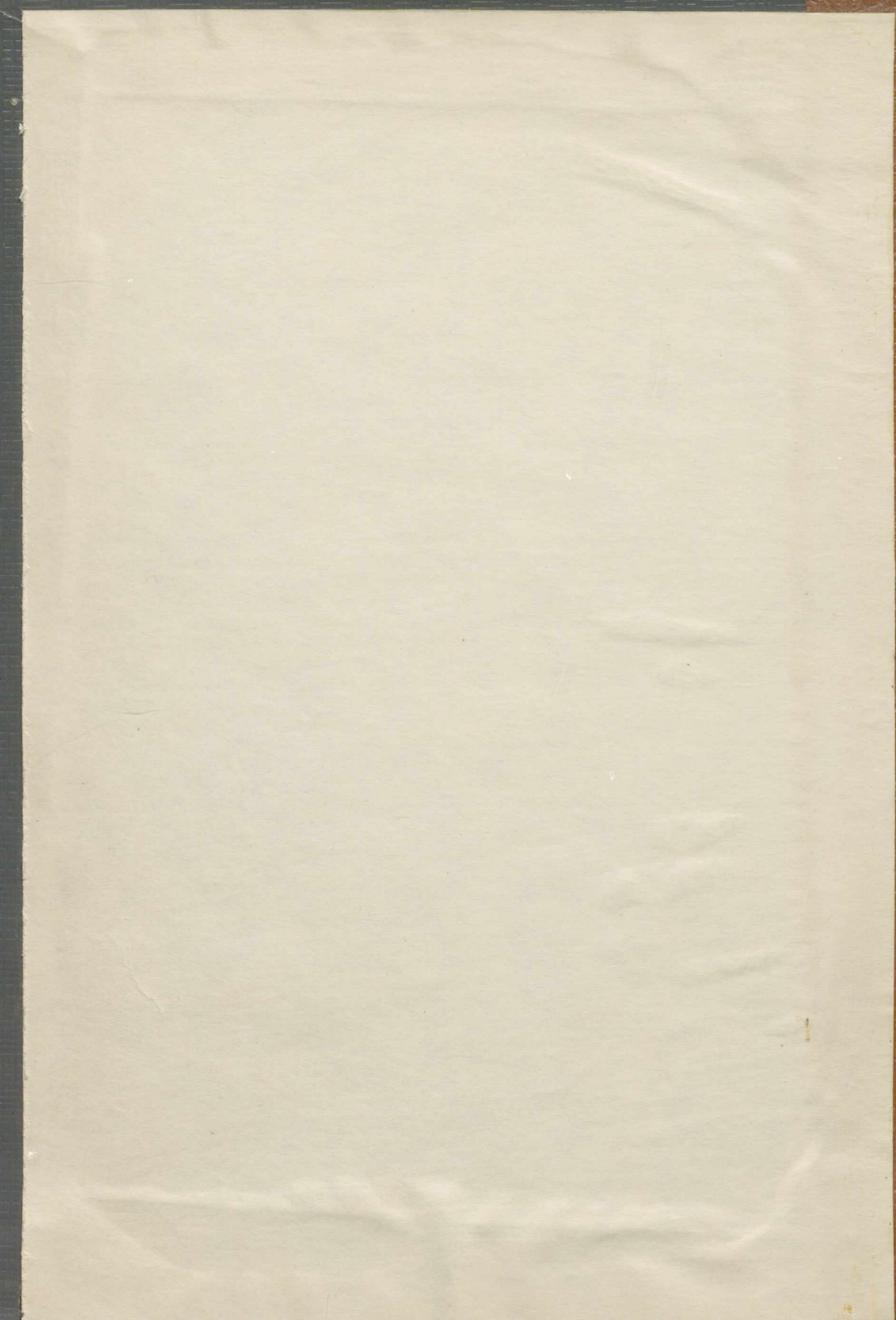


УРАЛЬСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
ЖУРНАЛ.

(N 5 - 6 - 7).

1930.

~ 7





Страницы  
утрачены

профилактических учреждений должны стать основным звеном, ухватившись за которое медицинский коллектив вместе с хозяйственником выполнит профилактику.

Борьба за снижение заболеваемости, борьба с бюллетенщиками (прогульщиками, «легалными») один из путей борьбы за рабочую силу, за ее постоянство, за производительность труда, за качество работы предприятия.

Здравпункты, здравдеха борьбу за снижение заболеваемости должны включать в свой производственный оперативный план в качестве одного из главных звеньев. Создание рабочего актива (санармейцы), включение вопросов здравоохранения в порядок дня повседневной работы профсоюзных организаций—это усилит участие рабочей общественности в медицинской работе и создаст необходимые условия для коренной перестройки здравоохранения.

Бригадное медицинское обслуживание, диспансеризация, непрерывка, вечерние приемы, ликвидация очередей, чуткое и внимательное отношение к больному, своевременная помощь на дому и т. д.—это все те практические здравоохраненческие задачи, которые должны быть поставлены и разрешены.

Соцсоревнование и ударничество среди медработников один из методов коренной перестройки работы здравотделов и лечпрофучреждений.

Массовая кампания «за реконструкцию здравоохранения», поставив все эти вопросы, должна положить начало коренной перестройке работы мед-сан-учреждений.

Это будет достигнуто при условии, если медицинские работники все, как один, проявят максимальную организованность, настойчивость, неутомимость в проведении кампании, если они сумеют мобилизовать рабочие массы и стать во главе их, если им, медработникам, помогут это сделать партийные, советские профессиональные и комсомольские организации.

*К. И. Явалов.*

## К VIII Областному Съезду Советов

Политическое значение го-рых выборов в советы заключается в том, что настоящие перевыборы должны стать важнейшим средством коренной перестройки на деле всей работы советов, перестройки в соответствии с задачами реконструктивного периода.

Пост. ЦК ВКП(б) от 24-XII-50.

Восьмой областной съезд советов Уральской области собирается в начале третьего года пятилетки, в начале такого года, который является решающим в выполнении пятилетки в четыре года.

XVI съезд ВКП(б) подтвердил решение ЦК партии о том, что индустриализация страны не может опираться в дальнейшем только на одну южную угольно-металлургическую базу. Жизненно необходимым условием быстрой индустриализации страны является создание на востоке второго основного угольно-металлургического центра СССР путем использования богатейших угольных и рудных месторождений Урала и Сибири.

Всегда узловыми вопросами работ съезда являются следующие во-

1) Создание второй угольно-металлургической базы на востоке и хозяйственный план Урала на 3-й год пятилетки; 2) основные задачи в области сельского хозяйства и колхозного строительства. Хозяйственный план Урала на 3-й год пятилетки в финансовом выражении запроэктирован в 2285,9 мил. рубл. против 1383,4 мил. 1930 г. с капиталовложениями в 1681,9 м. р. и с доведением коллективизации сельского хозяйства вместо 26 проц. 1930 г. до 50 проц. сланным в 1931 г.—это такие гигантские задачи, успешное выполнение которых будет зависеть от бешеной мобилизации всех партийных, советских, профессиональных, комсомольских и общественных организаций, от боевой мобилизации рабочего класса и основных масс крестьянства.

Все организации, весь рабочий класс и батрачко-беднячко-средняцкие массы крестьянства должны повернуться лицом к выполнению промфинплана 1931 г. Массовые медико-санитарные учреждения, коллективы медработников, командиры санитарных отрядов, ведущие борьбу за здоровье трудящихся масс, должны основным звеном своей работы сделать выполнение 3-го года пятилетки.

Восьмой съезд советов обсудит и вынесет все те решения, которые должны стать программой действий в деле успешного выполнения 3-го года пятилетки.

Что значит конкретно — выполнение 3-го года в области медобслуживания?

Это значит, во-первых, повести решительную борьбу за снижение заболеваемости на предприятиях. А для этого необходимо каждому медучреждению, п.п.п., каждому медработнику установить ежедневный учет заболеваемости, изучение причин колебания ее и принятие немедленных мер к снижению заболеваемости. Каждое лечебно-профилактическое учреждение должно ежедневно или в 2—3 дня раз отмечать на диаграмме движение заболеваемости, подобно тому, как заводууправление отмечает движение процента выполнения промфинплана. Это значит, во-вторых, объявить поход против «бюллетенишников», точнее, против лиц, укрывающих свое лгуничество, прогул и т. п. за широкую и доверчивую спину выдающего бюллетень врача. Борьба с «бюллетенищиками» довольно трудна, требует настойчивости, твердости, одним словом, таких качеств, которые необходимы для спокойного отношения вымогателям бюллетеней, прибегающим нередко к угрозам, оскорблениям медперсонала и т. п. Лучший метод борьбы с вымогателями бюллетеней—это обращение к самим рабочим. Это значит, в-третьих, систематически изучать условия труда, вредности производства и принимать меры к улучшению условий производства. Это значит, в-четвертых, широчайшее развертывание санитарно-просветительской работы на предприятии, построенной так, чтобы этот санпросвет во всех своих составных частях, всем своим содержанием был связан с элементами производства, с влиянием последнего на здоровье.

Принято думать, с легкой руки пироговских либералов, что санпросветработу должен вести врач. Мне кажется, что надо смело ревизнуть эту «установку», решительно отказаться от нее и встать на путь широчайшего привлечения на санпросветработу агитаторов-пропагандистов (избач, массовик-партиец и пр.) Это значит, в-пятых, смелее переходить на диспансерные методы обслуживания рабочих предприятия, в отдельных случаях частично и в первую очередь наиболее вредных цехов.

Диспансеризация невероятно трудно пробивает дорогу.

Почему? Отчасти потому, что не умеют практически проводить сансеризацию; в значительной мере потому, что академически подтк



практическому разрешению вопроса, примерно, так: если будет прибавлено и пять-шесть десятков врачей, 100—200 т. рублей денег, диспансеризацию можно будет проводить.

Мне кажется, что это особый вид, если можно так выразиться, легальный вид саботажа диспансеризации. Наконец, и потому еще, что многие думают, что диспансеризация только тогда будет таковой, когда будет проводиться в развернутом виде. Совершенно непонятно: почему полностью, а не частично, не в форме отдельных элементов на первых порах проводить диспансеризацию.

Например, для ряда районов можно было бы установить обязательное и вполне возможное проведение следующего элемента диспансеризации: безотказное проведение квартирной помощи по типу домашнего врача. В порядке дня работ съезда стоят отчетные доклады Правительства и областного исполнительного комитета. Оба эти доклада как в союзном, так и областном масштабе развернут ту гигантскую социалистическую стройку, которая ведется рабочим классом; осветят те огромные успехи, которые имеются в выполнении первых двух лет пятилетки и в наличии которых (успехов) не сомневаются даже самые оголтелые классовые враги.

Имеются, несомненно, значительные достижения и в области здравоохранения: улучшение эпидемического состояния, снижение смертности, увеличение прироста населения, рост медико-санитарной вооруженности (увеличение больниц, амбулаторий, курортных коек, врачей и пр.), открытие ряда научно-исследовательских институтов, резкий скачок в подготовке кадров (принято в 1930 г. в 11 медтехникумов 1200 человек вместо 160 в 2 медтехн. в 1929 г., в медвузы 475 вместо 150 и пр.).

Однако, наряду с этим имеются не менее значительные недостатки в здравоохраненческой практике, которые затормаживают развитие здравоохранения, которые тормозят успешное выполнение промфинплана. Коренная перестройка работы во многих мед. санучреждениях не проводится, классовая пролетарская линия проводится в ряде учреждений формально, на крупных новостройках медобслуживание поставлено неудовлетворительно, медработники и райздравотделы не проявляют достаточной настойчивости и твердости в постановке отдельных важнейших вопросов перед местными организациями.

Восьмой съезд советов беспощадно вскрыет все недостатки в области хозяйственно-культурной деятельности, в том числе и в области здравоохранения и укажет пути для изжития их (недостатков).

Восьмой съезд советов закончит и подытожит результаты генеральной проверки и исполнения по области всех директив партии и советской власти, в том числе и постановлений: а) ЦК ВКП(б) по докладам НКЗдравов Союзных Республик в 1929 г., б) Бюро Обкома по докладу Уралоблздрави в мае м. 1930 г. и в) Президиума Облика в июле того же года.

Основное во всех этих решениях заключается в том, что органы здравоохранения отстают от общего фронта социалистической стройки, не перестроили своей работы, ведут работу недопустимо медленными темпами.

Чем это объясняется?

«Необходимая... перестройка работы советов может произойти только на основе поднятия роли советов как проводников генеральной линии партии, непримиримо враждебной как в отношении правого, так и в отношении «левого» оппортунизма» (пост. ЦК ВКП(б)), а также и в отношении примиренчества к ним».



Как обстоит дело в здравоохраненческой практике, является ли последняя проводником генеральной линии партии? Дело обстоит безусловно далеко неудовлетворительно. Деячество заедает. Нередко слышится от медработника ответ на замечание о необходимости перестройки работы, что ему (врачу, фельдшеру) некогда, он загружен приемами больных с утра до вечера и с вечера до утра и т. п. Все это самый яркий пример оппортунистической практики в области здравоохранения.

Многие здравотделы примиренчески относятся ко всевозможным безобразиям, не ставят резко и твердо вопросов в соответственных организациях, ориентируются в разрешении таких часто и безусловно легко разрешимых вопросов на месте, как питание больных, топливо, фураж и пр., на область, при чем искренне убеждены, что без помощи области они не могут произвести разделку топлива для бань, накормить больных (больницы в сел. хоз. районах) и т. п.

Восьмой съезд советов обявит беспощадную борьбу оппортунистам всех мастей, цветов и оттенков и во всех учреждениях, в том числе и медико-санитарных.

Выполнение «Пятилетки в четыре года», выполнение 3-го года пятилетки требуют этого, так как только боевой мобилизацией всех приводных ремней, всех учреждений, всего рабочего класса, всех медработников на основе жесткого проведения генеральной линии партии можно обеспечить выполнение промфинплана, выполнение пятилетки в четыре года.

Да здравствует VIII съезд советов, верховный орган Уральской области!

Да здравствует Всесоюзная коммунистическая партия, вождь рабочего класса и основных масс крестьянства!

Долой разгильдяйство, долой правый и «левый» оппортунизм и примиренчество к ним!

За немедленную перестройку работы советов и их оперативных органов—отделов и учреждений.

## Уральский Медицинский Журнал

ждет от своего актива читателей и сотрудников  
корреспонденций, статей, заметок о подготовке  
лечпрофучреждений к борьбе за выполнение  
третьего года пятилетки.



# ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## Задачи здравоохранения в 1931 г.

КОНОВАЛОВ К. А.

Выполнение промфинплана, выполнение пятилетки в четыре года требуют мобилизации всех приводных ремней, всех внутренних ресурсов. Здравоохранение—это один из тех внутренних ресурсов, который пока еще не мобилизован на выполнение промфинплана. А этот внутренний ресурс обладает значительным источником «повышения производительности труда и снижения себестоимости».

Цустрехом на 1929—30 г. была запроектирована заболеваемость в среднем по Союзу ССР в 84,2 на 100. На Урале эта заболеваемость за прошлые годы всегда была выше средней, а в 1929—30 г. она выразилась в показателе 83,3 на 100 или на 0,9 меньше средней. Если это снижение заболеваемости против средней на 0,9 выразить в рублях, то получится, что на Урале в 1929—30 г. было сэкономлено органами здравоохранения около 1,35 милл. руб. против того, что должно было быть израсходовано на оплату временной потери трудоспособности вследствие заболеваемости.

Народное хозяйство вследствие заболеваемости рабочих и служащих в течение оставшихся 3-х лет пятилетки теряет промышленной продукции на сумму около 2—2 с половиной миллиардов рублей. «Для всей ленинградской промышленности годовая (1928—29 г.) потеря выработки вследствие заболевания рабочих равняется 117 милл. руб., что составляет 25 проц. всего годового прироста промышленной продукции Ленинграда» (Владимирский).

Все эти ставки указывают на то, что производственное значение здравоохранения огромно, что укрепление здравоохранительского участка работы есть создание одного из условий успешного выполнения промфинплана, выполнения пятилетки в четыре года.

Какие же задачи стоят перед органами здравоохранения и лечебно-профилактическими учреждениями в связи с большевистской подготовкой к третьему году пятилетки, в связи с выполнением пятилетки в 4 года?

**ПЕРВАЯ И ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА** - борьба за проведение санитарного минимума. Санминимум это то звено оздоровительной цепи, за которое надо ухватиться, чтобы потащить всю цепь. Что такое санитарный минимум? Санминимум - это осуществление минимума простейших, массовых, доступных санитарно-оздоровительных мероприятий, (Пост. СНК). Санминимум не является раз и навсегда выработанной нормой, законом, санминимум особый для города, свой для деревни, промышленного предприятия, колхоза, больницы, жилищартищества, особый для данной квартиры, общественной столовой, совхоза, школы и т. п. Санитарный минимум вырабатывается на том предприятии, в больнице, в школе, где будет проводиться. Санитарный минимум должен обязательно быть доведен



до каждого рабочего того предприятия, для которого санминимум выработан.

Санминимум — план массовых, простейших, оздоровительных мероприятий, производиться которые должны и будут самими трудящимися. Только при этом обязательном условии оздоровительный успех от проведения санминимума гарантирован.

Санминимум в деле борьбы с сыпным тифом есть борьба со вшивостью. Долой вошь! — вот санминимум для ликвидации сыпного тифа.

Санминимум в деле ликвидации оспы — противооспенные прививки. 100 прог. прививок — ни одного случая оспы, ни одного слепого от оспы. Санминимум для того, чтобы не заболеть холерой, — «не пей сырой воды».

Санминимум полости рта — зубная щетка и зубной порошок; санминимум здорового режима — физкультурзарядка ежедневно, строжайшее соблюдение выходного дня и т. д. и т. п.

Энергичное, настойчивое проведение «санитарного минимума» должно стать главнейшим рычагом в деле ликвидации эпидемий.

Хозяйственники очень хорошо усвоили, какие потери народному хозяйству наносят эпидемии и охотно идут навстречу всем требованиям медработников, предъявляемым последними в целях ликвидации эпидемии. Хозяйственники хорошо понимают, что затянувшаяся эпидемия сорвет выполнение промфинплана.

«Дасш санминимум!» — должен сказать себе каждый медработник в первую очередь, каждый рабочий и крестьянин, каждая работница и крестьянка и решительно проводить его.

Вторая, не менее важная очередная задача сводится к систематической и упорной борьбе за снижение заболеваемости рабочих. Мы уже указали выше, как велики потери народного хозяйства вследствие заболеваемости рабочих и временного выбытия с производства. Если бы лечебно-профилактические учреждения всерьез и надолго занялись изучением причин заболеваемости и постоянным снижением ее, поставив целевую задачу перед собой снижать заболеваемость ежегодно на 10 проц., то ежегодная экономия на Урале равнялась бы, по всей вероятности, сотне миллионов рублей.

80 миллионов рублей затратить в год на медико-санитарное дело и вместо них присобрести 100 миллионов рублей, — баланс во всяком случае не плохой.

К сожалению, до сих пор медицинские работники и органы здравоохранения мало-мальски активной борьбы с заболеваемостью рабочих не вели. Лечебно-профилактические учреждения занимались констатацией, регистрировали столько-то случаев заболеваний и... ничего не делали для того, чтобы снизить заболеваемость. Что надо делать для снижения заболеваемости рабочих?

Во-первых, установить ежедневное наблюдение за движением больных на данном предприятии, введя оперативные ежедневные сводки этого движения. Изучение динамики сводок больных за каждые два-три дня должно продиктовать те или иные оперативные действия, проведение которых снизит заболеваемость.

В этом деле основным звеном должен стать здравпункт, эта наблюдательно-разведывательная санитарная станция на предприятии, которая будет сигнализировать всему медицинскому коллективу антисанитарные вредности и мобилизовать его волю на устранение вредностей.



Во-вторых.—На всех предприятиях срочно организовать здравячейки и направить внимание их на борьбу с заболеваемостью. Здравячейки должны стать организаторами рабочей активности и самостоятельности в деле борьбы за здоровье трудящихся масс.

В-третьих.—Коренным образом перестроить методы медобслуживания рабочих. К чему сводится медицинское обслуживание трудящихся в настоящее время? К тому, что врач сидит у себя в кабинете и ждет самотеком являющегося к нему больного. Вне стен кабинета, как правило, врач не в курсе того, где и как работает и живет рабочий: с производством врач не связан, быта рабочего не знает. Стихия в медобслуживании, оказание узко-медицинской индивидуальной помощи заболевшему—вот то, что с архидревнейших времен являлось и, к сожалению, в подавляющем большинстве случаев является до сих пор исключительным содержанием медико-санитарного дела.

Социалистическая медицина есть медицина предупредительная, т. е. только широкие профилактические мероприятия поведут к оздоровлению трудящихся.

Что же обозначает—коренным образом перестроить медобслуживание? Это значит перейти на диспансерное медицинское обслуживание трудящихся. Диспансеризация начинается кое-где и на Урале (Мотовилиха, Н.-Тагил, ВИЗ). Однако все эти отдельные попытки пока не имеют массового распространения. На Урале эти попытки проводятся крайне робко, с неуверенностью в успех.

