательством, тяжелый труд подростков девочек, безграмотность, невежество и отсутствие самых элементарных сведений по гигиене и санитарии—вот картина положения народа в дореволюционный период. В ней имеется сочетание всех факторов, кото-

рые должны удерживать на высоких стабильных цифрах детскую смертность. Первые годы революции с ее гражданской войной, голодом, беженством и пр. не могли, конечно, благоприятно повлиять на снижение детской смертности, но уже плоды революции мы можем отмечать в 23 году, сначала в городах, а затем при переходе на мирное строительство и в сельских местностях. Однако, смертность детей до 1 года в РСФСР стоит еще очень высоко и занимает первое место по сравнению с Белоруссией и Украиной.

Действительно, для отдельных республик смертность в 1925 г. выражается в следующих цифрах.

РСФСР (30 губерний, 3 автономных области, 3 автономных республики и Уральская область):	23,1 проц.
БССР	12,5 проц.
УССР	14,6 проц.

Обращаясь теперь к Уральской области, мы, к сожалению, должны отметить, что охарактеризовать ее сравнительно с довоенной мы не можем вследствие изменения границ при районировании. Однако, пользуясь материалами смертности б. Пермской губ., мы можем до некоторой степени составить себе представление о полученном нами наследстве.

По данным д-ра Керстина (Записки Ур. Мед. О-ва, 1905 г.) в Пермской губ. в 1883 г. смертность детей до года достигала ужаснейшей цифры 47,9 проц., а в некоторых «приходах» даже 60 проц.

Детская смертность по уездам Пермской губ. иллюстрируется в нижеприводимой таблице.

На 100 родившихся умирало детей в среднем до 1 года по уездам Пермской губернии:

	1891—99 г.	1901—1910 г.
Пермский . . .	43,5	33,7
Оханский . . .	43,0	34,0
Шадринский . .	42,1	29,1
Екатеринбургский	40,5	30,5
Соликамский . .	40,5	34,2
Осинский . . .	38,1	31,3
Верхотурский . .	37,0	31,8
Красноуфимский	36,0	30,0
Ирбитский . . .	49,0	38,6
Чердынский . . .	32,5	27,7
Кунгурский . . .	50,2	37,2
Камышловский . .	48,6	34,1

По Куркину П. И. в 1911 г. Пермская губ. по силе смертности грудных детей стояла в 4-й группе на ряду с 10 губерниями со смертностью от 26—30 проц., иначе говоря, она занимала по высоте смертности 36-е место (Ж. по Из. Р. Гр. в 1928 г., том. VII, № 3) и выше, чем в Пермской, детская смертность была только в 8 губерниях с 30 и более проц.

Динамика детской смертности по ЦСУ РСФСР за 1910, 1924, 1925 и 1926 г. в Уральской области выражается:

	1910 г.			1924 г.			1925 г.			1926 г.		
	Гор.	С.м.	Средн.	Гор.	С.м.	Средн.	Гор.	С.м.	Средн.	Гор.	С.м.	Средн.
Уральская область	30,9	29,2	29,3	23,1	31,1	29,5	26,4	36,8	34,8	23,1	25,3	24,6
Пермская губ.												

Здесь мы, как и по РСФСР, отмечаем ту же тенденцию к резкому понижению детской смертности, совпадающую с периодом перехода к мирному строительству. Так, снижение смертности в 1926 году сравнительно с 1910 г. выразилось в городах 24,1 проц., сельских местностях 13,4 проц. и среднее 16,1 проц.

Переходя от этих общих сравнительных цифр к более детальному исследованию детской смертности на Урале, мы воспользовались трехполосным делением Урала, принятым в работах государственной статистики, а именно:

1) Предуралье—характеризуемое, как полоса потребляюще-земледельческая с округами: Коми-Пермяцким, Пермским, Сарапульским и Кунгурским.

2) Горнозаводский Урал—полоса промышленно-горнозаводская с округами: В. Камским, Талийским, Свердловским и Златоустовским.

3) Зауралье—производяще-земледельческая полоса с округами: Тобольским, Ирбитским, Ишимским, Тюменским, Шадринским, Курганским, Челябинским и Троицким.

Материал для изучения нами взят за 4 года с 1925—28 г., так как статистические данные за 24 г. недостаточно полны; для большей уверенности в действительности имеющихся цифр мы нашли более удобным обработать материал с ближайшего к переписи года, т. е. 1926 г., как более точный.

Мы знаем, что детская смертность тесно связана с рождаемостью, понижение рождаемости обычно идет параллельно со смертностью, а поэтому сочли необходимым, прежде чем перейти к анализу смертности, хотя коротко остановиться на вопросе движения рождаемости в Уральской области.

Коэффициент рождаемости взят обычный, принятый вообще в статистике (демографии), т. е. число родившихся на

1.000 жителей. Коэффициент взят по каждому округу и каждому году, отдельно для всего населения округа и отдельно для окргорода. Затем вычислен средний коэффициент за 4 года для каждого округа, средний арифметический для всей полосы за каждый год и средний за 4 года. Далее, взят показатель увеличения или уменьшения рождаемости, т. е. разница между 25 годом и 28 для каждого округа и всей полосы. Из приводимых таблиц мы видим, что рождаемость по всей области за четыре года понизилась незначительно, показатель равняется—0,83, в окргородах—7,50. По полосам Предуралья дает увеличение рождаемости для всей полосы на + 4,17, горнозаводский Урал уменьшение на—3,54 и Зауралье уменьшение на—1,76.

Таблица № 1

Уральская область		Коэффициент рождаемости на 1.000 жителей					Средн. за 4 года
		1925	1926	1927	1928	Показат.	
Окр. гор.		44,89	42,75	41,09	37,39	—7,50	41,53
Общее		53,10	55,82	52,47	52,27	—0,83	53,41

Таблица № 2

Предуралье		Коэффициент рождаемости на 1.000 жителей					Среднее за 4 года
О к р у г а		1925	1926	1927	1928	Показат.	
К.-Пермяцкий		47,93	58,25	51,78	55,57	+7,64	53,38
		42,70	34,97	33,33	37,18	—5,58	37,04
Пермский		50,41	48,98	50,29	51,62	+1,19	50,32
		52,24	41,75	41,92	37,17	—15,07	43,27
Сарапульский		43,91	50,18	48,62	49,52	+5,62	48,05
		43,96	44,13	42,44	37,17	—6,79	41,9
Кунгурский		56,02	51,49	56,20	58,29	+2,27	55,5
Среднее по полосе		46,03	40,28	39,23	37,17	—8,86	40,68
		49,57	52,2	51,72	53,74	+4,17	51,81

Числитель—окружные города, знаменатель—округа в целом.

Таблица № 3

орнозаводский Урал.

Рождаемость на 1.000 жителей

О к р у г а	1925	1926	1927	1928	Показат.	Среднее за 4 года
В.-Камский	35,85 48,49	51,15 49,99	43,07 50,92	30,02 49,82	- 5,83 +1,33	40,02 49,8
Тагильский	49,34 54,40	47,26 54,87	43,71 52,05	39,33 51,59	-10,01 -2,81	44,91 53,22
Златоустовский	58,64 54,16	55,75 54,34	52,25 51,05	43,00 48,35	-15,64 -5,81	52,41 51,9
Свердловский	44,54 52,47	39,57 53,33	39,16 48,8	34,06 45,62	-10,48 -6,83	39,33 51,0
Средняя по полосе	47,09 52,38	48,43 53,13	44,55 50,62	36,60 48,84	-10,49 -3,54	44,17 51,23

Таблица № 4

Зауралье.

Коэффициент рождаемости на 1.00 р жителей

О к р у г а	1925	1926	1927	1928	Показат.	Среднее за 4 года
Тобольский	51,77 48,50	32,68 64,60	36,16 47,49	33,48 45,37	-18,23 -3,23	38,7 50,74
Иртышский	48,21 58,74	40,31 59,71	39,14 58,12	42,05 57,23	-6,16 -1,51	42,44 58,4
Ишимский	38,77 59,51	48,24 61,52	55,30 57,38	40,39 55,25	+1,62 -4,26	45,7 58,41
Тюменский	50,27 56,38	48,36 54,45	47,20 49,62	40,18 50,33	-10,9 -6,05	46,5 52,7
Ишадринский	41,56 51,98	38,59 50,90	34,09 53,36	29,13 53,01	-12,43 +1,03	35,84 52,31
Курганский	47,61 55,43	39,82 58,45	36,88 56,12	35,16 54,86	-12,45 -0,57	33,87 56,21
Челябинский	42,48 52,77	45,64 51,24	42,67 53,98	37,25 55,63	-5,23 +2,86	42,00 53,4
Троицкий	46,48 56,16	44,34 56,52	41,92 52,92	42,92 53,67	=3,56 -2,48	43,91 54,81
Среднее по всей полосе	45,89 54,93	42,24 57,17	41,67 53,62	37,57 53,17	-8,32 -1,76	41,87 54,55

Возникает вопрос, чем можно объяснить такие колебания показателей. Конечно, ответить исчерпывающе на этот вопрос не представляется возможным, но некоторые предположительные выводы все же сделать можно. Несомненно здесь, как и в вопросе о смертности, имеет значение целый ряд факторов. Мы знаем, что чем ниже культурность населения, чем меньше его обеспеченность, тем больше деторождаемость.

Деревня всегда давала большую рождаемость, чем город. Следовательно, учет культурности населения и его экономического положения как-бы сам собой напрашивается в вопросе о движении рождаемости. Здесь, нам кажется, не последнюю роль должно играть расширение женщины от прежних условий ее жизни, широкое вовлечение женщины в общественную жизнь и большие возможности к регулированию деторождения. Наконец, участие женщины в различных производствах и влияние профессии на женщину в смысле способности к деторождению может быть поставлено, как предположительный фактор, правда, требующий особого изучения.

Все перечисленные факторы, конечно, наиболее ярко должны быть выражены в положительном смысле в местностях Урала, где значительный процент составляет городское и фабрично-заводское население.

1) Златоустовский	59,27 %
2) Свердловский	56,17 %
3) Тагильский	47,48 %
4) В.-Камский	32,98 %

В Предуральи Пермский округ, где проц. городского и фабрично-заводского населения наибольший, 31,17 проц. повышение рождаемости наименьшее, только на + 1,19. Наибольшее повышение рождаемости в К.-Пермяцком округе (+7,64), помимо других общих для полосы факторов, можно думать, объясняется национальными особенностями пермяков, составляющих 73 проц. всего населения. По литературным данным мы имеем, что бытовые условия пермяков своеобразны. Так, здесь отмечается осо-

бательно, более резкое понижение рождаемости на Урале мы констатировали в полосе горнозаводской, где число городского и фабрично-заводского населения составляет 48,9 проц. против 12,56 проц. Предуралья и 9,91 проц. Зауралья. Но мы видели, что Предуралье дает положительный показатель рождаемости, а Зауралье отрицательный. Казалось-бы, должно быть наоборот, так как в Зауральи преобладает крестьянское население. Но здесь необходимо учесть еще один фактор, а именно: соотношение числа женщин к числу мужчин, которое выражается в следующем: Зауралье (сельские местности) на 1000 мужчин 1.138 женщин, а в Предуральи на 1.000 мужчин 1.212 женщин. Кроме того, обеспеченность сельского населения Зауралья, как района производяще-земледельческого, больше, чем Предуралья.

Далее, если мы будем рассматривать рождаемость по округам каждой полосы, то и здесь должны отметить известный параллелизм между показателем рождаемости и проц. городского и фабрично-заводского населения.

Действительно, в горнозаводском Урале округа по числу городского, фабрично-заводского населения и показателя рождаемости располагаются в следующем порядке:

(город. и ф. зав. население) — 5,81 (показат.)	
	— 6,85
	— 2,81
	+ 1,33

бая любовь к детям. Пермяки охотно принимают на воспитание чужих детей. Семья с большим числом детей считается счастливее, женщина рано начинает жить половой жизнью, и лучшей невестой считается женщина уже имеющая детей.

В Зауральи по отдельным округам число городского и фабрично-заводского населения не может оказывать такого влияния на движение рождаемости, как в горнозаводском Урале, так-как проц. этого населения невелик и колеблется

от 4,68 проц. в Ишимском до самого высокого в 14,51 проц. в Челябинском округе. Повышение рождаемости в этой полосе дают только Шадринский округ (+ 1,03) и Челябинский (+ 2,86), во всех остальных показатели отрицательный и в границах между наибольшим в Тюменском округе (— 6,05) и Курганском (— 0,57).

Что касается рождаемости по окрестностям, то она везде, за исключением гор. Ишима, дает отрицательный показатель.

По полосам наибольшее снижение рождаемости опять-же отмечается в горнозаводском Урале (—10,49), далее идет Предуралье (—8,86) и на последнем месте стоит Зауралье (—8,32).

Из отдельных городов надо отметить Сарапул с понижением—15,07 и Златоуст—15,64.

Не имея возможности подробно останавливаться на рождаемости, так как

вопрос этот мы сочли необходимым осветить только попутно, перейдем к основному вопросу доклада—детской смертности.

Здесь прежде всего мы должны указать на самую методику, которой пользовались для исчисления % детской смертности. Абсолютные цифры числа родившихся за год мы получали путем сложения числа родившихся за вторую ½ года, предшествовавшего исследуемому году и за первое полугодие этого года, смертность-же до 1 года бралась за исчисляемый год. Отсюда выводился % детской смертности на 100 родившихся.

По всей Уральской области отмечается за исследуемые нами четыре года с 1925—28 г. снижение детской смертности на 30,2%. По полосам в Предуралье снижение на 30,9%, в горнозаводском Урале на 31% и в Зауралье на 29,4%.

Таблица № 5

Смертность детей до 1 года в % на 100 родившихся

	1925	1926	1927	1928	% снижения	Средн. за 4 года
Уралобласть	35,8	25,7	33,0	25,0	30,2	29,8
Предуралье	39,6	26,5	39,7	27,4	30,9	33,3
Горнозавод. Урал.	33,3	24,6	27,3	25,1	31,0	27,0
Зауралье	34,7	25,8	31,9	24,5	29,4	29,2

Если мы смертность сравним с рождаемостью, то там, где снижение рождаемости наибольшее, т.е. в полосе горнозаводского Урала, смертность в 1928 году наименьшая из всех полос—23,1%. Среднее за 4 года—27%.

В Предуралье, где показатель рождаемости положительный, смертность в том же году наибольшая—27,4%, среднее за 4 года 33,3%.

Зауралье, занимая среднее место по показателю рождаемости, стоит на том же месте и по смертности—24,5% в 1928 г. Среднее за 4 года 29,2%. Следовательно здесь существует известный параллелизм.

Таким образом этими данными как-будто подтверждается закон,—где больше рождаемости, там больше и смертность, или наоборот, повышенная смертность ведет к повышенной рождаемости. Однако, если мы сравним снижение рождаемости и смертности в масштабе всей Уральской области, то должны отметить, что это снижение нельзя объяснить только соотношением между рождаемостью и смертностью. Действительно, снижение рождаемости выражается лишь в 1,6%, а смертности в 30%. Следовательно, здесь надо искать других причин, и эти причины, нам кажется, заключаются в завоеваниях Октября с его коренными из-

менениями социально-бытовых условий вообще, а женщины в особенности.

В детской смертности, можно думать, в общем масштабе играют роль те же факторы, как и в движении рождаемости, но еще в большей степени.

Однако, выявить влияние этих факторов на смертность детей задача очень трудная, так как известно, что «научное сравнение воздействия даже двух факторов требует прежде всего создания такой обстановки наблюдений, какая соответствовала бы требованию наличия **прочих равных условий**». (Пашковский — Вопросы Педиатрии, Педологии и Охраны Мат. и Детства Т. 1—1929 г., вып. 1).

Конечно, изучая влияние какого-либо фактора на смертность детей, в масштабе области иметь «прочие равные условия» невозможно не только по отдельным полосам, но по округам и районам. Однако, учитывая, что мы имеем дело с

очень большими цифрами и рассматривая их не как абсолютные или % за год, а сравнивая движение этих цифр, мы считаем возможным делать известные предположительные выводы. При этом необходимо принимать во внимание не мелкие факторы, а крупные, как экономическое положение населения, его культурность, лучшее обслуживание населения лечебной помощью и учреждениями ОММ и проч., т.-е. те факторы, которые безусловно должны оказывать резкое влияние на детскую смертность. Однако, выделенные факторы и их влияние на смертность грудных детей являются в значительной мере переплетенными и связанными один с другим, и поэтому каждому фактору в отдельности нельзя приписывать абсолютного значения, а каждый из них имеет лишь значение относительное.

Таблицы №№ 6, 7 и 8 иллюстрируют детскую смертность по полосам.

Таблица № 6

Предуралье.

Смертность детей до 1 года в % на 100 родившихся

О к р у г а	1925	1926	1927	1928	Средн. за 4 года	% сим- жения
Б.-Пермский . округ . . .	26,7	20,2	31,1	20,2	24,5	24,4
с. м.	40,7	20,4	31,4	2,8	28,4	48,2
Пермский: . . город . . .	23,6	22,1	22,1	19,9	21,9	15,7
округ . . .	4,9	28,5	42,2	29,2	35,2	28,6
с. м.	46,0	29,9	47,5	31,8	38,8	30,9
Кунгурский: . . город . . .	30,7	28,5	23,7	15,1	24,0	50,8
округ . . .	43,2	29,6	43,4	29,6	36,4	31,5
с. м.	44,1	30,0	44,8	30,1	37,0	31,8
Сарапульский: город . . .	27,6	18,1	18,6	13,1	18,0	52,5
округ . . .	38,1	26,4	36,5	25,0	31,0	54,4
с. м.	39,3	27,2	37,8	27,1	32,8	31,1

Таблица № 7

Горнозаводский Урал Смертность детей до 1 года в % на 100 родившихся

О к р у г а	1925	1926	1927	1928	Среднее за 4 года	% сни- жения
В.-Камский: . город . . .	24,9	18,9	20,3	19,0	21,8	23,7
округ . . .	35,4	22,4	33,1	25,3	28,0	28,5
с. м. . .	37,7	22,6	37,1	28,5	31,4	24,4
Тагильский: . город . . .	24,0	20,6	17,6	19,4	20,4	19,2
округ . . .	33,0	26,8	29,7	25,9	28,8	21,5
с. м. . .	38,2	29,2	34,8	29,2	32,8	23,6
Златоустовский: город . . .	29,9	25,9	24,7	19,1	24,9	36,1
округ . . .	29,0	23,6	23,9	18,1	23,6	37,7
с. м.	29,2	23,6	25,6	19,9	24,6	31,9
Свердловский: . город . . .	26,5	23,8	21,9	17,7	22,4	33,2
округ . . .	34,3	24,6	24,7	22,4	26,0	34,9
с. м.	44,4	27,4	29,3	25,4	31,6	42,8

Таблица № 8

Зауралье. Смертность детей до 1 года в % на 100 родившихся

О к р у г а	1925	1926	1927	1928	Среднее за 4 года	% сни- жения
Тобольский: . город . . .	21,8	20,4	18,6	18,1	19,7	17,0
округ . . .	27,2	21,5	29,7	20,2	24,6	25,7
с. м.	27,8	22,1	31,6	22,8	25,8	18,0
Ирбитский . . . город . . .	47,4	28,6	32,7	34,9	35,9	26,4
округ . . .	42,9	31,7	43,5	34,0	38,0	20,8
с. м.	43,0	31,8	44,3	34,6	38,4	19,5
Тюменский: . . город . . .	31,7	32,2	23,8	22,2	27,4	30,0
округ . . .	34,3	28,3	35,5	24,6	31,7	28,3
с. м.	34,6	28,4	36,7	26,0	31,4	24,9
Шадринский: . город . . .	19,2	20,6	18,3	23,4	20,3	38,0
округ . . .	36,3	26,1	34,3	26,8	30,9	26,2
с. м.	37,0	26,6	34,8	27,6	31,0	25,4

О к р у г а	1925	1926	1927	1928	Средн. за 4 года	% сни- жения
Курганский: . . город . . .	28,6	20,1	26,4	22,4	24,4	21,7
округ . . .	37,3	24,1	30,7	27,1	29,8	27,4
с м. . . .	37,8	24,5	30,9	27,9	30,2	26,2
Челябинский: . . город . . .	28,8	25,7	22,2	19,2	23,3	33,3
округ . . .	34,4	23,2	29,3	22,2	27,3	35,5
с м.	34,9	22,7	29,8	22,9	27,5	34,4
Троицкий: . . . город . . .	19,3	20,8	23,4	19,0	20,6	1,6
округ . . .	23,0	17,6	20,8	14,6	19,0	34,5
с м.	23,2	17,1	20,7	15,0	19,0	35,4
Ишимский: . . . город . . .	25,0	29,7	25,8	21,1	25,4	12,4
округ . . .	48,7	26,5	31,8	24,1	29,3	30,6
с х.	35,1	26,6	32,1	25,0	29,7	28,8

Горнозаводский Урал в смысле благоприятных моментов для снижения детской смертности, как-то: большая культурность, лучшая сеть лечебных и профилактических учреждений, стоит на первом месте, соответственно чему и детская смертность этой полосы наименьшая,—возьмем ли мы для сравнения % понижения=31,0%, % смертности в 1928 г.=23,1%, или % смертности средний за 4 года=27%.

Что касается Предуралья и Зауралья, то хотя в первом % городского и фабрично-заводского населения больше, именно 12,56% против 9,91%, точно также выше процент грамотности 39,02 против 35,89, тем не менее средний процент смертности за 4 года в Предуральи выше, чем в Зауральи, именно 33,3% против 29,2%, но процент снижения смертности выше в Предуральи, чем в Зауральи, именно 30,9% против 29,4%. Это может быть объяснено тем, что в Предуральи процент смертности вообще значительно выше, если рассматривать каждый год в отдельности, чем в Зауральи и, несмотря на большое снижение,

смертность еще не могла дойти до низких цифр. Кроме того, более низкий процент смертности в Зауральи можно поставить в связь с экономическим состоянием крестьянства этой полосы.

Действительно, средняя площадь полевого посева на 1 крестьянское хозяйство в Предуральи=2,77 дес., в Зауральи=3,81. Правда, в Предуральи больше фабрично-заводского населения, но процент последнего нередко превышает таковой в Зауральи, а потому экономическое состояние по указанному признаку, как предположительный фактор, нельзя обойти молчанием. Если мы будем рассматривать движение смертности по годам, то должны отметить резкое повышение ее в 1927 г. как во всей Уральской области, так и по всем полосам сравнительно с предыдущим и последующим годами.

Такое повышение по работе Песчанского и Каплун (Журн. по Из Р. Д. В т. IX, № 6) отмечается среди сельского населения в 21 административном районе Европейской части РСФСР. Авторы

подсчитали % умерших детей до года за летние месяцы 26 и 27 г. к общему числу умерших детей за каждое из этих лет и сопоставили этот % со средней температурой лета. В результате в 64% получилось соответствие между повышением % смертности и температуры, в том числе и в Свердловске.

Таким образом, по выводам авторов, «мы имеем все основания утверждать,

что повышение детской смертности в 1927 г. на значительной части территории РСФСР надо ставить в зависимость прежде всего от повышения температуры летних месяцев.

По метеорологическим данным Свердловска средняя температура лета в 1926 г.—14,1°, а в 1927 г.—17,1°.

(Окончание в след. №).

Изучение причин повышенной заболеваемости рабочих спичечно-фанерной фабрики „Пламя“

АРОНОВ Д. М. и МИЛЛЕР В. Я. (Тюмень)

Понятие «заболевание с утратой трудоспособности» является весьма неточным как с чисто медицинской точки зрения, так и с точки зрения социально-страхового права. Страховые органы не могут быть уверены в том, что показатели оплаченных дней временной нетрудоспособности соответствуют действительной болезненности застрахованных.

Из опыта мы знаем, что очень часто на протяжении сравнительно короткого периода времени (1—2 года) на одном каком-либо заводе, на фабрике наблюдается резкий рост или резкое снижение показателя оплаченных дней по временной нетрудоспособности. И эти резкие колебания отнюдь не соответствуют действительному изменению условий труда, техники безопасности, материального положения рабочих, качества и объема медпомощи, движения эпидемических заболеваний и т. д., и т. п.

Этот факт дает право предполагать, что на динамику расходов страховых органов по временной нетрудоспособности оказывают весьма существенное влияние не только общая и профессиональная этиология болезней застрахованных, но и какие-то дополнительные побочные факторы временного характера.

Так как страховые кассы должны всегда иметь ясное представление о дей-

ствительных причинах колебания показателей заболеваемости с утратой трудоспособности застрахованных за каждый текущий период времени, то поэтому вполне естественно их стремление постоянно вести ограничено практическое, а не академическое изучение этих дополнительных факторов. Без этого немислима сознательная и правильная борьба за снижение расходов по временной нетрудоспособности.

Всякие попытки отдельных страховых касс к постановке такого рода изучения до сего времени не увенчались успехом в виду отсутствия какой-либо удовлетворительной научно-обоснованной методики.

Но Ленинградское бюро по изучению заболеваемости застрахованных (при Ленинградском институте по изучению профзаболеваний) своей научно разработкой методикой дало возможность страховым работникам поставить это изучение на правильные пути.

В основу своей методики бюро положило два основных принципа—выборочность и индивидуальный учет.

Тюменская страховка сделала попытку проверить насколько эта методика действительно удовлетворяет практическим запросам кассы в смысле быстрого обнаружения очага повышенной заболеваемости и выявления причин, дав-

ших это повышение, т.-е. кратчайшим путем быстро пойти к снижению показателей по временной нетрудоспособности.

Для изучения мы взяли спичечно-фаберную фабрику «Пламя», со средним числом рабочих 848 человек.

Следующие данные объясняют, почему именно мы взяли для изучения фабрику «Пламя».

Таблица № 1

Интенсивность заболеваемости с утратой трудоспособности застрахованных всего округа и фабрики «Пламя» по годам (во всем округе имеется 25.000 застрахованных).

Число календарных дней болезни в месяц на 100 застрахованных (без родов).

	1925/26 г.	26/27 г.	27/28 г.	28/29 г.
По всему округу .	111,9 дн.	72,0 дн.	65,0 дн.	68,7 дн.
По ф. «Пламя» . . .	270,0 дн.	200,2 дн.	107 дн.	128,3 дн.
% повышения коэффициента по фаб. «Пламя»	126,8 %	178,0 %	64,6 %	85,3 %

Интенсивность заболеваемости с утратой трудоспособности рабочих фабрики «Пламя» в 1925—26 г. значительно выше, чем по всему округу. Однако, резко бросается в глаза быстрое падение заболеваемости рабочих фабрики «Пламя» в последующие годы: с 270 дней в 1925—26 г. до 128 дней в 1928—29 г., т.-е. на 52,5 проц.

Сразу же выявляется необходимость

узнать, за счет каких форм болезней произошло такое резкое снижение заболеваемости. Эти данные видны из следующей таблицы:

Таблица № 2.

Число календарных дней (без родов) в месяц на 100 застрахованных по фабрике «Пламя» по формам болезней, по годам.