Диспансеризовать население это значит взять его на учет, под постоянное наблюдение для изучения свойств конституции и наследственности, для определения состояния здоровья, это значит изучить условия труда и быта и, если нужно, организовать все виды и формы социальной помощи.

Говорят, что это очень сложно, трудно осуществимо, требует значительного увеличения средств и медперсонала, а поэтому пока не готовы к проведению диспансеризации.

Диспансеризация наиболее эффективный метод борьбы с заболеваемостью, а поэтому надо дерзать в деле перехода на диспансеризацию. Ошибки неизбежны, но ошибки учат. Лозунг—5 в 4 года требует скорейшего перехода лечебно-профилактических учреждений на диспансерные методы медобслуживания.

Третья задача заключается в том, чтобы по линии охраны ММ создать такие условия, которые максимально облегчали бы втягивание женщин в производство.

Вторая половина второго года пятилетки протекала с очень заметным недостатком рабочей силы. Третий год пятилетки, как год решающий в выполнении пятилетки в 4 года, как год наибольшего напряжения строительных темпов, будет проходить не с меньшим, если не с большим напряжением в рабочей силе, при наличии подобной конъюнктуры рабочей силы процессе максимального втягивания женской рабочей силы на отдельных участках социалистической стройки явится предвещающим или успех или неуспех этой стройки.

Значительным препятствием наибольшему втягиванию в производство женской рабочей силы будет являться слабое развитие ясельных учреждений.

В 1930 г. ясельная сеть в фабрично-заводских районах удовлетворяла лишь 17,1 проц. нуждающихся работниц.

Максимальное развертывание сети ясельных учреждений в 1931 году должно стать боевым лозунгом. Затрата средств на это дело оправдается



в кратном размере, так как огромная положительная роль ясель в успешном выполнении промфинплана абсолютно бесспорна.

Четвертая задача есть задача по выполнению директивы Обкома ВКП(б), формулированной следующим образом: «признавая абсолютно недостаточным медицинское обслуживание основных масс крестьянства, предложить Облздраву и местным партийным, советским, профессиональным и кооперативным организациям взять решительный курс на расширение с 1930—31 г. санитарных мероприятий, лечебной и профилактической помощи в деревне».

Медико-санитарное дело заметно отстает в своем развитии от темпов развития хозяйства Урала, еще больше отстает развитие медицины на селе.

В фабрично-заводских поселках на 1,000 населения приходится 4,4 койки, а на селе только 0,4 или в 11 раз меньше; из 89 санврачей 80 находятся в городских поселениях и только 9 в деревне, из 217 зубврачей 203 в городских поселках и 14 в деревне и т. п.

Если эта слабо развитая медпомощь еще могла быть терпима в условиях единоличных крестьянских хозяйств, когда сложные сельско-хозяйственные машины применялись очень мало, то теперь, когда один за другим, как грибы после дождя, развертываются гиганты-совхозы, организуются межрайонные тракторные станции, когда в больших размерах начинают применяться сложные сельско-хозяйственные машины, то теперь медобслуживание социалистического сектора сельского хозяйства должно быть улучшено в кратчайшие сроки. В 1930 году выстроено в совхозах ряд новых больниц и амбулаторий, открыты фельдшерские пункты. Но все это очень далеко от того, что нужно сейчас, чтобы хоть мало-мальски сносно наладить медпомощь.

Значительную роль в деле улучшения медпомощи соцсектору села выполнили бригады. Весной и осенью 1930 г. Облздравотделом было послано в деревню больше 100 врачебных бригад. Эти бригады проделали, несомненно, огромную лечебно-профилактическую работу. Совершенно бесспорно, что посылка врачебных бригад в предстоящую посевную кампанию должна явиться обязательной очередной задачей, к выполнению которой надо начать готовиться уже сейчас.

Медицинское обслуживание конно-тракторных колонн не только в больнице, но и в первую очередь в поле, во время пахоты и сева,—это одно из условий, гарантирующих успешное выполнение промфинплана совхоза и колхоза.

«Выполнение заданий особого квартала и большевистская подготовка к третьему году пятилетки в огромной степени зависят от того, как будет обеспечено развитие социалистического соревнования и ударничества» (из рез. III пленума Обкома партии). Соцсоревнование и ударничество среди медработников приняло заметные размеры (около 40 проц.), однако, оно далеко еще не приблизилось по объему к соцсоревнованию и ударничеству среди рабочих. На недавно созванном совещании медработников и рабочих промрайонов было установлено, что из 17 рабочих 16 ударников (или 94 проц.), а из 47 врачей 24 ударника (или около 50 проц.). Этот факт говорит о том, что врач в соцсоревновании и ударничестве принимает активное участие.

Совершенно ясно, что задача улучшения руководства ударным движением, широкого развертывания соцсоревнования и ударничества среди всех групп медработников должна стать в 1931 году актуальнейшей задачей. С помощью соцсоревнования и ударничества профсоюзы и хозяй-



ственники должны улучшить уход за больными, укрепить дисциплину труда, повысить качество работы, ускорить большевистские темпы строительства.

И, наконец, последняя важнейшая задача — это новое больничное строительство.

В 1930 году больничное строительство было сорвано. Кризис стройматериалов, затем расхилены и организационная неразбериха в строительном деле явились причинами срыва новостройки.

В 1931 году этого явления надо во что бы то ни стало избежать. Что надо делать?

Во-первых, часть объектов строить самому Облздравотделу. Будто бы не дело Облздравотдела заниматься новым больничным строительством. Рассуждая кабинетно и отвлеченно, как будто этот довод является убедительным. Но так ли на самом деле? Если исходить из практики новостройки до 1929—30 г., то получается следующий крайне любопытный вывод: все то, что строил Облздравотдел «хозяйственным способом», все это построено более или менее удовлетворительно и, наоборот, все то, что строилось хозяйственными организациями выстроено горюхо и плохо.

Во-вторых, обязать все хозорганы строить лечебно-профилактические учреждения там, где больницы будут обслуживать вновь строящиеся или реконструирующиеся предприятия, при чем в эту стройку должны входить заготовка стройматериалов, составление проектов и чертежей и проч.

В-третьих, надо создать для новостройки больниц такие условия, когда стройку больниц перестали бы включать в третью очередь, очередь до которой никогда не доходит.

«Недостаточное внимание к вопросам больничного строительства и медицинского обслуживания рабочих требует, как совершенно правильно подчеркнул III пленум Обкома партии, от партийных, советских и профессиональных организаций коренного улучшения дела медицинской помощи, расширения сети больниц, амбулаторий, аптек, организации врачебной помощи на дому и т. п.

Совершенно же ясно, что эта директива только в том случае будет выполнена, если новое больничное строительство будет действительно развиваться.

Какое, на наш взгляд, ничем не оправдываемое и совершенно нетерпимое явление наблюдается в практике больничной новостройки на Урале?

В ряде сельских районов (Нагайбак), Ленинский, Половинский, Верезовский, Баженовский и мн. др.) по 4—5 лет строятся лечебно-профилактические учреждения общей стоимостью каждое от 30 до 50—60 тыс. рублей и никак не могут достроиться. Пролетарская страна не может допускать такого хищнического расточительного отношения к народным средствам. Почему это безобразное явление наблюдается из года в год?

Потому, в основном, что сократительный бесхозяйственный формализм хозорганов, внававших в панику при финансовых затруднениях, толкнул их искать выхода по линии наименьшего сопротивления. Ведь чего проще разрешить вопрос о дальнейшей судьбе неоконченной новостройки, как законсервировать, перестать строить. Для этого не надо ни большого ума, ни воли, ни хозяйственной изворотливости.

Итак, новый хозяйственный 1931 год должен протекать на здравоохраненческом фронте под знаком усиления внимания к медико-санитарному делу со стороны партийных, советских и профессиональных организаций.



Однако, это ни в какой мере не обозначает, что медико-санитарные организации в этом деле не при чем, что за них должен делать кто-то другой. Ничего подобного! Больше того, мы утверждаем, что, если медработники не проявят пролетарской настойчивости, твердости и решительности в постановке «наболевших» вопросов перед местными организациями, если начатое дело они не будут доводить до конца (а по Ленину довести дело до конца это значит поставить вопрос перед вышестоящими организациями включительно до высших партийных органов), внимание со стороны местных организаций по-прежнему будет отсутствовать и появляться будет только тогда, когда понадобится занять больничную квартиру для кого-нибудь или больничное здание для небольших целей и т. п. Вина за невнимательное отношение к делу здравоохранения со стороны советских, партийных и профессиональных организаций в первую очередь должна лечь на самих медработников.

1931 год должен стать годом усиления коренной перестройки методов работы лечебно-профилактических учреждений, годом проведения четкой пролетарской, классовой линии, годом решительного перехода на диспансерное медобслуживание трудящихся масс, годом ликвидации эпидемий в основных промышленных районах в первую очередь, годом широчайшего охвата социалистическим соревнованием и ударничеством всех групп медработников, годом широчайшего привлечения рабочей ответственности к делу здравоохранения, годом борьбы за снижение заболеваемости на предприятиях, годом борьбы за выполнение промфинплана, за предпринятие выполнения пятилетки в четыре года.

## **Итоги первого опыта работы единой аптеки в гор. Тагиле**

**А. А. КОРОВИЧЕНКО**

Уже ряд лет НКЗ одним из серьезных вопросов строительства здравоохранения ставит реорганизацию лекарственного обслуживания трудящихся по методу единой аптеки. Не встречая никаких принципиальных возражений, эта реорганизация в СССР вообще и на Урале в частности продвигается в жизнь крайне медленно.

Причины тому весьма многообразны и на Урале, например недостаточность материальной и лекарственной базы Уралмедторга, задерживающая его активность в этом вопросе; недостаточная организованность и гибкость его в работе, вызывающая сомнения здравотделов в его способности бесперебойно и без удорожания обслуживать рецептуру лечучреждений полностью и, наконец, просто стремление некоторых здравотделов иметь «свою» снабженческую базу, находящуюся в полном их подчинении. К таким окрздравам сравнительно в недавние годы принадлежал и Тагильский, ликвидировавший свой аптечный склад лишь после длительного и настойчивого воздействия Облздрава.

Это стремление сохранить «свое» лекарство-снабжение крепко утвердилось и в лечучреждениях города и округа, и когда Тагильский Окрздрав изменил свою принципиальную установку и с 1928 г. стал проводить идею передачи УМТ всей рецептуры, идея эта встретила упорное сопротивление со стороны врачей и фармацевтов. Главными мотивами были часто преувеличенные дефекты работы УМТ (задержка в высылке медикаментов, дефек-



тура, ошибки) и опасение не уложиться в сметы при сравнительной дороговизне аптек УМТ.

Опыт передачи Уралмедторгу рецептуры Центральной поликлиники постоянно срывался перерасходами, которые поликлиника всецело объясняла дороговизной УМТ, не желая считать свои расходы и планировать их соответственно сметным возможностям. Лишь путем упорной настойчивости Окргздрава, после целого ряда рационализаторских мероприятий здравотдела и УМТ, идея единой аптеки в Тагиле заканчивает в данное время свое практическое оформление: с 15 VII—с г. передано УМТ лекарство-обслуживание 1-й Совбольницы и вендиспансера, с I-X—Центральной поликлиники и в данное время передается таковое по Гальянской райамбулатории. Таким образом по 1-й Совбольнице с вендиспансером мы имеем уж кварталный опыт, итоги которого следует сейчас учесть и оценить.

1-я совбольница, как и ее лечебные учреждения Тагильского округа, имела крупные ассигнования на медикаменты, большое количество рецептуры сравнительно с посещаемостью и недостаточный штат аптечных работников, при этом мало квалифицированных (обычно лишь зав. аптекой был фармацевтом, остальные практиканты).

В этот период «благополучия» без рационализации и экономии, по калькуляционным данным за 1927—28 г., стоимость медикаментов на 1 посещение составляла 8,2 коп. и на 1 койко-день 19,4 коп., а всего было израсходовано на медикаменты по одной 1-й совбольнице с вендиспансером 10233 руб.

С 1928 г. ассигнования на медикаменты были введены в норму (10 к. на посещение и 40 руб. на койко-год), что повело к значительному их сокращению; рекомендованные же Окргздравом рационализаторские мероприятия в жизнь не проводились, и таким образом часто наблюдалась недостаточность медикаментов и бывали перерасходы; так, в 1929—30 год больница вступила с задолженностью УМТ в 600 руб.

Благодаря ряду рационализаторских мероприятий аптеки, проведенных ею в порядке ударничества и социализации, к концу 3-го квартала истекшего бюджетного года был значительно улучшен и ускорен отпуск лекарств (до этого были задержки такового на сутки и более), уменьшена дефектура и изжита задолженность УМТ.

Но и при таком улучшенном состоянии аптеки 1-ой совбольницы передача ее УМТ дала следующие положительные результаты:

1) рецептура за первые 9 мес. истекшего бюдж. г. при штате в 5 ч. (в том числе 3 практиканта и 1 техническая) давала на ассистента в день 87 рецептов, сейчас при штате в 10 чел. (без ручной и кассы), в том числе 4 практиканта и 2 технических, на ассистента приходится 48 рецептов.

2) Стандартных формул до передачи 50 проц., теперь 85 проц.

3) Прежде контролером был практикант, теперь фармацевты.

4) Увеличилось время работы аптеки с 6<sup>1</sup> до 23 час., что удобно как амбулаторным больным, так и больнице.

5) Больница получает заказанные ею медикаменты не позже 2 часов после предъявления рецепта, а амбулаторные больные через  $\frac{1}{4}$ —1 час, а стандартные формы без всякой задержки, в силу чего ожидающих в аптеке почти не бывает.

6) Средняя стоимость рецепта, исчислявшаяся до передачи в 20,1 коп., за истекшие до I-X 2 мес. выразилась в 17 коп.

Таким образом не только ускорился отпуск лекарств и улучшилось его качество путем подбора квалифицированного персонала и разгрузки ассистентов, но пройдено благополучно наиболее узкое место передачи — финансы.



Для скептиков, сомневающих в правильности исчисления себестоимости рецепта здравотдельской аптеки в 20,1 коп. (у нас обычно исчисляют ее в 12—13 коп., отбрасывая, как мелочь, отопление, освещение, воду и пр.), быть может будет более убедителен расчет по бюджетным данным.

Как было указано выше, ассигнований на медикаменты 1-й Совбольнице обычно не хватало, создавалась задолженность, дефектура и пр. Имея на 1929—30 б. год на медикаменты 1-й Совбольнице 5995 р. по местному бюджету, 600 руб. по ф. «М» и 1500 руб. для вендиспансера, это объединение могло тратить в год всего 8.095 руб., или в месяц 757 руб. 91 коп. На приготовление лекарств уходило с соцстрахованием 316 руб. 24 коп. (зарплата аптечных работников), а всего лекарственное обслуживание этого объединения по смете должно было стоить 1074 руб. 15 коп. в месяц без хозрасходов, ремонта и пр. (фактически расходы в смету не вкладывались).

За 2¼ месяца объединение это получило от аптеки, перешедшей к УМТ, медикаментов, перевязочного материала и предметов ухода всего на 2720 руб. 47 коп., а со скидкой 10 проц. за использование помещений 2448 руб., 43 коп. или 979 руб. 37 коп. в месяц. Это дает экономию против сметы в 94 руб. 75 коп. в месяц или 8,8 проц., не считая хозяйственной экономии — дров, воды, освещения и пр.

Таким образом в финансовом отношении достигнута значительная экономия в то время, как медицинская работа объединения сильно выросла, дав в среднем за день 130 посещений и 138 ежедневно занятых коек вместо 100 посещений и 102 коек за день в предыдущие 9½ мес. Иначе говоря, при росте продукции объединения на 30 проц. по амбулатории и 35 проц. по стационару в день, мы имеем 8,8 проц. снижения сметной стоимости лекарственного обслуживания этой продукции за месяц плюс экономию по хозрасходам и разгрузку адмперсонала объединения от наблюдения и руководства аптекой.

Конечно, указанные результаты не явились сами собой только оттого, что аптека переменяла хозяина. Для достижения их надо было наладить тесный контакт аптеки с администрацией и врачами объединения, надо было вести строгий учет стоимости и наблюдение за характером рецептуры, надо было аптеке всячески помогать врачам разбираться в книжке формул и быть постоянным консультантом по вопросам более рациональной химически и экономически выписки медикаментов.

Врачам пришлось вплотную подойти к вопросам рационализации и экономии. Этот более рациональный подход сказался уже и на снижении рецептуры в отношении к посещаемости: в то время как за первые 9½ мес. истекшего года на посещение падает 1,3 рецепта, за последние 2½ месяца их только 0,93.

Конечно, все это могло бы быть достигнуто и в аптеке здравотдела, но, как правило, не достигается и не достигается потому, что врачи вообще не привыкли считать и заниматься этим, весьма неохотно, а при перегрузке медицинской работой и отсутствии со стороны в большинстве мало квалифицированных аптечных работников здравотдела всякой инициативы и действия в деле рационализации рецептуры и аптечного дела, врачи часто и не могут многого достигнуть в этом отношении.

С передачей аптек УМТ врачи вплотную придвинуты к сметным возможностям, не считая, — им уже работать нельзя. Независимый, более квалифицированный и инициативный зав. аптекой УМТ строит свой финансовый план на основе сметных ассигнований обслуживаемых лечучреждений. Естественно заканчиваются микстурные вакханалии первых кварталов и лекарственный голод последнего, столь обычные для наших врачебных участков. Зав. апте-



кой УМТ не может допустить таких скачков, поскольку должен своевременно получать оплату за рецептуру и не может оставить свою рабочую силу без нагрузки за счет перегрузки в другое время. Он заинтересован в плановой бесперебойной работе и финансировании аптеки, а администрация и врачи лечучреждения должны обслужить больных и вложиться в смету и, встречая помощь и поддержку аптеки, охотно идут на проведение рационализаторских мер. Так внедряются экономия и плановость — обязательный спутник хозорганизации — в нашу медицинскую организацию, обычно плановостью не отличающуюся.

Именно так, при полном контакте и взаимной поддержке врачей и фармацевтов, идет работа по лечебно-профилактическому объединению 1-й совбольницы и аптеки УМТ № 2.

Только таким образом должна строить свою работу и 1-я аптека УМТ с центральной поликлиникой, ибо их работа еще более трудна при массовом обслуживании больных, большом количестве врачей и оторванности аптеки от стационара. Эта трудная работа облегчается имеющимся уже опытом первого опыта единой аптеки — аптеки № 2.

Этот опыт с несомненностью доказывает, что единая аптека не только принципиально желательна, организационно удобна, медицински улучшает дело и рентабельна вообще, но и вполне экономически доступна и выгодна для лечучреждений при их современной финансовой базе.

Для ускорения проведения в жизнь идеи единой аптеки и облегчения работы пионеров этого дела, zdravotелы должны закрепить за лечучреждениями кроме нормы на медснабжение и зарплату аптечных работников, перебросив таковую на ту-же статью. Уралмедторгу надо без задержки выполнить свое обязательство по снабжению лечучреждений печатными рецептурными бланками, а аптек — готовыми стандартными лекарственными формами. В данное время обязательство это не выполнено, и в силу этого время, затрачиваемое врачом при подборе формул, ничем не компенсируется, чем несколько замедляется прием, а аптеки принуждены фасовать сами большинство формул, что удорожает их стоимость для УМТ и ухудшает их качество.

## Пятилетка научно-исследовательских работ на Урале

В. И. ВЕЛИЧКИН\*)  
(Окончание)

### Б. Сеть научно-исследовательских учреждений

В первый год пятилетки (28—29) мы имели на Урале три учреждения, которые, хотя и в очень ограниченном размере, но все-же вели научно-исследовательскую работу. Это: Медфак ПГУ и 2 Сан-Бак Института: Свердловский и Пермский. В 1929—30 году мы развернули еще 2 учреждения, институты: Физиотерапевтический и Угипнот. С 1930—31 г. мы организуем (на это уже имеется постановление Облика) институты: по ОММ, туберкулезный и венерологический. В том-же году открывается Свердловский Мединститут и есть предположение организовать ин-т по ОЗД и П. В 31—32 г. намечено организовать Институт Социальной Гигиены и Онкологический Институт. Научно-исследовательскую работу в области психоневрологии

\*) См. „Уральский Мед. журнал“, № 5—6.



должна развернуть наряду с Медфаком ПГУ Пермская Психолечебница с установкой на организацию в будущем Областного Психо-Неврологического Института\*).

Из приведенного перечня видно, что каждая основная отрасль деятельности здравоохранения будет иметь научно-исследовательскую базу, при чем все научно-исследовательские учреждения должны быть составной частью единой целостной системы научного изучения Уральской области с точки зрения здравоохранения. Планирование и координирование научно-исследовательской работы этой системы должно осуществляться Областным Здравоотделом, который организует у себя для этой цели специальный орган—научно-медицинское совещание, куда будут входить, кроме работников аппарата Облздрава, крупнейшие специалисты по всем основным отраслям медицинского знания и представители общественных и хозяйственных организаций.

Синтез научных выводов отдельных институтов в целях изучения общих проблем здравоохранения, в связи с социалистическим строительством, должен лежать на Институте Социальной гигиены.