	1925/26 г.	1926/27 г.	1927/28 г.	1928/29 г.
1. Грипп	13,0 дн.	12,5 дн.	11,1 дн.	12,6 дн.
2. Туберкулез	63,3 »	47,1 »	15,8 »	10,7 »
3. Мочеполовые . . .	26,9 »	19,5 »	9,0 »	7,7 »
4. Болезни кожи . . .	36,5 »	25,9 »	13,9 »	28,1 »
5. Профувеция	37,2 »	25,5 »	18,0 »	20,2 »
6. Болезни орг. пищеварения	16,3 »	15,9 »	8,9 »	13,5 »
7. Прочие	78,8 »	53,8 »	30,3 »	35,5 »

Мы взяли только те формы, которые имеют большой удельный вес.

Если общее число снижения дней на 100 застрахованных в 1928—29 г. против 1925—26 г. (141,3 дня) считать за 100, то увидим, что это снижение произошло, главным образом, за счет: туберкулеза легких на 37 проц., мочеполовых болезней на 13,5 проц., профувеции на 12,2 проц., болезни кожи на 5,9 проц.

Особенно резко выделяется снижение числа дней по туберкулезу легких в

1925—26 г. 63,3 дня, на каждые 100 застрахованных, в 1928—29 г.—10,7 дня—снижение на 52,6 дней или на 82 проц. (и по мочеполовым) с 26,9 дней на 100 застрахованных в 25—26 г. до 7,7 дня в 28—29 г.—снижение на 19,2 дня или на 8,72 проц.

На основании этих данных уже заранее можно утверждать, что такое резкое снижение заболеваемости с утратой трудоспособности рабочих фабрики «Пламя» не отражает действительную болезненность рабочих и не может быть.

объяснено уменьшением постоянно действующих вредных факторов на общую и профессиональную болезненность застрахованных вообще. Если эти годы мы имели улучшение техники безопасности и условий труда, улучшение материального положения рабочих, расширение лечебной сети, то все же сумма всех этих улучшений не могла так резко отразиться на снижении болезненности застрахованных, особенно по таким формам болезней, как туберкулез и мочеполовые болезни.

Уже заранее можно предполагать, что это резкое уменьшение заболеваемости с утратой трудоспособности произошло в результате устранения каких-то дополнительных вредных субъективных и объективных местных факторов.

В действительности так и было: резкое уменьшение числа дней по туберкулезу и мочеполовым болезням произошло в результате запрещения врачам общих амбулаторий выдавать больничные листки больным. По настоянию страховкассы право выдачи больничных листов по этим формам болезней было предоставлено только тубдиспансеру, вендиспансеру и врачам-специалистам. В результате, благодаря более правильному подходу к постановке диагноза, определению трудоспособности и лече-

нию врачами-специалистами и получилось такое низкое снижение числа дней нетрудоспособности. Необходимо также подчеркнуть усиление врачебного контроля в 1927—28 г.

Далее в 1928—29 г. число календарных дней временной нетрудоспособности на фабрике «Пламя» вновь увеличилось против 27—28 г. на 19,6 проц., а по всему округу число дней увеличилось только на 5,7 проц.

Поэтому мы приступили к более детальному изучению этого явления.

Для изучения мы взяли период времени с 1 июля 29 г. по 1 февраля 30 г., т. е. 7 месяцев.

Среднее число рабочих за этот период—мужчин 447 (52,6 проц.) и женщин 401 (47,5 проц.); всего 848 человек.

Во избежание чрезмерно малых чисел при разработке, мы ограничились разработкой данных о заболеваемости только по полу и цехам.

Следующая таблица выявляет заболеваемость рабочих фабрики «Пламя» по полу.

Таблица № 3.

Число календарных дней на 100 застрахованных в месяц (без родов) по полу:

	Мужчин	Женщин	Превыш. коэффиц. женщин
По фабрике «Пламя»	75,7	123,5	47,8
По всему округу за тот же период	63,5	83,5	20,0
Превышение коэффиц. по фабрике «Пламя»	12,2	40,0	—

Наряду с тем, что на фабрике «Пламя» мужчины дают сравнительно небольшое превышение против коэффициента у мужчин всего округа, мы видим, что коэффициенты у женщин дают значительное превышение показателей.

По всему округу показатели у женщин выше, чем у мужчин на 20,0 дней, а на фабрике «Пламя» на 47,8.

Сразу же выявляется, что повышенные коэффициенты заболеваемости с утратой трудоспособности по фабрике «Пламя» получились, главным образом, за счет женщин, которые составляют 47,5 проц. всего числа рабочих на фабрике.

Продолжая наше исследование, мы далее выясняем за счет каких форм бо-

лезней произошло повышение показателя у женщин.

Таблица № 4.

Число дней на 100 застрахованных в месяц по полу и по формам болезней (за исследуемый период).

	Мужчин		Женщин		Об. пола		Прев. у мужчин	Прев. у жек. против мужчин
	Число дней на 100 мужч.	В % к своему итогу	Число дней на 100	В % к итогу	Число дн. на 100	В % к итогу		
1. Тубергких	1,6	2,1	14,3	11,6	7,6	7,7	—	12,7
2. Грипп	9,3	12,3	13,5	10,9	11,2	11,4	—	4,2
3. Болезни орган. пищеварения	7,4	9,7	13,2	10,8	10,1	10,3	—	8,8
4. Болезни кожи	14,0	18,5	14,8	11,9	14,4	14,6	—	0,8 дн.
5. Профуветье	13,4	17,7	15,0	12,1	14,2	14,4	—	1,6
6. Функц. забол. нервн. системы	8,2	10,8	4,6	3,7	6,5	6,6	3,6	—
7. Гинекологич. заболеваний	—	—	9,3	7,5	4,4	4,5	—	9,3
8. Уход за больн. чл. семьи	—	—	15,1	12,2	7,2	7,3	—	15,1
9. Прочие	21,8	28,9	23,8	19,3	22,8	23,2	—	2,0
	75,7	100,0	123,6	100,0	98,4	100,0	—	—

Эта таблица показывает, что повышенная заболеваемость у женщин получилась, главным образом, за счет туберкулеза легких на 12,7 дней в месяц, уход за больными членами семьи (дети) 15,1 дн., гинекологических заболеваний на 9,3 дня и болезней органов пищева-

рения—5,8 дней. После этого мы приступим к влиянию заболеваемости по цехам.

Таблица № 5.

Число дней на 100 рабочих в месяц по цехам и по полу:

	Женщин	Мужчин	Превышение против общего показания д/всякий ф-ки.	
			Мужчин	Женщин
1. Выборочный цех . . .	103,8	106,5	28,1	—
2. Клейно-щепальн. . .	69,0	133,7	—	10,1
3. Фанерный	97,0	157,1	21,3	33,5
4. Наборно-макальн. . .	89,7	170,6	14,0	47,0
5. Паковочный	171,3	102,3	95,6	—
6. Механический	50,5	—	—	—
7. Прочие мелкие	47,2	78,6	—	—
По всей фабрике	75,7	123,6	—	—

Эта таблица выявляет те цехи, в которых заболеваемость выше, чем по всей фабрике в целом.

Продолжая наше исследование, мы далее выявили за счет каких форм бо-

лезней получились повышенные показатели по этим цехам.

Таблица № 6.

Число дней на 100 застрахованных в месяц по цехам по формам болезней:

	Выборч. цех	Клейно- щепальн	Фанерный	Наборно- макальн.	Паковоч- ный	По всей фабрике
1. Тублегких	9,9	15,0	4,9	—	3,6	7,6
2. Грипп	7,3	11,3	13,9	16,6	9,8	11,2
3. Бол. орг. пищевар. . .	11,2	9,2	22,3	8,0	13,7	10,1
4. » кожи	10,1	26,6	22,3	19,3	21,8	14,4
5. Профувечье	13,8	10,1	14,4	15,5	21,8	14,2
6. Гинекологич. заболева- ния	6,0	2,0	3,1	11,8	6,4	4,4
7. Уход	10,9	17,1	9,3	0,3	0,8	7,2

Из этой таблицы видна повышенная заболеваемость по отдельным формам болезней по цехам.

В выборочном цехе значительно превышают гинекологические заболевания; в клейно-щепальном—грипп, тублегких, болезни кожи, уход за больными членами семьи; в фанерном цехе—грипп, болезни органов пищеварения, болезни кожи; в наборно-макальном—грипп, кожные и гинекологические; в паковочном—кожные, профувечье и гинекологические.

Далее мы выясним за счет каких групп мужчин и женщин работников имеется повышение показателей по формам болезней и цехам.

В следующую таблицу мы включили те цеха и те формы болезней, которые дали повышенные (против всей фабрики) показатели и имеют страховую значимость.

Таблица № 7

Число дней на 100 застрахованных в месяц.

				Число дней в месяце на 100 застрахованных по всей фабрике	
1. Клейно-щепальный цех					
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	
Тублегких	15,6 дн.	14,7 дн.	1,6 дн.	14,3 дн.	
Грипп	17,5 »	18,9 »	9,3 »	13,5 »	
Бол. кожи	20,5 »	33,6 »	14,0 »	14,8 »	
2. Фанерный цех					
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	
Грипп	16,5 дн.	9,2 дн.	9,3 дн.	13,5 дн.	
Бол. орг. пищ.	21,7 »	23,6 »	7,4 »	13,2 »	
» кожи	24,0 »	19,0 »	14,0 »	14,8 »	
3. Наборно-макальный					
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	
Грипп	16,4 дн.	17,6 дн.	9,3 дн.	13,5 дн.	
Бол. кожи	20,8 »	11,7 »	14,0 »	14,8 »	
Профувечье	18,0 »	2,5 »	13,4 »	15,0 »	
Гинекологич.	—	73,1 »	—	9,3 »	
4. Паковочный цех					
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	
Болезни кожи	42,8 дн.	24,2 дн.	14,0 дн.	14,8 дн.	
Профувечье	22,4 »	16,0 »	13,4 »	15,0 »	
Гинекологич.	—	36,9 »	—	9,3 »	

Этой таблицей заканчивается первая часть изучения, т.-е. выявление очага повышенной заболеваемости на предприятии, или санитарно-статистический диагноз изучаемого предприятия.

Путем исключения тех форм болезней, которые не дают повышенных коэффи-

циентов, мы приходим к выводу, что повышенная заболеваемость с утратой трудоспособности на фабрике произошла за счет следующих форм болезней и групп рабочих, а именно:

Таблица № 8.

М у ж ч и н ы:

Ф о р м а б о л е з н и	Наименование цеха
1. Туберкулез	Клейно-щепальный
2. Грипп	Клейно-щепальный, фанерный и наборно-макальн.
3. Болезни кожи	Клейно-щепальный, фанерный, наборно-макальн. и паковочн.
4. Болезни органов пищеварения . . .	Фанерный
5. Профузачье	Наборно-макальн. и паковочн.

Ж е н щ и н ы:

Ф о р м ы б о л е з н е й	Наименование цеха
1. Грипп	Клейно-щепальный и наборно-макальный
2. Болезни кожи	Клейно-щепальный, фанерный и паковочный
3. Болезни органов пищеварения . . .	Фанерный
4. Гинекологическ. заболевания . . .	Наборно-макальный и паковочный

Выявив очаги повышенной заболеваемости, мы теперь уже перешли ко второй части нашего исследования, к выявлению причин, повышенной заболеваемости.

При выявлении этиологических факторов, мы остановились только на следующих моментах:

1. Влияние производства и условий труда.
2. Влияние длительно и часто болеющих.
3. Текучесть состава рабочих и заболеваемость.
4. Качество медпомощи в части правильного лечения больных и правильного освобождения их от работы.

ОБСЛЕДОВАНИЕ УСЛОВИЙ ТРУДА.

1. Врач, заведывающий техникой безопасности, представитель фабкома и техруководителя произвели обследование фабрики, с целью выявления причин, давших повышенную заболеваемость по указанным выше формам болезней и цехам.

Результаты этого обследования следующие:

1. Клейно-щепальный цех:

Грипп и кожные болезни у мужчин и у женщин, повидимому, вызываются очень низкой температурой в цехе (открытые двери, незастекленные окна, холодная уборная).

Мужчины (оттесчики чурок) выполняют тяжелую физическую работу в

парниках (где парится чурка), при высокой температуре, в тесном темном помещении и при открытых на улицу дверях. Женщины-клейщицы загрязняют руки клейстером и часто получают мелкие повреждения (царапины, ссадины).

2. Наборно-макальный цех:

Грипп (у мужчин и у женщин), повидимому, вызывается неравномерной температурой в цехе: рядом с горячим очагом для нагревания соломки имеется постоянно открытая на улицу дверь. Кожные болезни и профувеchie у мужчин объясняются самим процессом производства: отклики станков (рамки с соложкой) появляются мозоли, ушибы, царапины, ссадины. Повышенная заболеваемость женщин гинекологическими заболеваниями объясняется тем, что помимо основной их работы (укладка и сортировка соломки), каждой работнице приходится переносить тяжести: поднимать с пола 60 ящиков по 25 кг.

3. Фанерный цех:

Повышение кожных и желудочных заболеваний объясняется следующим образом: для клейки фанеры употребляется кровь, которая обычно уже значительно разложилась. Вследствие антисанитарного содержания помещения, мухи разносят заразу. Рабочие обедают тут же в цехе немытыми руками. Разложившаяся кровь вызывает также раздражение кожи у лиц, соприкасающихся с ней (клейщицы, прессовщики, лаборанты). Повышение гриппа у мужчин объясняется тем, что многим из них (зыкатики чурок), приходится выполнять тяжелую работу в жарких парниках (парка чурок) при открытых дверях.

4. Паковочный цех:

Кожные заболевания у женщин объясняются тем, что им приходится намазывать клей на бумагу пальцами без резиновых напалочников и при этом часто повреждают кожу пальцев (ссадины, за-

позы). Гинекологические заболевания вызываются переноской тяжести, что не входит в круг прямых обязанностей работниц. Каждая работница переносит в день по 40 ящиков по 25 кг.

Кожные заболевания и профувеchie у мужчин (забойщики ящиков) объясняются условиями работы: частые ранения, ушибы и ссадины при забойке ящиков ручным способом.

При обсуждении результатов обследования выяснилось, что все отмеченные причины повышенной заболеваемости возможно быстро устранить при затрате незначительных средств и при более правильном использовании женского труда. Администрация согласилась выполнить требования комиссии.

Преимущества такого ограниченного обследования предприятия несомненны: во-первых, быстрота обследования, во-вторых, само обследование основанное на данных о повышенной заболеваемости имеет ясно выраженный, конкретно практический смысл.

Администрация предприятия убеждается в необходимости проведения тех или иных мероприятий, которые должны дать соответствующий эффект.

Всекие другие общие предположения, как-то: устроить вентиляцию, поставить плевательницы и т. п., не так легко выполнимы и более далеки от целей и задач текущего момента.

II. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ:

Длительно и часто болеющими мы считали тех рабочих, которые за период обследования (семь месяцев) болели более 3 раз и свыше 20 календарных дней.

Прежде всего, мы выясняем в какой степени длительно и часто болеющие влияют на общий показатель заболеваемости по всей фабрике. Об этом говорит следующая таблица.

Длительно и часто болеющие.

Число больных и календарных дней болезни без родов

	По всей фабрике		В том числе больных длительно и часто болеющих			
	Мужчин	Женщин	Мужчин	В %	Женщин	В %
Всего дней болезни	2527	3728	473	18,7	1658	44,4
Всего болело чел.	172	230	20	11,4	55	23,7

Часто и длительно болеющие мужчины составляют 11,4 проц. к общему числу болевших мужчин и 18,7 проц. дней к общему числу дней у мужчин. Женщины-хроники составляют 23,7 проц. всего числа болевших и 22,4 проц. всего числа дней.

К общему числу рабочих завода мужч. составляют 4,2 проц., а женщ. 12,7 проц.

Следующая таблица показывает, чем болеют хроники.

Таблица № 10

Число календарных дней болезни в % к общему итогу

	М у ж ч и н		Ж е н щ и н	
	У всех болевших в %	Длительн. и часто бол. в %	У всех болевших в %	Длительн. и часто бол. в %
Тублежких	2,1	1,6	7,7	13,4
Грипп	12,3	10,4	11,4	5,7
Бол. органов пищеварения	9,7	8,4	10,3	14,2
Гинекологич.	—	—	4,5	7,2
Болезни кожи	18,5	23,0	14,6	17,3
Профувечье	17,7	23,1	14,4	9,4
Уход за чл. семьи	—	—	7,3	23,9
Прочие	39,7	33,5	29,8	8,9
	100 %	100 %	100 %	100 %

У мужчин преобладают болезни кожи и профувечье, а у женщин—уход за больными членами семьи (детей).

По ознакомлении с больничными листками длительно и часто болевших ВМК пришел к следующему выводу:

1) Из всего числа выданных больничных листов (261) хроников, признан. ошибочно и неправильно лечеными 9,6 проц.

Примечание: За ошибочные мы считаем такие случаи: 1) Д-з лихорадочное состояние, температура 36,8°, отпуск 6 дней; 2) туберкулез ВП отпуск 12 дней, а в тубдиспансере за ту же дату указан диагноз тублежких А1 работоспособен; 3) обострение суставного ревматизма, отпуск 6 дней, а в стационаре в то же

время (испытание) отмечено—объективных данных нет, работать может; 4) д-з зубная боль отпуск 14 дней; 5) острый аппендицит амбулаторное лечение 8 дней; 6) воспаление легких, отпуск 7 дней, с амбулаторным лечением, 7) отпуск мужу на 4 дня для ухода за здоровыми детьми ввиду болезни жены и т. н.

При освидетельствовании 70 рабочих длительно и часто болеющих в ВМК, мы получили следующие результаты:

1) Признаны действительно больными 23 женщ. и 10 мужчин.

2) Заподозрены в агравации 31 женщ. и 6 мужчин.

Из признанных больными хрониками: 1) переведены на другую работу 2 женщины, 2) переведены в инвалиды 2 женщ.

щины и 3) отправлен в санаторий 1 мужчина.

Список болевших, подозреваемых в агравации разослан всем лечащим врачам и ФЭК для сведения. ВКЖ взяла этих больных под свое наблюдение.

3) Переходим к третьему моменту—к влиянию текучести рабочих на повышение показателя заболеваемости с утратой трудоспособности.

За период изучения на фабрике побывало 1.168 чел., из них поступили на фабрику до периода изучения и продолжали работать до конца периода изучения 477 чел. или 40,8 проц. всего числа побывавших на фабрике физических лиц. Текучесть рабочих составляет 59,2 проц.

Из вновь принятых и уволенных в период обследования всего 123 человека или 33,1 проц. всего числа принятых и уволенных.

Из постоянно работавших болело 279 человек, или 58,4 проц. всего числа постоянно работавших рабочих.

Если все число болевших (402) считать за 100, то болевшие постоянно работавшие составят 69,5, а болевшие временно работавшие—30,5.

Постоянно работавшие рабочие (477 чел.) составляют 56,2 проц. к среднему числу рабочих фабрики (848 чел.), а к числу болевших они составляют 69,5 проц. всего числа болевших.

Таким образом, видно, что постоянно работающие рабочие болеют чаще, по-видимому, вследствие более продолжительного действия на них вредных производственных факторов.

Текучесть состава рабочих не повлияла на повышение коэффициента заболеваемости. Наоборот, можно предположить, что при меньшей текучести заболеваемость могла быть интенсивнее.

4) Наконец, переходим к последнему моменту—к выяснению влияния постановки медпомощи на повышение показателя заболеваемости.

Этот вопрос заслуживает особого изучения и исследования в виду его чрезвычайной сложности. Ясно, что в нашем ограниченно практическом изучении этот

вопрос может быть освещен односторонне и частично.

На основании тех данных, которые мы получили после изъятия туберкулезных и гинекологических больных из общин амбулаторий и перевода этих больных в специальные лечебные учреждения, мы можем быть уверены в том, что более квалифицированная медпомощь несомненно может снизить число дней болезни с утратой трудоспособности.

В виду того, что из всего числа освидетельствованных хроников (70) ВУУ заподозрены в агравации 37 человек, или 52,8 проц., и что из всего числа выданных больничных листков хроникам 9,6 проц. признаны неправильными (необоснованные отпуска и неправильное лечение), можно предполагать, что постановка дела медицинского обслуживания рабочих в известной мере повлияла на движение коэффициентов заболеваемости.

ВЫВОДЫ:

Основные причины, вызвавшие повышенную заболеваемость рабочих фабрики «Пламя» следующие:

1. Неправильное использование человеческого труда.

2. Вредная обстановка работы некоторых групп рабочих. Эти вредные моменты являются только местными для нашей фабрики, а не общими для значительного производства вообще.

3. Причины повышенной заболеваемости рабочих, зависящие от самого производства, возможно полностью устранить без затраты больших средств.

4. Длительно и часто болеющие оказывают весьма значительное влияние на повышение показателя заболеваемости, а поэтому необходимо постоянно выявлять этих больных для принятия соответствующих мер.

5. Изучение повышенной заболеваемости по линии выявления хроников должно в значительной мере ускорить процесс изучения и должно повести к более быстрому изысканию возможностей к устранению этих причин.

6. Среди длительно и часто болеющих имеется значительное число подозреваемых в агравазии.

7. Текучесть состава рабочих не влияет на повышение показателя заболеваемости застрахованных. (? Редакции).

8. Большее число дней освобожденных для ухода за членами семьи произошло за счет женщин-матерей (уход за больным ребенком) вследствие отсутствия в городе детского стационара.

9. На повышение показателя заболеваемости в известной мере повлияла недостаточно высокая квалификация медпомощи.

10. Изолировать все отмеченные этиологические факторы в смысле их изолированного влияния на повышение заболеваемости чрезвычайно трудно и сложно.

Мы выделили только основные этиологические факторы повышения заболеваемости не для спичечно-фанерного производства вообще, а только для нашей фабрики, т.е. исключительно местные факторы, действующие на фабрике в данное время

ОТ РЕДАКЦИИ.

Статья печатается, как интересный опыт практического применения методики Ленинградского Института по изучению профессиональных заболеваний, по выявлению причин повышенных показателей нетрудоспособности, по болезни рабочих спичечно-фанерной фабрики «Плამя» в г. Тюмени. Автор в общем правильно понял и применил этот метод выборочной и индивидуальной разработки статистических карт в целях скорого и более или менее верного объяснения причин повышенной нетрудоспособности от болезни. К сожалению, стат-материал, взятый в обработку автором, не велик, как по количеству, так и по времени наблюдений, поэтому некоторые выводы его поспешны и недостаточно обоснованы. Так автор почему-то думает, что текучесть рабочих на его материале не отразилась на повышении показателей заболеваемости и нетрудоспособности, тогда, как обратное положение для всех отраслей промышленности обосновано доста-

точно твердо и на большом материале. Надо думать, что причиной этого расхождения является недостаточный материал автора и неправильный учет текучести. Даже работая с выборочным и индивидуальным материалом, методом часто ограничивающим количество наблюдений, не следует забывать теории «больших чисел» и поэтому нужно быть осторожным и особенно в выводах общего значения. Затем, нельзя признать обоснованным вывод автора, что трипп и кожные болезни рабочих фабрики «Пламя» вызываются, «повидимому, очень низкой и неравномерной температурой», когда из профпатологии известно, что температурные факторы отражаются на заболеваемости характера простудных невралгий, миозитов, эпидемии и люмбаго.

Наиболее ценным и интересным в опыте автора является правильное утверждение, что нередко на повышение коэффициентов нетрудоспособности в днях по болезни имеют значение факторы мало или ничего не имеющие общего с интенсивностью болезненного процесса. Характерным примером этого положения в опыте автора оказалось, что рациональное изменение способа выдачи бюллетеней по туберкулезу и мочеполовым болезням и организованный контроль дали большое заметное снижение показателей дней нетрудоспособности по болезни.

Что же касается практического значения метода, то можно сказать, что его применение на достаточно мощном материале может сравнительно скоро и без затраты большого труда на разработку, дать ценные указания причин повышенных коэффициентов нетрудоспособности и тем самым сигнализировать выбор мероприятий наиболее успешного сокращения этой статьи расходов социального страхования. Пожелаем автору повторить этот опыт в более лучших условиях и на более мощном по количеству наблюдений материале.

Труд и быт лесорубов*)

Д-р В. Г. КУДРЯВЦЕВ.

(Полазнинский Учлеспромхоз ВКЛ Пермского округа)

Лесное хозяйство СССР является громадной отраслью промышленности. Необозримые лесные массивы в несколько сотен тысяч квадратных километров с неисчерпаемыми запасами деловой и дровяной древесины, блестящие перспективы лесозаготовки, бурно возрастающая и реконструирующаяся внутрисоюзная промышленность требуют планового ведения лесного хозяйства и плановой эксплуатации спелых и переспелых лесонасаждений, почему лесное дело и перешло в ведение ВСНХ. В силу этого лесозаготовки в пределах Уральской области увеличились. В нашем Пермском округе в сезон 1929—30 года было занято до 60 тысяч лесорубов. Эта трудовая армия с числом, равным всей массе рабочих тяжелой индустрии Пермского округа, была размещена вне построек постоянного типа (городских и заводских), но в помещениях временного типа (бараках), часто в глухом лесу, в отдаленности от деревень; часто за отсутствием бараков размещалась в крестьянских избах. До января месяца медицинская помощь на лесозаготовках была недостаточна, медико-санитарный надзор отсутствовал. При необеспеченности жилищами, скученности, при притоке пришлой рабочей силы была реальная опасность эпидемических заболеваний. Лесопромхозы, лесные отделы и Окргдравотдел во избежание срыва работ, для охранения здоровья целой армии лесорубов кровно заинтересованы в исчерпывающем проведении лечебно-профилактических мероприятий, создании санитарно-гигиенических норм, улучшении жилищных условий и полноценном питании лесорубов, что предупреждало бы утечку рабочей силы и обеспечивало выполнение плана лесозаготовок и лесозаготовки.

Переходя к обзору труда и быта лесорубов, уместно начать с жилищ. Жилищные условия лесорубов в текущем

сезоне были удовлетворительны только в части лесозаготовительных баз. Размах лесозаготовок и потребность рабочей силы застали лесные отделы и лесопромхозы врасплох. Жилищного фонда не хватало; жилищное строительство, развернутое осенью и зимой, запоздало и не удовлетворяло полностью потребности размещения лесорубов. В части баз в бараках было размещено до 50 проц. рабочих и то при несоблюдении нормы в 3 кв. метра на человека. По просмотренным материалам и личному наблюдению, жилищная площадь составляла на 1 человека от 0,41 кв. метра до 2,3, а кубатура от 1,6 куб. метра, до 6 куб. метров с использованием для жилья даже сушилок. Недостаточность своего жилищного фонда хозяйственными организациями была покрыта путем размещения лесорубов в ближайших деревнях, с расстоянием до места работ от 3 до 7 верст, и путем занятия кордонов и старых избышек крестьянского типа, что, в свою очередь, было неблагоприятным моментом вследствие постоянного контакта с крестьянским населением и недопустимой скученности: люди спали вповалку и на полу, даже в тверях. Развернутое наспех жилищное строительство имело ряд дефектов: стандарт бараков не выдержан; строились разнотипные бараки при одинаковом сроке амортизации, главным образом в зимнее время и из сырого материала. Несмотря на постановления областного совещания по лесосплаву в 1929 году, что принятые совещанием типы построек являются обязательными для всех организаций и отступления от установленного стандарта не допускаются, тем не менее в каждом лесопромхозе, в каждом лесном отделе были возведены бараки без соблюдения санитарно-гигиенических норм, без согласования с санитарным надзором, без согласования с участко-

*) Должено на окрсовещании врачей, работавших на лесозаготовках, 13 апреля 1930 г. в г. Перми.

выми врачами, с большими отступлениями от установленных стандартных типов. На основании личного опыта, учета потребности лесоруба, по ознакомлении с планами стандартных барачков можно в отношении их сделать ряд критических замечаний. При расстановке барачков составителем учтено лишь наличие вспомогательных помещений и в должной степени не придано значения наличию вместительной сушилки, являющейся наиболее важной в быту лесоруба, для которого самое главное—сухая одежда и обувь, сушка упряжи (хомутов, сбруи), принимаемая во внимание тяжелые условия труда в лесу, при глубоком снеге, морозах, сырой и ненастной погоде и оттепели, и в воде—на молевом и транзитном сплаве. Так, по барачку первого типа, со сроком амортизации до 10 лет, сушилка занимает только 3,51 кв. метра или 1,64 проц. полезной площади, что может удовлетворить только 5 человек, а не предусмотренных к размещению 32 человек; по барачку II типа на 30 человек сушилке отведено 9,61 кв. метра или 8,5 проц. полезной площади, т.е.

только на 13 человек, при отсутствии других вспомогательных помещений. Кроме того, расстановка вспомогательных учреждений в барачке I типа неудачна: создан коридор, совершенно темный, занимающий 24,7 кв. метра, т.е., 11,1 проц. площади; сторожка, умывальник—клетки, во всем помещении масса перегородок и заборков. В общем на долю вспомогательных учреждений падает 40 проц. всей площади. В барачке II типа при большом проценте полезной площади отмечается, кроме недостаточной сушилки, только наличие сторожки; отсутствие кухни, столовой и т. д., не говорит в пользу распространения устройства этих барачков. Для создания санитарно-гигиенических норм, с учетом культурных запросов лесоруба, нужно в планы типовых барачков ввести коррективы, обеспечивающие рациональное использование жилищной площади и отвечающие предъявляемым санитарным нормам. С этой стороны уместно предложить проект видоизмененного очного барака, преимущества его видны из следующих расчетов.

Назначение помещений	Барак I типа		Барак II типа		Видоизмен. барака		Примечание
	Кв. м.	%	Кв. м.	%	Кв. м.	%	
I. Жилое помещение	62,16	29,10	49,95	43,8	51,80	29,52	
II. " " "	62,16	29,10	48,06	42,2	49,84	28,48	
Сушилка	3,51	1,64	9,61	8,5	24,00	13,7	
Всего полезн. площ.	27,83	59,84	107,62	94,5	125,64	71,7	
Кухня	11,50	5,40	—	—	—	—	
Столовая и читальня	37,62	18,00	—	—	—	—	
Сторожка	7,60	3,60	6,20	5,50	—	—	
Умывальник	2,59	1,26	—	—	—	—	
Коридор темный	24,70	11,10	—	—	—	—	
Прихожая	1,71	0,8	—	—	—	—	
Всего вспомог. помещен.	85,72	40,16	6,20	5,50	49,56	28,30	
Ориентиров. стоим.	4275 р.		1820 р.		2944 р.		

Примечание. При видоизмененном типе барачков в сушилке помещается топливо и за перегородкой умывальник; в пристроен из дощаника—тамбуре размещены со стороны су-

шилки: 2 кладовки для фуража по 3 м.×1,5 м.=4,5 кв. м.; со стороны кухни: кладовка для продуктов 3 м.×1,5 м.=4,5 кв. м., кладовка для инструментов 1,5×1,5 м.=2,25

кв. м. и уборная на 2 очка с вывозными ящиками $1,5 \times 1,5 \text{ м.} = 2,25 \text{ кв. метра.}$

Преимущество видоизмененного барака: процент полезной площади повышается до 72 проц., вместительная сушилка, вспомогательные учреждения развернуты в одном помещении без заборков, которые можно использовать для кино, спектаклей, бесед; над плитой в кухне вытяжной колпак, удаляющий запахи приготовляемой пищи; находящиеся в пристрое кладовки разгружают жилые помещения от проdfуража, обычно находящегося под парами; наличие небольшой уборной при бараке является необходимым в быту барака и избавить от загрязнения во дворе. Предлагаемый видоизмененный барак строится в лесу, как одиночный; при групповом расположении барakov (2—3) вспомогательные помещения лучше всего выносить в отдельный дом, где, следовательно, нужно разместить кухню, столовую, красный уголок, помещение для сторожих и десятников, контору, а также иметь две комнаты для приема и изоляции заболевших лесорубов. При плановом развертывании лесного хозяйства необходимо своевременно предусмотреть постройку в местах концентрации рубок рабочих поселков, тем более, что для промышленного лесного хозяйства необходимо создать постоянные кадры лесорубов.

Переходя к обзору типа барakov по округу, надо указать на преобладание барakov III типа, со сроком амортизации на 1 год, в действительности же они существуют в течение 3—5 лет; последний год построены баракы II типа и в меньшем числе I типа, с указанными выше дефектами; в лесных отделах были использованы для жилья много старых зырянских избышек с недопустимыми отклонениями от санитарных норм. Как правило, почти везде было переполнение барakov сверх нормы, иногда в 2 и 3 раза, что вызывало размещение лесорубов в сушилках и банях. В отношении внутреннего благоустройства баракы оставляют желать лучшего: потолки (большинство барakov III типа) устроены из пакатника, горбылей, из сырого леса;

часто отмечалось, что сверху сыплется песок, земля, протекает вода с крыши из мерзлой земли на потолок; только в части новых барakov потолки устроены в разбежку, по-польски. Полы в баракax расходятся, плохо укреплены, со шелями, с полу несет холод; в старых баракax пол не тесан, что затрудняет мытье, в зырянках—даже земляной, или неполный пол из плах. Бросаются в глаза окна разных размеров, световая площадь вообще недостаточна, колеблется в пределах от 1:11 до 1:39, редко больше. В половине барakov имеются одинарные рамы, местами плохо заклеенные, с разбитыми стеклами; хорошее впечатление оставляют баракы II типа с двойными рамами. Вентиляция помещений, как таковая, почти везде не обеспечена: в ряде барakov имеется примитивная вентиляция в виде продухов в стенах; в других—в виде дыр в потолке, не выполняющих назначения. Иногда встречаются вытяжные трубы, но выведенные только в потолок, реже они выводятся в крышу, давая положительный эффект. Форточки в рамах, особенно в новых баракax, недостаточны в числе и по размерам и большей частью не пущены в ход в виду отсутствия шалнеров. В части барakov о вентиляции даже совершенно позабыли. Тяжелое впечатление остается, когда вентиляции нет в вспомогательных помещениях, особенно в сушилках, где всегда воздух насыщен испарениями мокрой одежды и упряжи. Вследствие отсутствия сушилок, использовании их под жилье при недостаточной вместимости их, сушка одежды производится прямо в жилом помещении, где почва при наличии человеческих испарений и выделений при несовершенных отопительных приборах бывает совершенно нечем дышать. Как правило, в баракax не имеется единообразной системы отопления. Нам приходится видеть железные печи всех размеров, чугунные, кирпичные с плитами, голландские печи. Установка этих приборов вызывается, кроме отопления и, необходимо тут же в бараке готовить на них пищу и кипятить чайник. Температура помещений колеблется в пределах от 9 гр. Р.

до 25 гр. Р. При неисправном состоянии труб, при недосмотре за варкой пищи, особенно при сырых дровах, в бараках часто много дыму и запаха от пищи. Отсюда находят объяснение многочисленные конъюнктивиты у лесорубов. В отношении системы отопительных приборов в связи с принятием определенного типа бараков надо рекомендовать устройство печей постоянного типа.

Для отдыха и сна лесорубов в бараках преобладало устройство общих нар, а в ряде бараков и двухэтажных нар. Их больше, как в 5 проц. были топчаны, да и то, при переполнении рабочей силой топчаны составлялись вместе, ничем не отличаясь от общих нар. Главным затруднением в изготовлении топчанов, особенно в новых бараках II типа, являлось отсутствие гвоздей; при скученности лесорубов, при наличии вшивости и паразитов, при необеспеченности бани их дальнейшее существование общих нар должно быть навсегда оставлено. С другой стороны, при необеспеченности жилой площадью, при скоплении рабочих можно было бы рекомендовать в отдельных случаях устройство парных топчанов, при наличии двух родственников; при жестком жилищном кризисе, при наличии достаточной высоты барака до 3—3½ метров возможно допустить в качестве временной меры устройство в этом случае двухэтажных парных топчанов типа пароводных.*)

Внутреннее оборудование бараков достаточным числом кипяtilьников, баков для холодной воды, отдельных закрывающихся баков для кипяченой воды было всюду недостаточно и, несмотря на предписание медперсонала, не было в достаточной степени дополнено. Снабжение плевательницами и уриями было только в единичных случаях. Снабжение котелками, чайниками, обеденной и чайной посудой, ложками также было неравномерно и покрывалось личным имуществом лесорубов при скудном наличии их в продаже в кооперации. Керосиновые лампы были в количестве недостаточном по жилой площади; фонари для хождения ночью к лошадям в большинстве случаев отсутствовали. Стенные часы в

бараках также составляли редкое явление; вешалок для верхнего платья в бараках нам не приходилось видеть. Умывальники для лесорубов большей частью были однососковые, редко трех-пятисосковые; мыло при них за счет базы, а не личного, также редко приходилось видеть. Попутно с этим надо отметить недостаток полотенец, имевшихся отдельно у каждого лесоруба. Недостаток ведер для грязной воды—общее явление. Кипятильники были почти в каждом бараке, но постоянное употребление их выводило из строя, они текли и пока база озабочивалась заменой или приобретением их, лесорубам приходилось кипятить воду самим, а чаще пользоваться сырой водой. К тому же надо отметить часто неудачное расположение кипяtilьников в сушилках.

Уборные при большинстве бараков имеются, но от барака далеко, на 20—30 метров, даже на 60, почему ими пользуются не каждый раз. Кроме того, уборные не устроены, без дверей, крыш, без подставок; поставлены на склоне горы в овраг, над проточной рекой или речкой, не очищаются. В ряде бараков уборных нет совершенно; то же в отношении помойных ям; если, где таковые и имелись, то ими мало пользовались или ямы были переполнены; испражнениями и нечистотами, кухонными отбросами загрязнены входы и дороги. Вообщем, недогляд и отсутствие очистки уборных и выгребных ям, загрязнение испражнениями вели к загрязнению местности и водных источников.

Банями обеспечена только половина бараков. Устройство бань: редко пароводяные, часть сделана по чистому, часть бань—курные; остальные бараки обеспечены частью банями соседних бараков за 3—9 верст, частью законтрактованными крестьянскими банями. Такое положение приводило к тому, что часть лесорубов по одному-два месяца не были совершенно в банях. К этому надо добавить, что при недостатке собственного нательного белья у лесорубов, снабжение бельем было неудовлетворительно, главным образом, у пришедшей рабочей силы, вследствие недостатка белья в продаже у ко-

*) С этим предложением автора редакция согласиться никак не может. Путь автора—очень скользкий и временный характер подобных жилищ не спасает барак от тяжелого анти-санитарного состояния, грязи и перегруженности.

операции. Как общее явление—бани топятся самими рабочими, после мытья не приводятся в порядок и являются источниками заражения вшами и кожными болезнями, чесоткой. Только в крупных банях (Полазна, Ветляны, Ромахино) топка бань производится отдельными истопниками. Большим минусом является отсутствие при бараках и в заводах отдельных прачечных; стирка белья производится в ближайших деревнях, а чаще в бараках в ведрах и тазах, корыта для белья в бараках составляют редкое явление. Отрядный факт следует отметить в Полазничском Учлеспромхозе, где удалось построить отдельную прачечную (Ветляны) и бани-прачечные (Ромахино, Черный исток).

Вошебоек общего типа в округе незначительное число при больницах, при бараках их не было, и только непосредственная угроза вспышки сыпного тифа заставила приступить к постройке вошебоек (военного типа—землянки в Полазничском Учлеспромхозе, времянок—ледянок в Косвинском). Кроме того, выстроена и пущена в ход вошебойка общего типа, по чертежам Облздоровдела, в заводе Полазне. Кое-где (Оханск, Сива), для дезинфекции приспособлены бани. На будущее время головные пункты Учлеспромхозов необходимо обеспечить вошебойками постоянного типа, бараки и отдельные поселения обслуживать периодически выездами подвижной дезинфекционной камеры типа «Гелиос».

Вопросы коллективного и артельного питания не внедрились в быт лесорубов. Имеющиеся в местах расположения бараков столовые, содержащие потребительскими обществами, не справились с возлагаемыми на них задачами: однообразные обеды, с малым количеством овощей, без добавления приправ (капусты, моркови, подболточной муки, круп), высокая стоимость обеда по 45—50 копеек, временами плохое качество обедов—не привлекли большого числа лесорубов. Местная рабочая сила—крестьяне, кроме получаемых за норму выработки продуктов, пользовалась своими продук-

тами, а припилье и иноокружные оставались только на получаемом, наравне с местными, пайке. Опыт общедоступных столовых (Добрянка) со стоимостью обеда в 30 копеек, не получил значительного распространения по вине Добрянского ЦРК, снабжавшего столовую только сбоем, а не мясом. До сих пор кооперация на лесозаготовках, заботясь о безубыточности столовых, извлекает даже прибыль, правда небольшую, тогда как надо категорически поставить вопрос перед кооперацией укреплять идею общественного питания лесорубов, не допуская прибыли от рабочих столовых, работая в них даже в убыток, добиваясь повышения качества обеда и большего привлечения лесорубов.

Переходя к анализу питания лесорубов, надо указать, что организм человека при очень тяжелой работе требует от 4500 до 8000 калорий (по Рубнеру). Суточный расход энергии в организме дровосека по Словцову составляет 6000 калорий. Исходя из этого, следовало бы взводить с пищей белков 250 грамм *), жиров 100 грамм, углеводов 1000 гр. По раскладке Волгокаспийлеса продуктов питания на заготовку 1 кв. метра деловой древесины падает белков 108,52 гр., жиров 22,81 гр. и углеводов 562,54 гр., что дает 2440,5 калорий. Принимая во внимание средние нормы заготовки древесины (сосны) в день 2,39 кв. метра при полной выработке дневной нормы лесоруб должен получать белков 259,36 гр., жиров 54,52 гр. и углеводов 1344,47 гр., что дает 5832,80 калорий. Таким образом установленная раскладка по ВКЛ в смысле калорийности была достаточной, однако часто лесорубы при невыполнении нормы дневной выработки не получали достаточного питания. Кроме того, имела место замена продуктов менее равноценными по калорийности (мясо заменялось соленой рыбой, часто свежей щукой или мелкосортным ершом, выдавались грубые сорта круп). Выдача жиров была недостаточной, что видно даже из раскладки, где жиры покрываются углеводами; количество жиров, предпоч-

*) Столь значат цифру белка в суточном пайке редакция не может считать необходимой (Примеч. Редакции.)

чительно животного происхождения, должно быть увеличено. Овощи кооперацией не были включены в норму выдачи продуктов, поэтому углеводы в пищу поступали за счет ржаного хлеба, качество которого при выпечке в пекарнях оставляло желать лучшего, что и было зафиксировано неоднократно в актах медперсонала. Приобретение картофеля на местах лесозаготовок было часто затруднительно, а иногда и невозможно. Следует отметить не изжитую до сих пор неувязку в работе кооперации и лесных организаций: на местах не было учета наличия потребности продуктов и числа лесорубов; сеть ларьков, хлебопекарен, распределителей была недостаточна; отсутствие кладовых, ледников, овощных ям, создавало затруднение в снабжении лесорубов доброкачественным печеным хлебом и продуктами питания; местами было «затоваривание», местами полное отсутствие продуктов. Вообще в вопросах снабжения лесорубов, при разбросанности бараков следует внести полную ясность в смысле достаточной сети ларьков-распределителей, пекарен, общественных столовых и т. д.; о сохранении твердого ассортимента продуктов питания, снабжения овощами; большого разнообразия товаров в раз'ездных ларьках снабжения лесорубов предметами личной гигиены, (белье, мыло, полотенце) и уточнения системы краткосрочного кредитования лесорубов.

Вопросам снабжения доброкачественной питьевой водой хозяйственники не придавали значения, пользовались водой ближайших проточных рек, речек, ключей, колодцев и озер. Однако в ряде бараков речки и колодцы вымерзали и лесорубы пользовались талой снеговой водой. В ряде бараков в питьевой воде содержалось много солей и примесь сероводорода (Чермоз, Косьва). В Полазнинском Учлеспромхозе, благодаря любезности проф. К. Н. Шапшева удалось провести ряд исследований проб питьевой воды из бараков, расположенных по речке Полазне и Полазнинского пруда в зав. Полазне, где вымерзают колодцы и все население пользуется водой из пруда. Анализы показали, что вода из речки Полазны и

пруда имеет пониженную прозрачность, опалесценцию, следы аммиака и азотистой кислоты, большой плотный остаток, повышенную окисляемость, высокую жесткость, большое количество хлоридов и огромное содержание серной кислоты; вода не отвечает санитарным требованиям и не годна для питья. Дополнительное обследование этого источника, снабжающего водой и зав. Полазну составит предмет отдельного сообщения, но и теперь, надо поставить перед ВКЛ вопрос о постройке колодцев расширенного типа или абиссинского для изыскания источников доброкачественной питьевой воды в зав. Полазне. Кроме того, анализы питьевой воды из лесных речек в районе Висимской базы показали непригодность этой воды для питья. На этих примерах видна необходимость планомерного обследования водных источников наших лесозаготовительных баз.

Попутно коснусь вопросов культурного обслуживания запросов лесорубов. Союз Сельскохозяйственных и лесных рабочих и его низовые органы—рабочкомы на местах на наш взгляд не смогли выполнить большой и благодарной работы, предстоявшей им. Наличиедельного культурника в базах было редким явлением, большинство их было не подготовлено к ведению культурной работы и не справились с ней. Все же в ряде лесозаготовительных баз и бараков лесорубы были обслужены установкой радио, кино-передвижками один-два раза в месяц, постановкой гастрольных спектаклей, кое-где курсами по ликвидации неграмотности. Отрадное впечатление оставляли бараки, где были комсомольские бригады, которые обслуживали остальную массу лесорубов, устраивая спектакли, читки, празднование революционных годовщин, выпуская регулярно стенгазету. Снабжение литературой, передвижными библиотеками было недостаточно; светлым пятном была выписка газет, поступавших со значительным запозданием. Живой массовой раз'яснительной работы со стороны союза не было, и здесь работавшим врачам представилось благодарное поле деятельности раз'яснительной и полити-

ческо-воспитательной работы. Отсутствие в бараках колдоговоров и правил внутреннего распорядка было постоянным пробелом. Вообще культобслуживание лесорубов в большей части барачков, заброшенных по медвежьим углам, было явно недостаточным: рабочкома в бараках лесорубы не видели за весь сезон.

Медико-санитарное обслуживание лесозаготовок началось только с января, при отсутствии постоянных медработников в местах наибольшего скопления лесорубов, при разбросанности барачков на радиусе до 80 верст медпомощь оказывалась выездами командированных врачей и фельдшеров 2-3 раза в месяц, частью не регулярно. Отсутствие изоляционно-пропускных пунктов, бань, вошебоек, прачечных при скудном снабжении медикаментами и дезсредствами затрудняло работу персонала. Тем не менее удалось широко развернуть санитарно-просветительную работу, проводя беседы и лекции в каждом бараке, санитарные осмотры ларьков, магазинов, пекарен и столовых. Сопровождение лекций и бесед демонстрацией, санитарных плакатов заинтересовывало лесорубов; снабжение санитарными плакатами, популярной медицинской литературой и листовками барачков в Полазненском районе было вполне достаточным, тогда как снабжение ими в других леспромпхозах было затруднительным в виду отсутствия плакатов и литературы в магазинах Госиздата и доме Санпросвета. Большую помощь оказывали стационарные установки Окргидравотдела—больницы и фельдшерские пункты. Однако, в некоторых районах не создавалось полной увязки местных врачей и врачей леспромпхозов; некоторые фельдшерские пункты отказывали в медпомощи лесорубам, что было прекращено при выезде к ним лесных медработников. Учитывая опыт прошлого сезона, необходимо заранее наметить и обеспечить сеть постоянных медицинских установок в местах скопления лесорубов и лесосплавных пунктов, выделив отдельные помещения для изоляции больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА И КОНТИНГЕНТ ЛЕСОРУБОВ.

При отсутствии изоляционно-пропускных пунктов, при ненаалаженном в начале медико-санитарном надзоре поступление рабочей силы, особенно пришлоей, на лесозаготовках было стихийным. Сотни лесорубов без предварительной санобработки, без предварительного медицинского осмотра направлялись на места работы. В число рабочих включались инвалиды, подростки 13-15 лет, женщины, старики, нередко больные туберкулезом и трахомой, не составлявшие полноценной рабочей силы и вызывавшие излишние расходы по перевозке и питанию их. Необходимым условием для отбора рабочей силы является предварительный медицинский осмотр и трудовая экспертиза компетентной комиссии в составе врача, представителей союза, хозорганizations и сельского совета. Новым фактором в лесозаготовках прошлого сезона явилось наличие в некоторых бараках женщин, размещавшихся в общих помещениях наравне с мужчинами. Недопустимым явлением отмечается приезд лесорубов с семьями и детьми, занимавшими и без того ограниченную жилую площадь. Подростки 13-16 лет, приехавшие в бараки с отцом для ухода за лошадьми, нередко принимали участие в тяжелой и изнурительной работе по заготовке деловой древесины. Прибытие в текущем сезоне большого числа лесорубов, особенно приехавших, обнаружило полное незнание части их с техническими правилами рубки и возки леса, с техникой безопасности; воспитательная работа со стороны администрации была недостаточной, что послужило при отсутствии знания и сноровки причиной слабой производительности труда, а также причиной травматизма среди лесорубов и даже смертельных случаев. Ознакомление с коллективным договором, разъяснительная работа в части расценок, норм выработки, норм питания, работа по соцсоревнованию со стороны рабочкомов почти отсутствовало. Недостаток спецодежды, теплого платья и обуви в суровых условиях уральской зимы, ранней весенней оттепели, вызывал повышенную заболе-

ваемость и травматизм. В частности по поводу травматизма по выборочному материалу за прошлый сезон по Полазницкому фельдшерскому пункту и Добрянской больнице имеются следующие данные: травм было до 14 проц. общего числа обращавшихся лесорубов, причем из них с переломами черепа, ребер и костей голени до 4 проц., с ушибами до 46 проц., из них больше половины с ушибами нижних конечностей; с ушибленными рваными и колотыми ранами до 36 проц., с ожогами 6 проц., с обморожениями 3 %, с остальными поражениями 7 %, травм со смертельным исходом 3 случая за весь сезон.

Неувязка в работе кооперации и лесных организаций, недостаточное снабжение продуктами, вызывающие ослабле-

ние сопротивляемости организма, влияло на повышение заболеваемости и понижение интенсивности труда лесорубов.

Условия труда лесоруба различны при сплошной уборке или при выборочной рубке спелых и переспелых насаждений; большую роль в уменьшении травматизма должна сыграть механизация вывозки леса по тракторным, по ледяным и улучшенного типа дорогам.

Только при изучении труда и быта лесорубов, при учете его потребностей и запросов, при проведении санитарно-гигиенических мероприятий, при механизации лесных работ возможно создать нормальные условия работы лесоруба, добиться повышения производительности труда и тем самым в конечном результате обеспечить выполнение пятилетнего плана социалистического строительства.

О типе общественных уборных

И. Г. ГУРЕВИЧ

Вопрос о рациональном оборудовании общественных уборных в настоящий момент при развитом строительстве зданий общественного пользования, несомненно, заслуживает внимания. Между тем, в нашей литературе, этот вопрос как будто бы не дебатировался, а строительные организации продолжают оборудовать, в большинстве случаев, новые здания обычными ватер-клозетами с обычными унитазами и писсуарами.

Такое оборудование общественных уборных в клубах, театрах, в зданиях типа крупных контор, вокзалов и т. п. местах, как показал опыт, совершенно не приемлемо в санитарно-гигиеническом отношении, имея очень много отрицательных сторон. Обычно унитазами «сидя» не пользуются, а становятся на неприспособленное и очень неустойчивое сидение ногами; писсуары обязательно заполняются окурками, засариваются, переполняются мочей; часть мочи даже не при засорившемся писсуаре, разливается по полу или попадает в ящик с опилками и издает зловоние. Благодаря неправильному пользованию унитазами последние загрязняются калом и мочей, что в свою очередь создает ряд антисанитарных последствий—разнос кала и мочи, зловоние, усложнение уборки и т. д.

Некультурность населения, не умеющего пользоваться такого типа уборными, вряд ли является единственной причиной их загрязнения. Вряд ли правильно с санитарно-гигиенической точки зрения требовать и даже рекомендовать «сидя» пользоваться обычными унитазами в общественных уборных без обязательного застлания крышки унитаза бумагой. Требовать же от всех посетителей иметь при себе достаточное количество бумаги, тем более, предоставлять таковую бесплатно в общественных уборных, совершенно невозможно. Как видно, причина грязного содержания общественных уборных, оборудованных обычными унитазами, кроется не только в некультурности населения, но и в конструктивных недостатках данного типа уборных.

В целях подтверждения наших выводов, мы провели в марте 1929 года, при участии санитарных врачей Пермской ж. д., обследование клубных и вокзальных ватер-клозетов на П. ж. д., имеющих обычные унитазаы и писсуары и получили во всех случаях без исключения подтверждение полной их непригодности. Я не могу здесь приводить полностью всех актов обследования, а ограничусь только характерными данными о состоянии уборных и заключениями комиссий производивших осмотр. Во всех случаях в комиссии входили представители администрации и санврачей. В Вятке были осмотрены

ватер-клозеты пассажирского здания. Найдено: «деревянные сиденья во время осмотра, как это и прежде было смочены и пропитаны мочою». Заключение комиссии: «пользоваться сиденьями нормально, не становясь на них ногами, с санитарной точки зрения, не только нельзя требовать, но даже не следует рекомендовать». В Перми осмотрено здание конторы Пермской ж. д., оборудованное ватер-клозетами. Найдено: «Все крышки и ящики (в которые заключены унитазы) без исключения загрязнены были фекальными массами, а также оказались сырыми по всей своей поверхности от мочи... Писсуары индивидуальные фарфоровые. Под ними постоянно разлита моча. Вследствие легкой закупорки их окурками, моча застаивается и издает зловоние». Аналогично содержатся ватер-клозеты в Перми на вокзале, в мастерских и в клубе имени Толмачева. В Свердловске, в только что выстроенном громадном здании Правления Пермской ж. д., уборные также оборудованы обычными унитазами. Никто сидя ими не пользуется; очень часто сидения загрязнены мочой и даже калом. У писсуаров на полу почти постоянно разлита моча. Были случаи падения со стульчаков. В Нижнем Тагиле в новом прекрасном здании железнодорожного клуба, состояние ватер-клозетов такое же как и в зданиях контор в Перми. В писсуарах уборной к тому же обнаружены каловые массы. В последнем случае мы скорее всего имеем отдельный вид хулиганства, но это несколько не облегчает участь уборщиц, которым руками приходится очищать писсуары от каловых масс, ибо специальный прибор для очистки писсуаров не изобретен, да и вряд ли его можно изобрести, для такого сложного по своим очертаниям сосуда, каким является писсуар. Между тем, очищать его от окурков и прочих предметов уборщицам приходится почти ежедневно.