Научным институтам будет передан и ряд функций по непосредственному управлению отдельными отраслями здравоохранения, что будет способствовать превращению аппарата Облздрава по преимуществу в руководящий, планирующий, инспектирующий и контролирующий орган.

Для развертывания намеченной сети институтов предусматривается новое строительство, с общей кубатурой в 244.089 к. м. и общей стоимостью в 10.657 тыс. руб.

## В. Научные кадры

Для выполнения настоящего плана нам потребуются значительные кадры научных работников. Как и в других отраслях здравоохранения, и на этом участке работы с кадрами у нас встретятся значительные трудности.

В 1928—29 г. мы имели научных работников (не считая Медфак ПГУ) 38 чел. В 29—30 г. 114. В 30—31 г. нам потребуется уже 341 чел., в 31—32 году—455 чел. и в 32—33 г.—538 ч. Из этого мы видим, что нам необходимо к последнему году пятилетки иметь дополнительно к тому, что есть,—424 ч. научных работников. Откуда нам их получить? Здесь возможны три источника, которые и намечаются планом: а) подготовка в уральских институтах, б) подготовка в центральных институтах уральских работников и в) приглашение на Урал уже квалифицированных научных сил.

Первым источником, к сожалению, мы на Урале до сих пор почти не пользовались (за исключением подготовки очень ограниченного количества аспирантов при Медфаке ПГУ; ни один наш институт эту работу не проводил). А между тем этот источник пополнения научных кадров должен быть основным. Поэтому на него и делается главный упор, хотя надо прямо сказать, что первые выпуски аспирантов дадут нам недостаточно полно подготовленных научных работников, так как многие из институтов будут находиться в стадии организации (что не может не отразиться на качестве подготовки молодых товарищей) и срок прохождения аспирантуры будет минимальным. Но на это надо пойти и постараться как можно лучше поставить дело с тем, чтобы дать максимум возможного. В 1930—31 г. институты должны подготовить 54 товарища, в 1931—32 г. 129, а всего таким образом 183) 1932—33 год мы не принимаем во внимание при этих

\* 28 сент. 30 г. состоялось постановление Уралплана об организации Психо-Неврологического Института с 1932 года.



расчетах, так как те 204 чел., которых наши институты будут готовить в этом году, явятся пополнением научных кадров уже во вторую пятилетку).

Кроме этого мы считаем, что Пермский Мединститут должен подготовить нам, как минимум, 30 чел., а всего таким образом мы будем иметь 204 чел. Центральные научные учреждения, куда мы будем направлять врачей с Урала, нам также должны дать не менее 30 чел. Остается недокомплект в 173 чел., который должен быть пополнен квалифицированными силами как внутриобластными, так и из других районов СССР.

Необходимо всем нашим институтам и организационным комиссиям вновь открываемых институтов еще раз тщательно проработать вопрос о кадрах и, исходя из указанных соображений, наметить конкретный план их подготовки и пополнения по каждому институту. При этом мы должны взять твердый курс на максимальное привлечение к научной работе врачей—из рабочих.

### Г. Финансирование

Финансирование научно-исследовательских учреждений и мероприятий видно из следующих таблиц.

#### П Р И Х О Д

Табл. № 1

Наименование источников поступления	28-29 г.	29-30 г.	30-31 г.	31-32 г.	32-33 г.
Местный бюджет (областной, окружной) .	231,5	357,2	2243,2	2370,6	3479,7
Р. Ф. М. П. З. . . . .	113,0	1185,2	1237,6	1163,3	1047,5
Специальные средства . . . . .	14,7	296,9	538,7	3602,6	783,8
Госбюджет и ссуды ЦКБ . . . . .	—	—	968,0	793,5	626,1
Местный фонд медпомощи . . . . .	55,7	373,6	1820,5	2236,3	2718,1
Всего на каждый год . . .	714,9	2212,9	6818,0	7666,3	8660,2

#### Р А С Х О Д

Табл. 2

Наименование расхода	28/29	29/30	30/31	31/32	32/33
Заработная плата (включая соцстрах и МК) . . . . .	77,9	361,8	1832,7	2482,6	3598,0
Новое строительство (и кап. ремонт) .	392,0	1130,0	3226,5	2644,9	2086,8
Научные расходы (научное оборудование, выписка литературы, издание трудов и проч.) . . . . .	3,6	138,5	232,1	447,0	516,9
Экспедиции . . . . .	13,0	60,0	105,0	153,0	182,0
Содерж. клинич. отдел . . . . .	—	71,0	618,5	904,5	1067,5
Прочие расходы . . . . .	228,4	451,6	803,2	1034,3	1209,0
Всего на каждый год . . .	714,9	2212,9	6818,0	7666,3	8660,2



В виду того, что в этот план финансирования включено содержание и оборудование учреждений, которые будут вести не только научно-исследовательскую работу, но и практическую, стоимость научно-исследовательских работ фактически будет значительно меньше, чем указано в таблице расхода. Однако, в настоящий момент выделить расходы на чисто научную работу—невозможно. При дальнейшей проработке плана надо будет это сделать. Распределение капитальных вложений по отдельным учреждениям видно из следующей таблицы (в тысячах рубл.):

	28—29 г.	29—30 г.	30—31 г.	31—32 г.	32—33 г.
1. Бак-Ин-т Пермский . . . . .	2,0	3,0	20,0	30,0	45,0
2. Бак Ин-т Свердловск . . . . .	—	—	300,0	300,0	—
3. Физинститут . . . . .	390,0	427,3	300,0	200,0	300,0
4. Угипглот . . . . .	—	500,0	—	200,0	220,0
5. Институт ОММ . . . . .	—	—	786,5	464,9	263,3
6. Тубинститут . . . . .	—	—	800,0	450,0	280,5
7. Военный институт . . . . .	—	—	720,0	—	—
8. Институт по ОЗД . . . . .	—	200,0	300,0	400,0	—
9. Ин-т Соп. Гигиены . . . . .	—	—	—	500,0	640,0
10. Онкологический . . . . .	—	—	—	200,0	340,0

Распределение средств на капитальные вложения по отдельным источникам финансирования предусматривается в таких соотношениях: 25 проц. местный бюджет, 20 проц. местный фонд «М», 20 проц. госбюджет, 25 проц. РФМП и 10 проц. ссуда ЦКБ. Кроме того, взамен одного из перечисленных источников предусматриваются по некоторым институтам средства других организаций (например, УОСНХ по Угипглот).

Что касается форм работы научно-исследовательских учреждений, то мы должны взять следующие установки. Для того, чтобы научно-исследовательская работа институтов была наиболее продуктивной, необходимо прежде всего, чтобы она не была замкнутой. Институты должны будут установить самую деятельную связь между собою (совместная проработка вопросов), с производством, с общественными и хозяйственными организациями. Необходима также связь научных учреждений с врачебными массами. Институты должны являться стимулом для научной работы врачей на местах, помогать им в этой работе, руководить ею. Они должны стать, так сказать, динамическими центрами для творческой деятельности научной медицинской мысли.

Организационные формы здесь должны быть следующие: а) связь институтов с отдельными лечебными учреждениями периферии, которые должны быть как бы филиалами этих институтов по линии проработки тех или иных научных вопросов; б) связь институтов с научными ассоциациями врачей при союзе МСТ, путем согласования планов работы и предоставле-



ния институтами практической возможности для проведения научной работы членам ассоциаций (консультация, предоставление лабораторий, библиотек и т. д.) и в) связь с отдельными врачами (и другими научными работниками).

Но одной связи с врачами для научно-исследовательских учреждений будет недостаточно, если мы хотим получить от них действительно переломную творческую работу. Как мы уже не раз указывали, научная работа только тогда не будет отставать от запросов и потребностей современной жизни, только тогда будет максимально плодотворной, когда научная мысль будет работать не изолированно от жизни, а в тесной увязке с ней, для чего необходима связь институтов и научных работников с широкими массами трудящихся и в первую очередь с рабочим классом: Поэтому наши научно-исследовательские институты должны: а) планы своих работ выносить на обсуждение рабочих масс; б) проводить или иную научно-исследовательскую работу на заводе, в совхозе, в колхозе, — привлекать трудящихся и в) выносить на обсуждение трудящихся результаты работ (доклады, газеты, популярные брошюры) и, как указано выше, — формировать свои кадры из рабочих. Связь с массами приблизит научных работников к современной жизни, к ее требованиям, что безусловно отразится на т. н. научных интересах в смысле их приближения к современности.

Для обмена опытом в научно-исследовательской работе, для предоставления возможности широкой критики недостатков в ней и использования достижений является необходимым печатание основных трудов в этой области. Осуществление этой возможности предусматривается таким образом: 1) издание Облздравотделом второго периодического журнала (помимо «Уральского Медицинского Журнала»); 2) издание каждым институтом своих научных трудов. Однако, здесь необходимо подчеркнуть, что для печати должен подбираться материал, имеющий действительно научную ценность, так как позволить себе роскошь издания многих трудов, не имеющих большой научной ценности мы будем не в состоянии. Как и во всех других отраслях нашей деятельности, мы должны поставить перед собой задачу повышения качества научной продукции. И здесь в полной мере применимы испытанные методы социалистического труда: социалистическое соревнование, ударничество, широкое развертывание самокритики.

Что касается методов работы, то с самого же начала мы должны поставить перед научно-исследовательскими учреждениями задачу освоения и применения во всей работе метода диалектического материализма. Правда, здесь мы можем услышать голоса о том, что это невозможно, так как никто не знает этого метода. Но это — не мотив. Кто занимается наукой, тот все время учится: изучает литературу, получает научные командировки для ознакомления с новыми данными в науке или для усовершенствования, изучает языки и т. п. И все это считается нормальным. Будет столь же нормально, если наши научные работники возьмутся добросовестно за изучение основного и самого ценного метода — диалектического материализма и начнут применять его во всей своей деятельности так же, как применяют они все то новое, что приобретают путем изучения.

И еще одну задачу мы должны поставить перед собою всерьез, приступая к организации научно-исследовательской работы. Нам кажется, что работники наших институтов должны отрешиться от старой системы индивидуальной проработки научных вопросов, писания научных трудов. Необходимо перейти к методам коллективной работы при разделении труда между работниками, выполняющими часть общей плановой работы. И в коллективной работе должны принимать участие как старые, так и моло-



дые научные работники. Это, несомненно, повысит эффективность и качество научной работы, а также ускорит подготовку новых кадров научных работников.

В заключение обращаемся с призывом ко всем товарищам—принять участие в проработке настоящего плана и приложить максимум усилий для полного его выполнения.

## Как надо и как не надо поступать

КОНОВАЛОВ Ц. А.

Областным Здравоотделом получено следующее письмо из Чусовой от врача пункта первой помощи:

«Дело с перемещением пункта до сих пор не вырешено. В настоящее время обстоит так.

Ремонт в предназначенном помещении закончен уже недели две, занимаемое нами помещение должны отдать для мастерской отделу кадров, кадры должны приступить уже к занятиям, но так как я упорствую с переходом, то занятия не начинаются, и очень много разговору, что я срываю производство, подготовку кадров, постройку гигантов и т. д.

Обошла я все организации. Сегодня вызвали в райком, где примерно часа три меня убеждали, что положение безвыходное, переходить нужно, что признают все недостатки, на которые я указываю, но все-же дело кадров серьезнее оказания первой помощи. Отпустить с завода они меня не могут, опасаясь за то, что рабочие потребуют моего возвращения, предложить же заводу управлению подыскать новое помещение для кадров нельзя—поздно. Официальной бумажки, вернее, серьезного распоряжения мне дать никто не желает. Была деликатная служебная записка от директора по труду с просьбой перебраться к 12 час. 6-XI, были присланы лошади и люди, которых я повернула обратно.

Разговор в райкоме закончился тем, что, если я получаю официальный акт о приеме вновь отремонтированного помещения с указанием всех недостатков и предложение от Райздрава о перемещении—я должна переехать.

Директору по труду я свое мнение написала, что помещение не отвечает требованиям оказания первой помощи: мало по размерам, темно, нет водопровода, нет парового отопления, нет уборной и помойной ямы для отбросов.

Перевязочная приспособлена для мелких первичных и повторных перевязок, но не для оказания первой помощи тяжелым увечным. Она настолько мала, что невозможно повернуться с увечным на носилках.

В разрешении этого вопроса я здесь совершенно одинока...

Во всяком случае, если меня заставят переехать, то я передам это дело прокурору...

Не могу согласиться с мнением зав. больницей, Вашим инспектором техническим Нельманом, что дают помещение и ладно, в Лысьве еще хуже и т. д. Мне это непонятно.

Работать на заводе совершенно невозможно. Я буквально каждый день хожу скандалить с директорами. То у меня с подвозкой воды плохо; мне заявляют, какое мое дело до питьевой воды в цехах, и для чего вообще я целые дни провожу в цехах, когда им нужно квалифицированную первую помощь; то лошадь не подается увечным своевременно и т. д. и т. д. без конца.

Завод в особенно тяжелом санитарном состоянии, рабочие постоянно требуют в цеха, а на месте можно иногда устранить только с большим скандалом...

Врач п.п.п. на Чусовском заводе — Е. Т.

Характерным для большинства массовых медико-санитарных учреждений и здравоотделов в повседневной работе являются оппортунизм на практике, соглашательство и примиренческое отношение к тем безобразиям, которыми так изобилует здравоохранительская действительность. В самом деле,—больница не топится, на питание больных не отпускаются средства, выселяют из больничных квартир врачей и вселяют в «освобожденные» квартиры лиц, никакого отношения не имеющих к больнице; занимают больничные поме-



щения под квартиры для советских служащих в то время, когда эти помещения крайне нужны для организации санитарно-дезинфекционных установок; трудовая дисциплина отсутствует, а главврач успокаивается на том, что это происходит вследствие текучести, низкой зарплаты, отсутствия рабочего пайка и ни чего не предпринимает для укрепления дисциплины; в кладовой для хранения вещей больных кишмя кишат вши, а главный врач больницы равнодушно и привычно проходит мимо; в амбулатории давка и хвосты, а врачи, ведущие прием, преспокойно сидят в своих кабинетах, заявляя, что происходящее за стенами кабинетов их не касается; «Федоромикитевщина»\*) и т. д. и т. п.

Эти факты взятые из неприглядной здравоохранческой действительности, безусловно говорят о том, что правый оппортунизм на практике или правооппортунистическая практика и примиренчество к ней господствуют в работе ряда массовых лечпрофучреждений, мешают, тормозят коренную перестройку работы, демобилизуют вооруженность масс на борьбу за выполнение промфинплана.

Но не вся здравоохранческая практика, разумеется, так оппортунистически беспросветна, возмутительна, нетерпима и требует радикальных, решительных и беспощадных мер лечения.

Все больше и больше начинает появляться за последние 2—3 месяца, особенно после ликвидации округов, отдельных фактов, которые достаточно убедительно говорят о том, что и здравоохранческий фронт начинает захватываться энтузиазмом социалистической стройки, что ряд лечебно-профилактических учреждений коренным образом перестраивают свою работу, что медицинские работники начинают проявлять упорство и настойчивость в борьбе с недостатками, что выполнение промфинплана становится узловым местом в производственном плане работ медсанучреждений, что рабочая общественность все большее и большее участие начинает принимать в стройке и развитии здравоохранения. Но все это пока надо рассматривать и оценивать, как первые лишь шаги, в отдельных случаях робкие, нерешительные, с оглядкой на привычное прошлое.

ЦК и Уралобком ВКП (б) в своих решениях подчеркнули, что внимание со стороны партийных, советских и профсоюзных организаций к развитию здравоохранения крайне недостаточно. После постановления ЦК прошел уже год: казалось-бы, время достаточное для того, чтобы изменить отношение к фронту здравоохранения из невнимательного во внимательное. Однако на отдельных участках Уральской области усиления внимания к работе лечучреждений совершенно не наблюдается. Наиболее ярким примером последних дней этого невнимания является факт вышвыривания администрацией Чусовского завода пункта первой помощи из хорошего, специально приспособленного помещения в никудышное.

Этот факт крайне характерен с двух сторон: отношение местных организаций к делу здравоохранения и поведение врача вышвыриваемого пункта первой помощи.

\*) Федор Микитич—это ротный фельдшер десятков лет работавший на одной из рудоразработок Калатинского района, пользовавшийся очень большим «уважением» у рабочих. За какие заслуги? А вот за какие: он установил любопытную систему законных прогулов, лодырничества, разгильдяйства, расхлябанности, хищничества, кулацкого отношения к народному достоянию, систему выдачи записок о том, что, имея рек, болен, хотя на самом деле был совершенно здоров. А этот мнимый больной давал слово Федору Микитичу не предъявлять претензии на бюллетень.

В то время когда Облздравотдел призывает выполнить директиву Обкома ВКП (б) о выполнении промфинплана, Федор Микитич поступал наоборот.



Местные организации «доказывают», что выпшывание—дело хорошее, что выпшывание производится в целях выполнения генеральной линии партии, в целях разрешения проблемы кадров.

Врач пункта первой помощи после беседы в райкоме партии melancholически резюмирует: «признают все недостатки, которые я указываю, но все-же дело кадров серьезнее оказания первой помощи..., а так как заводоуправлению «подыскать новое помещение для кадров нельзя—поздно», а поэтому надо выселяться. Это пример того, как не надо делать тем самым местным организациям, про которые писали в своих решениях ЦК и Обком ВКП(б). Какую позицию занимает врач пункта первой помощи в этом факте?

На наш взгляд, именно ту самую, про которую надо сказать: как надо поступать каждому медработнику, действительно желающему активно строить охрану здоровья трудящихся масс, действительно помогать хозяйственнику выполнить промфинплан. Врач в своей борьбе за сохранение работоспособным и правильно работающим п. п. п. на Чусовском заводе поставил вопрос во всех организациях, поставил твердо, настойчиво. Местные организации не идут навстречу. Врач переносит вопрос в областные организации, включительно до передачи дела прокуратуре.

Именно так и только так надо поступать всякий раз и каждому медработнику, когда последний убежден, что местные организации поступают неправильно с точки зрения директив партии и интересов трудящихся, невнимательно относятся к фронту здравоохранения.

«В таких случаях свое несогласие надо доводить до конца: а) краткое «телеграфное», но ясное и точное заявление членам ЦК, членам Президиума ВЦИК; б) статья в печати и в) копия местной или соседней ячейки РКИ, ее отзыв, ее запрос в Горсовете» (В. И. Ленин). Врач пункта первой помощи на Чусовском заводе идет по этому пути.

Именно так надо поступать. И, когда медработники в области своего дела (стройка здравоохранения) так будут поступать, здравоохранительская практика вылезет из правооппортунистического болота станет настойчивой, упорной, решительной, а такая практика действительно будет помогать выполнять промфинплан, будет свою долю стройматериалов вкладывать в социалистическую стройку.

## **По поводу статьи проф. Г. Е. Шумкова — „К вопросу о новом учебном плане“ („лицом к производству“)\*)**

**Лысаковский И. В. (Уральская Областная Психолечебница).**

Нет никакого сомнения, что в правильной конструкции нового учебного плана медвуза живейшим образом заинтересован не только готовящий врачевские кадры преподавательский персонал, но и практические врачи, непосредственно стоящие у производства. Именно как один из практических врачей, отвлекаясь от своего преподавательского стажа, я охотно принимаю приглашение «У. М. Ж.» обсудить возбужденный проф. Г. Е. Шумковым на страницах журнала вопрос о месте, роли и теоретико-практическом обосновании науки о поведении и личности в ряду других дисциплин, охватываемых учебным планом.

Данный вопрос меня занимает и потому, что он был еще в марте м-це тек. года поставлен проф. Шумковым на конференции врачей Уральской Психолечеб-

\*) Печатается в порядке дискуссии.



ницы в осуществление лозунга: «лицом к производству». Надо сказать, что принципиальное обоснование программы психиатрического цикла (цикла наук о личности) встретило в конференции оппозицию главным образом с моей стороны, что вопрос был докладчиком снят и не закончен обсуждением.

Свои возражения, выдвинутые мною тогда и пополненные новыми, против высказанных проф. Шумковым взглядов я склонен разбить на 3 группы. К первой я отношу разбор его принципиальных предпосылок построения программы, ко второй — оценку его методологических соображений и к третьей суждение о практических предложенных проф. Шумковым выводах.

Конечно, проф. Шумков совершенно прав, требуя от врачей диалектического мировоззрения, однако, посмотрим, мыслит ли диалектически он сам. Чтобы объективно ответить на этот вопрос, приведем и сопоставим несколько цитат из его статьи, определяющих, по мнению автора, сущность диалектического материализма. Вот они: «В нашей установке о приспособляющемся свойстве человека к среде диалектический материализм есть форма дальнейшего мирового приспособления к явлениям среды в целом» (стр. 42, «У. М. Ж.», № 2—3); или еще: «она сама (диалектика-Л.) является зависимой величиной от структурных свойств личности человека» (там же); или: «объективная диалектика есть та же эволюционная теория об общих явлениях и законах всего мира, зарегистрированная лишь диалектическим методом», или: «диалектика по существу есть тот же естествовед (стр. 43); и на ряду с этим: «Медфаковское образование... должно преследовать цель привить слушателям общемедицинскую натурфилософию» (стр. 48).