Нам могут указать на необходимость выделения специальных лиц для постоянного наблюдения (периодическое наблюдение всюду имеется) за общественными уборными. Конечно, это желательно и может быть необходимо, но не реально, ибо не осуществимо по экономическим соображениям и к тому же не устраняет конструктивных дефектов обычных унитазов и писсуаров.

Мы не можем предложить совершенный «тип» общественных уборных. Но нам бы хотелось, чтобы гораздо приемлемее был бы тип промывных уборных с «восточным очком», облицованных плиткой и писсуаров с постоянным током воды «со стеночкой и желобком в полу», но с отдельными перегородками не до пола с целью предохранения от обрызгивания мочой пользующихся. Оба эти типа сравнительно удобны для пользования и очень легко могут быть подвергнуты очистке. Однако, осуществление их очень затруднительно за отсутствием на местах соответствующих проектов специального оборудования на рынке.

Нужны другие подходы к 100 % охвату населения оспопрививанием*)

Врач ПОКРЫВАЛОВ (Катавский завод)

Методы нажима на 100-проц. охват населения оспопрививанием только по линии Окредрава, по моему мнению, недолго задержит приход наш к финишу. Такой вывод я делаю из того опыта, который я применил в Катавском заводе. Не имея еще точных директив по этому вопросу (получены они 9-VI—30 г.), я с начала апреля решил произвести работу по такому плану: был выделен отдельный сотрудник, которому было поручено сделать выборку адресов всех родившихся за последние два года; когда выборка была сделана, то работа его потекла так: 4 дня в пятидневку он делал обследование по взятым в Загсе адресам, а на пятый он производил прививку всем детям, у кого по каким-либо причинам оспа не была привита, или не приви-

лась. Всем привитым было предложено через 4 дня явиться на проверку. Тут сразу же мы наскочили на утку: во-первых, не все вызванные явились; во-вторых, не все явились на проверку. Стало быть, нужно снова идти их разыскивать, и это будет без конца. Стало быть, такой метод к цели не приведет. Если применить метод прививки оспы на дому при обследовании, то он будет слишком непродуктивен по пропускной способности, потому что оспопрививатель по несколько раз будет не заставать дома или ребенка или мать, это, во-первых, а, во-вторых, не будет той чистоты в работе, так как ампулу придется десяток раз открывать и закрывать, ланцет стерилизовать при неподходящей обстановке и проч.

*) В порядке обсуждения. (Ред.).

Между тем дело по-моему обстоит гораздо проще: если мы возьмем за основную лозунг: «Здоровье трудящихся» — дело самих трудящихся, то из него вытекает как будто бы, что медперсоналу не нужно бегать по дворам и отыскивать кому привить оспу, — это дело самого трудящегося — принести ребенка и потребовать привить ему оспу. Если мы в ряде случаев применением репрессии в деле санитарии, напр. то, почему в деле профилактики нельзя применить репрессий.

Я не вижу никакой разницы в наложении штрафа за антисанитарное состояние двора, которое влечет за собой часто вспышку эпидемии тифа или дизентерии и на укушенного от оспы прививания, что также может послужить хорошим горючим материалом для вспышки эпидемии оспы. До сего времени все шипки валяются на медперсонал, медперсонал из кожи лезет, вплоть до подворных обходов, а воз и ныне там. На 13 году советской медицины мы натапливаемся в рабочем центре на такую картину, что известный процент детей до 2-летнего возраста остается невакцинированным.

Точных цифр я привести не могу, так как работа далеко не закончена, но примерно первая пятидневка обследований дала 30 человек, вторая 35, третья 24. Из этих 89 человек половина опять утекла, так как на проверку не явилась.

ВЫВОДЫ.

В текущий год необходимо добиться такого положения, чтобы к восьмимесячному возрасту все новорожденные были вакцинированы.

Необходимо изыскать способы, требующие наименьшей затраты средств и времени на оспопрививание.

Подворная прививка оспы является очень промоздкой, неудобной и не дающей должного результата. Персональная разверстка количества вакцинаций на тот или иной медучасток не будет показателем в смысле 100-проц. охвата населения. Можно создать большее количество прививок, а горючий материал останется.

Ответственность за невыполнение должны нести и медперсонал, и население.

Чтобы быстро откликаться на волнующие медработников вопросы, чтобы осуществить столь необходимую тесную связь областного центра с рабочей амбулаторией, чтобы стать действительным руководящим органом и практическим советником для работников на местах,

„УРАЛЬСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЖУРНАЛУ“

нужен массовый активный читатель, его деятельное сотрудничество в журнале, непрерывная информация о строительстве здравоохранения на местах

Сифилис и конституция *)

Г. Г. КОНДРАТЬЕВА (КАЗАНЬ)

(Из Клиники кожных и венерических болезней Каз. Гос. Ун-та Директор—проф. М. С. ПИЛЬНОВ,

Едва ли есть другое заболевание, которое отличалось бы таким разнообразием течения, как сифилис. Еще Фурнье сказал, что каждый сифилитик «болен на свой лад». В то время как в одних случаях заболевание ограничивается едва заметными проявлениями, благоприятным течением и исходом, в других—сифилис принимает угрожающее для жизни больного течение, вызывая разрушения в различных органах и системах организма, часто являясь непосредственной причиной смертельного исхода. В одних случаях достигается быстрое излечение сифилиса, даже в серопозитивном периоде, зачастую после ничтожного лечения, что находит свое подтверждение в многочисленных случаях реинфекций (Поспелов, Тарновский, Иванов, Мещерский, Вольман, Uhlmann, Никольский и др.) В других случаях интенсивное лечение всеми имеющимися у нас средствами не дает благоприятных результатов (частые рецидивы, упорная положительная серореакция и т. д.) и не предохраняет от последующих паралича и табеса. Нолле на 12 конгрессе немецких дерматологов заявил: «Я знаю очень много больных прогрессирующим параличом и tabes dorsalis, которые прекрасно лечились во время 1-го и 2-го периодов сифилиса, с другой стороны, под моим бдительным наблюдением находятся вполне здоровые лица с сифилисом в прошлом, которые в свое время очень мало лечились».

До сего времени является нерешенным вопрос, в чем же лежит причина столь разнообразного течения, неодинакового эффекта терапевтического воздействия и различного исхода сифилитической инфекции.

* При сифилисе, как и при всякой другой инфекции, мы имеем два взаимно противоположных друг другу фактора: сифилитическую инфекцию—с одной стороны, и человеческий организм—с другой. Очевидно, что течение сифилиса определяется взаимоотношением этих двух факторов: вируса, т. е., свойства бледной спирохеты и особенностей инфицированного организма.

В отношении свойств самой спирохеты высказывались различные предположения. Одним из важных вопросов в сифилитологии в настоящее время является вопрос о существовании т. н. нейротропной спирохеты, непосредственно связанной с вопросом о происхождении пара—или метасифилитических заболеваний.

Наиболее существенным доводом в пользу существования нейротропной спирохеты являются экспериментальные данные Levaditi и Marie, прививая кровь паралитиков кроликам, получили биологическую разновидность спирохет, которая при многократных пассажах всегда обнаруживала одинаковые свойства, резко отличающие ее от вируса Труффи. На этом основании они считают ее особым нейротропным вирусом в отличие от дерматропного. Теория Levaditi и Marie о существовании virus nervosus вызвала много возражений. Немецкая школа, возглавляемая Plaut Mulzer'ом на основании своих опытов на кроликах двумя штаммами Mulzer stamm и Truffi-Kolle s.), разного происхождения, не приходит к таким категорическим выводам, как французские авторы.

Финкельштейн в своих опытах на кроликах также не мог доказать наличие особого нейротропного

*) Заслушано на заседании секции венерологов и дерматологов об-ва врачей при Казанском университете.

вируса, при чем он указывает, что в опытах с экспериментальным сифилисом у кроликов играет роль порода (конституция кроликов—альбиносов).

Опыты Levaditi опровергаются также работами Klarenbeck'a, Lakob—Stahl'я, Arzt'a, Kerl'я и Шерашевского, судя по которым надо полагать, что Levaditi имел дело со спирохетой cuniculi, вызывающей у кроликов спонтанный спирохетоз.

Имеются указания на морфологическую изменчивость сифилитического вируса. Так Krantz утверждает, что среда оказывает влияние на форму спирохет. Если выращивать спирохеты на средах различного состава, то получается разница в длине, толщине и глубине завитков спирохет. Но Oelze спирохеты вторичного сифилиса длиннее и обладают большим числом оборотов, чем в первичном. Морфологические особенности были констатированы также другими авторами (Nogushi, Bravetta Ciarla и др.). Но Oelze заявляет, что морфологические особенности еще не равнозначущи биологическим.

Членов указывает, что не следует также упускать из виду того, что, пребывая долго в нервной ткани с особым строением (липиды, фосфорные жиры, лецитин Sicard), спирохеты могут изменить свои физико-химические и биологические свойства. Такого же мнения придерживается Jennerich. Если стать на точку зрения этих авторов, то в известной степени упрощается весь вопрос о невротноном и дермотропном вирусе в смысле Levaditi и Marie.

В настоящее время нет достаточно экспериментальных и клинических данных для решения вопроса об изменчивости спирохеты в своей вирулентности и о существовании морфологических и биологических ее разновидностей, и в связи с этим о зависимости характера сифилитического заболевания в каждом отдельном случае от свойств самой спирохеты. Конечно, было бы ошибкой утверждать, что сифилитический вирус представляет собой постоянный, неизменяющийся биологический субстрат, не поддающийся воздействиям той среды, в которой он живет.

Незომненно, что в том разнообразии течения сифилиса, какое имеет место у различных индивидуумов, колоссальную роль должны играть конституциональные особенности инфицированного организма.

Мещерский в своем очерке «Новейшие направления в области изучения и лечения сифилиса» на I-м Всесоюзном съезде по борьбе с венерическими болезнями в 1923 г. говорил: «Трудность получения бледных трипперов в культуре; непостоянство их морфологии вообще; недостаточное знакомство с их биологией, с влиянием на их форму и биологические свойства, качества среды и проч., нередкое существование нервного сифилиса наряду с кожным; видоизменение хода сифилиса под влиянием определенных инфекций, режам и пр. не делают выводы [Levaditi] особенно убедительными и скорее выдвигают на первый план роль конституции, роль почвы. За это говорят всем нам издавна известные факты: 1) присущая безусловно всем сифилитическим проявлениям склонность к обратному развитию, интенсивность которой варьирует в широких размерах у разных лиц и 2) возможность изменить течение злокачественного сифилиса без всякого вмешательства специфических средств, только средствами, изменяющими обмен, как климатотерапия, гидротерапия, дукоты, общеукрепляющее лечение и проч.»

Имеет ли значение конституция в возникновении, течении и исходе различных заболеваний является вопросом не только данного момента. Вопросы, почему при прочих равных условиях заболевает именно этот индивидуум, а не другой, почему болезнь протекает у больного так, а не иначе, постоянно являлись предметом внимания медицины, и уже очень давно обращалось особое внимание на индивидуальные свойства и особенности больного, и на оценке индивидуальности основывали прогноз и терапию («лечили не болезнь, а больного»). В настоящее время, в связи с развитием учения о внутренней секреции, иммунологии, серологии и т. д., когда защитным и реактивным явлениям в организме придается большое значение, учение о конституции приобретает особое значение.

В действительности, в последние годы среди врачебных кругов наблюдается широкое увлечение идеями учения о конституции. Происходившие всесоюзные съезды врачей, в частности 3-й всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями, ставили в качестве программных вопросов вопросы о конституции.

Но нужно отметить, что до сих пор нет общепринятого, единого определения сущности конституции. Здесь

я позволю себе несколько остановиться на этом вопросе.

Прежде всего, всякий болезненный процесс должен быть рассматриваем, как результат взаимодействий между организмом и вредными факторами внешней среды. При этом результат того взаимодействия определяется не только характером вредного влияния внешней среды, но и той почвой, на которую они действуют, т. е. реактивной способностью организма; одни и те же факторы внешней среды на разных людей действуют различно в зависимости от реактивной силы организма того или иного индивидуума. Отчего зависит реактивная сила организма? Здесь имеется два основных воззрения.

Одно из них главное, направляющее начало в реакциях организма видит в тех наследственных свойствах, которые получает организм с зародышевой плазмой; отсюда оно определяет конституцию — как сумму свойств, полученных индивидуумом по наследству, передающихся также по наследству и не зависящих от окружающей среды (генотип). (Mathes, Müller Baucr, Kretschmer и др.) Часть предшественников этого течения допускает, что организм в течение своей индивидуальной жизни под влиянием различных экзогенных факторов претерпевает различные изменения, которые также могут в известной степени изменять реактивную способность организма в ответ на внешние воздействия (Unbarch, Krebe Erugsch, Kraus и др.) По их мнению конституцией нужно считать все свойства индивидуума, как наследственные, так и приобретенные в течение индивидуальной жизни. Но здесь нет принципиального разногласия между ними; все они основой конституции считают наследственные свойства, не зависящие от влияния внешней среды, неизменно передающиеся потомству, которые играют первенствующее значение среди факторов патологии организма.

Второе направление, диаметрально противоположное первому, признает, что главный фактор всей патологии организма заключается в окружающей среде; реактивная сила организма находится в непосредственной зависимости от внешней среды — физических, биологических и социальных факторов. Один и тот же вредный агент на разных людей может действовать различно в зависимости от тех социально-экономических условий и других факторов внешней среды, в которых они живут. Но воздействуя на вредное влияние среды, ор-

ганизм сам испытывает изменения: «действуя на природу, человек изменяет собственную природу» (Маркс).

... Нет органа, нет функции, которая постоянно не варьировала бы под влиянием многочисленных повседневных факторов. Эта постоянная изменчивость организма, оставаясь в пределах обычной физиологии, имеет большую роль во всех его реакциях. Исходя из сказанного, под конституцией нужно понимать реактивную способность организма, изменчивую под влиянием окружающей среды и зависящую от суммы морфологических и физико-химических свойств организма в момент реакции» (Леви). Такое динамическое определение конституции отвергает доминирующее влияние наследственных свойств на реактивную способность организма и исходит из признания передачи по наследству свойств, приобретенных организмом под влиянием внешней среды, т. е. изменчивости генотипа.

Становясь на точку зрения динамики конституции, мы отходим от ее понятия, как соматического фатума, недоступного воздействию внешней среды. При учете конституции индивидуума во главу угла нужно ставить весь Status организм не отделяя принципиально наследственные свойства от приобретенных, ибо наследственные особенности обуславливаются также воздействием внешней среды.

Из статического понимания конституции исходит и вопрос о морфологических типах. Нужно ответить, что в настоящее время существуют многочисленные конституциональные классификации, в основе которых лежат у разных авторов различные факторы; из них преобладают чисто морфологические признаки; существует много попыток разделить людей на отдельные конституциональные типы по *habitus* у, как классификации *sigaut* (4 основных типа), *Viola* (3 типа), *Kretschmera* (3 типа) и др., между которыми нет существенной разницы.

Ясно, что морфологическое понятие о конституции не может быть согласовано с динамическим понятием. Истинная морфология человека есть лишь часть конституции и она не может выражать реакцию организма во всей полноте; весьма метко замечание Brugsch'a «*habitus*ом обладает и мертвый индивидуум в то время, как конституцией — лишь живой человек»; с другой стороны морфологическое понимание конституции предопределяет организм, как нечто

застывшее, постоянно находящееся в статической неизменности, а не в динамике, не могущее изменяться под влиянием окружающей среды, из чего вытекает ее фатальность и тот мистический облик, который придается понятию конституции.

После кратких замечаний по вопросу о конституции перейду к затронутому выше вопросу—о значении конституции в течении сифилиса. Прежде всего известно из практики, что сифилис в своем развитии принимает весьма различное течение. В то время, как у одних поражаются кожа или слизистые оболочки, у других преимущественно наблюдаются сосудистые поражения или других внутренних органов и у третьих—нервная система вообще. В разнообразии клинических проявлений сифилиса, как в отношении его течения, так и локализации, несомненно колоссальную роль должно играть состояние самого организма, т. е. состояние его реактивной способности. Здесь я позволю себе остановиться на взглядах лишь некоторых авторов по данному вопросу. Так Schindler заявляет: «В отношении проблемы «конституция и сифилис» пока нет еще в достаточном числе конкретных фактов из этой области и уже потому, что при сифилисе дело не доходит до настоящих иммунных фаз, а лизины или агглютинирующие тела еще неизвестны. Пока еще неизвестно, благодаря каким защитным телам или каким целлюлярным и гуморальным защитным приспособлениям организм освобождается от спирохет, но тем не менее только в конституции нам необходимо искать решающего фактора на исход инфекции».

По Розентулу разнообразие клинического течения сифилиса зависит не от множественности бледной спирохеты и даже зачастую не от характера проделанной терапии, но есть результат определенных в каждом отдельном случае индивидуальных взаимоотношений между макро и микроорганизмом. «Факты заставляют нас признать,—говорит Розентул, «что почва, на которую попадает инфекция, т. е. организм, его конституция является первым и исключительно главным фактором, предопределяющим дальнейшее течение сифилиса».

Затем Абрикосов, касаясь патогенеза сифилистических изменений, говорит: «С современной точки зрения объяснение разнообразия проявления сифилиса у различных лиц мы должны искать не в особенном характере инфекции в различных случаях, а

в особенностях инфицируемого организма. Различная общая конституция организма и связанная с ней различная реактивная способность его тканей, а также конституциональные особенности различных органов должны считаться основой разнообразия патолого-анатомических и клинических проявлений сифилиса у различных лиц».

Глядя других авторов (Раздольский, Григорьев, Werther Naegeli и др.), считает, что течение сифилиса определяется прежде всего состоянием самого организма. Для доказательства влияния индивидуальной конституции и различных факторов внешней среды на течение сифилиса достаточно остановиться на ряде общеизвестных фактов, встречающихся в повседневной практической деятельности врача. Известно, что при супружеском сифилисе клинические проявления и результаты терапии могут быть различны. В то время, как у одного из супругов сифилис протекает доброкачественно, у другого наступают паралитические явления.

Нйбнер приводит к с у ча й. Мужчина, заразившийся от своей первой жены, вторично женился и в свою очередь заразил вторую жену. Обе женщины заболели прогрессивным параличем, при чем мужчина со стороны нервной системы остался здоровым. Он же указывает, что аналогичные случаи описаны и другими авторами.

Клинические наблюдения случаев заражения из общего источника также указывают на значение почвы на различие конституциональных особенностей у различных индивидуу о . Т krowcinski на о ... двух братьев, заразившихся в один и тот же день от одной и той же особы; в то время, когда у одного болезнь протекала доброкачественно, у другого брата сифилис принял злокачественное течение. Возраст, в котором больной инфицируется, имеет большое значение в патогенезе сифилиса в виду того, что реактивная способность меняется с возрастом. Является общеизвестным, что старость со свойственными ей физико-химическими и биологическими изменениями в организме, является предрасполагающим фактором к более тяжелому и даже злокачественному течению сифилиса и скорее ведет к поражению нервной системы. То же самое можно говорить о значении различных заболеваний, которые меняют реактивную способность организма и соответственно этому клиническую картину сифилиса. Общеизвестно, что сочета-

ние туберкулеза и сифилиса является фактором обуславливающим тяжелое течение сифилиса. Наоборот инфекционная, малярийная и др. терапия является средством борьбы с сифилитической инфекцией при поздних формах невросифилиса. Только что сказанное можно отнести и к хроническим интоксикациям. Напр. алкоголики часто страдают тяжелой формой сифилиса; хронический алкоголизм ведет к частым рецидивам, к пустулезным и язвенным формам сифилиса. Кроме того, алкоголизм является predisposing моментом к заболеванию сифилисом нервной системы; из 100 б-х Тарновского с *Luesserebri* 43 были алкоголиками.

Внешняя среда (социальные факторы, профессия, бытовая обстановка и т. д.) в широком смысле слова меняет реакцию организма на физиологические и патологические внешние воздействия. В качестве примера можно привести наблюдения Нирлика над влиянием голода на течение сифилиса с 1921-23 г., который отмечает сокращение 1-й инкубации до 2 недель, изъятие склерозов в 95%, нагноение желез, наклонности сифилитов к пустулизации (до 33%), частое развитие лейкодермы (до 70%), раннее появление третичных форм и значительную сопротивляемость к лечению. То же подтверждают наблюдения других авторов (Соболев, Шаряев, Silberstein, Oppenheim и др.).

Можно указать так же на расовый и национальный момент, как на фактор реактивной способности организма, стоящей, может быть, в связи с анатомическими и физиологическими расовыми особенностями. У различных рас сифилис протекает весьма различно. Так, Rotschuh наблюдал в Центральной Америке тяжелое течение сифилиса у негров и очень легкое у индейцев и метисов; далее Quenpe видел сравнительно тяжелое течение сифилиса в Африке у европейцев, арабов и индусов, и очень легкое у негров. Neisser отмечает легкое течение сифилиса у малайцев на Яве, Табес и паралич у них не встречаются; напротив, в особенно тяжелой форме наблюдался костный сифилис с огромными периоститами, ведущими к различным обезображиваниям. По свидетельству Barnes'a Северо-Американские негры, в особенности негритянки, заболевают параличем несравненно чаще, чем европейцы. Nonne установил, что в Абиссинии табес встречается чаще, чем в Австрии. Neisser по поводу

различного течения сифилиса у различных рас, говорит: «Мы видим, что совершенно необъяснимым для нас образом без всякого видимого порядка сифилис принимает то крайне легкое, то очень тяжелое течение и не может быть сомнения, что причиной этого является разница в предрасположении отдельных рас, точно так же как существуют ежедневно нами наблюдаемые различия в предрасположении к сифилису отдельных лиц».

Размер статьи не позволяет останавливаться на других многочисленных примерах, но и сказанное достаточно ярко говорит о том, насколько велико влияние различных факторов внешней среды и индивидуальной конституции больного организма на течение сифилитической инфекции.

Как и в других областях медицины, так и в сифилитологии имеются попытки связать течение сифилиса с отдельными морфологическими типами. Так, Sonn думает, что для местного предрасположения к сифилису имеет значение общее состояние кожи. У индивидуумов «гидропической конституции» с некоторой пастозной, одутловатой кожей, которая заметна уже по лицу, облегчается внедрение бледной спирохеты. У таких индивидуумов сифилис также должен протекать злокачественнее. Sticker замечает, что предрасположенные к артритизму индивиды при сифилисе допускают очень хороший прогноз. Затем, Königstein наблюдал, что у индивидуумов с гипотонической мускулатурой бывают в 3 раза чаще тяжелые высыпания, а также много чаще алопеция и лейкодерма, чем у гипертоников. Специальная пункция, как во второй, так и в третичной стадии сифилиса, у гипертоников дает много чаще положительные результаты, чем у других в тех же стадиях сифилиса. По наблюдениям Грам и Богдановича, а затем Мамисова и Махлиной астеняки сифилитики реагируют резкими первичными склерозами и лимфаденитами, более обильными высыпаниями, труднее поддаются лечению и р. В. у них более упорна. Некоторые указания имеются также и в отношении сифилиса внутренних органов. Breisse наблюдал, что заболевание желудка сифилисом происходит прежде всего у гипопластических индивидуумов. Bauer нашел, что мускульный и дигестивный *habitus* предрасположены к сифилитическим заболеваниям аорты и болезням почек. Turgmann и Halle также во многих случаях сифилитического аорта на-

наблюдать пикнический *habitus*. По данным Перкеля, Оречкина и Эдельман среди сифилитичек, страдающих поражениями сердечно-сосудистой системы, больше пикничек, но они же указывают, что различные перенесенные инфекционные заболевания—оспа, тифы и т. д. и социальные бытовые факторы способствуют поражению сердечно-сосудистой системы при сифилисе.

Некоторые указания имеются и в отношении нервного сифилиса Stern был первым, который попытался установить связь между конституцией организма и метасифилитическими заболеваниями. Он утверждает, что по *habitus*у возможно узнать предрасположение к *tabes*, особенно предрасположенными к он считает людей с астенической конституцией и адипозо-мускулярный тип. Приблизительно у 50 проц. табетиков по Stern'у можно установить астеническую конституцию. Что касается адипозо-мускулярного типа, другие авторы считают этот тип более предрасположенным к прогрессивному параличу. У Раздольского из 202 случ., включающих 82 табетика, 24 прогрессивн. паралитика и различные формы собственно сифилиса нервной системы, среди астеников *tabes* наблюдается в 4 раза чаще, чем среди пикников. По отношению ко всему числу больных табесом астеники составляют 47 проц. Из 24 сл. прогр. паралича в 54 проц. была отмечена пикническая конституция, в 29 проц. атлетическая и в 17 проц. астеническая. Что касается собственно сифилиса нервной системы, то здесь преобладали пикники. Фридман исследовала 106 мужчин паралитиков в возрасте от 24—50 л., при чем в 79,24 проц. сл. в общем были пикнические черты. Стройные астеники — паралитики почти не встречались. Bauer также отмечает, что пикники более склонны к прогрессивному параличу, чем к сухотке.

С одной стороны, имеющаяся по этому вопросу литература малочисленна и притом часть ее носит характер чисто случайных наблюдений, а потому она не может служить доказательством существования связи между морфологическими типами и течением сифилиса; с другой стороны имеется больше данных, которые опровергают наличие какой либо связи. Так, напр., Baumgart нашел у

юношеских табетиков *tabitus asthenicus* очень мало выраженным; конституциональная слабость проявлялась в известном инфантилизме (15 проц.). Bauer также на основании систематических исследований совместно с Felix Frisch не мог установить выраженную корреляцию между табес и астенией. У Голанта среди больных прогрессивным параличем наоборот преобладал лептозонный тип (55 проц.), за которым идет пикнический и затем атлетический. Затем Андреев (27 сл. прогресс. паралича), Gründler (80 паралитико. Vitte, Гржебин и Тапельзон не нашли преобладания пикников.

Нельзя утверждать, что морфологические типы не играют абсолютно никакой роли в патологии организма, поскольку реакция на воздействия вредных агентов у отдельных индивидуумов зависит отчасти от самой анатомической структуры организма. При этом остается в силе вышесказанное о морфологических типах.