Ряд таких цитат можно было-бы еще продолжить, но и их достаточно, чтобы убедиться, что у автора в отношении понимания диалектического материализма царит эклектизм. И, в самом деле, мы имеем исчерпывающие, точные и ясные определения метода диалектического материализма у Энгельса, Ленина, Плеханова и многих других мыслителей, они приводятся в любой брошюре по диалектическому материализму; мы знаем, что диалектический материализм это отражение в мышлении тех закономерностей, какие присущи объективно природе и обществу; однако, мы не знаем никакой объективной диалектики, противопоставляемой субъективной; мы осведомлены, что диалектический материализм с помощью охватываемых им закономерностей направляет исследование, не заменяя его, но не завися, как это думает автор, от структурных свойств личности человека (быть-может, от каждого отдельного?!), ибо во что-же тогда обратился-бы этот всеобщий принцип познания явлений? Совершенно невразумительным нужно признать определение автором диалектического материализма, как «формы» какого-то «дальнейшего» (от какого исходного пункта и в каком направлении идущего?) «мирового приспособления» к среде (здесь среда противопоставляется космосу, последний приобретает свойство какой-то абстрактивной приспособляемости, которая, в свою очередь, оказывается тождественной диалектическому материализму, — как ли это?) Однако, подобные неожиданные метаморфозы великого принципа развития и познания у автора этим не исчерпываются, как видно из приведенных цитат. Тот же диалектический материализм далее оказывается не чем иным, как исправленным с его же помощью изданием эволюционной теории (представляющей уже пройденный и устарелый этап развития познания и не предусматривающий основного принципа диалектики — закона тождества противоположностей). В той же цитате автор смешивает «объективную» диалектику, т. е. присущие природе (и обществу) закономерности ее развития с эволюционной теорией, т. е. «субъективной» категорией; конечно, объект и субъект едины, но их един-

\*; Курсив — везде мой Л.



ство может трактоваться не в явлениях разного порядка. Нетвердостью принципиальной установки автора и его философским эклектизмом, несомненно, можно объяснить его призыв прививать студентам-медикам натурфилософию, это уже давно сданное в архив метафизическое учение; едва-ли студентам поздоровится от этих прививок!

Автор, в указанном выше месте статьи приравливает диалектика к естествовед; но, ведь, не всякий, кто диалектически мыслит оказывается естествоведом: может быть и социологом, математиком и т. д., правильнее обратное: научно-мыслящий естествовед должен быть диалектиком. Здесь у автора то-же смешение понятий, как еще в одном маленьком примере. На стр.42 автор говорит: «наиболее стержневой наукой является диалектический материализм», не делая разницы между методом и наукой или, быть может, жедая повысить оценку диалектического материализма, который, однако, являясь всеобщим принципом рассмотрения всех явлений, совершенно не нуждается в такой искаженной опоре.

Мне пришлось более подробно остановиться на принципиальной части статьи автора, так как на этой порочной основе не могут вырасти правильные методологические предпосылки постановки преподавания науки о личности (психиатрического цикла).

И, в самом деле, автор не диалектически ставит вопрос о преимуществах клинического метода преподавания перед лабораторным, вызывает этим самым отвергаемого им духа субъективизма и не видит возможности диалектического синтеза клиники и лаборатории. Кстати, автор почему-то называет клинический метод безинструментальным; значит ли это, что употребление при исследовании больного стетоскопа лишает метод названия «клинический». Дело, повидимому, здесь идет о мистической интуиции и голых «философических» размышлениях клинициста не диалектика. Интересно, что в качестве новой выдвигаемого автором метода преподавания (стр. 46) им предлагается «метод на сдвигения и систематизации знаний». Полагаю, что этот педагогический прием применяется уже с незапамятных времен, и имя его автора (или, лучше сказать, авторов) затерялось во тьме тысячелетий.

В статье (стр. 44) целая глава, трактующая о курсах, основанных на «персонологии», исчерпывается исключительно мотивировкой изъятия слова «психо» из обихода и науки (о методике или содержании этих курсов—ни полслова), причем попутно громится (и не раз в статье) креационная теория (теория сотворения богом) мироздания, поддерживаемая теперь разве лишь ханжами и изуверами (стоит ли игра свеч?)

В другом месте автор сурово (и справедливо) ополчается против вербального (словесного), не конкретизированного преподавания (стр. 43), однако, у него самого этого «вербализма» хоть отбавляй. И, в самом деле, цикл всем известных наук о нормальном и патологическом поведении человека у автора носит ненужно и путанно необычные названия от персонологии до персонатики и эволюционной био-персоно-рефлексологии. (На другие примеры «вербализма» у автора—напр., слово «психо»—я указывал выше). Кстати, эта последняя «наука», о рождении которой нас оповещает автор (стр. 42), кроме многоэтажности ее наименования, никаких преимуществ не имеет, но полна неувязанными с современной научно-литературной речью терминами, мало понятными и способными вызвать сумбул в головах слушателей (готовящихся, как говорит автор, главным образом для участковой работы). Указанная «наука» пестрит точно также вновь рожденными болезненными формами, не доказанными даже в масштабе Перми, но эти формы все таки идут на потребу будущих участковых врачей. К счастью, выдуманная в Перми «наука» с мудрым названием, в сущности, и не рождалась, ибо она не имеет собственной методики, оперирует с не всегда удачными переводами ста-

Страницы  
утрачены



чем преобладающим типом квартир являются в 1—2 комнаты, Жилая площадь квартир, считая в том числе и кухню, которая в большинстве случаев служит и для жилья, колеблется от 2,5 до 15 кв. мтр. на человека, а в среднем приходится на человека 6,5 кв. мтр. Если сравним жилую площадь наших рабочих с жилой площадью населения ВИЗ'а, то таковая, по анкетному обследованию Оксдратовдела, равна 4,2 кв. мтр. на человека, т. е. меньше, чем у наших рабочих. Не имея возможности произвести обследование температуры, влажности, светового коэффициента жилищ, мы вынуждены ограничиться сведениями, сообщенными нам самими обследованными. Из обследованных 35 квартир рабочие считают: 19 квартир (53 проц.) теплыми, 25 (71 проц.) сухими, 10 квартир (29 проц.) сырыми, 16 квартир (47 проц.) холодными. Вентиляция в квартирах крайне недостаточна: в 40 проц. имеются форточки или вентиляторы в печах, а в остальных она отсутствует. Уборная в 90 проц. во дворе холодная. Источники водоснабжения—городские ключи и водопровод.

При многих из обследованных нами домов имеются бани, а часть рабочих ходит в баню при мастерских. 92 проц. рабочих моются в бане еженедельно и только 8 проц. реже. Нательное белье рабочие меняют одновременно с посещением бани, постельное меняется не регулярно, в зависимости от стирки. Чистят зубы регулярно 22 проц., остальные совершенно не чистят, ограничиваясь полосканием рта при умывании. Руки перед едой дома моют все, на работе 55 проц. Из 147 рабочих пьют вино 111 чел. и курят 113 чел.

Питание рабочих находится в тесной связи с заработком и числом членов семьи. У обследованных нами рабочих заработок всей семьи колеблется от 70 до 150 руб. в месяц, на каждого члена семьи приходится от 12 руб. 50 коп. до 45 руб. в месяц, а в среднем 24 руб. Путем опроса нам удалось установить, что фактический суточный паек у 36 наших рабочих выражается в следующих цифрах:

Количество калорий	Проц. к числу обследованных
1500—2000	2 проц.
2000—2500	5 проц.
2500—3000	14 проц.
3000—3500	30 проц.
3500—4000	35 проц.
4000—4500	8 проц.
свыше 4500	6 проц.

Судя по этим цифрам, можно считать, что суточный паек наших рабочих достаточный, так как свыше 3500 калорий ежедневно имеют 50 проц. рабочих.

Начало наемного труда и профессиональный стаж наших рабочих выявляются следующей таблицей:

Возраст	10'	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Свыше 24
1 ч	15	16	21	16	26	17	14	8	6	—	1	3	—	—	1	2 чел.

#### Профессиональный стаж

до 1 г.	1—4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29	30—34	Свыше 35
3 ч	45	43	29	14	5	4	3	1

Большинство рабочих начало работу в раннем, неокрепшем возрасте, что не могло не отразиться на их организме при таком тяжелом труде. Профессиональный стаж у большинства рабочих до 14 лет и только у 27 человек свыше 14 лет.

На основании материалов обследования условий труда и быта мы можем сказать, что обстановка труда и условия работы наших рабочих не могут быть признаны удовлетворительными, так как в них имеется много моментов, предрасполагающих к различного рода заболеваниям. Жилищные условия наших рабочих также не вполне удовлетворительны, хотя и лучше таковых же у жителей ВИЗ'а. Заработная плата, являющаяся основным источником существования, не только не ниже рабочих других отраслей, но в среднем даже выше. Питание, принимая во внимание тяжелые условия труда в чугуно-литейном и кузнечном цехах, все же ниже норм, которые требуются для таких работ. Начало работы в раннем возрасте должно располагать к раннему истощению и заболеваниям организма.



Конституция наших рабочих, по Пинье, хорошая.  
Переходя к рассмотрению болезненности по отдельным формам получаем следующую таблицу:

Болезни	Профессиональные группы	
	Кузнечно- ресорный цех	Литейный цех
Бронхит . . . . .	7	2
Катарр легких . . . . .	13	—
Эмфизема . . . . .	2	1
Туберкулез . . . . .	3	4
Миокардит . . . . .	20	8
Функцион. расстр. серд. деят. . . . .	5	2
Артериосклероз . . . . .	5	1
Хронический суставной ревматизм . . . . .	14	7
И ш и а с . . . . .	1	—
Расширение пахового кольца . . . . .	17	10
Г р ы ж и . . . . .	5	5
Расширение вен голени . . . . .	3	2
Желудочные заболевания . . . . .	9	1
Хронический катарр ушей . . . . .	44	13
Искривление носовой перегородки . . . . .	30	6
Р и н и т . . . . .	5	6
Гайморит . . . . .	16	6
Неврастения . . . . .	10	5
Заболевания кожи . . . . .	8	2
Малокровие . . . . .	16	11
Заболевания зубов . . . . .	55	10
Плоскостопие . . . . .	1	—
Аденоиды . . . . .	4	—
Конъюнктивиты . . . . .	2	1
Общее количество больных . . . . .	81	32
Общее количество болезней . . . . .	295	102
Число обследован. рабочих . . . . .	109	38

Здесь прежде всего бросается в глаза, что среди больных преобладающей формой являются заболевания зубов, ушей, носоглотки, болезни сердца и сосудистой системы, затем идут заболевания легких и, наконец, желудочные заболевания и болезни глаз. Значительное место занимают также ревматизм и расширение пахового кольца. Хотя у большинства наших рабочих найдены те или иные патологические отклонения, но все наши рабочие вполне работоспособны и несут свой труд в явно неблагоприятных условиях наших мастерских. Это объясняется тем, что на этой тяжелой работе остаются лишь те, кто сумел приспособить свой организм к условиям работы, остальные же выбывают из строя или переходят на другие более легкие работы. Это подтверждается тем обстоятельством, что у большинства наших рабочих стаж не свыше 14 лет. Связь же заболеваний с жилищно-бытовыми условиями у наших рабочих обнаружить не удалось.

Весь этот материал был доложен на конференции врачей Центральной амбулатории совместно с Котиб'ом, на которой были приняты и в большей своей части проведены в жизнь следующие постановления:

1. К числу профессиональных заболеваний обследованных нами рабочих отнесены заболевания ушей, сердечно-сосудистой системы, расширение пахового кольца и ревматизм.

2. Туббольные, отобранные в порядке диспансеризации, поступили под постоянное наблюдение тубпункта.



3. Отобрано на курорты 3 человека, из которых один уже отправлен, 2 состоят кандидатами.

4. В дома отдыха назначено 16 человек, из коих отправлено 11 и 1 отказался.

5. Всем нуждающимся в лечебной помощи таковая была оказана, и они поступили под постоянное наблюдение.

6. Совместно с инспекцией труда проведены мероприятия по улучшению обстановки труда: расширение формовочного зала за счет вынесения вагранки, выделение помещения для земледельцев, вынос сушильной печи, механизация подачи материалов в вагранку, устройство кранов в литейной, устройство тамбура в кузнице и тепловой уборной при ней.

## Задачи пунктов первой помощи на предприятиях

М. Л. ЛЕВОНТИН

На 1/І—30 г. числилось по Уралобласти 130 пунктов первой помощи на предприятиях. Если в составе учреждений разветвленной, многообразной (стационар, поликлиника, амбулатория, санврачи и т. д.) медико-санитарной сети области пункты первой помощи по количеству и материальным ресурсам, по простоте структуры занимают относительно небольшое место, то по удельному значению в системе оздоровления труда и быта пункты первой помощи выдвигаются на первый план. Пункты первой помощи являются первичной ячейкой системы здравоохранения. Это периферические щупальцы, передающие по центростремительным волокнам импульсы от предприятий к специализированным учреждениям медико-санитарной сети и по центробежным обратно. Пункты первой помощи это одно из важнейших звеньев системы диспансеризации. На место дореволюционного фабрично-заводского врача, занимавшегося подлечиванием по указке предпринимателя-хозяина, советская медицина поставила пункт первой помощи с задачами производственно-профилактическими во главу угла. Даже при наличии на предприятии или в непосредственной близости от него стационара, поликлиники, амбулатории, — пункт первой помощи и врач пункта первой помощи не только не теряют своего значения, но с большей эффективностью могут проводить свои задачи. Реконструктивный период промышленности и сельского хозяйства, новые формы организации труда (ударничество, социальное соревнование, непрерывка, 7-часовой рабочий день и т. д.), бытовые сдвиги (общественное питание, клубная жизнь и т. д.) предъявляют ряд запросов к врачу пункта первой помощи, как работнику культурного фронта, работнику производственно-профилактического учреждения по линии НКЗ. Переплет экономических задач с деятельностью пунктов первой помощи настолько тесен, что можно сказать: прорыв в промышленности на производстве является пассивом не только хозяйственника, рабочего, специалиста-инженера, но и пассивом врача пункта первой помощи.

Инициатива, творчество врачей пунктов первой помощи, искание, понимание общих и основных задач являются тем рычагом, который дает возможность продвигать вперед осуществление задач пункта первой помощи.

В какой мере и в части является пункт первой помощи лечебным учреждением? В деле оказания с к о р о й помощи и п е р в о й помощи.

В связи с ограниченным кругом лечебных функций перед пунктами первой помощи стоят 4 установки:

1. Пункт первой помощи должен отказаться от узкого, механического лечения в текущей каждодневной практике.



2. Пункт первой помощи в подобных случаях должен быть вооружен полнотой знакомства с условиями труда (обстановка и трудовой процесс).

3. Оказывая первичную хирургическую помощь при травматизме, врач пункта первой помощи должен иметь в виду профессиональную функцию пораженной части тела, ибо от правильности первичной помощи зависит в дальнейшем восстановление профессиональной работоспособности.

4. Пункт первой помощи должен установить полноту учета текущего травматизма в первую очередь, текущей заболеваемости с временной потерей трудоспособности во вторую очередь в связи с обращаемостью.

Последняя установка является для исчисления показателей статистики и динамики травматизма и болезненности. Она дает материал для обоснования мероприятий группового оздоровления.

Какие моменты определяют производственно-профилактическую работу? Здесь прежде всего надо указать на необходимость проработки врачом пункта первой помощи 5-летнего плана предприятия в части мероприятий по охране труда, сан-гигиенических, сан-технических, техники безопасности. Во время сигнализировать по линии администрации, завкома, инспектора отдела труда, инспектора здравоохранения о недочетах, недостаточности фиксации внимания на указанные мероприятия, о несвоевременном проведении их, при полном сознании и обоснованности своих заключений—задача врача пункта первой помощи. Он при этом не предписывает, но консультирует, он должен предвидеть, являясь постоянным и активным наблюдателем производственной жизни, стоящим на страже оздоровления труда, борьбы с промтравматизмом, профзаболеваемостью.

Стержневыми задачами врача пункта первой помощи являются: борьба с промтравматизмом и заболеваемостью. Учет, систематическая (поквартальная) разработка, анализ по причинам, а по травматизму монографическое обследование наиболее напряженных источников, — являются методами для выявления и борьбы.

В поле зрения врачей пунктов первой помощи стоят далее конкретные профилактические задачи:

а) надзор за физическим состоянием рабочих подростков и санитарно-гигиеническое содержание школ ФЗУ;

б) надзор, консультация по вопросам питания (качество, гигиеническое приготовление пищи, гигиеническое содержание столовых, буфетов);

в) то-же по питьевому режиму в цехах, санитарному состоянию цехов, раздевален, двора, уборных, бань, общежитий и т. п.

В этой части, особенно при связи вопросов коммунальной санитарии самого предприятия и поселка, врач пункта первой помощи увязывает свою работу с санитарным врачом.

г) Систематическое проведение санпропаганды, санкультуры, профилактической обработки рабочих. При том стоят задачи не только проведения лекций, бесед, но и организации плакатов, библиотек, выставок по травматизму, технике безопасности, по предупреждению отравлений, личной профилактике (ношение предохранительных очков в соответствующих случаях, правильный уход за спецодеждой и т. п.).

Какими средствами обладает врач пункта первой помощи для выявления сан-гигиенических дефектов производства?

Наблюдение изо дня в день, увязка с массой, описательный метод и статистический. В более сложных случаях увязка с профдиспансером, институтом патологии и гигиены труда.



Эта схема задач пунктов первой помощи, врачей, заведующих ими, может с внешней стороны показаться перегруженной задачами. Но это было-бы поверхностным суждением. В задачах пункта первой помощи — не множество задач, отличающихся друг от друга, а многогранная единая задача: оздоровление живой рабочей силы.

## Первые шаги научной медицины на Урале

ЗАРХИ Г. И.

(Окончание\*)

В тридцатых годах XX века медицина находилась в положении науки, которая, накопив богатейший фактический материал, затрудняется в его понимании и систематизировании и как бы остановилась на распутьи в ожидании новых методов исследования. Целлюлярной патологии, физиологии, микробиологии и биологической химии суждено было разрешить этот кризис во второй половине века. Во времена же Успенского нозология и ее систематика находились в хаотическом состоянии. Учебники насчитывали десятки различных видов горячек, распознавание которых представляло чрезвычайные трудности. Симптоматология брюшного тифа, правда, намечалась французскими врачами («так называемая dothienenterite»), но русская медицина была настолько подчинена немецкому влиянию, что французские труды должны были ускользнуть от внимания русского провинциального врача.

Точная диагностика паразитарных тифов сделалась общим достоянием лишь в сороковых и пятидесятых годах.

Малярия, и ныне являющаяся неисчерпаемым источником диагностических ошибок, в то время поистине играла роль «обезьяны» всех болезней... Перечисленные лихорадочные заболевания уместаются в следующем перечне Успенского: «перемежающиеся лихорадки, ежедневная, трехдневная и четырехдневная и та, которая обычно встречается у Каспийского моря при ущербе луны; затем лихорадки катарральные, желчные, желчно-гастрические, сыпные и иным образом осложненные; лихорадка воспалительная, нервная, простая и гнилостная». Из других лихорадочных заболеваний, с которыми ему приходится иметь дело, автор перечисляет хорошо известные ему оспу, корь, скарлатину, пневмонию, рожу, дизентерию, инфлюэнцу и острый ревматизм. В том же разделе лихорадочных состояний «ругехіае» находим разные местные заболевания инфекционного характера (офтальмия, ангина, цлеврит, перетонит) или часто осложняющиеся инфекцией (геморрой, меноррагия и пр.); сюда же относится и легочное кровотечение «со своим следствием, чахоткой». Далее следуют разделы неврозов (апоплексия, паралич, истерия, эпилепсия, колика, спазматическая астма, гипохондрия и водобоязнь), кахексий (разные водянки, желтуха, цынга, золотуха, сифилис и чесотка) и местных заболеваний (гонорея, механические и термические травмы, грыжи, глисты, зоб, рак и расширение вен).

Классификация эта, которую ожидала близкая гибель, принадлежала Куллену\*\*). Горазда интереснее собственная творческая работа Успенского по изучению заболеваемости в зависимости от времени года, возраста, пола и социального положения.

\*) См. «УМЖ» № 5-6. 1930.

\*\*) В. Куллен (1712-1790), оставил неглубокие труды по вопросам теоретической медицины. Успенский познакомился с ним, вероятно, по следующему сочинению: Куллен и Таушендотер. Краткое руководство к познанию нозологии и терапии. Перев. с англ. А. Крейстен С. П. Б. 1815



Автор подметил весенние обострения чахотки и ревматизма, а также появление с половины марта многочисленных случаев перемежной лихорадки, которые мы теперь считаем ранними рецидивами. Для лета он считает характерными детские поносы, дизентерию, гастрит, энтерит, заболевания глаз, апоплексию и сибирскую язву. Осенью усиливаются горячки, появляются ангина, натуральная оспа и корь; продолжаются заболевания сибирской язвой.