Наконец и вопрос о терапии и о возможности излечения сифилиса стоит в тесной зависимости от конституции больного. Отчего зависит различный терапевтический эффект при применении одних и тех же антисифилитических средств Hg, В и Са? Не объясняется ли это различие наличием каких либо вирулентных рас спирохет, относящихся упорно к терапевтическим средствам? Kraus (из клиники проф. Пинкуса) полагает, что ртутно упорных рас и не может быть, т. к. Hg не влияет сама по себе на спирохеты, а упорство к As достигается таким долгим и трудным путем, что практически это обстоятельство не имеет значения. Экспериментальные исследования показали всю пшаткость прежнего взгляда, что специфические средства, применяемые при лечении сифилиса, действуют непосредственно на спирохеты. Kölle и Mulzer нашли, что действует не на спирохету, а на клетки организма, вызывая повышение защитных сил. То же самое доказали опыты Levaditi и Nicolau и в отношении солей висмута. В отношении Са уже Erlich'у было известно, что он не действует спирохетопидно даже в концентрациях значительно больших, чем его терапевтическая доза. Krautz показал, что спирохеты прекрасно

развиваются на сальварсанизированной среде, содержащей Sa в количестве вдвое больше по сравнению с тем, какое бывает в крови при лечении Sa . Многими (Havrek, Kramtz Эфрон, Felke) действие Sa приписывается не его непосредственному влиянию на спирохету, а действию через ткани организма. Соболев предполагает, что терапевтическое действие сальварсановых препаратов сводится к раздражению тканей в определенном направлении, причем разрушающим в конце концов спирохеты средством является, может быть не сам Sa , а раздраженные им тканевые элементы resp. продукты, возникающие в результате такого раздражения.

Если считать специфическим раздражителем тканевых клеток, приобретающих благодаря этому раздражению спирохетовидные свойства, то нужно принять во внимание два момента, чрезвычайно важных для оценки наших терапевтических результатов: 1) степень производимого раздражения и 2) степень ответных реакций тканей. Последняя весьма индивидуальна у разных лиц и обуславливается индивидуальными особенностями организма. Этим, главным образом, и объясняется столь различный эффект терапии у разных лиц. Такого же взгляда придерживается Bier Schindler и др. Во всяком случае применяемые при сифилисе вещества являются специфическими средствами, действующими на ткани организма в смысле изменения их состояния и повышения защитных сил организма. Терапевтический эффект в каждом отдельном случае в первую очередь зависит от свойств больного организма, от его конституции. Было ошибкой, — говорит Соболев, — что при проведении Sa — терапии, громадное большинство клиницистов совершенно игнорировало конституцию больного. В настоящее время значение конституции больного выдвигается необходимым условием в терапии сифилиса. Schindler заявляет, что в действительности только конституция больного, его различная индивидуальная готовность к защите и естественная сопротивляемость его организма является тем существенным фактором, который определяет успешность или безуспешность лечения. Не терапевтическая методика, не количество курсов, впрыскиваний, вливания Sa , $Altsalvarsan$ и т. д. решает судьбу организма, а его физическая и биологическая структура, другими

словами, его конституция. Здесь Schindler чрезмерно переоценивает значение к. и не придает должное значение терапии.

Также Nonne в своем докладе по вопросу о лечении сифилиса, сделанном в Гамбургском Медицинском Обществе в 1925 г., говорил, что более, чем это было до сих пор, надо считаться с индивидуальной конституцией организма. Ею, а не нейтральной спирохетой, объясняются различные реакции на инфекцию. Мы должны стремиться к повышению оборонительных сил организма и только то специфическое средство действует благоприятно, которое удовлетворяет этому требованию.

Книжка Finger'a с давних пор является поборницей взглядов об исключительном значении состояния организма при сифилитической инфекции и при раннем сифилисе проводит лечение малярией.

Суммирование вышесказанного позволяет сказать, то в терапии сифилитических заболеваний существенным фактором является конституция больного. Отсюда также ряд других авторов (Григорьев, Тыжненко, Rosenthal и др.) считают, что одним из главнейших правил рациональной терапии является строгая индивидуализация лечебных мероприятий. С точки зрения учета индивидуальных особенностей каждого отдельного случая средства, повышающие сопротивляемость организма к сифилитическому вирусу — нормальное питание, нормальный образ жизни, надлежащая гигиена больного, гидротерапевтические процедуры и т. д., одновременно с проведением специфического лечения, должны занимать видное место в нашей терапевтической программе (Мещерский, Соболев, Finger, Rosenthal, Günsberger и др.).

Заканчивая обзор на основании вышензложенного нужно отметить следующее:

Течение сифилиса, его исход обуславливаются конституцией, т.е. реактивной силой организма.

Действие медикаментозных средств направлено не непосредственно на спирохеты, а на организм, на повышение его реактивной силы в борьбе с инфекцией путем изменения физико-химических свойств организма.

Конституция — реактивная способность организма постоянно изменчива под влиянием окружающей среды

и индивидуально различна у разных лиц в зависимости от тех условий среды (социальных, биологических и физических), в которых они живут.

Все это должно быть учтено при оценке больного организма и плане лечебных мероприятий в каждом отдельном случае, т. е., только зная окружающую среду в широком смысле слова, можно понять все процессы, проходящие в каждом индивидууме. Лечить не болезнь, а больной организм.

Сифилис—социальная болезнь.

Насущной задачей сифилидологии в настоящее время является ближайшее и всестороннее изучение влияния разнообразных факторов внешней среды, и в первую очередь социальных, на течение и исход сифилитической инфекции и реактивной силы организма, и на основе этого изучения развить профилактическую работу—оздоровление внешней среды и усиление реактивной силы организма.

Диететический метод лечения туберкулеза

Врач Н. А. ТРОИЦКИЙ

Несмотря на многочисленные и многосторонние научные исследования, проблема терапии туберкулеза остается все еще не разгаданной, и попытка диететического разрешения ее является особенно интересной. Диетотерапия туберкулеза Bremer'a «лечение откармливанием», предложенная им еще в 1855 году, научными исследованиями Brauer'a, Grau, Schröder'a и др. поколеблена в своих основах и не соответствует современным взглядам на сущность туберкулезного процесса питания и обмена веществ и не оправдала возложенных на нее надежд, а применяемая шаблонно наносит организму больного туберкулезом громадный вред. Предлагаемая Sauerbruch—Gerson—Hermannsdorfer'a диета для лечения туберкулеза, основанная на биологических принципах, соответствующая современным воззрениям на туберкулез, как иммуно-биологическую проблему, представляет первые шаги в разрешении проблемы терапии туберкулеза диететическим путем. Sauerbruch говорит, что предложенная им диетотерапия есть лишь начало пути; путь этот, возможно, далек и труден, но, может быть, мы и раньше дойдем до цели, чем мы предполагаем. (Речь Зауербруха на германском съезде по туберкулезу в Дюссельдорфе в 1926 году.)

Интересна история этого метода лечения. Хирургическая клиника Sauerbruch'a в течение ряда лет занималась изучением вопроса о влиянии пищи на заживление ран. После того, как Sauerbruch случайно узнал от одного больного, что в Бимфельде практический врач Gerson лечит тяжелых туберкулезных больных с большим успехом особой диетой, исследователи в диететике ран были расширены,

перенесены на туберкулезные заболевания и были поручены ассистенту клиники д-ру Hermannsdorfer'у который и проводит их в течение 4-х лет в туберкулезном отделении хирургической клиники в Charité. Hermannsdorfer'у диету Gerson'a в видоизменил. В основу построения диеты были положены им с одной стороны предложения Gerson'a, а, с другой, те данные, которые были получены в клинике при изучении диетотерапии ран и другие современные клинические и экспериментальные данные о влиянии питания на инфекцию.

Основные моменты диеты выражаются в следующем. Поваренная соль совершенно изгоняется; взамен ее больному дается пища, богатая солями кальция, фосфора, магния, молока, фрукты, овощи, салат и пр. Подвоз этих солей усиливается еще дачей изготовленного фабрично по рецепту Gerson'a «Минералогена», состоящего на 70 % из солей кальция и на 30 % из солей магния, стронция, алюминия, брома и друг. Кроме того в большом количестве вводится в организм калий с зеленью, овощами и фруктами. Диета Gerson'a чисто вегетарианская. В диете Sauerbruch'а мясо дается в ограниченном количестве: свежее мясо 600,0 в неделю. Потребность организма в белке выполняется растительным белком, молоком, яичами и сыром. Жиры и липидные вещества вводятся в большом количестве, углеводы, напротив, резко ограничиваются. Кроме того, дается еще ежедневно 45 гр. рыбьего жира с фотфором. По Hermannsdorfer'у больной 60 кг. веса получает ежедневно 90 гр. белка, 160 гр. жира и 220 гр. углеводов—2600 калорий, а с рыбьим жиром 3000 калорий. Часть растительной и животной пищи боль-

ные принимают в сыром виде, благодаря чему организм получает большое количество витаминов и ферментов.

Для большей иллюстрации диеты приведу таблицу расписания пищи по Hermannsdorfer'у.

Запрещенная пища: поваренная соль, консервы всякого рода, копченое и соленое мясо, колбаса и окорок, копченая и соленая рыба, бульон из костей и супные экстракты.

Ограниченно дозволенная пища: мука различных сортов, бессольный хлеб, ржаной хлеб, сухари, вермишель, макаронны, печенье, сахар лучше всего в виде леденцов, или настоящий пчелиный мед, облущенные солодовые зерна, уксус, перец, мясной экстракт Либиха, пиво, марсала, мадера, красное вино (как дополнение к пище), кофе, чай, какао.

Дозволенная пища: свежее мясо (около 600,0 в неделю), внутренности (мозг, печень, почка, селезенка), свежая рыба, молоко по 1-1½ литра в день (лучше всего в сыром виде, если источник безупречен); дальше кислое молоко, какао с молоком, молоко в пудлинге или каше, сливки, кефир, бедный солью сыр, творог. Жиры: несоленое масло, оливковое масло, свиной жир, несоленый шпек. Фрукты и фрукты: возможно больше сырых, но также вареных фруктов, компот, мармелад, фруктовое желе, фруктовые соки, лимонад, фруктовые вина, фруктовый сахар, печеные яблоки. Салат и овощи: овощи не проваривать, но только тушить; побольше свежих овощей (сырой выжатый сок из овощей, как примесь к супам и другим блюдам), томаты, морковь, картофель, репа, капуста, лук, свекла, спаржа, цветная капуста, шпинат, горох, бобы, чечевица, грибы, огурцы, тыква, дыня, ревень, шавель, красная, белая и кислая капуста; яйца в майонезе, пудлинге и каше; рис, греча, овсянка, манная крупа.

Приправы: всевозможные зелья, травы, лук, лавровый лист, мята, порей, розмарин, шалфей, тмин, лимоны, петрушка, сельдерей, чеснок, хрен, редька, редиска, ваниль, анис, корица, коринка, миндаль, кокосовый орех, орехи, изюм.

Медикаменты: рыбий жир с фосфором по 45 гр. ежедневно (Phosphor 0,025 ol. jecoris aselli 300,0) минералоген (3 раза ежедневно после еды полную ложку, хорошо мешать в воде деревянной ложкой).

Распределение дня: в 7 часов утра: каша (около одной трети литра молока, овсяная, рисовая, манная или другая крупа, ½ яйца, чайная

ложка масла, сахар, лимон или ванилин); после этого 1½ столовых ложки рыбьего жира с фосфором.

9 час. утра: жидкий кофе с молоком, хлеб, масло, мармелад или мед; после этого чайная ложка минералогена.

10 час. утра: сырые фрукты и овощи; сырые яичные желтки с лимонным соком.

12½ час. дня обед: суп, второе блюдо, фрукты. После этого чайная ложка минералогена.

4 часа: молоко (какао или немного кофе), пирог, кекс, сухари, хлеб с маслом, мармеладом или медом.

6½ час. веч. ужин: одно блюдо и фрукты. После этого чайная ложка минералогена.

8 часов вечера: каша (как утром). Летом в жаркие дни вместо каши кислое молоко, затем 1½ ложки рыбьего жира.

Пищу следует жарить и варить не дольше, чем это непременно необходимо; не разогревать; возможно больше стараться употреблять сырую пищу.

Теоретическими предпосылками для составления такой диеты послужили следующие клинические и экспериментальные данные. Целым рядом научных исследований установлено, что большое значение для борьбы организма с инфекцией имеет водной обмен. Известно, что восприимчивость тканей к инфекции зависит от содержания воды в них, и что отечные ткани легче поддаются инфекции. За это говорит ряд хирургических наблюдений и опытов. С воспалительными и нагноительными процессами борются высусшивающими средствами; при гангрене всема способами стараются в целях предотвращения внедрения и развития патогенных микробов воспрепятствовать переходу сухой гангрены во влажную; на отечных нижних конечностях избегают делать проколы и надрезы из-за опасности инфекции и т. д. С другой стороны, давно известно, что через ограничение в пище поваренной соли можно влиять на влажность тканей. Czerny и Finkelstein у детей лимфатиков с мокнущими экземами и нагноениями кожи с успехом применяли малосольную диету добиваясь перехода мокнущей экземы в сухую и полного выздоровления. Минеральный обмен солей играет большое значение для туберкулезного больного. Исследованиями Krauff'a, Zondek'a и др. установлено, что процессы жизнедеятельности клетки—осмос, обмен, сгорание и питание—находятся в

прямой зависимости от присутствия тех или иных ионов солей кальция, натрия, калия, магnezия и др. Установлено, что Na — ион как в соединении с хлором, так и в карбонатах повышает содержание жидкости в тканях, а ионы калия, наоборот, действуют обезвоживающе. Ионы кальция и магnezия действуют диуретически, высушивают ткани, действуют противовоспалительно успокаивают нервную систему и т. д. Уменьшение хлор-ионов вызывает усиленное восприятие организмом других ионов-брома, калия, кальция и т. д. Всякое отклонение щелочно-кислотного равновесия в сторону ацидоза уменьшает количество воды в тканях. Фосфор способствует накоплению тканями солей кальция. Клиническими наблюдениями давно установлено, что богатая жирами и липоидными веществами пища повышает защитные силы организма, а углеводы, напротив, благоприятствуют прогрессированию туберкулезного процесса. Большое практическое значение в борьбе с инфекционными заболеваниями приобрело в последнее время учение о витаминах. Исследованиями установлено, что богатая витаминами пища понижает восприимчивость к инфекциям и повышает защитные силы организма.

Из всего вышесказанного вытекают основные принципы диеты: 1) почти полное изгнание из пищи поваренной соли, 2) богатство диеты неорганическими солями кальция, магnezия, калия и др.; 3) богатство жирами и липоидными веществами, 4) ограничение углеводов, 5) богатство сырой пищей—Bohkist.

Первые сообщения клин. Зауербруха о диете и результатах ее применения появились в 1926 году и были встречены с большим скептицизмом. Уже в этих первых сообщениях указывалось на блестящие результаты при кожном туберкулезе, хорошие при хирургическом и легочном, но небольшое число случаев и непродолжительность наблюдения не давали возможности судить о терапевтической ценности диеты. В 1929 году 3-го июля на заседании Берлинского Мед. Общ. Lauerbruch и Hermannsdorfer вновь выступили с докладом о диете и результатах лечения. По долголетним наблюдениям докладчика эта диета оказала лечебный успех в 300 тяжелых случаях туберкулеза различных форм. Особенно при туберкулезе кожи, костей и суставов улучшение чрезвычайно поразительно и можно наблюдать непосредственно при лечении. У больных, у кото-

рых уже годы существовали страшные разрушения на лице, наступало излечение в течение времени от нескольких недель до нескольких месяцев только при лечении одной диетой. Диета быстро приводит к обратному развитию воспалительные проявления, к исчезанию отека, к высыханию язв и фистул, к сморщиванию и рубцеванию болезненных очагов. Менее благоприятные результаты при туберкулезе легких благодаря механическим условиям в грудной клетке—невозможность спадения легких—затрудняют естественный процесс излечения: сморщивание и рубцевание болезненных очагов. Более лучшие результаты получены при продуктивно-фиброзных формах без явлений распада легочной ткани Hermannsdorfer рекомендует применение диеты при двухсторонних легочных процессах, так как по затихании процесса на более здоровой стороне дается возможность наложения искусственного пневмоторакса на более пораженную сторону.

Проверка диеты в других клиниках Германии дала разноречивые результаты. Др. Bommer из Гиссенской клиники сообщает, что диета derson - sauerdrick а применялась на 200 больных туберкулезом кожи (волчанка) и дала хорошие результаты, и что болезнь волчанка, считавшаяся неизлечимой в течение столетий, может быть излечена при помощи одной диеты. Метод дает очень хорошие косметические результаты и дает результат в тяжелых распространениях и упорных случаях Wichman (Гамбург) сообщает, что из 13 больных с туберкулезом кожи в 9 установлено объективное влияние диеты, и что особенно поразителен успех в 2 случаях прогрессирующего туберкулеза, которые в течение ряда лет не поддавались местному лечению. Falta сообщает о благоприятном действии диеты при туберкулезе кожи, костей, и суставов Clairmont и Dimtza (Цюрих) подтверждают благоприятное действие диеты на хирургический туберкулез, и по взгляду авторов диета в лечении туберкулеза является необходимым фактором.

Strauss говорит, что результаты лечения диетой при волчанке поразительны, при туберкулезе костей и суставов хорошие; напротив, при туберкулезе легких терапевтическое действие ее еще сомнительно. Jesonck, Straub, Kroetz подтверждают несомненное влияние диеты при кожном туберкулезе.

Phepper (Дюссельдорф) сообщает о

40 случаях лечения туберкулеза легких диетой Sauerbruch'a, из которых только в 17 случаях получилось улучшение, приходит к заключению, что диета не имеет преимуществ перед обычно употребляемыми другими методами лечения. Harns и Grünewald (Мангейм, при лечении диетой) не отмечали успеха ни при легочном, ни при хирургическом туберкулезе и даже отмечали ухудшение у некоторых больных. Schwalm в 20 случаях легочного туберкулеза леченного диетой, не мог установить заметного влияния на легочный процесс, а видел только увеличение веса больных в той же мере, что и при других видах лечения. Aritz сообщает, что при легочном туберкулезе влияния диеты не замечал. При туберкулезе костей результаты те же, что и при других методах лечения, только при кожном туберкулезе результаты действительно хорошие. Klemperer Schlesinger Smelin, Müller, Liesenfeld, Spiess, Zundirtz, проводившие испытание диеты при легочном туберкулезе, указывают на полученный при этом очень незначительный терапевтический эффект, и диету Sauerbruch'a, как метод лечения отклоняют.

Сопоставляя данные, полученные при проверке диеты в различных клиниках Германии, с данными клиники Sauerbruch'a, мы видим, что прекрасный терапевтический успех диеты, полученный клиникой Sauerbruch'a, при кожном туберкулезе, подтверждается всеми производившими испытания этого метода лечения и особенно Гиссенской клиникой. Лечебное действие диеты при туберкулезе костей и суставов подтверждается только немногими, терапевтическое же действие диеты при легочном туберкулезе отрицается почти всеми. Сам Sauerbruch в связи с сенсационным сообщением в общей немецкой прессе о излечимости легочной чахотки диетой, появившися после доклада д-ра Hermannsdorfer'a в Берлинском Медицинском Обществе вынужден был поместить статью в «Medizinische Klinik» и «Klinische Wochenschrift», в которой он, подтверждая хорошие результаты лечения при кожном и костно-суставном туберкулезе и благоприятные при легочном говорит, что проблема терапии туберкулеза еще не разрешена, и что эти сенсации могут только принести вред их научным исследованиям.

Причину терапевтических отказов клиника Sauerbruch'a видит в технических и организационных ошибках при проведении лечения диетой. Кухня должна быть на высоте технического, совершен

ства и уметь бессолевую пищу сделать вкусной и привлекательной для больного. Проведение диеты является трудной задачей для врача и ухаживающего персонала и требует от них особого умения и любви к делу, так как больные часто отказываются принимать бессолевую пищу. С этой целью д-ром Hermannsdorfer'ом издана брошюра «Практическое наставление для бессолевого питания туберкулезных больных». Гиссенская кожная клиника, подтверждает этот взгляд сообщая, что превосходных результатов при лечении волчанки им удалось достигнуть лишь после того, как их диетестры научились в клинике Sauerbruch'a технике проведения диеты.

Научного объяснения лечебного действия диеты до сих пор не дано. Клиника Sauerbruch'a видит лечебный успех диеты в ее влиянии на обмен веществ, на защитные и лечебные силы организма. Особенное значение приписывается бессолевому компоненту диеты, вызывающему высушивание тканей и повышение их сопротивляемости, и отклонению кислотно-щелочного равновесия в крови и тканях в кислую сторону. Stauss, основатель бессолевой терапии в медицине, подвергает большому сомнению взгляд д-ра Hermannsdorfer'a, что диета производит сдвиг в кислотно-щелочном равновесии в крови и тканях и ссылается на новейшие исследования Hasselbach'a и Straub'a доказавших, что отклонение реакции крови и тканей в сторону ацидоза или алкалоза чрезвычайно трудно достижимо вследствие существования сложных регуляторных приспособлений в организме. Богатству пищи «сырой пищей» также как и минеральному Strauss не приписывает терапевтического значения, а терапевтический успех диеты видит исключительно в ее бедности поваренной солью. Гиссенская клиника Jessioneck'a, основываясь на наблюдениях при лечении диетой больных волчанкой, у которых первое действие диеты сказывалось на улучшении циркуляции крови в заболевших очагах, на восстановлении обмена воды между тканями и сосудистой системой, приходит к заключению, что решающую роль в лечебном действии диеты играет ее бессолевость и что механизм действия ее аналогичен действию бессолевой диеты и почечных больных. Krolitz лечебное действие диеты сводит на отложение минеральных солей в тканях заболевших органов, и так как кожа и кости являются минеральным депо организма, то в них сильнее

происходит отложение солей, чем и объясняется лучший терапевтический эффект диеты при кожном и костно-суставном туберкулезе. Jessi nek, Pfeffel, Liesenfeld отрицают терапевтическое значение минералогена Pfeffel говорит что минералоген может быть заменен овощами и зеленью. Jessionek, проводил опыты лечения больных с минералогеном и без чего и получил одинаковые результаты. Sch Im и Basmeister лечебное действие в диете приписывают жирам и рыбьему жиру с фосфом. Basmeister сообщая об одном случае отравления фосфором, наблюдавшемся им при лечении диетой, указывает, что дневная доза фосфора в диете Sauerbruch'a 0,00343 значительно превышает максимальную дозу.

Таким образом мнения авторов о терапевтической ценности входящих в диету различных ингредиентов сильно расходятся: одни приписывают лечебное действие диете бессолевому фактору, другие богатству ее минеральными солями, третьи богат-

ству жирами. Задача будущего выделить действительный лечебный принцип диеты, усилить его, освободить диету от ненужного балласта и тем облегчить ее проведение.

Диета я Sauerbruch'a Gerson — Hermannsdorfer'a как метод лечения туберкулеза, остается все еще споримой как с теоретической, так и практической стороны, но все же в настоящее время значительно больше ее сторонников, чем в первые годы ее появления: диета медленно прибывает себе дорогу. Уже теперь может считаться бесспорным ее терапевтическая ценность при лечении кожного туберкулеза. Помимо этого большое значение имеет эта диета, как показатель того, что в разрешении проблемы терапии туберкулеза диетотика займет решающую роль. В последнее время диетотерапия по Sauerbruch у вводится в туберкулезной санатории Beltz Sommerfeld вольнице им. Вирхова и других клиниках Германии.

Обращение III пленума Ц. Б. Врачсекции ко всем врачам СССР

13 лет рабочий класс СССР, опираясь на бедноту и батрачество в союзе с середняцкими массами деревни, под руководством ленинской партии большевиков, победоносно строит социализм.

Преодолевая все препятствия, твердо проводя в жизнь генеральную линию партии на индустриализацию страны, на социалистическую реконструкцию сельского хозяйства и ликвидацию кулака, как класса, на основе сплошной коллективизации, на выполнение пятилетнего плана в 4 года, рабочий класс дает большевистский отпор всем колебаниям, всем уклонам от правильной линии партии как правому, так и левым загибам и примиренческому отношению к ним.

В этот ответственный исторический момент профсоюзы, как приводные ремни от партии к широким массам, должны быть укреплены и перестроены так, чтобы они смогли, возглавив соцсоревнование и ударничество, развивая критику и самокритику, организовать миллионные массы членов союза для осуществления генеральной линии партии.

Новые массовые формы работы в профсоюзах должны заменить старые, такие формы, которые смогут теснее сплотить трудящихся вокруг задач социалистического строительства.

Союз Медсантруд, объединяя многочисленную армию медицинских работников, должен перестроить свою работу на основе действительного поворота «лицом к производству», развертывания соцсоревнования и ударничества, развития критики и самокритики во всей

своей работе и широкого привлечения на началах добровольчества всей членской массы, в том числе и врачей, к общесоюзной работе.

Врачебные секции, как организации временного порядка, призванные вовлечь врачей в общеполитическую жизнь страны и общественно-профессиональную работу, в основном выполняли эти функции.

Сыграв большую положительную роль в прошлом в смысле оформления врачебного актива, кадра врачей-общественников, готовых отдать свои знания и опыт на служение соцстроительству, в настоящем при перестройке всей профработы, превращаются в лишнюю надстройку, в союз внутри союза, рожают ненужный параллелизм и мешают концентрации врачебных сил вокруг союза в целом. III пленум ЦБ врачсекции, обсудив со всей серьезностью решение секретариата ЦБ и президиума ЦК о ликвидации врачебной секции, одобряет это решение.

13 лет диктатуры пролетариата произвели решительный перелом во врачебной среде и вызвали политическую дифференциацию среди врачей. Значительная часть врачей идет с партией и рабочим классом, активно участвуя во всей хозяйственной и политической жизни страны. Эта часть, как правило, ведет за собой так называемое «врачебное болото», значительный слой колеблющихся и нейтральных врачей, и другая часть среди врачей, которая мешала и вредила общей работе и постепенно

выкристаллизовывалась в антисоветские группировки. Ярким выразителем этих контрреволюционных групп является медицинская группа ОБУ.

3-й пленум ЦБ врачсекции, клеймя презрением участников ОБУ, использовавших врачебное звание в целях борьбы с партией и советской властью, призывает всю врачебную массу дать решительный отпор всем контрреволюционным вылазкам врагов советской власти и обязывает всех советских врачей к бдительности, чтобы во-время пресечь всякие попытки к вредительству в деле соцстроительства вообще, и в деле здравоохранения—в частности.

3-й пленум ЦБ призывает всю врачебную массу к предстоящему XVI съезду партии еще теснее сплотиться вокруг ленинской партии и ее Центрального Комитета, вокруг общественных и профессиональных организаций.

Все врачи должны усилить свое участие в общественно-политической и профессиональной работе; должны быть сгруппированы вокруг профессиональных организаций, МК, группкомов, сек-

торов для претворения в жизнь лозунга «лицом к производству», на выполнение решений ЦК ВКП (б) о медобслуживании рабочих и крестьян.

3-й пленум ЦБ уверен, что врачебная масса не останется в стороне от великой стройки. В ответ на ликвидацию секции врачи ответят стопроцентным участием в соцсоревновании, в ударничестве.

Вперед за генеральную линию партии, за выполнение пятилетки в 4 года, за социалистическую реконструкцию сельского хозяйства, за развертывание и улучшение дела здравоохранения, за большевистскую борьбу с правым и левым уклонами и примиренческим к ним отношением.