Зимой наблюдаются те же болезни, кроме сибирской язвы, но горячки встречаются еще чаще и при том сопровождаются осложнениями в виде пневмонии, плеврита, рожи и скарлатины; очевидно, тифозные больные в зимней обстановке дореформенного госпиталя легко подвергались внутрибольничному заражению рожей и скарлатиной.

Далее приводится разделение болезней по полу: у мужчин преобладают механические травмы, грыжи, ревматизм, геморрой и острые заболевания; у женщин—болезни половой сферы, зоб, истерия и глисты. Большая пораженность женщин глистами, как выяснено позднейшими уральскими гельминтологами\*), приходится на счет *taenii dac*; может быть, при этом играет некоторую роль проба сырого мясного фарша для пельменей.

Привилегированные классы (*nobiles ac laute viventes*) страдают особенно часто артритом, геморроем, гипохондрией, апоплексией и параличем; фабричные рабочие и ремесленники—травматическими повреждениями, грыжами, офтальмией, энтеритом, сифилисом и цынгой. У башкир автор наблюдал те же болезни, которыми и теперь страдают малые народы Урала: чесотку, сифилис, глазные болезни, эпилепсию, вшивость и привычный понос; жилища их тесны, плохо построены, доступны ветрам, наполнены дымом и всевозможными испарениями.

Общую этиологию заболеваний Успенский понимает достаточно широко: он весьма старательно и последовательно применяет гипократовские принципы о воздействии среды и образа жизни на организм. Из климатических факторов отмечаются влияние низкой температуры на возникновение горячек, особенно катарральных. В сырых местах (преимущественно в рудниках) происходит концентрация соков организма и отсюда—астма, обморок и замирание сердца. На высоких горах наблюдаются носовые кровотечения; но наиболее опасны ветры, особенно северный и юго-восточный, которые вызывают ангины, различные катарры, горячки и даже эпидемии.

Почва может принести вред и косвенный и прямой; с одной стороны, сырость и болота способствуют развитию миазм, с другой—содержание в почве различных минералов само по себе способно обусловить болезнь, напр., вода, богатая медью, свинцом, железом и серой вызывает понос при постоянном употреблении. Из вредностей питания констатируется злоупотребление солениями, копчениями и жирными кушаньями из пресного теста (пельмени); автор возмущается привычкой пить чай по 5—6 раз в день; многие ослабляют этим свой желудок и наживают несварение; другие, напившись до пота, простуживаются.

Успенскому принадлежит приоритет в описании профессиональных вредностей Урала, которым он придает очень большое патогенное значение. «В неблагоприятных для здоровья условиях жизни повинны» в первую очередь работы в рудниках по добыче металлов и камней и в особенности на золотых промыслах. Юноши и девушки, взрослые мужчины и женщины, составляющие иногда половину всего населения, подвергаются непрерывным холодам и сырости; за отдаленностью жилища они остаются и днем и ночью в подземных шахтах, холодных, сырых, полных всяких испарений, и ночуют вповалку в тесноте и грязи. Питаются они также скудно, пользуясь большею частью затхлым хлебом, соленым

\*) Н. Н. Плотноков и Л. К. Зерчанинов. «Вестник Микроб., Эпидемиол. и Паразитол.», т. VIII. Вып. 3. 1929 г.



Страницы  
утрачены



Кулацкому подпевале д-ру Ревинзону до этого нет дела, как прямому агенту классового врага. Он вместе с правыми махровыми оппортунистами не видит достигнутых успехов рабочего класса и хочет ехать на одном коньке с нашими классовыми врагами.

Гражданин Ревинзон, этот конек уже изъездился, рабочий класс отлично знает свои достижения, знает свои трудности, знает как их изжить.

В вопросах рабочего снабжения с введением закрытых распределителей и установлением рабочего контроля над кооперацией, мы уже видим значительное улучшение и в питании и в снабжении дефицитными товарами, видим, что хлебный вопрос является разрешенным. Уже в нынешнем году основную долю товарной продукции сельского хоз. дали совхозы и колхозы. Партия и рабочий класс по серьезному взялись за разрешение животноводческой проблемы. Таким образом мясной кризис внутри страны будет в ближайшее время снят с повестки дня. Все эти вопросы, гр-н Ревинзон, забыли Вы осветить в своих статьях в газете Вашего коллектива. Ревинзон не видит достижений в соцсоревновании и ударничестве. Он считает, что это «кнут и палка», а никак не высшая форма коммунистического труда, как это формулировал мировой вождь пролетариата тов. Ленин. Он совершенно не видит, что рабочий класс, воодушевленный своими победами, проявляет действительные формы социалистического труда, закрепляя себя до конца пятилетки, вступая в ударные бригады, организуя штурмы. Ревинзон видит в этом палку и кнут. Вылазка Ревинзона обсуждена на заседании Президиума Областного Комитета Союза Медсантруд, который постановил исключить Ревинзона из членов союза. Ревинзон напрасно надеялся на то, что он найдет поддержку среди медработников,—они все осудили его антисоветские выступления и отмежевались от него, как от классово чуждого элемента.

Мы призываем медработников Урала в ответ на вылазку классового врага Ревинзона, организовать лучшую часть специалистов врачей и весь медперсонал на борьбу с Ревинзонами и Ревинзоновщиной за твердую классовую линию в здравоохранении.

## Медико-санитарное обслуживание лесозаготовок на Урале в зимний период 1930-1931 г. \*)

Г. М. СЕРБИН

Урало-Кузнецкая проблема требует от Уральской промышленности громадного напряжения всех сил, всех отраслей хозяйства Урала, особенно это относится к основной Уральской промышленности—черной металлургии. Заводы Урала требуют для своих домен огромного количества леса. Разрешение указанной проблемы требует огромного неслыханного промышленного строительства на Урале. Создается основная государственная база черной металлургии и машиностроения. Строятся Машинострой, Челябинский тракторострой, Магнитострой, завод ферросплавов, Уралмедьстрой. Строится масса подсобных заводов: хромпиковый, диносовый, деревообделочные, цементные, кирпичные и т.д. и т.д. Ежемесячно вырастают новые корпуса вновь развертывающейся на Урале химической промышленности: Берез-

\*) В статье использован материал речей, леспромхозов, медучастков и отдельных врачей, получаемый как в письменной форме, так и в устных докладах приезжающих с мест работников.



ники, Калиевый трест и др. Почти все действующие заводы заново реконструируются, резко увеличивая свои производственные возможности. Впереди целый ряд новых заводов-гигантов, приступающих с нынешней весны к строительству: Тагильский, электролитный и медеообрабатывающий в Свердловске, В.-Салдинский и мн. др. В огромном масштабе ведется жилищное строительство. В строительстве Большого Урала вкладывается в 1931 году 1½ миллиарда рублей. Все это требует огромного количества леса. Лес начинает играть руководящую роль: есть лес,—есть строительство, не хватает леса,—строительство то там, то здесь приостанавливается, замедляет свои темпы, ломаются сроки, планы, начинаются производственные прорывы; нет леса,—нет машин. Лес—ценная валюта. Производственная программа по лесу для Урала определена в 50 милл. кубо-метров. В лесу должно работать 400.000 человек. Перед органами здравоохранения поставлена задача обслужить эту 400.000 массу лесорабов. Задачу эту органы здравоохранения должны выполнить. Основным лесозаготовителем является Ураллес (300.000 рабочих), затем Пермская железная дорога, ЮжУраллес, Промкредсоюз. Лес заготавливается в 130 районах области (Ураллес в 117 районах). Областной Исполнительный Комитет предложил Облздравотделу заключить договор с Ураллесом на медобслуживание лесозаготовок. Учитывая недостаток медсилы в лесозаготовительных районах, Облсполком предложил Облздравотделу временно мобилизовать медперсонал в городах и перебросить на лесозаготовки. Облздравотделом был выработан план медсанобслуживания лесозаготовок, согласно которого территориальная сеть в лесозаготовительных районах переключается на преимущественное обслуживание лесозаготовок. Эта сеть состоит из 65 больниц с 1324 койками, 14 врачебных амбулаторий, 67 фельдшерских пунктов; кроме того, необходимо вновь организовать 86 медицинских пунктов и содержать специально для лесозаготовок 3-х санврачей. Были заключены договоры с Ураллесом, Пермской ж.д. и предложено на месте заключить договоры с ЮжУраллесом (9 районов). Облздравотдел мобилизовал в городах 97 врачей и 13 фельдшеров, из коих направлено на места в районы 66 врачей и 10 фельдшеров, кроме того созданы при Пермском и Свердловском Бакинститутах группы по 3 человека санврачей, из коих 3 врача специально для работы в лесозаготовительных районах. Медперсонал направляется по мере поступления с мест заявок и поступления на места рабочей силы. Ураллес полностью снабжает лесорабов аптечками 1-ой помощи за свой счет и обязан иметь в каждом леспромхозе эпидемический фонд из серы, мыла, белья и насекомых. Ураллес обязан иметь достаточное количество бань с вошебойками, обеспечивающее мытье каждого рабочего не реже 3-х раз в месяц. К сожалению, последние 2 условия Ураллесом не выполняются: Кытлымский район сообщает, что бань резко недостаточно, а вошебоек вовсе нет: такие же сведения получаются и из других районов. Гораздо хуже обстоит дело с эпидфондом,—ни в одном районе его не имеется. Ураллес и его леспромхозы не дооценивают значения этого мероприятия. Необходим перелом, надо немедленно забросить в леспромхозы эпидфонд, иначе производственные потери, какие может иметь государство от развития эпидемии, не смогут сравниться ни с какими затратами, какие Ураллес произведет на приобретение и заброску на места эпидфонда. В городе имеется острый дефицит во врачах, и переброска из города врачей на лесозаготовки является для города кровавой операцией, большой жертвой, оправдываемой только тем колоссальным хозяйственным и политическим значением, какое приобрели лесозаготовки. Районы это, очевидно, не вполне понимают. Некоторые районы поняли договор Облздравотдела с Ураллесом так, как будто с



них сняты и обязанность и ответственность за медико-санитарное обслуживание лесозаготовок на их территории. Бесконечные потоки заявок и требований на направление им Облздравотделом врачей, фельдшеров, средств на обслуживание лесозаготовок. Требуют средств на кухарок, прачек (Сосьва), требуют акушерок, т. е. под ширмой лесозаготовок стараются от Облздравотдела получить недостающий в районах основной постоянный штатный персонал, сорвать сумму; все эти требования обычно заканчиваются смехотворной угрозой: «Затрата фонда медпомощи на лесозаготовки ухудшит обслуживание застрахованных в районе. Неприсылка вами медперсонала и денег снимает с нас ответственность за медобслуживание лесозаготовок и за возможное развитие эпидемии». Какая наивность. Кто в первую очередь обязан обслужить лесозаготовки в районе, если не Рик, кто позволит ему стать безответственным за это возложенное на него ответственнейшее дело? Разве можно обслужить лесозаготовки 400 тысяч лесорубов, разбросанных небольшими группами на огромных пространствах лесных массивов Урала теми 100 медработниками, с таким напряжением и трудом буквально отрываемыми у города не без ухудшения медпомощи застрахованным в них. Разве хватит на это обслуживание тех средств, которые по договору получены Облздравотделом у лесоорганизаций (114 т. р.), которые идут на оплату суточных, проездных мобилизованным врачам, на организацию и содержание при этих врачах приемных покоев по 5 коек. Совершенно очевидно, что эти средства как физические, так и материальные, идут лишь в помощь наиболее необеспеченным лесозаготовительным районам. В основном же районы обязаны сами обслужить лесозаготовки, обязаны переключить свою сеть и деятельность на обслуживание лесорабочих, мобилизовать для этого все свои ресурсы физические, материальные и социальные, мобилизовать весь свой медперсонал, свой коечный аппарат, выделить средства по местному бюджету, по фонду медпомощи; на кого еще тратить фонд медпомощи в лесозаготовительных сель-хозрайонах, если не в первую очередь на лесорабочих, мобилизовать общественность, актив РОКК'а для обслуживания лесозаготовок. Сделано ли это районами? В большинстве — нет! Михайловский район требует срочно врача; таковой направляется, а в районе 200 лесорабочих, пустые бараки, местный медперсонал не возражает, что мог-бы самостоятельно, без помощи извне обслужить это количество рабочих, но требует за это «особую оплату» и не возражает против освобождения мобилизованного врача. В Сивинский район направлены 2 врача, из коих один специалист бактериолог — санврач, а как они используются, как участковые врачи, даже не догадаются использовать санврача — бактериолога для профилактической, противоэпидемической работы в районе. Кытлымскому району даны три врача и средства, за которыми один из врачей приехал, при чем часть средств по его просьбе была передана ему наличными (во время острого затруднения с денежными знаками) для немедленного приобретения необходимых инструментария и прочего имущества развертываемых для лесорабочих коек, а врач, неизвестно на что потратив несколько дней в Свердловске (в Облздраве закончил дела в течение 2-х часов), ничего не приобрел, везет в рик и ассигновку и наличную сумму, а через месяц председатель рик'а, будучи попутно в Свердловске, просит у Облздравотдела денег на приобретение инструментария, одного из врачей использует на участке вместоотсутствующего участкового врача, второго врача освободил по болезни, а леспромхоз сообщает о неудовлетворительном медобслуживании его лесозаготовок. Леспромхоз В.-Шайтанского рик'а пишет прокурору о совершенно недостаточном обслуживании лесозаготовок, обвиняет Облздравотдел в невыполнении договора, а районный врач местной



больницы отказывается обслужить лесозаготовки его района, — мол, это дело не его, и леспромхоз бьет не по местным организациям, а мимо: кто-то отвлеченный для него «Облздравотдел» должен из Свердловска ему наладить медобслуживание. Ни В.-Шайтанский рик, ни лесхоз не обращались ни разу до того в Облздравотдел с указанием тех мероприятий, какие они сами на месте организовали и на какие им нужна помощь, лишь мимолетное появление неопределенного лица в Облздравотделе без отношения рик'а, на словах просившего у одного из работников Облздрави помощи району в 500—600 р., позволило Облздравотделу эти 600 р. перевести Рик'у. Н.-Тагильский и Н.-Салдинский райгорздравы не сумели обеспечить удовлетворительное медобслуживание лесозаготовок своих районов, несмотря на то, что они более чем кто-либо из других лесозаготовительных районов имели все возможности это сделать. Дело доходит до курьезов: один из медучастков запрашивает Облздравотдел, как ему распределить литературу, посланную ему Облздравотделом для лесозаготовок (на 87 р.). Откуда такая беспомощность? Неужели договор, заключенный между Облздравотделом и Ураллесом, договор, который должен был установить определенные, четкие юридические взаимоотношения между обслуживаемой и обслуживающей системами организаций, договор, который в известной мере предусматривал помощь хозяйственника органам здравоохранения, в такой мере обезоружил эти последние, сделал их беспомощными, неспособными на перестройку своей работы в интересах производства. Неверно! Директивы правительства, областного исполнительного комитета, Обкома ВКП(б) в достаточной мере четко обозначили перед районными организациями, в том числе и перед здравотделами, те задачи, какие на них возложены, ту ответственность, от которой они, подобно страусу, прячут голову в песок, думая, что этим путем она (ответственность) их минует.

Объявлен ударный месячник на лесозаготовках, который должен явиться переломным не только в самом производстве, но и во всех обслуживающих это производство отраслях хозяйственной жизни. Органы здравоохранения, медработники должны включиться в этот ударный месячник, перестроить свою работу, подчинив ее интересам производства. Полное использование всех сил здравоохранения, и в частности мобилизованных в городах врачей и фельдшеров, на обслуживание лесозаготовок, а последних исключительно на этой работе, четкость и классовость в этой работе, аккуратная, своевременная информация Облздравотдела о количестве рабочих на лесозаготовках, количество медпунктов, исключительно обслуживающих лесозаготовки и из них вновь организованных в нынешнем сезоне с краткой характеристикой состояния этого обслуживания, четкость в требованиях, предъявляемых нами к хозяйственнику, и контроль над выполнением последним в срок этих требований—должны внести четкость, ясность в дело медсанобслуживания лесозаготовок, должны установить учет нашей работе, а стало-быть и выявить эффективность ее. Полная ответственность каждого участка здравоохранения за вверенный ему район лесозаготовок—должна сделать здравоохранение производственным фактором, сохраняющим и воспроизводящим столь дефицитную рабочую силу на лесозаготовках, удерживающим и закрепляющим эту силу на производстве и тем способствующим, участвующим в выполнении производственного плана лесозаготовок. В этом и только в этом основная задача органов здравоохранения по медсанобслуживанию лесозаготовок.

Приложение: 1) Договор с Ураллесом.

2) Инструкция для медперсонала.

3) Условия направления мобилизованного медперсонала.



## Д о г о в о р

1930 года ноября 3 дня. Мы, нижеподписавшиеся, с одной стороны, Уралоблздравотдел в лице старшего леч. проф. инспектора тов. Сербина Г. М. и, с другой стороны, трест «Ураллес», в лице члена Правления его тов. Хлыгина И. М., именуемых в дальнейшем сокращенно «Облздрав» и «Ураллес»,—заключили настоящий договор о медобслуживании рабочих лесозаготовок Ураллеса на зимний сезон 1930—31 года на следующих условиях.

### I. Облздрав:

1. Обслуживает рабочих лесозаготовок—рубщиков и возчиков—своей наличной медицинской сетью, состоящей из 65 территориальных больниц с 1324 койками, 14 врачебно-амбулаторными и 67 фельдшерскими пунктами, расположенными в районах лесозаготовок и перечисленными в прилагаемых материалах плана Облздрава.

2. Для той же цели в местах, необеспеченных медпомощью, в соответствии с потребностями и прилагаемым планом, организует вновь 65 передвижных врачебных пунктов с приемными покоями при них на 500 коек.

3. Устанавливает 3 должности сан-инструкторов для каждой группы леспромхозов—по одному с местом жительства последних на территории группы.

4. Снабжает за свой счет аптеки вновь организуемых им мед-пунктов и в дальнейшем берет на себя медснабжение всей сети, которая будет обслуживать лесозаготовки, и

5. Обязуется забронировать на весь сезон лесозаготовок эпидемический фонд в размере потребности на 63.000 чел., чем будет обеспечена потребность в означенном фонде в период максимального количества рабочих на лесозаготовках и оказывать содействие Ураллесу в приобретении основного эпидфонда.

### II. Ураллес.

1. Приобретает за свой счет эпидемический фонд в размере потребности по нормам на 270.000 чел. (по средне-суточному количеству рабочих за сезон), каковой фонд должен состоять из следующих предметов:

2709 пар белья по 2 руб.	5.418 руб.
27092 кг. мыла по 70 коп.	18.964 «
13046 кг. серы по 36 коп.	4.877 «
2709 кг. насекомояда по 90 коп.	2.438 «

Итого на 31.697 руб.

При чем фонд этот должен быть распределен по леспромхозам и храниться на местах на случай эпидемии.

2. Организует вблизи жилья для рабочих бани с вошебойками из расчета 3 посещения на одного рабочего в месяц.

3. Участвует в расходах по содержанию новой сети медпунктов, перечисленных в плане Облздрава и определяемых в 313.910 руб., принимая на свой счет сумму в 104.633 руб., которую и передает Облздраву.

4. Отводит отдельные помещения: для жилья в одну комнату, для работы медперсонала и приемных покоев при вновь организуемых медпунктах из расчета на 6 коек каждый.



5. Обеспечивает средствами передвижения больных пострадавших, а также медперсонал при его служебных разъездах по вызовам мест, предоставляя при этом медперсоналу теплую одежду и обувь.

6. Отдает распоряжение о немедленном приобретении каждым лесопромхозом по 1 аптечке на 100 рабочих и о размещении их среди бараков, с выделением ответственного за нее (грамотного) лица и хранением их в отдельном шкафике-ящике.

7. В целях обеспечения санитарной безопасности лесозаготовок и в соответствии с правилами НКТ о мероприятиях по технике безопасности на лесозаготовках от 24-II-28 г. за № 113,—вменяет в обязанность лиц, ведающих в леспромхозах техникой безопасности, работу по линии санитарии и соблюдении правил строительства бараков, с установлением перед этими лицами ответственности производителей работ на местах за соблюдение издаваемых в этих областях правил.

III. В случае значительных изменений в расположении лесозаготовок и в составе рабсилы, обслуживание медпомощью перестраивается в соответствии с условиями настоящего договора.

Ст. Инсп. Уралоблздравотдела С е р б и н.

Член Правления Треста «Ураллес» Х л ы т и н.

#### Приложение 2.

### Инструкция для медперсонала, обслуживающего лесозаготовки

1. Медперсонал, работающий по медобслуживанию лесозаготовок, непосредственно подчинен Райздраву.

2. Медперсонал проводит:

А. Лечебно-профилактическую работу:

а) прием больных лесорабочих и обслуживающего лесозаготовки персонала как на медпункте, так и во время своих выездов;

б) выезжает для оказания экстренной медпомощи по вызову;

в) направляет в ближайший стационар больных и пострадавших, нуждающихся в нем;

г) контролирует и пополняет аптечки 1-й помощи в бараках и на местах работ;

д) регистрирует, учитывает и изучает профтравматизм.