Да здравствует мировая революция!

Да здравствует вождь трудящихся всего мира—Коминтерн!

Да здравствует ленинская партия большевиков!

Да живет и крепнет победоносное соцстроительство в СССР!

Да здравствует единство метработников всего мира!

Уральские научные ассоциации МСТ в реконструктивный период

Д-р М. Н. КАРНАУХОВ

Перед страной, строящей социализм, встал вплотную ряд грандиозных задач, осуществление которых во многом зависит от умелого применения научных и технических достижений. Какой бы вопрос мы ни взяли, например, вопрос об организации и воспитании кадров, он целиком и полностью упирается в сумму научных дисциплин, изучающих поведение человека, экономику и физиологию его труда, био-социальную полноценность индивидуума и т. п. В разрезе интересов социально-гигиенического раздела наук вопросы строительства социалистических городов, вопросы коллективизации быта превращаются в проблему рационализации санитарно-профи-

лактических мер и переделки нацело быта и личности в ее глубоких, самых интимных корнях. «Строительство социализма есть наука в действии». Наука возвращается к своему первоисточнику, общественно-трудовой жизни, от которой она в эпоху индивидуализма оторвалась. Медицина, как частная наука, конечно, не должна представлять исключение, она должна помогать строить социализм. Культурная революция, перед лицом которой мы стоим, возвращает врача на его родину, так как «родина материализма—медицина» (Л. Фейербах). Реконструктивный период возлагает на врача ряд ответственных задач по научному оформлению планирования и радио-

нализации дела здравоохранения, по синтезу лечебной и профилактической медицины, по научному исследованию и учету тончайших изменений социальной среды, так или иначе отражающихся на организме человека, по глубочайшей демократизации социально-гигиенических знаний и т. д. и т. п.

Для выполнения этих основных задач мало одних естественно-научных знаний и необходимо овладеть методологией, позволяющей не только изучить природу, но и объяснить и изменить ее в интересах оздоровления коллектива. В наше время, вскрыв законы познания на основе законов мира, диалектический материализм предстал, как единственно последовательная логика и методология всех частных наук и в том числе медицины. К сожалению, на этом фронте работы врача над собой мы имеем прорывы, диспропорцию. Если логикой вещей, объективной обстановкой развертывающегося социалистического строительства советский врач, как представитель трудовой интеллигенции, ежедневно подталкивается к усвоению пролетарской идеологии, заражается революционным пафосом строительства, то процесс организации врачебного мышления в систему философского марксизма все еще идет убийственно медленно. Лучшей иллюстрацией к данному положению служит работа второго Областного Научного Съезда врачей. Если по линии организационно-политической следует отметить единодушное избрание в президиум ряда вождей революции, обращение в Обком ВКП(б), где говорилось о безоговорочном признании правильной линии ленинского Ц.К. в четко сформулированном по политдокладу тов. Ошвинцева решении Съезда отдать свои силы на социалистическое строительство и, наконец, в том энтузиазме делегатов с мест, которые рассказывали о ломке старого быта коллективизирующейся деревни и об активности и быстром политическом росте врачебной массы, то, с другой стороны, съезд показал, как еще робко и неуверенно мы врачи, берем в свои руки надежное оружие современной методологии — диалектический материализм. Несмотря на то,

что треть программных тем съезда была посвящена вопросу применения марксизма, как метода в повседневной работе врача, большинство делегатов съезда умолчали о работе местных Н. А. в этом направлении.

Многочисленность самых разнообразных докладов (около 150), дифференцированность работы Съезда по различным секциям, активность и разносторонность прений не позволяют дать сколько-нибудь полную оценку работ без издания специальных трудов съезда. Поэтому мы ограничимся лишь общими замечаниями. Если подходить к Съезду, как к сгустку общественно-медицинской мысли врачей, то по сравнению с первым Областным Съездом уральцы сделали крупный шаг вперед. На I Съезде мы не имели ни одного специально марксистского доклада, а на II Съезде из 9 программных тем 3 были посвящены ряду научных проблем с применением в их разработке методов диалектического материализма.

Это прежде всего богатый фактическим материалом доклад тов. Величкина «Ленинизм в медицине». Затем тов. Багана «Задачи научной работы врачей на Урале» с содокладами Облбюро Н. А., Пермского Медфака и Уральского Медицинского журнала и, наконец, тов. Серебrenникова «Социалистический город». В сущности последние две темы были прекрасно увязаны с отправными положениями первого доклада, служа как бы его продолжением и в то же время научно-оригинальным трудом, возбуждавшим живой обмен мнений.

Остальными стержневыми темами Съезда был затронут ряд актуальнейших проблем для Урала. Простой перечень докладов говорит за их высокую общественную ценность, а длиннейший список ораторов, выступавших в прениях, и горячие приветствия докладчиков лишний раз убеждают в жизненности программы и в научной ценности докладов. Сюда относится доклад проф. Краснобаева «Лечение костно-суставного туберкулеза и общественная борьба с ним». Доклад

д-ра Гаврилова «Детская смертность на Урале». Ряд коллективных выступлений, как например, доклады профессоров Ратнера и Алякритского «Рак и борьба с ним», «Зоб и борьба с ним» по докладам профессоров Алякритского, Парина, д-ра Рискина «Заболееваемость, нетрудоспособность и травматизм на ВИЗ'е и крестьянский травматизм по докладам д-ров Ляпустина и Вилесова и, наконец, доклады д-ров Иванова, Гуревич, Зархи и проф. Боклемишева об эпидемиологических особенностях Урала—обогатили практического врача запасом знаний о современном взгляде на данные проблемы. Доклады д-ра Розенгауза и проф. Клера и Ситнова представили исчерпывающее освещение вопроса о природных богатствах Урала минеральными источниками и о развитии санаторно-курортного дела на Урале. Интерес к курортному делу на Урале был настолько велик, что пришлось выделить курортную секцию для проработки ценных предложений о санаторном режиме, о питании, о применении кумыса в зимнее время, о правильной постановке грязелечения и т. п. Актуальные вопросы труда и быта получили достаточно полное освещение в работах санитарно-профилактической секции. Борьба с трахомой среди нацмен и ряд специальных докладов составили предмет занятий секции офтальмологов. Интенсивно работала ото-рино-ларингологическая секция. Особого упоминания заслуживают самые многолюдные секции съезда—хирургическая и терапевтическая.

Уральские хирурги и терапевты, вписавшие не одно славное имя в историю земской и советской медицины, детально проработали ряд программных тем по распознаванию и лечению различных форм туберкулеза, по консервативному лечению язв желудка и двенадцатиперстной кишки, о лечении пневмоний и т. п. краевых и общих патологических проблем. Все секционные доклады были насыщены богатым личным опытом и лучшие всяких отчетов доказали мощь уральских клиник и областных лечебно-профилактических учреждений.

При всем этом съезд лишь отчасти подвел итоги повседневной научно-практической работе на местах в наших клиниках и в молодых научных ассоциациях.

Подводя итоги работам съезда, необходимо учесть огромный недокомплект врачей на Урале, загруженность врачей, иногда полную невозможность не только пользоваться лабораторией, секционной, но и работать над книгой; и несмотря на все эти неблагоприятные условия, мы растем.

Количественно и качественно увеличивается армия научных работников, растет активность широких врачебных масс, улучшается качество нашей научной продукции. Надо искусственно закрыть глаза или питать большую неприязнь к врачам и научным деятелям, чтобы по двум—трем случайно выхваченным казуистическим темам характеризовать работу съезда, как это сделал в «Уральском Рабочем» в своем фельетоне т. Вилиев.

Разнообразие наших медицинских специальностей не может застраховать ни один съезд, ни одно научное объединение от узко специальных докладов. Этим мы не хотим сказать, что не следует бороться за максимальное ограничение казуистики на повестках научных заседаний и общей медицинской прессы, но сосредоточить главный огонь следует против академической замкнутости, дисгармонии между научными деятелями и окружающей их средой.

В задачи уральских Н. А., главным образом входит: а) удовлетворение научных запросов врачей на основе марксистско-ленинской методологии; б) постановка и тематическая разработка актуальных районных и краевых здравоохраненческих проблем и в) непосредственное участие в изучении своего района и края в социально-гигиеническом отношении.

Как мы видели, Н. А. облесъезд вплотную подошел к этим задачам, но многие научные ассоциации по существу повторяют методы и приемы, усвоенные от старых медицинских объединений. Что

было бы с советской медициной, если бы она при новых общественных формах повторяла принципы земской медицины? Станный вопрос. И нам кажется странным существование медицинских обществ, выросших в земскую эпоху и до сего времени сохранивших бесплановость, аполитичность, замкнутость, сугубую академичность, полную оторванность от практических запросов дня, от социалистической переделки нашего хозяйства. Между тем в нашей среде имеется не мало сторонников неприкосновенной научной чистоты объединений. Сознательно или бессознательно они забывают старую истину, по которой «знание есть продукт и форма общественно-трудовой деятельности». Труд не только «очеловечил обезьяну», он во всей истории человеческой культуры выступает, как ее творец, носитель, двигатель. Не разделяя своеобразного «научного нигилизма» некоторых товарищей, предлагающих исключить с повестки Н. А. вопросы чистой науки, особенно на периферии, где «научные сообщения не имеют полновесной ценности», мы должны предостеречь от увлечения узко-академическими темами. Едва ли выпирает эмоциональность общегородских научных заседаний от следующих тем: алейкемический лимфаденоз, *Evertatio diaphragmatica* ангиоцератоз, микроаскаридоз, случай склеродермии, необычное вмешательство при желчекаменной болезни, о врожденных пороках мочевого пузыря, необычайное уродство плода и т. д. и т. п. Все это необходимо, даже интересно, но... для ограниченного круга специалистов, например, на секции дерматологов, хирургов, рентгенологов, патолого-анатомов и т. д. Характерно, что подобные темы чаще всего встретишь на повестке наших академических центров, а там, где врачи стоят ближе к массам, где их непосредственно захлестывает волна коллективизации деревни или индустриальное строительство, там скорее встретишь попытку перекинуть мостик от внешней среды к больному. Например, в Кургане хирург Березин читает доклад не о казуистических случаях грыж, а «О конституциональном пред-

расположении к паховым грыжам у крестьян», прекрасно увязав клинический анализ с конституциональными и кондициональными факторами. В Тобольском научном кружке д-р Шубинский и фельдшерица Куликова сумели простое описание родоспоможения у остячек так насытить фактическим материалом, что получилось богатое бытовыми и этнографическими красками полотно. Знаменательно, что Тобольский научный кружок, уделявший в своей работе важное место проблемам социально-бытового порядка в жизни нацмен (см. «УМЖ» 1929 г. № 9 стр. 106—107), один из первых перешел от санитарно-описательной работы к научно-исследовательской, пограничной с открытиями. Сюда относится сообщение д-ра Светлова — «Сибирская двуустка среди нацмен», д-ра Пономарева «Об эпидемии лимфаденоитов у охотников на водяных крыс». Позднее бактериолог Зархи открыл в описанных д-ром Пономаревым случаях возбудителя туляремии. Наконец, общепризнанное изобретение в зубопротезировании (замена бланковых металлов на нержавеющей сталь) вышло не из богатого оборудованной лаборатории или клиники, а из скромного зубоврачебного кабинета д-ра Асс С. С.

Эти разрозненные, но весьма важные научные изыскания Облбюро Н. А. попыталось увязать в единую систему — план научных ассоциаций Медсантруда на Урале. В основу плана легли вышеперечисленные задачи Н. А. К плану приложены до 40 программных тем, рекомендуемых к разработке в 29—30 г. Сюда вошли философские (Ленинизм в медицине), общественно-политические (пятилетка, кадры, вопросы рационализации, вопросы непрерывки и т. д.); социально-гигиенические (социалистический город, изучение заболеваемости и смертности, рождаемость и аборт, общественное питание и т. п.); вопросы профпатологии и профгигиены (женщина на производстве, инвалидность на Урале, временная нетрудоспособность, травматизм, пневмокониозы у горняков, сердечно-сосудистая система у металлургов горячих цехов, гигиена мозга у актива, проффредности у медработников и т. д.); краеведческие проблемы (конституциональные особенности нацмен, климат Урала и его влияние на человека, курорты Урала; краевые заболевания по естественно-природным полосам: зоб и тетания среднего Урала и Предуралья, эхинококк и малярия За-

уралья, туляремия, грибковые поражения кожи и сибирская двуустка северного Урала); социальные и бытовые заболевания (туберкулез, сифилис, глистная инвазия, ревматизм, трахомы и т. п.).

К сожалению, план Облбюро был опущен на места с большим запозданием. Следует заметить, что Н. А. сами пишут хорошие планы, но... осуществляют их слабо. Например, Пермская Н. А. в апреле 1929 года составила прекрасный план на год, но выполнила его меньше чем на 40 проц. В то же время возможности и сил для научной работы в Перми несравненно больше, чем в любом округе. В порядке самокритики мы должны признать, что безусловно отстали от темпов развернутого социалистического строительства. У Облбюро слаба связь с местами. За последний год члены Облбюро имели только 4 выезда с научными докладами в Пермь, Тагил, Сарапул и Челябинск. Не имея собственного аппарата и своих средств, Облбюро не регулярно информирует периферию о ходе своих работ, лишено возможности забросить на места иностранную медлитературу и отпускает гроши на марксистскую. Научные ассоциации созданы во всех окружных и во многих крупных райгородах, но Облбюро получило отчеты только от одной трети Н. А. С оформлением членства и с учетом дело обстоит из рук вон плохо. В порядке критики следует поставить наиважнейший вопрос о претворении в жизнь лозунга «знание массам». Со всей откровенностью мы должны признать, что златоустовские вечера смычки врачей с рабочими и постановка в свердловских клубах доклада д-ра Ляпустина на тему «Труд, его биологическое и социальное значение» не нашли себе подражания. Когда обвиняют старые медицинские общества в замкнутости, то имеется в виду отсутствие у них целеустремлений к широкой демократизации знаний.

Представители академического лагеря, возражая, обычно приводят примеры устройства заседаний с популярными докладами (туберкулезный трехдневник, неделя матылда и т. п.). Но популяризация и демократизация знаний отнюдь не одно и то же «Популяризация знакомит с некоторыми результатами и выводами наук, но не с самими их методами» (Богданов). Популяризация знаний превосходно поставлена в буржуазных

странах, но это не значит, что им близка идея «единения науки и труда». В то время, как в Европе и в Америке высшее научное знание, которое есть продукт трудового опыта всего общества, превращается в экономическую привилегию буржуазных классов, в СССР все стремления направлены к переливанию высших знаний в массы. Решением ЦК ВКП(б) от 15 мая 30 года о судьбах Урала выдвинута программа организации ВТУЗ'ов, ТУЗ'ов, рабфаков и школ для рабочих и крестьян. Выполнение этой программы превратит Урал в один из передовых культурных центров Союза.

Научные объединения врачей должны быть достойны Большого Урала, но для этого им необходимо, во-первых, чтобы вся методическая работа проходила ударными темпами в порядке социалистического соревнования. В соцсоревнование войдет применение методов диалектического материализма в научно-исследовательской работе, разработка форм учета эффективности мероприятий по здравоохранению и учета достижений в отношении научно-практической работы научных и лечебно-профилактических учреждений, подготовка кадров и т. д.

Во-вторых, советская общественность должна притти на помощь научным ассоциациям Медсантруда.

В реконструктивный период наиважнейшей задачей органов здравоохранения, союза Медсантруд в целом и бюро Н. А. в особенности является дело политвоспитания врачей, дело повышения теоретической учебы членов союза и поиски новых методов в работе лечебно-профилактических учреждений. Советской общественности необходимо окружить научного работника товарищеским вниманием, освободить его от излишней нагрузки, улучшить его материальное положение и воспитать в каждом члене союза взгляд на научную работу, как на общественно-важную отрасль работы.

В-третьих, использовать все возможности для расширения кадров научных работников. Забросить на места иностранную и советскую научную литературу. Ликвидировать одноязычие путем устройства кружков по изучению иностранных языков. Обеспечить выезды на места деятелей науки для инструктажа участковых

научных объединений*). Шире и смелее выдвигать даровитых практических врачей на научную работу. Создать институт уполномоченных Н. А. при каждом леч-проф-учреждении и, наконец,

В-четвертых, развернуть сеть мед-ВУЗ'ов и научно-исследовательск. институтов на Урале. В отношении последнего указания сделаны и делаются крупные начинания. На сегодняшний день мы имеем Пермский медицинский факультет, прочно завоевавший себе научный авторитет далеко за пределами Урала, два химико-бактериологических института, работа которых известна за рубежом, и оборудованный по последнему слову за-

*) Мы уже имеем пример, достойный подражания: проф. Ратнер Л. М. выезжал в Кыштым для организации районной Н. А. и сделал на первом заседании научный доклад.

падной техники Физиотерапевтический Институт. Не совсем закончено официальное оформление, но уже начата научная работа Института Охраны Материнства и Младенчества и Института Профзабола. С осени открывается Венерологический и Туберкулезный Институты. Кроме того, Облздрав деятельно готовится к открытию Свердловского медВУЗ'а, Института Социальной Гигиены и Психоневрологического Института.

Если без лаборатории, без руководства, с примитивной аппаратурой в остоящем чуе или в скромном зубо-врачебном кабинете уральский врач был способен вести научно-исследовательскую работу, тогда, бесспорно, что оборудованные по последнему слову техники научно-исследовательские институты, лаборатории и клиники будут способны в ближайший отрезок времени догнать и перегнать капиталистическую науку.

О социалистическом соревновании в союзе МСТ

(Из резолюции общегородского собрания медработников г. Свердловска 30/IV—50 г)

Исходя из недостатков лечебно-санитарных учреждений и непроведения в жизнь полностью постановления ЦК ВКП(б) об улучшении медицинской помощи и устранения нарушения трудовой дисциплины, общегородское собрание медицинских работников считает необходимым провести во второй год социалистического соревнования следующие основные задачи, которые стоят перед органами здравоохранения на втором году проведения пятилетнего плана великих работ намеченного генеральной линией партии.

1) Широко ознакомить все друшпы медработников о постановлении ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян путем создания кружков, путем проработки этих решений в клубах, красных уголках и в леч-учреждениях.

2) Укрепить руководство ударными бригадами, путем прикрепления к ним врачебного персонала и повседневной помощи в их работе, вести учет их работ, их достижений, очистить ударные бригады от лежеударников, мешающих и тормозящих работу ударного движения.

3) Пораздработделу и всем руководителям профорганизаций приступить к

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

4) Полностью провести в жизнь единовременное в управлении лечучреждением, в то же время МК широко развернуть деятельность работы производственных. Поднять трудовую дисциплину, обеспечивающую быстрое, четкое, добросовестное выполнение каждым сотрудником его обязанностей.

Одновременно с этим собрание требует от всех зав. лечучреждениями немедленного введения учета рабочего времени, как способствующего укреплению трудовой дисциплины в лечебно-санитарных учреждениях.

5) Отмечая невыполнение директив ЦК ВКП(б) в вопросах связи лечебных учреждений с заводами, фабриками, цехами, собрание считает необходимым в ближайшей своей работе каждому

лечебному учреждению наладить тесную связь с заводами и цехами, для чего необходимо систематически проводить отчеты о работе лечучреждений на рабочих собраниях заводов, фабрик и цехов и создать при всех лечучреждениях КОТИВЫ, тем самым усилив наблюдение и привлечение пролетарской общественности в повседневной работе лечучреждений.

6) Собрание медработников констатирует, что на ряду с небольшими группами передовых специалистов (врачей, аптекарников) с честью выполняющих свои обязательства ударников, мы имеем значительную часть врачей и других групп работников стоящих в стороне от социалистического соревнования и недооценивающих сущности и необходимости работы социалистическими методами. Этим самым эта часть как командный состав лечебно-санитарного дела, не сумела возглавить творческого подъема рабочих и служащих, что является одной из причин недостатков постановки лечебно-санитарного дела и грубых нарушений трудовой дисциплины в лечучреждениях.

7) Учитывая, что успех социалистического соревнования зависит в значительной степени от активности всех медработников и участия в нем врачебного персонала, собрание считает, что хозорганы и профорганизации должны повести решительную борьбу с безразличным отношением части специалистов к мероприятиям по социалистическому соревнованию и ударному движению, создавая при этом надлежащую обстановку и условия для работы передовой части врачебного персонала. Практическое участие врачебного персонала в социальном соревновании должно проходить по следующим основным направлениям:

а) организационное руководство и систематическая повседневная техническая помощь ударным бригадам и от-

дельным ударникам;

б) разработка договоров и показателей по социальному соревнованию, а равно установление форм и методов учета результатов по социальному соревнованию;

в) разработка мероприятий способствующих улучшению постановки лечебно-санитарного дела и повышению производительности труда ударников. Оскорейшее проведение рационализаторских мероприятий в лечебно-санитарных учреждениях;

г) проведение лекций, бесед с ударниками по вопросам повышения технического уровня ударника;

д) разработка вопросов лучшего обслуживания медпомощью рабочих и связь с заводами и цехами.

е) установление сознательности трудовой и производственной дисциплины как среди врачебного персонала, так и всех работников лечебно-санитарного дела.

Выполнение перечисленных обязательств должно производиться как путем индивидуального приращения врачебного и квалифицированных работников аптечного дела к ударным бригадам, а также через создание ударных бригад из врачебного персонала и соревнования между ними.

8) Проводя социалистическое соревнование и организацию ударных бригад в лечебно-санитарных учреждениях, мы работники лечебно-санитарного дела, требуем от всех хозорганов ведения точного учета социалистического соревнования наших достижений и повседневного руководства профорганизаций ударным движением.

9) Лучшие ударники проявившие себя на производстве должны в первую очередь выдвигаться на административные хозяйственные должности лечебно-санитарных учреждений, а также посылаться в научные командировки, курорты и дома отдыха.

Почему так плохо освещает «УМЖ» социалистическое соревнование медработников области?

Потому, что сами они до сих пор не используют свой журнал, как массовую трибуну, как лучший способ обмена опытом!

«УМЖ» ждет ваших корреспонденций, товарищи!

Бригады на посевной

ТРОИЦКИЙ РАЙОН

Цель бригады не только оказать лечебную помощь, помочь организации новых врачебно - амбулаторных пунктов в районах колхозного с. х., но и поставить работу профилактическую по обслуживанию крестьян в процессе производства, во время сева и уборки, в особенности при применении сложных сельскохозяйственных машин; мероприятия по предупреждению травматизма должны стать на первом плане. Выяснение этиологии этих травм и отражение предохранительными приспособлениями от них является нашей задачей. Во время посевной на Урале в 2-х колхозах «Культура» Троицкого района и «Новый Путь» Нижне-Увельского района, обслуживая тракторную колонну зерносовхоза «Гигант», прибывшую из Северного Казказа, благодаря предупредительным мероприятиям с машинами, из 160 колхозников, участвовавших в работе с тракторной колонной «Гигант» 9 участка, оказалось травмированных только 4 (незначительные травмы указательного и среднего пальца). Среди трактористов не было ни одной травмы в течение всей посевной кампании.

Мне пришлось столкнуться в широких степях Урала с травматизмом глаз во время работ с сеялками. Гиперемия глаз отражалась на работоспособности колхозников (трактористы зерносовхоза «Гигант» имели предохранительные очки). Мне не удалось получить очки для колхозников, несмотря на телеграфный запрос. Надо в дальнейшем здравоохранительным организациям на приобретение таких предохранительных очков во время посевно-уборочных кампаний.

Кроме незнания и неосторожности, травмы получают еще из-за употребления алкоголя. Хотя в период посевной не замечалось пьянки

среди рабочих-колхозников и гигантовцев, однако же, считаю необходимым отметить целесообразность закрытия продажи спиртных напитков во время посевно-уборочных кампаний в районе полевых работ.

Врач должен принимать участие в организации всего производства и мероприятий по налаживанию общественного питания, общежитий, открытию яслей, проведению санитарных мероприятий и внедрению санитарно-гигиенических навыков, все это содействует воспроизводству рабочих рук во время посевно-уборочных кампаний. Такие мероприятия, как создание ударных бригад среди женщин на огородах, должны входить в наши задачи во время посевной.

Создавая ударные бригады на огородах, врач-лечебник-профилактик делает большое дело, предупреждая появление цыги, анемии, хилости детей, которые особенно распространены на Урале. Создавая ударные бригады, врач тем самым свидетельствует о своем общественном участии в самом производстве. Санитарное благоустройство деревни на базе коллективизации — наша задача. Без организации общественной, без создания деревенского актива невозможно оздоровить труд и быт крестьянства. Во время посевной на Урале, проведя санпросветработу с кино, я убедилась, что встряхнуть всю массу, заинтересовать ее, культурно заполнить отдых колхозников и совхозников во время жаркой посевной поры, — возможно только внедрением этой новой и по форме и по содержанию работы по здравоохранению. Хорошая, понятная лекция и ясное, содержательное кино на тему лекции глубоко внедряют все наши профилактические мероприятия и повышают культурный уровень крестьянства, способствуют оздоровлению труда и быта в коллективных хозяй-

ствах и дают возможность проводить организационную работу. Мною таким путем с участием массы трудящегося крестьянства была организована здравсекция при Мордвиновском с.-совете Троицкого округа и здравячейки при колхозах «Культура», «Новый Путь», «Красный Пахарь», а также выработаны инструкции и практические мероприятия по оздоровлению быта и труда населения.

Бригадный метод работы по медобслуживанию крестьянства во время посевно-уборочных кампаний следует проводить и в дальнейшем на Урале. В виду разбросанности населения по хуторам (в одном сельсовете таких хуторов 40, в другом 14), следует организовать основной медицинский пункт во время посевно-уборочных кампаний на месте производимых коллективных работ, где должен работать 1 врач, 1 акушерка и 1 сестра и посевной подвижной пункт, где работает 1 врач, 1 сестра и 1 киномеханик с кино. Такой полевой передвижной медпункт в условиях Урала даст возможность лучше обслужить медпомощью население и сохранить тяговую силу во время полевых работ. Таким образом, составлять бригады надо из 2-х врачей, 2-х сестер, 1 акушерки и 1 киномеханика.

Д-р Каценельсон
(Ленинград)

ЮРГАМЫШСКИЙ РАЙОН

Работу пришлось вести по двум направлениям: 1) медицинскую и 2) общую по подготовке к севу.

По медицинской части осмотрено и принято больных первичных всего 1287 человек из них детей 282 чел., основная масса детей дошкольного возраста проведена медицинским осмотром. Осмотрены ясли вместе с врачом из Кургана и местными фельдшерами, всего осмотрено 3000 выселенцев. Организовано и открыто 4 детских яслей (общее количество детей в яслях 120). Бесед лекций, по медицинским вопросам проведено 12, организовано при коммунах 5 санитарных комиссий. Для укрепления организована комиссия и с каждой проведено по 2 заседания, даны и утверждены планы, распределены обязанности между членами комиссий и по одному заседанию с информацией о санитарном состоянии села.

По линии непосредственной подготовки к севу проведено 22 общих собрания колхозников, 8 бедняцко-баврацких, 5

с единоличниками, различных заседаний и пленумов совета 37, производственных совещаний 8 и партийных совещаний и заседаний бюро 22.

В трех коммунах проработан договор о соцсоревновании на производственных совещаниях и общих собраниях.

Работа шла главным образом по организационной линии (как-то: составление правил внутреннего распорядка, распределение рабочей силы, выработка рабочей сетки, установка норм выработки, использование и содержание рабочего скота). За последнее время все внимание было уделено выработке общерабочего плана, плана посева, созданию бригад и проч.

По Юргамышскому району было коллективизировано 80 проц, осталось 44 проц., эти 44 проц. делятся приблизительно на равные две половины между коммунами и с.-х. артелями. Среди единоличников проведена следующая работа. План посева доведен до каждого двора, а также новый закон о с.-х. налоге после подворного ознакомления с состоянием хозяйства каждого. Были проведены общие собрания, 22-IV был проведен массовый осмотр готовности к севу и пробный выезд в поле. С 1-IV по 22-IV проводилась антипашальная неделя. Первые дни пашки в коммуне были субботники по открытию столовой, отдельной кухни для яслей и пошивка белья — на работе были заняты все 100 проц. коммунистов.

Несколько слов о работе рабочих бригад.

Считаю, что присылке рабочих бригад организации в частности союзы, недостаточно серьезно подошли к этому вопросу, не осознали всей сложности и серьезности предстоящей работы на местах, отсюда и результаты недостаточны.

Было бы целесообразно устраивать совещание бригадиров, выявить все недочеты в работе, дабы учесть их при следующих командировках бригад.

Айзикович

17-V—30 г.

КАТАЙСКИЙ РАЙОН

Мне хотелось поделиться своими впечатлениями, полученными от поездки с рабочей бригадой на подготовку к посевной кампании в Катайский район Шадринского округа.

Катайский район по своему географическому расположению имеет форму неправильного эллипса и почти на две

равных половин в поперечном направлении делится рекой Исетью, а также и проходящей в этом же направлении линией железной дороги. Населенные пункты района располагаются главным образом около реки и линии железной дороги, а также довольно хорошо заселен южный сектор, северный же заселен слабо. Район преимущественно земледельческий с ровной почвой, изредка с небольшими березовыми лесами и еще реже (ближе к Катайску) с сосновыми. К моменту приезда нашей бригады население района уже было коллективизировано на 35%. В южном секторе его имеется очень большая коммуна имени Ильича, существующая уже не первый год и имеющая у себя неплохие скотные дворы и хорошо поставленное сельское хозяйство.

Рабочая бригада, состоящая из электромонтеров и электротехников и студентов УИИ, была сразу разбита на группы и направлена в наиболее слабые места района, главным образом для помощи сельско-хозяйственных орудий и проведения культурной работы среди населения. Для медицинской части бригады — врача и сестры выявилась необходимость работы по подготовке к открытию летних яслей, и для этой цели мы поехали по району, проводя собрания с женщинами, беседуя о значении охраны материнства и младенчества, в частности яслей.

В очень глухих уголках района еще приходилось наталкиваться на довольно дикое понятие о яслях; женщины, например, боялись, что их детей «увезут совсем», или «переменият». Приходилось им объяснять всю работу ОММ, успокаивая их и давая советы не верить ложным слухам. После собрания везде почти удавалось добиться от женщин обещания всячески содействовать открытию яслей. По возвращении в Катайск пришлось заняться вопросом подготовки кадров для работы в яслях, так как их намечалось открыть в количестве 25, а работников было 2—3 сестры, работавших прежде в летних яслях.

Для этой цели в Катайске были организованы межрайонные курсы ясельных работников, так как в соседних районах Далматовском и Каменском была такая же нужда. Затем пришлось спешно открыть при помощи Облздразотдела, давшего для этой цели 1.000 руб., в Катайске постоянные показательные ясли на 25 человек для практических работ курсанток. И в апреле месяце было выпущено 60 колхозниц, окончив-

ших кратковременные курсы сестер заведующих летними яслями.

В районе проводился месячник по ОММ и во время его к 8 марта удалось организовать при консультации небольшую выставку по ОММ, которую посетило много работников с района, где они знакомились с предметами ухода за ребенком и матерью, оборудованием яслей, а также и одеждой матери и ребенка.

Мне еще хотелось сказать несколько слов о лечебной помощи в районе и отметить, что еще очень неудовлетворительно она поставлена в районах. В Катайске имеется больница на 35 коек с амбулаторией и 2 фельдшерских пункта в районе: один в 25 верстах от Катайска, другой в 22-х, где бывают обычно приемы по 200—300 человек. Конечно, такая помощь не может хорошо опениться населением, тем населением, в которое только за последнее время тем или иным способом мы стремились дать больше света и культуры, посылая туда всевозможные бригады. В то же время сразу на первых же его доверчивых шагах к этому «свету» мы ему даем фельдшерские пункты и очередь в 300 человек. Ведь если население нам и поверит, что не надо идти к бабке, что это «тьма», то пожалуй после такой помощи, оно снова пойдет в эту «тьму», так как наш «свет» в виде такого фельдшерского пункта с большими очередями ему тоже многого не дает.

И в самом Катайске наш больной вопрос с кадрами также стоит остро: в мое пребывание там в феврале, марте, апреле врач (зав. больницей) находился в научной командировке, один врач в декретном отпуске, и вся больница и район оставались на руках молодого врача (обещали еще врача, но так и не дали) и одного фельдшера. Приемы были 5—6 раз в неделю тоже по 200—300 человек на прием, и больница всегда была наполнена до отказа. Ясно, что такое положение вещей ничего почти не дает ни уму и ни сердцу, ни врачу, ни больному. Правда, в Катайском районе имеется еще санитарный врач, но он обычно бывает в районе и в больнице не работает.

Вот все, чем мне хотелось поделиться с читателями на страницах вашего уважаемого журнала и хотелось сказать, что надо как-то стараться выходить из этого положения и давать хорошую врачебную помощь на периферии, где она теперь нужна больше чем

где-либо, так как населению уже уходит от своих «бабушек», и мы ему должны дать «хлеб», а не «камень». Помощь бригад, которые по-моему легче создать, чем найти постоянного работника на периферии, где оплачивают их труд не выше, чем в городах, а приемы и работа не ограничены ни временем, ни количеством

больных. Такая помощь, как вот выезд профессоров и специалистов из Ленинграда и Москвы, конечно, много сумеют помочь населению. Хотя это и будет временная, но хорошая мера.

Д-р Балужева
(Свердловск)

Научная жизнь на местах

1 е заседание хирургической секции при Научной Ассоциации врачей Пермского округа 19-IV 1930 г.

(Председатель Д. П. Кузнецкий. Секретарь В. П. Шипицын)

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. А. Ф. СЛАВИН. Демонстрация препаратов желудка и 12-перстной кишки, удаленных резекцией по поводу язв: а) каллезная язва малой кривизны, пенетрирующая малый сальник; б) две язвы в 12-перстной кишке и между ними хорошо сформированный дивертикул; в) препарат язвы 12-перстной кишки, расположенной на задней стенке и пенетрировавшей в поджелудочную железу. Интерес этого случая заключается в том, что больной был оперирован по поводу предбрюшной липомы и только при осмотре желудка и 12-перстной кишки была обнаружена язва последней; г) большая каллезная язва желудка, удаленная резекцией.

2. В. П. ШИПИЦЫН. Демонстрирует больного, страдавшего большой каллезной язвой желудка в препилорической части в малой кривизне, сросшейся с печенью, по поводу чего он подвергался 4 раза операции: первая операция в 1922 году—задняя гастростомия с короткой петлей, через 1 год—передняя гастростомия с энтероанастомозом, еще через год—разделение сращения и, наконец, в 1926 году—удаление отростка и разделение сращений. В настоящее время—прошло 4 года, больной совершенно здоров, вполне трудоспособен, исполняет все крестьянские работы и все ест.

3. А. А. ЯКОВЛЕВ. Демонстрация рентгенограмм язв желудка.

В приемах было высказано:

А. М. Аминев приводит наблюдавшийся им случай язвы желудка, давшей на рентгене типичную картину песочных часов, подобную продемонстрированной Яковлевым. При операции оказалась каллезная язва малой кривизны, пенетрировавшая в панкреас. После резекции части желуд-

ка вместе с язвой гладкое выздоровление.

Фенелонов высказывается при язвах желудка и 12-перстной кишки за желудочно-кишечное соустье, как дающее меньший % смертности.

Шипицын отмечает, что резекция желудка с логической точки зрения является, конечно, операцией наиболее целесообразной, так как вместе с удалением язвы устраняются и могущие возникнуть осложнения (кровотечение, перфорация, перерождение в рак), но при язве 12-перстной кишки меньше показаний к резекции, так как она чрезвычайно редко перерождается в рак.

Д. П. Кузнецкий находит препараты, демонстрируемые Славным, очень интересными и поучительными и высказывается также за резекции при язвах желудка.

4. В. П. ШИПИЦЫН демонстрирует больного, страдающего с детства припадками частичной непроходимости: появляются сильные боли, вздутие, рвота. По поводу этого больной 5 раз подвергался операции, 2 раза до поступления в клинику—местным хирургом был удален в первый раз червеобразный отросток, во второй—желчный пузырь и 3 раза в клинике, при чем каждый раз при операции были обнаруживаемы анатомические изменения в виде тяжей и сращений в брюшной полости, ущемление которыми могло обусловить явления непроходимости. Докладчик трактует это как *adhaesi n ileus* «вследствие перивисцерита неясного происхождения. Гистологическое исследование удаленных тяжей не дает основания говорить об эмбриональном происхождении их.

А. Ф. Славин высказывается за то, что в данном случае перивисцерит

мог возникнуть даже в детском возрасте вследствие кишечных заболеваний и советует проводить в настоящее время консервативное лечение.

Председатель Д. П. Кузнецкий, резюмируя прения указывает на то, что демонстрируемый больной представляет значительные трудности для распознавания. Между тем число таких больных с многократными кровоизлияниями за последние годы очень возросло.

2-Е ЗАСЕДАНИЕ.

хирургической секции при Научной Ассоциации врачей Пермского окр.

Председатель А. Ф. Славин.

Секретарь А. А. Яковлев.

ДОКЛАДЫ:

Д. П. КУЗНЕЦКИЙ.—К вопросу о диагностике и хирургическом лечении т. наз. десмоидных опухолей перелчей брюшной стенки.

(Напечат. в № 2—3 «Уральского Медицинского Журнала», 1930 г.).

ДЕМОНСТРАЦИИ.

1. А. Ф. СЛАВИН. Демонстрация препарата папилломы мочевого пузыря.

2. И. А. МИТЯШИН. Демонстрация больного после удаления папилломы мочевого пузыря путем электрокоагуляции. Перед операцией вследствие резкого малокровия боль-

ному было произведено переливание крови в количестве 500 к. с.

А. Л. ФЕНЕЛОНОВ, указывает на преимущество коагуляции при печении папилломы мочевого пузыря.

Д. П. КУЗНЕЦКИЙ. Лечение папилломы мочевого пузыря должно быть как хирургическое (иссечение), так и путем электрокоагуляции в зависимости от особенности случая и возможностей хирурга. Бывают случаи, когда приходится прибегать к самому радикальному лечению, а именно к экстирпации мочевого пузыря с пересадкой мочеточников в прямую кишку или в кожу.

3. А. А. ЯКОВЛЕВ демонстрирует больного с опухолью грудной полости.

Д. П. КУЗНЕЦКИЙ высказывается за дермоидную кисту переднего средостения. Пока киста растет медленно, то нет никаких расстройств, впоследствии же, когда рост организма приостановится, то могут наступить явления сдавления соседних органов.

А. Ф. СЛАВИН. Случай представляет большой интерес для дифференциальной диагностики, особенно в свете дифференц. рентгенодиагностики, которую докладывал широко осветил. Лечение хирургическое—через переднюю грудную клетку.

Председатель:

ПРОФ. КУЗНЕЦКИЙ.

Секретарь: **Д-Р ШИПИЦЫН.**

Безусловная халатность

Бывший командир красных партизанских отрядов тов. **Жемчугов**, страдающий травматическим неврозом, был направлен Свердловской курортно-отборочной комиссией под тем же диагнозом на курлечение в санаторий Цустреха в Алупку. Алупкинский санаторий, естественно, Жемчугова не принял, а Жемчугов приобрел место за свой счет, и началась обычная история требований больным своих денег с целым рядом формальных к тому пре-

пятствий, повлиявших на состояние здоровья больного. Было ли здесь незнание КОК о противопоказаниях, но ведь всем известно, что травматический невроз противопоказан для всех курортов! Не невнимательное, а безусловно халатное отношение было проявлено в данном случае Свердловской КОК, специально ведающей и контролирующей правильный отбор на курорты.

Г. С-н

ХОРОШЕЕ НАЧИНАНИЕ.

Алашаевские врачи на своем общем собрании 14 июня 1930 г. постановили взять шефство над цехами завода. К каждому цеху прикрепляется отдельный врач, который изучает производство, его профпригодности, улучшает санитарные условия труда, устанавливает постоянную связь с рабочими цеха и ведет санитарно-просветительную работу. Учет начатой работы впервые будет проведен 1 августа с. г. Редакция «Уральского Медицинского Журнала» охотно будет освещать опыт этой работы на своих страницах.

НЕ НА СЛОВАХ, А НА ДЕЛЕ УКРЕПЛЯЮТ СВЯЗЬ СО СВОИМ ЖУРНАЛОМ.

Алашаевский коллектив врачей постановил выписать коллективом два экземпляра «Уральского Медицинского Журнала» и наладить постоянную корреспондентскую связь с ним, освещая в первую очередь санитарное состояние района.

НА ПРАВИЛЬНОМ ПУТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИНДУСТРИАЛЬНЫХ РАБОЧИХ.

Пермским Окрудравом за последнее время установлена практическая договоренность с заводоуправлением суперфосфатного завода, построенным управлением «Новострой» и управлением Уралнефти.

Заводоуправление и построячное управление взяли на себя обязательства: 1) закончить строительство здания для пункта первой помощи к 1 октября

1930 г., 2) впредь до постройки постоянного здания перебросить на гору и перестроить под амбулаторию одно из зданий (срок 1 августа), 3) не позднее 10 июля для врача квартиру.

Окрудрав обязался дать необходимые рабочие чертежи на перестройку здания под амбулаторию не позднее 1 июля, 1 августа представить проект больницы на 40 коек, с 1 августа организовать амбулаторный общий и зубо-врачебный прием и обеспечить выезды специалистов по хирургическим и венерическим болезням.

Управление Уралнефти приняло решение форсировать постройку в В. Чусовских Городках родильного дома и амбулатории и окончание ремонта отделений больницы. Для обеспечения медперсонала жильем Уралнефть просит Окрудрав помочь в подыскании готовых срубов, беря на себя все расходы по их срочной переброске и установке.

Постройку изо-пропункта (баня, прачечная, дезокамера, изоляционное помещение) Уралнефть обеспечивает в ближайшие месяцы. Договариваясь с Окрудравом о срочном открытии выпункта, Уралнефть берет на себя оплату расходов по оборудованию и по содержанию пункта до 1 октября 1930 г.

Окрудрав же проводит мероприятия по переброске врачебных сил и укреплению руководства больницей путем смены руководящих работников.

Такие практические договорные отношения должны быть заключены и в других важнейших пунктах крупного индустриального строительства.

Приложение к протоколу № 52 М.
Президиума Уралоблсполкома от
13 VII-1930 г.

Постановление президиума Уралоблсполкома по докладу Облздравотдела „о состоянии дела здравоохранения на Урале“

В целях обеспечения коренного перелома в деле здравоохранения и быстрого улучшения медико-санитарного обслуживания рабочих и батрацко-бедняцких, середняцких и колхозных масс, признать необходимым провести следующее:

1. Предложить Облздравотделу в течение ближайших 3 месяцев решительно перестроить всю работу массовых медико-санитарных учреждений под углом четкого отражения в ней классовой пролетарской линии, а также перевести всю работу лечебно-профилактических учреждений на дистансерные методы. Все дело здравоохранения рабочих районов приспособить к производственным условиям предприятий (непрерывная неделя, 3-сменная работа, вечерние приемы приспособление времени работы яслей, расширение пунктов первой помощи на предприятиях, устранение очередей в лечебных учреждениях и т. д.); обеспечить при этом вовлечение в повседневную работу массовых учреждений здравоохранения рабочих, батраков, членов колхозов, бедноту и середняков.

Особое внимание окрисполкомов, райисполкомов, городских и поселковых советов и органов здравоохранения на Урале обратить на усиление медико-санитарного обслуживания основных рабочих районов, районов нового строительства (Уралмашинстрой, Тракторстрой, Машинстрой, Химстрой) и пунктов, населенных национальными меньшинствами.

2. Предложить Облздравотделу, Уралпрофсовету, Уралоблсоюзу, Уралколхозсоюзу взять решительный курс на расширение с 1930—31 года санитар-

ных мероприятий, лечебной и профилактической помощи в деревне. Проект этих мероприятий обязать Облздравотдел представить к 1 августа в президиум Уралоблсполкома.

3. Учитывая, что выполнение 5-летнего плана здравоохранения зависит в объеме капитальных вложений в 1930—31 г. от Облздравотдела, Уралплана и Облсоюзархозу совместно с соответствующими трестами и другими промышленно-строительными организациями и предприятиями Урала, предусмотреть в строительном плане на 1930—31 год постройку необходимых медико-санитарных учреждений при всех вновь строящихся и расширяющихся заводах, с учетом полного обслуживания также и строительных рабочих, привлекая для этой цели средства строящихся организаций. Сроки постройки лечебно-профучреждений установить в соответствии со сроками строительства предприятий и темпами реконструкции.

Впредь до постройки специальных зданий, обязать управления крупными заводскими строительскими (Уралмашинстрой, Тракторстрой, Машинстрой, Химстрой) предоставить необходимые помещения, как для временного развертывания медико-санитарных учреждений (ясли, больницы), так и для квартир медперсонала. УОСНХ и управления трестов обязать своевременно отпускать средства, выделяемые ими, на строительство лечебно-профучреждений при вновь строящихся заводах.

О конкретных мероприятиях по выполнению данного пункта, обязать Облздравотдел подробный доклад представить в президиум к 10 августа

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

а) Обязать правление дороги и Дир. профсоюз в месячный срок разработать конкретные мероприятия по улучшению медико-санитарного дела на Пермской железной дороге.

б) Обратит внимание правления дороги и НКПС на необходимость обеспечения своевременной постройки лечебно-санитарных учреждений на вновь строящихся дорогах: Урал—Курган, Яр—Фосфоритная, Троицко-Орская, Магнитная—Каргалы.

в) Признать целесообразным обобщение работы периферийных и транспортного здравоохранения, поручить облздравотделу по данному вопросу составить проект докладной записки в центр и представить его в Президиум Уралоблисполкома к 25-му июля.

5. Имея в виду что курорты Урала представляют огромную лечебно-оздоровительную ценность, что некоторые из них (озеро Горькое, Ключи и др.) не уступают по лечебной эффективности соответствующим государственным курортам, предложить Облздравотделу взять решительный курс на их развитие, улучшение работы и довести их емкость за счет ФМП. местной бюджетной и госаппropriации к 1931—32 году вместо существующих 1200оек до 2200. Обязать в двухнедельный срок Облздрав составить проект докладной записки в центр по этому вопросу, о субсидировании с текущего года курортного строительства на Урале и в первую очередь, на курортах Ключи и озеро Горькое.

6. Исходя из острой потребности Урала в медицинских работниках всех квалификаций, особенно акушерской при дальнейшем развитии медико-санитарного дела:

а) Возбудить ходатайство перед ОНК об открытии в г. Свердловске с осени 1930 года Медицинского Института с факультетами: лечебно-профилактическим, санитарно-профилактическим, 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 человек.

б) Предусмотреть в 30—31 году расширение сети медпунктов на Урале.

в) Облздравотделу принять меры к привлечению на Урале высококвалифицированных медицинских работников для укрепления ими медико-санитарных учреждений основных рабочих районов.

г) Обязать ОблОНО и Облздрав в 3 месячный срок разработать и представить в Уралплан план повышения квалификации имеющихся кадров среднего и младшего медперсонала под углом проведения этой работы в 3-х летний период и представить этот план на утверждение президиума Уралоблисполкома.

7) Обратит особое внимание исполкомов и советов, органов здравоохранения и союза Медсантруд на решительное улучшение обслуживания больных на усиление борьбы за поднятие трудовой дисциплины среди медработников, на усиление привлечения их к участию в социалистическом соревновании в ударных бригадах, экономработе и т. д. На ряду с этим, поставить в задачу профсоюзных областных и местных организаций повести решительную борьбу по союзной линии с наблюдающимся грубым летоварижением отношением к врачам со стороны больных.

8) Учитывая большую роль охраны материнства и младенчества в деле оздоровления быта—увеличить обслуживание детей рабочих яслями, в первую очередь в индустриальных районах. Одновременно с этим усилить организацию домовых и кооперативных яслей и увеличить ассигнования на строительство последних из бытовых фондов строительства промышленных трестов в жилищкооперации.

Принять все меры к развертыванию сети яслей и детских консультаций на селе, особенно в колхозах, привлекая для этого средства самообложения и кооперативных организаций.

Просить Уралпрофсовет дать директивы через областные комитеты союзов об отчислении ассигнований из бытовых фондов на организацию яслей.

Усилить развертывание мероприятий и сети оздоровительных учреждений для детей и подростков, особенно в промышленных центрах и районах массовой коллективизации.

Просить Уралгидрофсовет и Обком ВЛКСМ дать на места директиву по своей линии об усилении участия в этой работе.

9. В целях усиления органов здравоохранения предложить окрисполкомам и райисполкомам в трехмесячный срок пересмотреть и укрепить состав работников окружных и районных отделов здравоохранения, выдвигая более решительно на организационную работу в органы здравоохранения и массовых лечебно-санитарных учреждений рабочих, колхозный и батрацко-бедняцкий актив.

10. Возбудить ходатайство перед СНК РСФСР об отпуске специальной дотации по бюджету на дело здравоохранения на Урале.

Настаивать перед центром об увеличении норм ассигнования из фонда медпомощи на одного застрахованного. Одновременно с этим предусмотреть в 30-31 г. значительное увеличение ассигнований по местному бюджету.

Докладные записки по данному вопросу поручить Облздраву составить в двухнедельный срок.

11. Обязать окрисполкомы, райисполкомы и советы, органы здравоохранения, а также колхозные и профессиональные организации Урала решительно перестроить и укрепить работу массовых организаций города и деревни, как-то: секции советов, комис-

сий по охране труда при ФЗМК, культурно-бытовых комиссий при волкозах, комиссий по оздоровлению труда и быта при массовых лечебных учреждениях, укрепить ячейки РОЖК и добиться превращения их в действительные массовые организации, поставив перед ними задачу осуществления общественно-контрольной и контрольной помощи органам и учреждениям здравоохранения. Предложить Облздраву шире развернуть работу по санитарному просвещению масс (дома выставки по санитарному просвещению, массовые лекции, беседы, издание плакатов и т. д.). Необходимо также усилить освещение в печати вопросов здравоохранения.

12. Предложить окрисполкомам на основе данного постановления разработать конкретный план мероприятий по улучшению здравоохранения в округах.

13. Наблюдение и контроль за выполнением в жизни данного постановления возложить на ОблРКИ. Через 6 месяцев заслушать доклад Облздрава в президиуме о результатах работы на основе данного постановления и выполнения намеченных в нем мероприятий по улучшению дела здравоохранения на Урале.

План исполнения аппаратом Облздрава постановления Президиума Облик'а и календарные сроки исполнения

I. ИСПОЛНЕНИЕ § 1 ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРЕЗИДИУМА ОБЛИК'А

Тов. Серебренникову.

1. Проведение классовой пролетарской линии—проверить через особо организованные бригады, тройки—пятёрки из представителей эконокомиссии, администрации больницы, Союза МТС. Страхкассы и шефствующей организации (завод, фабрика), проверку произвести между 20—30 августа с. г. и прислать соответственные материалы в Облздрав не позже 10 сентября.

2. Организация лечебно-профилактических объединений и переход на диспансеризацию в деле медобслуживания.

Т. Сербину для исполнения а, б, в, г.

а) во всех промышленных районах в месячный срок (25 июля—25 августа)

закончить создание лечебно-профилактических объединений, б) приступить к применению диспансеризации отдельных групп рабочих (доменный цех в Надеждинске, рабочие кирпичного завода в Магнитострое и др.), в) произвести проверку результатов применения методов применения диспансеризации в октябре мес. 1930 г., г) в целях обеспечения применения диспансеризации созвать совещание руководителей врачей всех крупных промышленных районов, назначив это совещание на 30 июля.

3. Приспособление работы мед.-сан. учреждений к производству (переход на 7 час. рабочий день, 3 смены, непрерывн. неделя) произвести проверку неоднократно дававшихся в этом направлении указаний через специально организованные бригады

с представителем от того завода, обслуживание которого будет проводиться. Срок проверки между 20—30 августа с. г.

Т. Сербину для исполнения 20—30 августа.

4. Усиление мед.-сан. обслуживания рабочих крупных новых строителей (Уралмашстрой, Медьстрой, Тракторстрой, Химстрой, Магнитострой)—проверить в сравнительном разрезе состояние медобслуживания в календарные даты 15 мая и августа 20—30 через специально организованные бригады с представ. соответствующих строителей и союза строителей.

II. ИСПОЛНЕНИЕ § 2 ПОСТАНОВЛ. ПРЕЗИДИУМА ОБЛИК'а

1. Решительное расширение санитарных мероприятий, лечебной и профилактической помощи на селе.

Т.т. Гуревичу, Сербину.

Иванову, для исполнения а, б, в и з.

а) составить контрольные цифры мед.-сан. помощи селу к 27 июля, б) составить план нового больничного строительства в текущем году в колхозах, и совхозах к 26 июля, в) увеличить санитарную организацию, отразив это в контрольных цифрах, г) создать при Рик'ах здравотделы, здравчасти, д) проверку произвести в апреле мес. 1931 г., одновременно тщательно проанализировать исполнение бюджета за первую половину 1930—31 года, причем проверку производить под руководством инструкторов Облздрави, е) проект мероприятий представить в президиум Облик'а к 1 августа.

III. ИСПОЛНЕНИЕ § 3 ПОСТ. ПРЕЗ. ОБЛИК'а

а) т. Гуревичу—а, б,

в) т. Зубову

совместно с пред. обл. союза МСТ.

1. Предусмотреть в строительном плане на 1930—31 г. постройку леч.-проф. учреждений при всех вновь строящихся и расширяющихся заводах—а) составить контрольные цифры больнич. строительства на 30—31 г. в сроки, установленные Урал-планом, б) добиться включения соответствующими промышленными организациями в промфинплан необходимых средств на постройку лечебно-проф. объединения, обратившись с письмом к соответствующему хозорга-

ну, установив срок для этого 27 июля в) проверку произвести Облздраву совместно с Облсоюзом МСТ 10 августа. **т. Котельникову—а.**

т. т. Бельскому, Томашевскому—б. т. Гуревичу совместно с **т. Бриль, Серебренниковым, Курдовым—в.**

2. Предоставление помещений под врем. типа леч.-проф. учреждений и квартиры медперсонала на промновостройках—а) заключить соглашения с хозорганами новостроек—срок 15 августа, б) проверить ход новостроек больничных учреждений постоянного типа, сроки 15 августа и 1 сентября, в) о выполнении § 3 в целом представить в през. Облик'а специальный доклад к 10 августа

IV. ИСПОЛНЕНИЯ § 4 ПОСТ. ПРЕЗ. ОБЛИК'а

1. Конкретные мероприятия по улучшению мед.-сан. дела на желдороге.