Примечание: При медпунктах развывается приемный покой на 5 коек; медпункт, вновь организуемый, снабжается аптекой Облздравотделом, а выезжающие из районной территориальной сети ею. Аптечки первой помощи для бараков и мест работ приобретаются леспромхозом в ближайшем отделении Уралмедторга.

Б. Санитарно-профилактическую работу:

а) систематический саннадзор за жилищами и местами работ лесорабочих;

б) саннадзор за питанием лесорабочих;

в) изоляцию остро-заразных и подозрительных на остро-заразные заболевания больных;

г) санитарно-просветительную (лекции-беседы) в жилищах, обучение оказанию первой помощи рабочим и т. д.;

д) противоэпидемические мероприятия (санобработку вновь прибывающих и др.);



- е) разработка и проведение в жизнь санитарного минимума;  
ж) организует в бараках актив в санячейки, санкомиссии.

**П р и м е ч а н и е.** Мед-персонал опирается на производителей работ, являющихся согласно договоренности одновременно и санитарными уполномоченными. Имеющие общее для всего лесоучастка значение мероприятия проводит через заведующего отделом экономики труда леспромхоза.

**В. Отчетность:**

Информирует Облздравотдел и Рик телеграфно:

- 1) о каждом случае паразитарных тифов и оспы,
- 2) о массовом заболевании, хотя бы и незаразном (отравление, цынга и пр.);

3) направляет в Рик отчетность, согласно инструкции по отчетности, направленной Облздравотделом всем Рик'ам 17-Х—1930 г.

Зав. Облздравотделом **К о н о в а л о в.**

Ст. Леч. Проф. Инструктор **С е р б и н.**

#### Приложение 3.

### Условия направления медперсонала на лесозаготовки

1. За всеми командиремыми для мед-сан-обслуживания лесозаготовок сохраняется полностью оклад по месту своей постоянной основной службы.

2. Командируемые за пределы своего района получают сверх основного жалования: врачи 5 руб. в сутки и фельдшера 3 руб. в сутки за счет средств Облздрави.

3. Основной оклад, как и суточные, высылаются регулярно 1 раз в месяц учреждениям по адресу, указываемому командированным.

4. Жилплощадь как для жилья медперсонала (одна комната), так и для работы (приема больных, коек 1-й помощи) предоставляет бесплатно учлеспромхоз.

5. Транспорт для раз'ездов, как и теплую одежду медперсоналу при его служебных раз'ездах предоставляет лесопромхоз.

6. Весь медперсонал, целиком занятый на лесозаготовках, снабжается наравне с инженерно-техническим персоналом, работающим в лесу.

7. За командиремым сохраняются на все время квартира и служба как основная, так и по совместительству.

Зав. Облздравотделом **К о н о в а л о в.**

Бухгалтер **С м и р н о в.**

### Постановление Уралобкома ВКП(б) по докладу «О состоянии здравоохранения на Урале»

1. Задачи реконструктивного периода народного хозяйства, решительного улучшения материально-бытовых условий трудящихся масс, осуществление культурной революции и выполнение промфинплана требуют коренной перестройки работы медико-санитарных учреждений. Основными



путями перестройки работы массовых медико-санитарных учреждений должны стать: профилактизация медико-санитарного дела (переход на диспансерное медобслуживание трудящихся масс) вовлечение рабочей общественности в деятельность лечебно-профилактических учреждений и четкое отражение в практике работы медико-санитарных учреждений пролетарской классовой линии.

Роль Урала в социалистической индустриализации страны, с одной стороны, «особо тяжелое санитарное состояние Урала» (из постановления ЦК), с другой, требуют окончания перестройки работы в области медобслуживания трудящихся в кратчайший срок.

2. Отмечая ряд достижений за 1930 год в развитии медико-санитарного дела на Урале (переход на непрерывную неделю, на сменную работу, расширение лечебно-профилактической сети, особенно вечернего приема, расширение пунктов первой помощи),—Бюро Обкома считает, однако, что майское решение Обкома в основном не выполнено. Коренная перестройка работы лечебно-профилактических учреждений проводится только в нескольких районах (Мотовилиха, Тагил, ВИЗ). Классовая линия в медобслуживании проводится в ряде учреждений (Свердловск, Тагил, Челябинск) формально; на ряде крупных новостроек (Уралмашинстрой, Уралмедьстрой, Березники) медобслуживание поставлено крайне неудовлетворительно; новое больничное строительство в ряде пунктов по вине строительных организаций (Уралжилстрой, Уралмедьстрой, Уралмашинстрой) в 1930 году сорвано. Роль рабочей общественности в работе медико-санитарных учреждений попрежнему занимает незначительное место. Местные советские, партийные и профессиональные организации, не дооценивая хозяйственно-политического значения здравоохранения в практической работе, уделяли ему крайне недостаточное внимание. Медико-санитарные учреждения, как правило, не проявляли достаточной настойчивости в постановке отдельных вопросов перед местными организациями.

3. В целях полного осуществления майского постановления бюро Обкома—предложить фракции Облсполкома: а) обеспечить со стороны местных советских организаций решительный перелом в отношении медико-санитарного дела, добившись коренного улучшения последнего; б) в декадный срок проработать и подготовить вопрос о новом больничном строительстве на 1931 год; в) провести необходимые меры по улучшению материального положения мед-работников.

4. Отмечая совершенно недостаточную работу по развертыванию подготовки кадров младшего и среднего медицинского персонала, предложить Уралплану и Облздравотделу в 15-тидневный срок разработать конкретный план мероприятий по подготовке и переподготовке (переквалификации) младшего и среднего медицинского персонала (сестер, особенно ясельных, акушерок, фармацевтов и т. д.)

5. Отмечая полное отсутствие постановки дела заочного обучения медицинских кадров, предложить Облздравотделу широко развернуть эту работу, используя для этой цели существующую сеть мединститутов и техникумов.

6. Имея в виду значительный недостаток врачей и акушерок для обслуживания важнейших районов, особенно новостроек, колхозов и совхозов, отсутствие возможности покрыть этот недостаток внутри области, поручить Облздравотделу войти с ходатайством в Наркомздрав о командировке на Урал из окончивших в текущем году медвузы не менее 300 врачей и 200 акушерок.



7. Учитывая необходимость форсированного нового строительства мед-институтов и техникумов на Урале, поручить фракции Уралоблисполкома в месячный срок разработать конкретные планы этого строительства.

8. Отмечая невыполнение управлениями крупных заводских строи-тельств (Уралмашинострой, Уралмедьстрой и др.) постановления бюро Об-кома о предоставлении ими необходимых помещений «как для временного развертывания медико-санитарных учреждений (ясли, больницы), так и для квартир медперсонала»,—поручить ОблКК—РКИ в месячный срок устано-вить причины невыполнения с привлечением виновных к ответственности.

9. Одобрив мероприятия Облздравотдела по тщательному научному (гидрогеологическому, климатическому) изучению курортных местностей Урала, предложить фракции Облисполкома в 2-хдекадный срок рассмот-реть план работ и обеспечить его реализацию как необходимыми материаль-ными средствами, так и приглашением соответствующих квалифицирован-ных сил.

10. В целях укрепления руководства медико-санитарным делом в районах, предложить райкомам партии в месячный срок укомплектовать штаты районинспекторов здравоохранения и союзных организаций.

11. Отмечая исключительно тяжелое положение медико-санитарного дела в Свердловске (нет ни одной удовлетворительно приспособленной поликлиники, крайне мала коечная помощь, отсутствуют санитарно-дизин-фекционные установки, крайне ограниченная ясельная помощь),—пред-ложить фракции Облисполкома принять все меры к скорейшему оконча-нию начатого городского больничного строительства и предусмотреть в 1931 году необходимое строительство основных лечебно-профилактических учреждений с тем, чтобы обеспечить пуск их в эксплуатацию к 14-й годов-щине Октября.

12. Предложить Облздравотделу и управлениям крупных новостроек полностью обеспечить организацию медицинского обслуживания рабочих и служащих, обратив особое внимание на развертывание профилактических мероприятий (ясли, санитарно-дизинфекционные установки, санорганиза-ции и т. п.).

13. В целях успешного выполнения директив 3-го объединенного пле-нума Уралобкома и ОблКК о привлечении женского труда в промышлен-ности, Обком предлагает партийным, профессиональным, хозяйственным организациям и здравотделам взять установку на решительное расширение детских ясель, при чем хозорганы обязаны предоставить органам здраво-охранения необходимые помещения.

14. Социалистическое соревнование и ударничество еще не заняли в работе медико-санитарных учреждений достаточного места. Предложить фракции УОСПС и профсоюзным организациям МСТ добиться решительного перелома в деле развертывания соцсоревнования и охвата ударным дви-жением всех групп медработников, обратив особое внимание на перевод соцсоревнования на высшую ступень (планово-экономические группы, общественный буксир, заслон против текучести, борьба за самозакрепление до конца пятилетки, премирование, товарищеские суды над летунами т. д.).

15. В целях скорейшей перестройки работы медико-санитарных учреж-дений провести в течение января 1931 года массовую кампанию под лозунгом «За реконструкцию здравоохранения», а в течение февраля-марта месяцев провести районные и областные партийные совещания по вопросам здраво-охранения.



---

Предложить партийным, советским, профессиональным организациям и здравоохранам широко развернуть работу по проведению санитарного минимума в рабочем бараке, на предприятии, в цехе, на селе, в совхозе, в школе.

Обязать райкомы партии на основе данного решения разработать конкретные мероприятия по улучшению здравоохранения в районах; в месячный срок заслушать доклады фракций руководящих советских органов и межсоюзных объединений о проделанной ими работе в этом направлении.

(Проток. 17, § 1 заседания секретариата Уралобкома ВКП (б) от 26-XII—30 г.).

---

**Здравоохранение—на службу  
промфинплану!**



## Биологические основы физиотерапии \*)

Доцента Г. В. ПЕРВУШИНА

(Пермь)

Врачи древних времен знали целебные свойства воды, света и тепла благодаря особо развитой у них наблюдательности. Так, чисто эмпирически, развивались показания к тем или иным видам физической терапии. Ради справедливости мы должны указать, что и до сего времени медицина полностью не освободилась от плена слепого эмпиризма. Развитие учения о функциях человеческого организма в нормальных и патологических условиях, основ биологии, фармакологии, эндокринологии, развитие клинических дисциплин и прикладных наук физики и химии—много способствовало правильному пониманию общей терапии и установлению ее принципов.

Основной сущностью жизненного процесса является способность живого существа отзываться, реагировать на внешнее раздражение. «Реакция есть основная форма всякого жизненного проявления (А. Корнилов). Примеры этой реактивной способности мы находим среди простейших животных и растений. Так, бактерии с исключительной чуткостью реагируют на изменение среды, если там находится одна биллионная часть миллиграмма калийной соли. Железы реснички раздражаются, если положить пылинку весом в четыре миллионных доли миллиграмма, как это показал еще Дарвин. В последнее время в жизни растений подмечена очень интересная зависимость между величиной отложения древесины и периодами солнечных пятен. Может быть, судя по аналогии, когда нибудь будет подмечена подобная же зависимость и в животном мире.

Реакцией трансформируется энергия и нарушается энергетическое равновесие между индивидуумом и внешней средой. Чем выше организация исследуемого животного, тем сложнее и многообразнее его реактивная способность. Определенные ткани, системы органов и каждая клетка в отдельности реагируют на малейшие изменения среды. Перцептирующие приборы кожи и более глубоких тканей воспринимают раздражения, идущие извне, и сами на это реагируют специфическим, им присущим, способом. По экстеро-, энтеро- и проприоцептивным системам воспринимается масса раздражений, которые далеко не всегда доходят до сознания, а включаются в целые автономные системы и разные органы. Раздражения, идущие по рецепторным путям, передаются на ближайшие рефлекторные центры, заложенные в цепи симпатического нерва, или в сегментарные центры спинного мозга. Здесь включаются первичные рефлекторные, двигательные и секреторно-сосудистые установки. В случае получения подкрепления по рецепторным путям, или если раздражение генерализируется, импульсы распространяются по межсегментарной иннервации и включаются все новые и новые рефлекторные установки. Импульсы направляются по афферентным путям

\*) Из вступительной лекции 18 мая 1930 г. студентам Медфака П. Г. У.



и воспринимаются центром всех рецепторных раздражений—зрительным бугром. Благодаря богатым связям зрительного бугра с другими подкорковыми узлами, центры экстрапирамидной системы реагируют соответствующим образом, меняя иннервацию органов, тканей и клеток. Лишь часть этих раздражений проецируется в гностических отделах коры головного мозга и воспринимаются нашим сознанием. Эти чувствительные раздражения, повторяясь, сочетаются с целым рядом других аффективных импульсов, вследствие чего образуются новые условия—сочетательные рефлекторные установки. Последним рефлекторным установкам мы должны приписать громадное значение в понимании принципов общей терапии.

Возможно подметить и другие пути для поступления кожных раздражений. Периферическая клетка в подобных случаях претерпевает сложный химический процесс, продукты которого поступают во внутреннюю среду, меняя электролитическое равновесие. Эти вещества разносятся с лимфой и кровью по организму, где эндокринные железы и ретикуло-эндотелиальная ткань тонко реагируют на малейшие изменения внутренней среды. В таких случаях меняется секреция эндокринных желез, что может сказываться и на тонусе вегетативной нервной системы.

«Эндокринные железы функционально и биологически играют роль передовых постов для организма, на которые идущие извне воздействия разряжаются, чтобы затем непрямым, адекватным путем распределиться по всему телу» (Zondek).

Вегетативная нервная система является в центре всех этих сложных изменений, поступающих с периферии, и частью через эндокринные железы, частью самостоятельно вносит изменения в функции рабочего элемента организма—его клетки.

Гормоны, поступающие из желез, находятся в неактивном состоянии и активируются в местах, где они имеют специфическое избирательное средство. Связывающим звеном клетки и гормона служит электролитическая сложная среда клеток. Zondek и Иско показали на опытах с головастиками, что кальций в определенных количествах может ослабить действие гормонов щитовидной железы, а калий, наоборот, усиливает действие их. Garrison сообщил о зависимости между адреналином и свободными ионами водорода (Ph.). Симпатическая нервная система содействует диссимиляционным процессам организма, понижает проницаемость клеточных оболочек и вызывает ацидоз (Höbner). Наши знания еще слишком недостаточны, дабы во всей полноте нарисовать картину сложной жизни клетки, но этих примеров достаточно, чтобы судить о тех влияниях, которые претерпевает клетка при воздействии на нее вегетативно-эндокринного аппарата.

Принципы общей терапии должны быть приложены и к лечебному применению физических методов. Pflüger изучал реакцию нервно-мышечного аппарата на разные виды электрического раздражения и формулировал полученные результаты в виде определенных законов. Arndt и Schultze распространили этот закон на все виды биологического раздражения, где слабые и средние раздражения возбуждают, а сильные парализуют деятельность клеток.

Далее, нам известно, что клетки, находящиеся в патологических условиях, гораздо раньше и тоньше реагируют на раздражения, чем соседние здоровые клетки и ткани. И другие принципы общей патологии могут быть приложены сюда для объяснения сложнейших процессов, протекающих в нашем организме, которые мы еще недостаточно знаем и лишь пытаемся познать.

В физиотерапии применяются разные виды энергии. Их можно расположить в один «спектр мировой энергии». На самом крайнем конце спектра займут место лучи, обладающие наиболее короткими волнами, лучи Рентгена и радия, далее будут расположены лучи, которые применяются



при светолечении, тепловые лучи и лучи, которые лежат в основе электролечения. На противоположном конце этого спектра можно представить себе лучи получаемые при переводе тепловой энергии в механическую, с наиболее длинными волнами.

Все эти виды энергии, воздействуя на организм в качестве раздражителя, вызывают реакцию путем нанесения раздражения. Выявить и изучить эту реакцию—является одной из задач физиотерапии. Путем реакции достигается эффективность применения физических лечебных методов.

## К вопросу о показаниях к хирургической стерилизации женщин \*)

А. Б. ПРЕЙСМАН

(Из гинекологического отделения Н.-Тагильской Центральной Поликлиники)

Слова сказанные таким авторитетом, как Krönig около 25 лет тому назад о том, что «Принципиально уклончивое отношение некоторых гинекологов ко всякого рода стерилизации в настоящее время не выдерживает критики» имеют свою справедливость и на сегодня. И если мы в основу своей деятельности, в условиях социалистического государства, ставим эту деятельность в неразрывную связь с классовой сущностью всех задач, поставленных в программу рабочего класса, то совершенно естественно, что вопрос о показаниях к хирургической стерилизации в глазах не только врачей, акушеров-гинекологов, но и всей врачебной и советской общественности приобретает исключительное значение.

Специальная литература, посвященная вопросам научной разработки противозачаточных средств имеет достаточный архив, каждый год обильно пополняемый отдельными изысканиями, уточнениями и разработкой самых мельчайших деталей. Наблюдения в повседневной гинекологии, разноречивость и взаимная, порой, уничтожаемость наблюдений отдельных авторов, свидетельствуют о том, что требования населения, требования уставших, измученных родами женщин, мы по сегодняшнему знанию в этой области удовлетворить не можем. Поэтому понятно, что, несмотря на широкую пропаганду всякого рода контрацептивных средств, мы очень часто испытываем укоры—результат нашего несовершенства. Затрудненные материальные условия значительной части наших пациентов, органические или функциональные заболевания и ряд других причин вынуждают прибегать к аборту. Наряду с этим легкомысленное подчас отношение к этой операции не только у населения, но и со стороны некоторых врачей привело к массовому производству искусственного выкидыша.

Литература имеет не мало глав посвященных всем серьезным последствиям, связанным с абортом. Имена Груздева, Окинчица и других наших учителей, их предостережения по этому вопросу должны быть хорошо известны всякому читающему специальную литературу. Нам, уральцам, должен быть свежим в памяти доклад В. Г. Перетца на Первом Уральском Научном Съезде «Хирургические осложнения при операции искусственного аборта».—Все это дает основание не повторять и не воскрешать в памяти горьких минут, которые испытал, очевидно, всякий гинеколог производящий массами аборт.

Ненадежность противозачаточных средств, вредность аборта вынуждают в некоторых случаях прибегать к более радикальным мерам с целью

\*) Доложено на заседании Н.-Тагильской Научной ассоциации 7-XII—30 г.



сделать женщину на время или навсегда неспособной к зачатию. Такими мерами могут быть биологические, X лучи, электро-коагуляция и т. п.

Результаты биологического метода, несмотря на ряд работ Тушнова, Лялина, Андреевой, Найдича и многих других пока мало утешительны.

X лучи, как известно, не всегда достигают цели, а, главное, их действие небезразлично для организма. Совершенно справедливое осуждение в Ленинградск. Ак. Гин. Об-ве несколько лет тому назад получил доктор Борман, рекламирующий этот метод.

С целью избежать всяких недомолвок в понятии о термине «хирургическая стерилизация» прием за основу трактовку В. С. Груздева. «Самое название «стерилизация» присваивается в современной оперативной гинекологии преимущественно операциям именно на трубах, при том таким операциям, которые имеют своею целью нарушить проходимость трубных каналов».

— Насколько проста техника, настолько трудно показание к оперативному обеспложиванию женщины,—говорит Krönig. Целью нашего сегодняшнего сообщения является не оценка различных технических приемов хирургической стерилизации и не история их совершенствования, а желание заострить внимание врачей других специальностей и представителей общественности к вопросам о показаниях к хирургической стерилизации.

Уже один факт обсуждения этих вопросов как в печати, так и на научных собраниях с представителями общественности, сущность декрета и вся наша политика в борьбе с абортами — служат явным доказательством того, что мы стремимся найти выход, который с меньшей, я бы сказал, био-социальной уязвимостью отражался бы на нашем обществе.

Стало-быть основной и принципиальный момент нашего сообщения заключается в том, что мы отвергаем элементы законоположений Мальтуса и его позднейшей разновидности неомальтузианства. В. И. Ленин со свойственной ему ясностью и беспощадностью дал уничтожающую оценку психологии мещанской парочки, заскорузлой и себялюбивой, которая бормочет испуганно: «самим бы дай бог продержаться как-нибудь, а детей уж лучше не надобно».

Мы проходим мимо всяких последователей неомальтузианства, этого антимарксистского учения об ограничении деторождения в рабочих кварталах и процветании потомства в аристократических дворцах.

Материнство есть социальная функция.

И, подходя к вопросу о допустимости хирургической стерилизации, мы говорим о праве на прекращение соц-функции женщины. Вопрос о прерывании беременности и стерилизации больных туберкулезом разрешается различными авторами далеко не одинаково Bridgmann (Bull. of the Hopkins hospital't 38, № 2 считает, что ТВС больным вообще лучше не беременеть.

Стерилизовать больных туберкулезом женщин автор считает наиболее целесообразным при отсутствии беременности и в такой период, когда процесс стал инактивным. При наличии беременности Bridgmann считает, что последнюю лучше оставить, так как наркоз и операц. шок могут оказаться пагубными для больной. При разрешении оперативного вмешательства необходима постоянная консультация с врачом-терапевтом.

Фришбир, Франке, Зайц, Винтер, Панков, Купферм наблюдали в большом проценте случаев ухудшение и смертность у туберкулезных беременных (Вейбель).



У Феллинга, Каминера, Праделла цифры ухудшения колеблются между 90 и 96 проц.

Рокитанский и Menge отвергают вредное влияние беременности на ТВС, терапевт Шефер отмечает благоприятные результаты в доведении беременности до конца, при условии пребывания таких больных в стационарах лечучреждений.

Вейбель—сторонник прерывания беременности даже на 7-м месяце при несомненно прогрессирующих формах ТВС, только в 4 проц. произвел при родоразрешении и стерилизацию.

Maroglian советует прерывать беременность при всяких случаях легочного туберкулеза. Наши соотечественники, как Штернберг, А. М. Новиков, Судаков, Карнаухов М. Н. и друг. внесли свою научную лепту в этот вопрос.

М. Н. Карнаухов считает: «при открытых формах туберкулеза с тяжелыми социально-бытовыми условиями (суб и декомпенсации) при прогрессирующих, особенно, экссудативных формах туберкулеза и формах осложненных упорных кровотечениями, бугорчаткой гортани, резкими расстройствами питания и т. п. показан не только аборт, но и стерилизация».

И. В. Судаков: «оперативная стерилизация больных с прогрессирующими формами ТВС является, при современных условиях жизни и культуры населения, операцией вполне целесообразной и научно-обоснованной».

То же самое отсутствие единства во взглядах существует и на прерывание беременности, протекающей в сочетании с пороком сердца, деструктивными изменениями в почках и другими органическими заболеваниями. Поэтому как прерывание беременности по медицинским показаниям, так и стерилизация должны в каждом отдельном случае получить индивидуальную санкцию консилиума врачей соответствующих специальностей.

В вопросе о соцпоказаниях также нет единства взглядов и состоявшаяся летом текущего года по этому вопросу конференция до сих пор периферии единого целого не дала.

Прежде всего о термине временной стерилизации. Ряд авторов при разработке этих тем указывают, что операция носит временный характер. Операции, предложенные Файнбергом, Гиллерсоном, а еще раньше Зельхеймом и друг., не нарушающие целостность труб, не имеют еще широкого применения. Об эффективности их судить преждевременно. Но ходовые операции в практической работе с частичной резекцией труб едва ли могут считаться временными. Мне в одной из авторитетных клиник Ленинграда пришлось видеть операцию, преследующую восстановление проходимости трубы: несмотря на то, что операция производилась маститым гинекологом, она все же произвела отрицательное впечатление. В доступной мне литературе я не нашел указаний на беременность, наступившую после повторной операции, имеющей целью восстановить проходимость труб, за исключением одного случая Ван-де-Велде с дислокацией яичника\*).

Поэтому наиболее импонирующим для нас является утверждение Krönig'a, «что этим вмешательством мы обеспокоиваем женщину и а в с е г д а». Каждой женщине из'являющей желание подвергнуть себя этой операции, следует напомнить слова В. Г. Перетца: «стерилизуя себя—женщина

\*) На всякую хирургическую стерилизацию можно смотреть как на временную, ибо нет ни одного метода операции на трубах (даже после полного иссечения их), абсолютно гарантирующего бесплодие в будущем (Редакция).



сжигает за собой корабли». Итак, единства взглядов на хирургическую стерилизацию по социальным показаниям нет.

Дюрсен, Додерлейн, Марков и другие стоят за широкую стерилизацию. К.К. Скробанский считает, что произведенная с согласия больной стерилизация не должна караться законом; при чем женщинам много рожавшим и систематически абортировавшим—врач должен советовать стерилизацию и производить таковую после получения согласия больной. Kehrer требует в таких случаях письменного согласия обоих супругов, наличия нескольких детей, испытания всех предупредительных мер. Окинчиц, Гентер, Лялиц и друг. считают хирургическую стерилизацию показанной только по мед. показаниям. В.П. Лебедева устанавливает ряд условий для хирург. обеспложивания: 1) наличие мед. показаний.

2) При полостных операциях при категорическом желании больной у многоорожавших женщин. Хирургич. стерилизацию молодых женщин по соц. показаниям считает недопустимой.

Врач. а у нас В. Г. Перетц, справедливо замечают об отсутствии гарантии в том, что у женщины в ближайшем времени не появится желание иметь детей, будь то переменившееся семейное положение или материальные условия. Некоторые юристы приравнивают эту операцию к операциям связанным с членовредительством и, следовательно, уголовно наказуемым.

Свободная стерилизация, по мнению видного юриста Люблинского, может служить целям разврата.

Тов. Поляков, выступивший по данному докладу в Таг. Научной ассоциации врачей, как представитель местных органов юстиции заявил: «Хирургическая стерилизация женщины есть операция—социально опасная, а раз это так, то широкое производство этой операции должно караться». Законодатель статью в отношении данного вопроса не предусмотрел, но она может быть применена по аналогии к действующим статьям. Широкое производство обеспложивания по мнению этого товарища, не в интересах рабочего класса. Не безынтересный случай из жизни приводит тов. Поляков—не медик. Одной женщине была произведена стерилизация—через некоторое время она разошлась с мужем. Встретившись с другим мужчиной, несмотря на взаимную привязанность, она была отвергнута как не могущая производить потомства. Тяжелые душевные переживания испытывает эта, очевидно, бес всяких показаний простерилизованная женщина.

Практика жизни данного отрезка времени вынуждает нас считать, что женщина, исполнившая свою социальную функцию, т.-е. имеющая несколько живых детей, женщина, перенесшая не один аборт, стесненная в материальном отношении—имеет право на производство стерилизации по социальным показаниям. О сущности операции она должна быть предупреждена. Встает вопрос—кто является судьей в установлении этих показаний.

Если мы считаем, что устанавливать медицинские показания к стерилизации следует с врачом соответствующей специальности—спрашивается, почему же, как считают некоторые, устанавливать социальные показания должен один врач производящий эту операцию.

Наше мнение, что в выдаче визы на эту операцию должна быть консультация из врача акушера-гинеколога и представителей общественности, т.-е. по типу абортной тройки.

При обсуждении этого доклада с иллюстрацией цифр, свидетельствующих об искажении в определении показаний, ряд товарищей считали, что если хирург усматривает не серьезность мотивов социального порядка, он не должен делать операции. Наш взгляд несколько иной.

Считать себя безупречным законодателем в установлении социальных норм не всегда будет справедливо. За последний период времени, обнимающий менее 6-ти месяцев хирургической деятельности гинекологического отделения Н.Тагильской 2-й Совбольницы (центральной поли-



клиники) мы имели 30 случаев оперативного вмешательства по поводу стерилизации женщин. 5 случаев из этой цифры произведено помимо «тройки» дававшей разрешения. Сюда входили операции производившиеся по консультации врачей лечу учреждений, и стерилизации, произведенные попутно при лапаротомиях по другим мотивам. Из 30 операций—по медицинским показаниям произведено гинек. отделением 13 операций (в число это войло 5 упомянутых выше) и 17 женщин были направлены по социальным показаниям.

Существенное, заставившее нас заострить внимание научной ассоциации, что на возраст от 25 до 35 лет приходилось 15 чел., от 20—24—4 чел. и т. д. Цифры небольшие, но, если учесть протекший небольшой период времени и помимо соцпоказаний, необоснованность медицинских, как например: алкоголизм мужа (достаточно не подтвержденный), уродство стелы у первобеременной, то мы считаем свою сигнализацию своевременной. Шаткость подобных показаний заставляет указать на необходимость дискретирования показаний к этой операции со стороны НКЗ.

Каждодневной работой акушера-гинеколога должно быть раз'яснение сущности этой операции (осложнения, бесплодие, известный проц. смертности и т. п.).

Кансультации для женщин эту раз'яснительную работу должны включать в свой план.

Периферии по этому вопросу следует высказать свое мнение, а печать должна дать эту возможность. \*)

## Внематочная беременность по гинекологическому отделению Свердловского акушерско-гинекологического института за 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> лет

А. Г. ФЕЙСХАНОВОЙ

(Заведующий Отделением д-р В. Г. Перетц)

Настоящая работа охватывает 370 случаев оперированной внематочной беременности, прошедших через гинекологическое отделение Свердловского (быв. Екатеринбургского) Повивально-Гинекологического Института за 11 лет и 5 мес., т. е. с 1/-1 1919 по 1 V4—1930 года.

Первая половина случаев взята из работы д-ра Перетц «Внематочная беременность последнего времени по материалам Екатеринбургского Повивально-Гинекологического Института», вторая половина по его предложению разработана мною. Приведем сначала статистическую сводку всех случаев.

1. В отношении к общему числу всех прошедших за это время больных через гинекологическое отделение проц. оперированных внематочных составляет 5,9. По годам он распределяется так:

1919	2,1 %	1925	7,0 %
1920	2,2 %	1926	5,3 %
1921	2,2 %	1927	5,5 %
1922	2,4 %	1928	8,0 %
1923	4,7 %	1929	14,4 %
1924	4,8 %	1930	14,5 %

2. Наибольший проц. падает на женщин в возрасте от 25—34 лет; средний возраст—30 лет.

3. В среднем внематочная наступала на 11-м году замужества.

\*) За период времени, прошедший со дня доклада о показаниях к стерилизации до момента напечатания, значительно уменьшилось поступление женщин на стерилизацию как по соц., так и медпоказаниям в гинеколог. отд. Ц. П.

А. П.



4. В 17 проц. заболевание появилось у до того ни разу не рожавших, в 30 проц. у рожавших 3 и более раз, 53 проц. — рожавших только 1 раз.

5. В анамнезе больных: перенесенное послеродовое заболевание 1,2 проц., послеабортное 0,8 проц., воспалительное неизвестного происхождения 25 проц. и 73 проц. за очень небольшим исключением (отсутствие указаний на какое-либо предшествовавшее гинекологическое страдание) падает на бывшую гонорройную инфекцию.

6. Имели перед настоящим заболеванием аборт или аборты 9,4 проц. женщин.

7. Задержка месячных отмечена в 57 проц. случаев.

8. Бурное начало заболевания 30 проц., вялое 70.

9. Трубных абортов 57, 8 проц., разрыв 42,2 проц.

10. Кровоотделение отмечено в 75 проц. случаев, боли в 80 проц., обморок 19,4 проц., наличие одного или нескольких инсультов 38,8 проц.

11. Среди оперированных по поводу внематочной таковой не оказалось в 10 проц. случаев и, наоборот, среди оперированных под иной диагностикой оказалась внематочная в 18 проц. случаев.

12. Нагноение шва имело место в 23,3 проц. случаев, общая смертность 2,8 проц.

Распространяться об этиологии заболевания мы здесь не будем. Приведенные цифры, отмечающие рост внематочных, вместе с тем дают указания и на главные этиологические моменты в наших случаях; отметим только, что как раз предшествовавший искусственный выкидыш как будто играет не столь значительную роль, какую ему склонны приписывать.

Иначе обстоит дело с внутриматочными впрыскиваниями йода; их мы находили в анамнезе относительно часто с тех пор, как стали их искать за последние 2 года, но, за отсутствием достаточного количества наблюдений, от определенного заключения на сей счет воздерживаемся. Несмотря на то, что в 60 проц. случаев мы имели правостороннюю внематочную беременность, однако связать ее с appendicitis'ом не решаемся, т. к. appendix осматривался нами, к сожалению лишь в редких случаях.

В отношении диагностики наш материал повторяет то-же самое, что мы с исчерпывающей полнотой встречаем в литературных описаниях последнего времени. Мы давно уже научились тому, что отсутствие острого начала совершенно не говорит против внематочной беременности, научились брать под строжайшее стационарное наблюдение случаи даже со слабым подозрением на внематочную и тотчас же оперировать, как только наблюдение начинает укреплять диагностику. Мы не оперируем лишь случаи, где «нельзя категорически исключить наличие внематочной». Таких больных (в виду острой нужды в койках) мы отпускаем домой с предупреждением, чтобы, в случае известных симптомов, больная немедленно вернулась в больницу. И вот как раз и эти случаи, иногда возвращающиеся к нам в состоянии острого инсульта, продолжают нас учить, что в отношении терапии внематочной дужно поступать еще радикальнее, чем мы это делаем еще и сейчас.

В целях постановки диагноза внематочной беременности мы пользовались обычными, всем известными признаками, уделяя, правда, сугубое внимание подробному распросу, который как раз при этом заболевании может дать особо ценные указания. Какого-либо нового, облегчающего диагностику, признака мы сообщить не можем. Можно было-бы привести массу примеров, где мы с честью выходили при распознавании весьма запутанных случаев, однако, так как диагностические ошибки и интереснее и поучительнее, то на некоторых из них мы и остановимся.

4 случая доношенной внематочной беременности и один семимесячный были нами оперированы за исключением одного под ошибочным диагнозом кисты яичника, при чем истинная природа заболевания в 2-х случаях была распознана тотчас по вскрытии брюшной полости, а в двух лишь после операции при вскрытии препарата и, наоборот, в одном случае с характерным анамнезом, подробно нами изученном и оперированном, как доношенная внематочная беременность; мертвым плодом оказалась многокамерная киста яичника с отдельными буграми различной величины, формы и консистенции, удивительно симулировавшими как до операции, так и при рассматривании препарата — части плода.

Больная М. С. 30 лет 2 раза рожала. Последние роды 6 лет тому назад. Осмотрена на дому 25/VI—1922 года. Сообщила: женской болезнью не хворала; последняя менструация 7 недель тому назад. В виду задержки менструации, прихотей, утренней тошноты, временами рвоты считала себя беременной. 2 дня тому назад появилась резкая боль слева внизу живота, тошнота, головокружение, «потемнело в глазах». После грелки боль несколько успокоилась. Появились кровянистые выделения в скудном количестве мажущего характера. Временами боль возобновлялась и в ночь на 26-е стала настолько сильной, что «всю ночь прокричала». Температура оба дня колебалась 36,8—37,3. Исследование: температура 37,1, пульс 72—76. Дыхание ровное 18 в 1'. Боли относительно успокоились. Внутреннее исследование. — Слизистая входа во влагалище несколько синюшная, покрыта кровянистым налетом, матка в нормаль-



ном положении, подвижна, слегка увеличена, мягковата. Слева, тесно прилегая к ее ребру,—овальной формы, величиной с большое куриное яйцо, ограниченное в подвижности образование, не совсем ясно в виду болезненного исследования контурирующееся. Правый свод свободен. Левый и задний сглажены. На исследуемом пальце немного крови. Ставится диагноз левосторонней внематочной, и больной предложено срочно поехать в Гинекологический Институт, где тут же осмотривавшим ее на дому д-ром Перетц делается чревосечение. Без осмотра вскрытой брюшной полости рукой захватывается предполагаемый плодный мешок, который при попытке выделить его наружу лопнул и опорожнился свежим на вид гноем. Все предпринятые вслед за этим меры не смогли предотвратить печальный исход, и на 4-й день больная погибла от гнойного перитонита.

Оперировавший ее нисколько, конечно, не оправдывает себя за погрешность, сделанную во время самой операции, но считает, что ошибка в диагностике представляет несомненно — большой интерес и высоко поучительна.

Г-ка Ч. 30-ти лет, ни разу не беременевшая, заболела приступом острых болей внизу живота, тошнота, рвота, небольшое кровоотделение; в таком состоянии скорой помощью доставляется в терапевтическое отделение Горбольницы, где после 4-х дневного пребывания выписывается поправившейся. Через 2 недели такой же приступ; вновь направляется в Горбольницу; через пару дней выписывается вновь в хорошем состоянии. Обращается за консультацией к хирургу, который ставит диагноз аппендицита и в целях исключения гинекологического страдания направляет к гинекологу. Подробный расспрос относительно истории и характера заболевания сразу укрепляет мысль о наличии внематочной беременности. Однако, тщательно произведенное внутреннее исследование (д-р Перетц) не подтвердило предполагавшейся диагностики.

Обнаружено: влагалище без особенности; матка маленькая, обычной консистенции, в ante flexio — versio, подвижна, своды совершенно свободны, глубоки, придатки прощупать не удалось; исследование совершенно безболезненно. Больная направляется к хирургу с ответной запиской с тем, что гинекологическое страдание исключается. Перед операцией appendectomy хирург под наркозом производит гинекологическое исследование и, не находя никаких уклонений от нормы, переходит к аппендикулярному разрезу; по вскрытии брюшины — кровь. Разрез зашивается; делается чревосечение по средней линии; обнаружена правосторонняя внематочная беременность.

Целым рядом подобных ошибок мы могли бы дополнить приведенные здесь случаи и, конечно, не с целью самобичевания, а лишь с единственным желанием лишь раз обратить внимание товарищей на то, как подчас трудна бывает диагностика внематочной беременности.

Вывод мы делаем один — «невозможность исключить внематочную беременность» — строгая диспансеризация больной; подозрение на внематочную — операция.

## Электрическая травма \*)

В. А. МИЛИЦИН

Приват-доцент 1 М. Г. У., зав. электролечебным отделом Г. И. Ф. О.

Стремительное развитие электрификации промышленности и жилищ в городах и даже селах, а также неуклонный рост числа электролечебных установок придает проблеме электрических травм в СССР значительную актуальность.

Отдельной статистики электрических травм у нас пока что еще нет, и достаточно полного и современного литературного освещения условий возникновения электрических травм способом подачи при них первой помощи и последующего лечения, если не считать отдельных журнальных статей касающихся больше казуистики.

Мне представляется своевременным поднять этот вопрос в У. О. Ф. И., который призван не только обслуживать громадное число трудящихся, но и быть руководящим центром всех физиотерапевтических отделений и кабинетов целой Уральской области.

Цифры иногда красноречивее слов, позвольте привести их, хотя-бы из иностранной статистики, тем более, что эти данные подтверждают растущее значение электрической травмы. Так, если в Германии в 1900 году на электрическую травму выпадало 0,2 проц. всех зарегистрированных несчастных случаев, то в последние годы этот проц. доходит до 2,0 проц. (3.000 случаев в год); смертность при этом доходит до 10 проц. Что мне особенно хотелось бы подчеркнуть из этих статистических данных, — это то обстоя-

\*) Сокращено по лекции, читанной врачом У. О. Ф. И. (Свердловск) в августе 1930 года.



тельства, что 50 проц. всех электрических травм нанесено током так называемого низкого напряжения, т. е. с напряжением не выше 250 вольт, и второе, что 8) проц. всех электрических травм несчастный случай по строгому расследованию произошел по неосторожности самих пострадавших.

Помимо большого социального значения, изучение вопросов электрической травмы представляет для физиотерапевта также и большой теоретический интерес, если мы попытаемся разрешить эту проблему в свете современных представлений о влиянии электрического тока на ионную конъюнктуру и явления резонанса в тканях организма. Кроме того, к сожалению, нередки случаи травмы и даже смерти при электролечении, а это обстоятельство ставит каждого физиотерапевта перед большой ответственностью и требует знания хотя бы элементов техники безопасности и мер подачи помощи.

Начало попыток изучения сущности электрической травмы, по крайней мере в самой простой, естественной ее форме — молнии, относится к сравнительно давнему времени. Помимо описания отдельных наиболее интересных случаев — по особенностям ли травмы, или по большому количеству пострадавших (описан случай поражения 76 чел. сразу!), еще в конце XVIII века исследователи перешли к экспериментальному изучению влияния на животных разрядов Лейденских банок. Уже в 1785 году Фонтана на основании немедленных вскрытий грудной клетки животных, убитых разрядом конденсатора, усматривает причину смерти в остановке сердечной деятельности.

Далее ряд авторов подметили значение для травмы не только емкости конденсатора, но и величины потенциала заряда, а также плотности и локализации разряда.

Как бы ни было, однако интересен ход мысли того или иного исследователя и детальность описаний различных стадий (до 5!) поражения электрическим разрядом; эти эксперименты мало поучительны для нас, так как нас интересуют не столько мгновенные разряды, если исключить молнию, а случаи прохождения тока через организм с известной продолжительностью, как это обычно бывает при травмах и в повседневной жизни.

Исследования электрических травм под влиянием не разряда, а электрического тока, относятся уже к XIX столетию (Grange, Ludwig, Höffer, Arsonval, Prevo, Batell и многие другие). Было проделано громадное количество кропотливых исследований для выяснения как того, что же является причиной смерти, так и для определения тех минимумов напряжения и силы тока, при которых наступала смерть. Размеры настоящей статьи не позволяют мне остановиться на описании этих экспериментов, отмечу только, что выводы из этих экспериментов оказались в большой мере теоретическими, так как с одной стороны, различные виды животных выказывали различную реакцию (у одних деятельность сердца после выключения тока восстанавливается даже и при условии наступления явлений трепетания желудочков, у других — нет), не говоря уже о том, что данные эксперимента на животных нельзя безоговорочно переносить на человека, а с другой, — и это самое главное, — сопротивление кожи колеблется даже в течение данного опыта в таких больших пределах, что законы Ома и Кирхгофа оказались неприменимыми к животному организму. Если откинуть все случайное и ошибочное из данных этих экспериментов, а также учесть и то, что нам дает самый великий экспериментатор — повседневная жизнь, то можно получить ряд заслуживающих нашего внимания фактов. Так, оказывается, что при прочих равных условиях, т. е. равном напряжении и силе тока, равной густоте его и одинаковом месте приложения, переменный ток гораздо опаснее, чем постоянный. Это зависит, как известно, от того, что возникающий при прохождении через тело постоянного тока встречный поляризационный ток, увеличивает сопротивление кожи. При переменном же токе это явление не сказывается так сильно. Нужно, однако, чтоб быть точным, сделать оговорку в отношении вольтажа переменного тока, что фактическое напряжение его не сколько больше показания вольтметра (показание умножается на 2).