а) и б) относятся к правлению дороги, в) составить проект докладной записки в центр к 25 июля, поручив сделать это т. Сербину и представить ее в презид. Уралоблсполкома, г) таковую же записку направить в НКЗдрав.

V. ИСПОЛНЕНИЕ § 5 ПОСТ. ПРЕЗ. ОБЛИК'а

т. Шадрину а, б, и в,
исполнен. к 30 июля.

1. Развитие курортного дела на Урале—а) произвести научное обследование лечебно-курорт. местностей, не обследованных до сих пор. Срок а) лето 1930 г., б) увеличить емкость Урал-курортов с 1200 до 2200 коек в 1931—32 г., в) составить докладную записку в СНК о субсидировании курортного строительства на Урале. Срок составления 30 июля.

VI. ИСПОЛН. § 6 ПОСТ. ПРЕЗ. ОБЛИК'а

1. Возбуждение ходатайства перед СНК об открытии в г. Свердловске мединститута.

а) т. Жикину для исполн.

а, б и в.

б) т. Курдову для испол. г.

а) написать ходатайство в СНК—срок 15 апреля, б) обратиться с соответствующей докладной запиской в

НКЗдрав, в) возбудить ходатайство о расширении Пермского Медфака до 550 человек, г) приступить к подготовительным мероприятиям для открытия мединститута (учебные помещения, общежитие для студентов, подготовительных курсов, профессор и т. д.).

2. Предусмотреть расширение сети медтехникумов—

т. Жикину, Zubову.

а, б, в, г, д, е, ж,
для исполнения к 15 сентября.

а) Расширить техникумы в Перми и Тюмени, б) открыть новые медтехникумы в Ишиме и Ирбите, в) реорганизовать школу II ступени в г. Свердловске в медтехникум, г) физкультуротделение при Медтехникуме в Перми, развернуть в физкультуртехникум, д) фармтехникум передать в ведение Уралмедторга, е) реорганизовать шк. II ст. в Тагиле в медтехникум ж) организовать подготовительные курсы в Тюмени на 40 чел. наимен, з) подготовить учебные помещения, общежития, учебные пособия и учебники, пригласить преподавателей, и) произвести набор учащихся, к) обеспечить средствами.

3. Приглашение на Урал высококвалифициров. медперсонала.

т. Жикину и т. Zubову

для своевр. исполн.
а, б, в, г, д.

а) объявить конкурс на должности в физинституте и институте гигиены труда, б) объявить конкурс на кафедры I курса мединститута, в) обратиться к ряду ученых с просьбой переехать работать на Урал, г) обеспечить квартирами прибывающих высококвалифицированных медработников, д) напечатать в центральных газетах приглашение занять места в основных промрайонах. Сроки выполнения июль—август—сентябрь м. м. 1930 г.

4. Повышение квалификации имеющих кадров среднего и младшего медперсонала.

т.т. Жикину и Zubову

для исполнения а, б, в.

а) разработать план повышения квалификации среднего медперсонала к 15 августа, б) разработать план повышения квалификации младш. медперсонала к 1 августа, в) не позже 15 авг. войти с представлением этого плана в президиум Облика, следовательно в Уралплан представить его не позже 5 августа.

VII. ИСПОЛНЕНИЕ § 7 ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРЕЗИДИУМА ОБЛИК'а

т.т. Серебренникову и Жикину

для исполнения

а, б, в, и г.

Сроки исп. Г—15 августа

а, б, в—1 августа.

1. Улучшение обслуживания больных, усиление борьбы за поднятие труддисциплины среди медработников, вовлечение в соцсоревнование и ударные бригады — а) обращение к медработникам с письмом—срок 1 августа, б) шире применить премпрование действительно отличившихся, в) требовать твердого проведения единовремена в леч. учрежд, г) добиваться улучшения материально-бытового положения медработников (повышение зарплаты, решительная борьба с переработками, обеспечение рабочим пайком и проч.).

VIII. ИСПОЛНЕНИЕ § 8 ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРЕЗИДИУМА ОБЛИК'а

1. Увеличение обслужив. работниц яслями, в первую очередь в индустриальных районах.

т. Нодевой для исполнения а, б, в, г.

а) Запроектировать контрольные цифры ясельных коек на 30—31 г. с таким расчетом, чтобы 40 проц. работниц индустриальных групп и 25% прочих работниц было охвачено яслями, б) усилить организацию домашних яслей и кооперативных, в) развернуть сеть яслей и консультаций на селе, особенно в колхозах, г) просить Уралпрофсовет дать директивы о своевр. отчислении ассигнований из бытовых фондов на организацию яслей—срок 1-VIII.

2. Охрана здоровья детей и подростков.

т. Брилю

для исполн. а и б.

а) разрывтывание мероприятий и сети оздоровительных учреждений для детей и подростков, особенно в промцентрах и районах сплошной коллективизации значительно увеличить в 1930—31 г., отразив это увеличение в контрольных цифрах, б) просить Уралпрофсовет и Обком ВЛКСМ дать директиву об усилении участия профес. и комсомол. организации в охране здоровья детей и подростков—сост. проект письма к 1-VIII.

IX. ИСПОЛНЕНИЕ § 9 ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРЕЗИДИУМА ОБЛИК'а

1. Окрисполкомы и райисполкомы должны пересмотреть и укрепить состав работников отделов здравоохранения. Проверить исполнение этого задания исполкомами через инструкторский аппарат Облздравотдела к 15 октября.

X. ИСПОЛНЕНИЕ § 10 ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРЕЗИДИУМА ОБЛИК'а

1. Укрепление финансово-материальной базы здравоохранения.

т.т. Смирнову и Сербину

для исполн. а, б, в.

Ср. исп. а—1-VIII.

Ср. исп. во время всех этапов прохожден. б-та.

а) возбудить ходатайство перед СНК об отпуске специальной дотации по госбюджету на дело здравоохранения на Урале. Срок составления записки 1-VIII;

б) возбудить ходатайство об увеличении ассигнований по ФМП на одного застрахованного; в) предусмотреть значительное ассигнование по местному бюджету на 1930—31 г. на дело здравоохранения.

XI. ИСПОЛНЕНИЕ § 11 ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРЕЗИДИУМА ОБЛИК'а

1. Усиление внимания к делу здравоохранения—

т. Серебренникову

для исполн.

а, б, в, г.

Примеч.: Необходимо разработать конкр. план по заданиям и срокам.

а) перестроить и укрепить работу секций советов, комиссий по охране труда при ФЗМК, культ.-быт. комиссий при колхозах, комиссий по оздо-

ровлению труда и быта ячеек РОКК, б) усилить общественный контроль за работой леч. проф. учреждений, 3) оказывать конкретную помощь леч. проф. учреждениям, г) произвести проверку исполнения а, б, в в декабре, январе м.м. 1930—31 г.

2. Развертывание санитарного просвещения.

г. Серебренникову

для исполн. а, б, в.

а) организация домов и выставок по санпросвету, б) проведение лекций и бесед, в) издание листовок, плакатов, брошюр и т. п. и г) усиления освещения в печати вопросов здравоохранения.

XII. ИСПОЛНЕНИЕ § 12 ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРЕЗИДИУМА ОБЛИК'а

1. Разработка конкретного плана улучшения дела здравоохранения Риками.

а) проверить, что сделано риками—срок проверки декабрь—январь м.м. 1930—31 г. через инструкторский аппарат Облздрова;

б) сообщение об итогах проверки на през. Облика—срок 30-I—1930—31 г.

XIII. ИСПОЛНЕНИЕ § 13 ПОСТАНОВЛЕНИЯ ОБЛИК'а

Доклад президиуму Облика об исполнении постановления в целом.

т.т. Сербину,

Иванову, Смирнову А. В.,

Серебренникову, Брилю,

Нодевой, Величкину,

Жикину, Зубову, Ручейнову.

а) подбор и обработка необходимых материалов для доклада с 15-XII по 20-I;

б) составление доклада срок с 20 по 25-I.

Циркуляр облпрокуратуры о порядке привлечения к ответственности специалистов и хозяйственников

ВСЕМ ОКРУЖНЫМ И УЧАСТКОВЫМ ПРОКУРОРАМ, СЛЕДОВАТЕЛЯМ И ОКРУЖНЫМ СУДАМ.

Несмотря на целый ряд категорических указаний о недопущении случаев неосновательного привлечения к уголовной ответственности специалистов и хозяйственников случаи эти повторяются и наличием своим снижают работу ор-

ганов юстиции по борьбе с прорывами в промышленности.

В целях решительного изжития такого положения предлагаем в дополнение к ранее данным указаниям:

1. Возбуждение уголовного преследования за должностные преступления против специалистов и хозяйственных промышленных и сельско-хозяйственных предприятий, строителей и транспорта допускать лишь с предварительного согласия окружных прокуроров.

Исключения допустимы по делам о преступлениях предусмотренных ст. 133 УК передаваемыми в суд инспекторами охраны труда и непосредственно (В.).

2. Окружной прокурор обязан предварительно изучить материал, собрать необходимые данные и лишь при наличии бесспорных данных о наличии преступления и необходимости возбудить уголовное преследование дает на последнее разрешение.

Примечание: В случаях, когда необходимость привлечения специалистов или хозяйственников возникает в процессе расследования дела возбужденного против других лиц, привлечение специалистов и хозяйственников может быть произведено также лишь с разрешения Окрпрокурора.

3. Расследование дел о должностных и хозяйственных преступлениях специалистов и хозяйственников производят лишь следователи и прокуроры.

В процессе расследования во всех случаях привлеч. спец. должны привлекаться в помощь следователю техническая и экономические экспертизы.

4. От привлекаемых по делам специалистов и хозяйственников отбирать лишь подписки о явке к следствию и суду. Подписки о невыезде или иные меры пресечения могут быть избраны лишь с согласия Окрпрокурора.

5. Отстранение от должности привлеченных производить лишь в исключительных случаях и лишь с согласия

Окрпрокурора. Как правило заведывающий следствием обязан лишь сообщить администрации привлекаемого о привлечении последнего к ответственности.

6. По окончании расследования дела по обвинению инженеров, врачей, агрономов, землемеров и лесничих до передачи в суд направлять в Облпрокуратуру для проверки следственного материала.

7. Слушание дел в судах должно быть обеспечено квалифицированными судьями, по возможности членами Окрсудов (и нарзаседателями).

8. Меры социальной защиты в отношении подсудимых должны строго дифференцироваться и иметь целью частное предупреждение, а не общее. Практика отлучного применения лишения свободы или принудработы должна быть категорически изжита.

9. Настоящее распоряжение должно выполняться в отношении инженеров, техников, лиц не имеющих специального образования, но исполняющих работы где нужно специально техническое образование, врачей, землемеров, агрономов, лесничих, руководителей промышленных и с.-х. предприятий и строительных союзного, республиканского и областного значения.

10. Категорически прекратить истребование от предприятий и строительных отчетных данных и др. сведений работниками милиции и УРО. Следователи имеют право требовать такого рода данные лишь в связи с расследуемыми ими делами. Прокурорам сократить истребование всякого рода расследований по действительно необходимым пределом.

Областной прокурор
ПАЛЬГОВ.

Предобсуда
ЧУДНОВСКИЙ.

24 апр. 1930.

От редакции журнала „на фронте здравоохранения“

Секция здравоохранения советов, комиссиям оздоровления труда и быта, фабрично-заводским комитетам, окружным советам профсоюзов, редакциям фабричных и колхозных газет, рабкорам, кресткорам, медработникам

Дорогие товарищи!

Отставание темпа развития дела здравоохранения от роста всего народного хозяйства страны и потребностей рабочего класса и крестьянства требуют коренной перестройки работы всех органов здравоохранения—от цент-

ральных до низовых его звеньев. Постановлением ЦК ВКП(б) от 23.XII—29 г., констатируя это положение здравоохранения, указывает пути и способы коренной перестройки этого участка культурного строительства.

Важнейшей основой этих указаний является классовая целеустремленность здравоохраненческих мероприятий—в первую очередь в решающих участках социалистической реконструкции промышленности и сельского хозяйства и деятельное участие в этом строительстве масс рабочих и крестьян.

Широкие и коренные оздоровительные мероприятия могут быть осуществлены лишь руками самих трудящихся под руководством органов здравоохранения и с помощью специалистов-медработников.

Испытанным большевистским оружием организации масс на всех участках борьбы за социализм является печать. С этой стороны мы должны признать недостаточное внимание широкой пролетарской общественности к делу освещения здравоохранительного фронта на страницах общей советско-партийно-профессиональной печати как центральной и провинциальной, так и в фабричных, колхозных газетах.

Ничтожно мало участие рабоче-крестьянских корреспондентов на страницах печатных органов здравоохранения. Ожесточенное сопротивление классового врага мы встречаем и на фронте советского здравоохранения. Это сопротивление подкрепляется огромнейшей силой старых взглядов и привычек, унаследованных от эксплуататорского режима, которые используются классовым врагом.

Советское здравоохранение имеет своей основой не только лечение болезней, но и самое широкое предупреждение болезней через действительное оздоровление всей жизни трудящихся, ставшее впервые возможным лишь благодаря диктатуре пролетариата, строящего социализм.

Надцупывание новых форм здравоохранения, переделка на ходу уже существующих учреждений и организаций для наиболее полного и эффективного оздоровления труда и быта может быть проведено только при творческой инициативе самой массы. при ее критическом контроле и участии, через свои классовые организации и в том числе через печать.

Поэтому новые формы строительства оздоровления через единый диспансер, оздоровление через благоустройство жилищ (городов и поселков), оздоровление труда и быта через общественное питание, через охрану здоровья детей и подростков, физкультуру, дома отдыха, санатории и курорты, через строительство новых больниц и т. д. и т. п.,—все эти новые мероприятия требуют перевоспитания широких масс

трудящихся в духе новых способов борьбы за свое собственное здоровье и за здоровье коллектива в целом.

Пролетарский актив должен внести новую мощную волну творческой энергии в строительство социалистического здравоохранения, должен внести методы социалистического соревнования и большевистской самокритики в дело здравоохранения и в работу медицинских работников.

Товарищи, пишите, как лучше поставить работу секций здравоохранения при советах, работу комиссий оздоровления труда и быта, освещайте деятельность рабочих бригад по обследованию учреждений здравоохранения. Делитесь своим опытом, давайте ваши предложения, как наладить здравоохранение на фабриках, заводах, в совхозах и колхозах так, чтобы поднять производительность труда и выполнить пятилетку. Как лучше поставить санитарно-просветительную работу, как лучше организовать здоровый отдых, борьбу с алкоголизмом среди рабочих и крестьян. Что нужно сделать для оздоровления жилищ и благоустройства городов и поселков. Давайте ваши соображения, как организовать охрану здоровья детей и подростков.

Как наладить наиболее товарищеские отношения с медицинским персоналом для их продуктивной работы и вовлечения врачей во все участки социалистического строительства.

Выявляйте недостатки и достижения в борьбе за рационализацию и удешевление оздоровительных учреждений.

Ведите борьбу с вредительством и извращением классовой линии в здравоохранении. Товарищеское перевоспитание наличного кадра медицинских работников, перестройка их мировоззрения и приемов работы в интересах пролетариата, выдвижение рабочих и крестьян в учреждения здравоохранения, повышение квалификации медицинского персонала и направление рабочих и крестьян в медицинские вузы для подготовки врачей из рабочих и крестьян—все эти вопросы должны быть освещены в печати не только медработниками, но и самими рабочими и крестьянами, ибо дело оздоровления трудящихся есть дело самих трудящихся.

Особенное внимание—делу здравоохранения в промышленных центрах, в центрах тяжелой промышленности, в совхозах и колхозах.

Мы призываем рабоче-крестьянский актив (рабкоров и кресткоров) совместно с медицинскими работниками (на-

учными работниками, студентами, врачами, фельдшерами, сестрами, фармацевтами, санитарями и т. д.) принять самое широкое и деятельное участие общими силами через советскую печать (общую и медицинскую) в организации трудящихся для борьбы за социалистическое здравоохранение.

Тов. рабочие, крестьяне, медработники!

Ведите борьбу за социалистическое здравоохранение на страницах фабричных, колхозных газет, на страницах центральных и провинциальных газет и журналов.

Товарищи, пишите в наш журнал «На фронте Здравоохранения», орган Наркомаздрава РСФСР (Москва, Центр, Ильинка, 10).

**Редакция «На фронте
Здравоохранения».**

Поправка ВЦИК и СНК к Положению об областных отделах здравоохранения

Работа по профессиональному отбору, за исключением работы по профотбору безработных согласно новой редакции «положения» пункт «н» ст. 1 входит в

обязанности органов здравоохранения. (См. Собр. Узакон. № 19, стр. 280, постанов. ВЦИК и СНК от 10 апр. 30 г.).

О порядке передачи учреждений госбюджета на местный бюджет

Постановление СНК от 14 апр. 30 г. вносит ясность в вопросы передачи госбюджетных учреждений на местный бюджет. Учреждения, передающиеся на областной бюджет, должны проходить по смете соответствующего отдела Обл. исполкома. Для передачи с областного местного бюджета на окружной, городской или районный обязательно

согласование с наркоматом, в ведении которого находилось учреждение. Точно также всякого рода изменения в структуре и задачах и сужение объема деятельности переданных учреждений могут быть проведены лишь по согласованию областного исполкома с соответствующим наркоматом. (С. У. № 19, 1930 г. стр. 258).

Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов	Брюшной тиф		Возвратн. 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	29 г. 393	195	11	—	181	40	4457	77	39	19	1875	55
		30 г. 762	380	5	—	202	42	4107	95	12	—	5907	171
1	В.-Камский окр.	29 г. 5	5	—	—	1	1	82	2	—	—	22	—
		30 г. 15	14	—	—	3	—	146	4	—	—	485	3
2	Златоустовск. окр.	29 г. 41	49	—	—	12	1	641	15	—	—	73	1
		30 г. 41	32	—	—	7	1	523	3	—	—	343	1
3	Ирбитский "	29 г. 8	5	—	—	4	1	55	1	—	—	105	—
		30 г. 24	11	—	—	9	—	16	—	—	—	206	—
4	Ишимский "	29 г. 35	10	—	—	12	2	199	4	3	—	149	—
		30 г. 132	37	—	—	18	4	175	3	1	—	91	1
5	К.-Пермяцкий "	29 г. 1	—	1	—	—	—	30	1	—	—	—	—
		30 г. —	—	—	—	—	—	32	1	—	—	2	—
6	Курганский "	29 г. 48	19	2	—	29	3	324	3	4	—	125	—
		30 г. 126	11	2	—	38	3	379	5	11	—	272	1
7	Пермский "	29 г. 49	33	—	—	7	—	194	9	—	—	184	14
		30 г. 91	78	—	—	27	6	167	13	—	—	666	20
8	Сарапульский "	29 г. 18	9	1	—	13	2	288	3	4	1	108	2
		30 г. 23	10	—	—	4	4	250	9	—	—	344	3
9	Свердловский "	29 г. 31	19	3	—	9	5	331	9	—	—	197	2
		30 г. 63	56	—	—	10	3	273	3	—	—	267	7
10	Тагильский "	29 г. 25	9	—	—	2	1	136	7	27	18	376	19
		30 г. 41	41	—	—	10	1	150	2	—	—	858	25
11	Тобольский "	29 г. 2	1	—	—	3	—	76	—	—	—	178	11
		30 г. 6	3	—	—	3	1	53	2	—	—	194	18
12	Троицкий "	29 г. 10	1	—	—	5	—	702	5	—	—	90	—
		30 г. 22	3	1	—	7	—	768	28	—	—	194	52
13	Тюменский "	29 г. 34	6	—	—	7	6	155	4	—	—	119	—
		30 г. 45	20	1	—	25	16	246	3	—	—	199	24
14	Челябинский "	29 г. 49	6	2	—	28	1	986	11	—	—	82	5
		30 г. 47	24	1	—	22	—	781	18	—	—	848	14
15	Шадринский "	29 г. 37	23	3	—	49	17	258	3	—	—	67	1
		30 г. 86	40	—	—	19	3	148	1	—	—	348	2

области за декабрь мес. 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.
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1339	691	3109	4	230	98	112386	2285	174	7
4130	1927	3071	15	586	185	49.503	1426	261	10
51	49	306	—	8	7	4330	188	8	—
142	104	27	—	10	2	2652	212	3	—
44	33	71	—	8	3	6467	145	11	2
390	111	106	—	222	9	3313	56	16	1
35	19	112	—	4	—	4565	42	7	1
212	80	179	—	5	—	3072	38	11	—
60	2	233	—	34	12	2668	29	12	—
345	35	167	—	42	1	1484	38	20	—
2	1	54	—	—	—	1600	55	11	1
8	4	77	—	2	2	595	23	5	—
67	22	374	—	11	3	3048	46	21	—
191	43	357	—	22	—	2798	47	42	2
198	128	403	—	22	17	25993	552	34	—
464	275	334	1	77	62	7460	223	45	1
129	48	90	—	8	1	7024	91	6	—
423	131	86	—	12	2	2799	75	10	2
317	271	249	4	38	26	17395	407	21	1
678	563	445	—	88	59	8876	274	51	2
94	72	493	—	18	1	13948	370	12	1
480	318	166	3	29	9	5588	187	7	21
15	5	88	—	3	3	3521	60	3	—
12	5	52	7	9	6	715	18	2	—
150	4	69	—	12	—	4276	49	2	—
194	25	179	—	13	—	1894	20	10	—
120	23	253	—	23	8	5199	68	6	—
154	48	202	2	25	14	2495	57	4	—
35	5	172	—	26	8	6993	111	12	—
274	107	365	1	13	15	3503	109	18	1
19	9	142	—	15	9	5359	72	8	1
168	78	329	1	17	4	2259	49	17	—
5599	131	10304	554	3957	102	2814	297	4707	104
5.482	185	10543	462	4757	98	2436	347	5274	110
46	7	141	5	63	1	138	2	138	2
128	6	410	18	193	6	75	2	217	2
286	10	451	44	183	2	197	1	227	6
236	12	568	25	288	7	75	14	102	9
100	1	414	13	131	4	62	15	135	—
61	2	499	16	305	3	76	15	119	—
480	5	348	39	147	1	192	19	220	9
26	—	282	24	374	4	178	23	375	10
2	1	157	20	107	7	3	7	91	7
277	19	230	7	107	2	33	5	115	4
716	16	604	17	302	6	400	15	501	10
626	20	842	27	352	7	417	25	681	5
588	12	1633	86	468	22	350	40	693	22
692	17	1100	62	580	18	307	44	714	16
696	8	558	13	262	1	154	—	335	2
830	13	131	8	230	2	142	10	416	1
565	18	1826	114	646	15	374	54	798	16
811	22	979	77	686	23	328	67	902	36
122	6	856	71	284	15	268	27	331	15
118	3	726	43	235	8	94	27	226	14
70	3	157	15	72	4	25	3	109	6
126	2	304	23	88	2	67	12	87	3
245	4	76	—	150	—	106	—	—	—
303	1	125	—	152	3	203	—	—	—
316	1	521	24	296	3	76	2	314	3
468	15	726	38	354	6	165	2	438	1
679	14	1105	37	479	9	165	76	347	—
512	26	1169	49	491	6	120	56	262	2
363	14	947	50	363	8	207	37	362	6
283	24	774	44	349	4	216	42	417	7

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Передовая.</i> Некоторые из итогов XVI партс'езда	Стр. 3
Организационные вопросы здравоохранения	
<i>Коновалов К. А.</i> Лицом к району, к селу	6
<i>К—в К.</i> Необходимо аппарат Облздора протереть с песочком	10
<i>Шадрин В. С.</i> Основные вопросы рабочего выдвигательства в лечпрофучреждениях	13
<i>Гуревич Г.</i> Здравоохранение Большого Урала	14
<i>Филоновский Ю. С.</i> Некоторые итоги медобслуживания посевной кампании в Свердловском округе	20
<i>Шевалеевский Д. А.</i> Судебно-медицинская экспертиза и работа органов здравоохранения	22
<i>Левин М. А.</i> К вопросу об отборе больных для курортного лечения	26
Клиническая и теоретическая медицина	
<i>Проф. Скульский Н. А. и д-р Кушнев А. Н.</i> К вопросу о широком применении углекислой минерализованной ванны	31
<i>Астацатуров К. Р.</i> Случай кожного лейшманиоза	35
<i>Лысаковский И. В.</i> Этиология, патогенез и профилактика эпилепсии	39
<i>Проф. Ратнер Л. М.</i> Памяти проф. Ямагивы	45
<i>Шапал Г. С. и Папышева Е. Л.</i> (Чебаркуль). Опыт применения искусственного пневмоторакса в Чебаркульском тубсанатории	48
<i>Клячкин Л. Н.</i> О комбинированных методах лечения на Н.-Сергинском курорте	53
Оздоровление труда и быта	
<i>Гаврилов К. П.</i> Детская смертность на Урале	57
<i>Аронов Д. М. и Миллер В. Я.</i> Изучение причин повышенной заболеваемости рабочих спичечно-фанерной фабрики „Пламя“ (Тюмень)	67
<i>Кудрявцев В. Г.</i> Труд и быт лесорубов	77
<i>Гуревич И. Г.</i> О типе общественных уборных	84
<i>Покрывалов.</i> Нужны др. подходы к 100% охвату населения оспопрививанием	85
Обзоры медицинской печати	
<i>Кондратьев Г. Г.</i> Сифилис и конституция	87
<i>Троицкий Н. А.</i> Диететический метод лечения туберкулеза	94
Профессиональная жизнь	
Обращение III пленума ЦБ врачсекции ко всем врачам СССР	99
<i>Карнаухов М. Н.</i> Уральские научные ассоциации в реконструктивный период	100
О социалистическом соревновании в союзе МСТ (из резолюции общегородского собрания медработников)	105
Корреспонденции с мест	
Бригады по посевной:	
1. Троицкий район—д-р Каценельсон	107
2. Юргамышский район—д-р Айзикович	108
3. Катайский район—д-р Балуева	—
Научная жизнь на местах	
Работа хирургической секции Пермской Научной Ассоциации врачей	110
Безусловная халатность	111
Хроника	
Хорошее начинание	112
Не на словах, а на деле укрепляют связь со своим журналом	—
На правильном пути организации здравоохранения в индустриальных районах	—
Официальный отдел	
Постановление Президиума Облика по докладу Облздора	113
План проведения в жизнь решений Облисполкома	115
Циркуляр облпрокуратуры о порядке привлечения к ответственности специалистов и хозяйственников	118
От редакции журнала „На фронте здравоохранения“	119
Поправка ВЦИК и СНК к положению об областных отделах здравоохранения	121
Разъяснение СНК о порядке передачи учреждений госбюджета на местный бюджет	—
Таблица заразной заболеваемости в феврале 1930 года	122