Наряду с этим, и это имеет, с нашей точки зрения, совершенно исключительно значение, надо особо подчеркнуть, что способность переменного тока вызывать нарушение жизнедеятельности и смерть тесно связана с числом перемен направления его в элемент времени т. е. с его ритмом. Уже с давних пор в целом ряде исследований указывается, что наиболее вредоносным является переменный ток 40-50 периодов, т. е. с числом перемен направления от 80 до 100 в секунду, при вольтаже даже заметно меньшем, чем он был при другой частоте. Большое значение имеет не только величина электродов или участка тела, пришедшего в соприкосновение с проводником тока, но и величина тела. Помимо характера кожи, т. е. грубая или мягкая, сухая или влажная, неповрежденная или с поврежденным эпидермисом — ссадины, царапины и т. д., чрезвычайно важную роль играют и условия соприкосновения с током, т. е. проходит ли ток прямо в тело, или через одежду, какой-либо инструмент и т. д., а также происходит ли включение непосредственно в цепь тока, или соединение является однополюсным, т. е. пострадавший или опытное животное соединяется с одним из полюсов источника, и ток через него ответвляется в землю. В этом последнем случае решающее значение имеет



совершенство заземления (мокрый пол, гвозди в подошвах, близость водопроводных труб и т. д., и т. д.)

Приведенного достаточно, чтобы стало ясным, как сложны и прихотливы могут быть условия травмы и как трудны здесь обобщения.

Наряду с большими разногласиями в истолкованиях и оценке полученных экспериментальных данных и в выводах из них, большинство авторов сходились, до последнего, по крайней мере, времени на том, что патолого-анатомические изменения крайне скудны и не дают ответа о причинах смерти. Больше того, учащаются наблюдения, что как раз в случаях тяжелых травм со смертельным исходом — и наружные и внутренние признаки поражения зачастую совершенно отсутствуют (Alversleben). Наружные повреждения — электрические язвы, по мнению многих, ничем не отличаются от обычных ожогов, да и происходят они, если не говорить о тех повреждениях при электризациях, причина которых лежит в электролизе тканей, от развития тепла Джауль-Ленца. Об этом говорит и ходовое название этих травм — электрический ожог.

Более вдумчивое, однако, изучение этих ожогов заставляет вместе с Еллинеком (Jellinek) и рядом его учеников и единомышленников, отметить ряд особенностей резко отличающих электрическую язву от обычных ожогов. Форма таких язв обычно круглая, кратерообразная, углубленная, от желтоватого до коричневого цвета, сообразно тяжести травмы. Обращает внимание отсутствие окружающих обычный ожог воспалительных явлений: гиперемии, экссудации, а также крайне малая степень болезненности. Волосы окружающие язву, не бывают опалены. Осложнения в течение язвы принадлежат к крайне редким исключениям. Заживление медленное, но очень гладкое, даже и при значительных разрушениях без образования больших рубцов. На ряду с этим в последнее время появилось несколько описаний случаев возникновения трудно останавливаемого кровотечения, иногда спустя долгое время после травмы, и крайней ломкости даже глубоко лежащих сосудов, к тому же и на некотором отдалении от места самой травмы. Это последнее обстоятельство особенно, конечно, важно и точка зрения Еллинека, что электрический ожог — «чистое действие электрического тока sui generis» не может быть отвергнута без детального изучения вопроса. В последнее время появился целый ряд таких гистологических работ (Mirmet, Kawamura, Jschikawa и др.), но выводы их неоднозначны. Повидимому, в данном случае, помимо видимых изменений, должны быть учтены и невидимые — молекулярные и интрамолекулярные явления.

Патолого-анатомические находки во внутренних органах крайне нехарактерны и сводятся чаще всего к незначительным местным кровоизлияниям то там, то здесь, независимо от места травмы. Недавно Крейцфельд описал в головном мозгу, наряду с миллиарными кровоизлияниями, какие-то необычные неравномерности просвета капилляров. Своевременно было бы напомнить также и наблюдения Rollett, сделанные им еще в 1864 году относительно влияния электрических разрядов на кровь. Он нашел, что кровь при этом постепенно обесцвечивается, при чем красные кровяные тельца меняют свою форму. Сначала края их делаются фестончатыми, потом они приобретают форму туговой ягоды, затем шарика и, наконец, бледнеют и склеиваются в массу.

Со времени классических экспериментальных работ Прево и Бателли (Prevost, Batelli) укоренилось представление, что причиной смерти при электрических травмах является трепетание желудочков и остановка сердечной деятельности. Ряд авторов еще и по сей день ожесточенно спорят, обязательно ли должно наступить в случае смертельной травмы трепетание желудочков и что чему предшествует — паралич ли сердца параличу дыхания или наоборот.

Мне представляется подобная постановка вопроса крайне искусственной, произвольной, вопреки данным эксперимента и повседневному опыту суживающей интереснейшую проблему реакции организма на электрический ток. В историческом ходе развития учения об электрической травме совершенно естественно должно было ждать, что исследователи подойдут к проблеме реакции сердечно-сосудистой системы (трепетание, остановка и т. д.). Но, ведь, наряду со случаями смерти, при явлениях трепетания желудочков существуют и экспериментальные и клинические наблюдения, говорящие, с одной стороны, за то, что трепетание желудочков не обязательно кончается смертью, а с другой, что смерть наступает и без этого трепетания. Нами уже указывалось раньше, что сердце различных экспериментальных животных различно реагирует на ток. Сердце обезьяны, как показывают недавние опыты, способно вернуться к нормальной деятельности после трепетания желудочков. Кронекер и Габерланд (Kroneker, Haberland) наблюдали восстановление нормальной сердечной деятельности после трепетания желудочков и у человека. Существует давнее наблюдение Цимсена (Ziemsen), где он имел возможность электризовать различными видами тока сердце больной, у которой по поводу энхондромы был удален ряд ребер левой стороны. Несмотря на наложение электродов чуть ли не на самое сердце и применение значительной силы тока, он не наблюдал заметного изменения его деятельности.



Для решения вопроса, насколько сердце травмируется электрическим током Гильдемейстер (Gildemeister) произвел измерения на экспериментальных животных и на трупах людей и нашел, что даже при наимыгоднейшем расположении электродов (левая передняя лапа—правая задняя, или левая рука—правая нога) через сердце проходит едва  $\frac{1}{30}$  часть тока. Другой крайностью является точка зрения Еллинека, по которой смерть от электрического тока является мнимой смертью, что наступает род оглушения, какие-то функциональные обратные расстройства, и что искусственное дыхание, проводимое упорно, часами, способно в большинстве случаев возвратить жизнь мнимо-умершему.

На большое значение заторможенности при электрических травмах указывал еще в своих ранних работах Арсонваль, и она, конечно, должна быть принята во внимание, но далеко не во всех случаях дело идет об одной только заторможенности.

С моей точки зрения огромного внимания заслуживают все учащающиеся случаи описаний появления у получивших электрическую травму поздних симптомов со стороны центральной нервной системы.

Рядом авторов описаны случаи электрических травм, где пострадавший после кратковременного безпамятства испытывал только разбитость и усталость, продолжал даже нередко работу и только спустя несколько дней или даже недель у него появлялись те или другие симптомы поражения нервной системы. Так, описаны случаи наступления эпилептических припадков (Jolly, Braz), вялого паралича половины тела с реакцией перерождения (Hogn); явления слабости и похудания нижних конечностей и учащенного мочеиспускания (Mendel); одностороннее изменение величины и реакций зрачка (Pance); появление нистагма, паралича лицевого нерва и двустороннего симптома Бабинского (Simson) и ряд других.

В последнее время рядом авторов делается попытка, правда, больше в случаях смерти при электротерапии, подойти к разрешению вопроса о причине смерти путем обходного, если можно так выразиться, движения (Шридде, Геринг, Мейнгольд и другие (Schridde, Hering) Meinhold) утверждают, на основании ряда вскрытий, что они во всех этих случаях находили явления гипопластической конституции типа *Sthymico lymphaticus*, и это обстоятельство и объясняет смерть.

Что субъекты симпатикогипопластической конституции вообще нестойки, что они выказывают во многих отношениях недостаточность физико-химической регуляции биологических процессов и лабильность коллоидальных систем—широко известно. Указание это представляет большую ценность с точки зрения установления необходимости соблюдать сугубую осторожность при электротерапии больных с такого рода конституцией. Но все же это не более, как частный случай в массе электрических травм у совершенно нормальных с этой стороны людей и не только при профессиональных и бытовых травмах, а и при электролечениях. Подобный подход к решению этого вопроса способен только затемнить его.

Как видно из этого, хотя и беглого, перечисления данных эксперимента и клиники, несмотря на большое количество отдельных очень интересных фактов и наблюдений, мы все же еще очень далеки от синтеза, ведущего к пониманию причин электрической смерти.

Дело при электрических травмах, повидимому, сводится к поражению самых различных тканей, органов и систем, при чем играют роль, наряду со всеми внешними условиями, т. е. вольтажем, силой тока, плотностью, частой переменной направлением, продолжительностью, скоростью нарастания или уменьшения силы и т. д. и т. д., еще и внутреннее тончайшее физикохимические процессы в самом организме.

Подтверждение сказанному мы можем найти в данных чрезвычайно тонких экспериментов последнего времени над реакциями на различные виды электрического тока как одноклеточных, так и отдельных тканей высокоорганизованных существ. В ряде прекраснейших работ Эббека, Гехта, Гебера, Спиро и других было доказано изменение проницаемости растительных и животных мембран для различных ионов под влиянием электрического тока. Резко изменяется реакция свойства биокolloидов—осмотическое давление, набухание, быстрота образования геля, вязкость и т. д.

Больше того, Лебу, Лилли и Кэтталь удалось получить под влиянием постоянного тока образование бластул из неоплодотворенных яиц морской звезды. При этом, однако, наблюдаемые явления зависят не от прохождения тока, а от прохождения определенного вида тока. Так, например, найдено, что переменный 50 периодный ток определенного напряжения и силы и определенной плотности не изменяет жизнедеятельности дрожжевых клеток, постоянный ток задерживает их рост, а переменный с меньшим числом периодов ускоряет.

Стройное и увлекательное изложение учения о биологическом значении резонанса, объясняющего с физической точки зрения возможность такого избирательного действия различных видов электрического тока мы находим в работах А. Е. Щербака.



Следует ли отделять и противопоставлять случаи электрических травм на производствах и в общежитиях от травм при электролечении? Мне представляется такое разделение необоснованным. Сущность травмы и тут и там одна и та же, и разница в реакциях больного и здорового скорее не качественная, а количественная.

Какие-же практические выводы позволено будет сделать из всего приведенного? Мне представляется, что У.О.Ф.И. надлежит ввести в свой научно-производственный план проблему электрической травмы. При чем подходить к разрешению этого вопроса следует не лабораторно на кроликах, а на клиническом материале. На ряду с патолого-анатомическим исследованием погибших от электрической травмы, как это чаще всего делается, особое внимание следует уделить возможно полному и широкому функциональному исследованию даже и легко травмированных, также настойчивому выявлению поздних проявлений травмы. Для выполнения этой трудной задачи нужно, мне думается, войти в контакт с органами охраны труда, институтом профессиональных заболеваний, скорой помощью и, разработав соответствующий опросный лист, добиваться введения регистрации каждого случая электрической травмы и передачи этого материала в УОФИ. В случаях, когда пострадавший остался жив, следует для уловления возможных отдаленных последствий электрической травмы периодически, в течение хотя бы ближайших двух-трех месяцев, производить тщательный неврологический осмотр пострадавшего.

Но так-как в задачи УОФИ входят и профилактика и санпросвещение, институт должен теперь-же, не откладывая до получения результатов своих научных изысканий, повести борьбу с невежественным и легкомысленным обращением с электрической энергией.

Надлежит совместно со специалистами электриками разработать, издать и широко распространить специальные листовки и плакаты. Следует при этом настоятельно разъяснить, что деление на ток «опасный—высоковольтный», на столбах которого нарисованы череп с костями, и ток, так сказать, «ручной, домашний, безопасный» совершенно необосновано. Статистика несчастных случаев, я это уже подчеркивал раньше, говорит иное.

Больше того, травмы, полученные от мощных высоковольтных источников, обычно сопровождаются обширными ожогами, вплоть до потери конечности и т. д., но очень часто не влекут за собой смерть. У Еллинека есть красноречивое описание одного несчастного случая, где монтер, производя ремонт высоковольтной сети, потерял равновесие и повис на проводах. Его товарищ схватил его за ноги, чтобы снять с проводов, получил удар тока и упал рядом с первым на землю. Первый, несмотря на то, что был замкнут прямо в мощный высоконапряженный ток и получил очень тяжелые ожоги, остался жив, а второй, попавший только в ответвление цепи, и через которого прошел несравненно менее напряженный ток, благодаря посредственному замыканию, был поднят мертвым.

Что касается электротерапии, то следует, как это давно уже проповедуется моим учителем Н. И. Коротневым, отказаться от применения синусоидального тока, который дал такое большое количество смертных случаев и без которого можно свободно обойтись. Я позволю себе сделать практическое замечание. Очень часто в пантостатах, мультостатах и т. п. приборах, изготовляемых германскими фирмами, нет фарадической катушки, а синусоидальный ток именуется «синусоидальной фарадизацией». Подобный аппарат имеется в У.О.Ф.И. Фарадический ток есть ток вторичной катушки, и никакого другого фарадического тока нет. «Синусоидальный же фарадический» ток есть опасное заблуждение, чтобы не сказать больше. Это обстоятельство надо иметь в виду, пользуясь подобными приборами. Следует также отказаться от применения распределительных досок, питающихся от центральных станций, при которых так часты случаи травмы. Необходимо внедрить в сознание физиотерапевтов, что электролечение есть врачебный метод. Как хирург не отдаст во время операции ножа подсобному персоналу, так и электролечение должно проводиться если не всегда руками врача, то безусловно на его глазах.

Никакого шаблона не может пока что еще быть установлено, каждый больной может дать иную реакцию.

Необходимо, как я уже говорил, чтобы физиотерапевт не только был вполне ориентирован в вопросах техники безопасности, но чтобы он детально знал устройство каждого аппарата, на котором он работает. Обслуживающий персонал должен быть строго приучен к тому, что не только малейшая жалоба больного должна быть немедленно учтена, но что необходимо все время следить за реакцией больного. Перед началом лечения больной должен быть подробно инструктирован, как он должен себя вести во время процедуры, каковы будут его ощущения и о чем он должен сейчас же довести до сведения персонала. Как часты обморочные состояния во время франклиннизации и 4-хквартных ванн, ожоги при диатермии и т. д. и как они тяжело отражаются на психике больного, а, ведь, всего этого можно легко избежать при правильной постановке дела. Такое же внимание персонал должен обращать и на работу



аппаратуры. Всякое необычное явление при работе аппарата — искреннее, необычный звук, запах, колебание стрелки измерительного прибора и т. д. — все это должно никогда не уходить из поля внимания персонала.

Все это делает работу в электrolечебном отделении крайне напряженной и утомительной, это должно быть учтено в давней борьбе (еще со времен 1 Всесоюзного съезда физиотерапевтов в 1925 году) за признание Наркомздравом работы в электrolечебных отделениях особо вредной со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Но только при такой постановке дела и при сугубо индивидуальном подходе к каждому больному электрические травмы при лечении будут сведены до редких исключений.

Что касается подачи первой помощи при электрических травмах, то наружные повреждения лечатся обычным путем. Нужно, о чем я уже говорил раньше, не упустить из вида возможность кровотечений.

В случае оглушения и остановки сердечной деятельности в первую очередь идти по стопам Еллинека и действительно часами, настойчиво проводить искусственное дыхание, т. е. описаны случаи восстановления сердечной деятельности только лишь спустя 3—4 часа непрерывного искусственного дыхания.

Ряд авторов издавна рекомендуют фарадизацию области сердца сильными токами с редкими перерывами. Многие видели хорошие результаты от поколачиваний грудной клетки и массажа.

Даются даже советы вскрыть грудную клетку и произвести массаж самого сердца. Наряду с обычными сердечными (подкожно и внутривенно) рекомендуется интракардиальное (в желудочки, а не в предсердия!) вырыскивание chinidin'a, а также суб'окципитальный прокол и введение в cysterna magna раствора Lobelin'i puri в 10 проц. растворе Coff. citrici.

Лечение отдаленных проявлений электрической травмы — симптоматическое.

## К вопросу о классификации суставных заболеваний \*)

Доцент Г. Н. УДИНЦЕВ

ИЗ УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА

В производственном плане научно-исследовательских работ УОФИ на первом месте стоят «полиартриты и их физиотерапия и ревматические заболевания, их физиолечение и физиопрофилактика».

Едва ли нужно доказывать чрезвычайную актуальность и особое значение затрагиваемой проблемы для нашего Союза и в частности Уральской области. Ведь не подлежит сомнению, что в разнообразных климатических условиях Урала, в разнообразных и тяжелых условиях труда и быта промышленного Урала, при сравнительно низком уровне культуры и техники и т. д. и т. д., — заболеваемость т. наз. ревматизмом среди Уральского населения имеет громадное распространение, ведя к массовой инвалидности и длительной потере трудоспособности в самом цветущем возрасте.

Вот несколько цифровых данных, заимствованных из работы пр. доц. Г. М. Данишевского «Борьба с ревматизмом, как социальным злом»: «на один случай туберкулеза «ревматические» болезни дают местами 3,2 заболеваний, длительность их в среднем в 3—4 раза больше, чем при туберкулезе; народно-хозяйственные потери соответственно выше. По данным Нoffsbaueг'a инвалидность, вызываемая «ревматизмом», составляет для Германии 7 проц., для Швеции 9 проц., для Дании 12 проц., а для Англии даже до 18 проц. общей инвалидности. Таким образом, несомненно, этот враг заслуживает как специального изучения, так и особых мер борьбы с ним.

Проделявая огромную работу в смысле лечения «ревматиков» и получая во многих случаях поразительные результаты, работники УОФИ не закрывают глаза, что, напротив, имеются и такие случаи, где, несмотря как-будто-бы на все благоприятные условия, созданные для излечения, болезненный процесс не только не поддается лечению, но даже имеет склонность к ухудшению. Напротив, там, где все подсказывает нам, что перед нами имеется безнадежный случай, вопреки всем объективным данным, наступает улучшение. Здесь в известной степени вина падает на нас самих, силясь в рядом неправильно диагностирующих заболевание, «сваливая в одну кучу так наз.

\*) Доклад, читанный в заседании научной ассоциации врачей г. Свердловска 20-XI—30 г.



ревматические заболевания (проф. Вельяминов) — самые разнообразные заболевания с различной этиологией, клиническим течением и анатомическими изменениями».

К сожалению, приходится констатировать, что у нас до сих пор нет еще общего языка, нет единой хотя-бы условно принятой классификации суставных заболеваний, несмотря на то, что вопросом создания классификации болезней суставов заняты как отдельные научные работники, так и целые съезды, конгрессы, специальные комитеты, что этой проблеме посвящена большая литература. Из нескольких десятков классификаций ни одна не может считаться общепринятой. Насколько сложен этот вопрос и как далеко мы от разрешения его, — можно судить по тому, что съезд германского общества по борьбе с ревматизмом, состоявшийся в конце 1928 года, учитывая недостаточность наших знаний в этом вопросе, решил, что создание единой обще-обязательной классификации в настоящее время неосуществимо и станет возможным лишь тогда, когда лучше будет изучена этиология заболеваний суставов.

Понятие «ревматизм» было введено в XVII в. Балониусом для обозначения переходящих болей в суставах и мышцах. В последнее время этот термин вызвал в литературе жесточайшие споры: одни, как, например, некоторые представители французской школы, понимают этот термин слишком широко, соединяя в этой группе различные заболевания, говоря, например, о гонококковом ревматизме, туберкулезном и т. д. (Видаль, Тесен и др.); другие школы, напротив, понимают более узко понятие «ревматизм», считая его заболеванием с совершенно определенной клинической картиной и патолого-анатомическими изменениями (Кончаловский); некоторые же, в виду разноречивого понятия и толкования слова «ревматизм», предлагают совершенно изъять этот термин из употребления (Гуревич).

Не имея возможности входить в критику того или иного взгляда, отметим, что, нам кажется, самое лучшее встать на точку зрения, защищаемую проф. М. П. Кончаловским, который говорит: «я лично думаю, что это понятие «ревматизм», несмотря на его сложность и запутанность, все-таки имеет определенный *raison d'être* для своего существования».

Итак, оставляя за термином «ревматизм» право гражданства, мы, тем не менее, не должны забывать, что этот «ревматизм» четко не выделен, и этим термином пока все еще называются процессы, часто не имеющие по своему патогенезу ничего общего с действительным ревматическим процессом: эти часто различные по этиологии болезни имеют общее лишь то, что все они являются заболеваниями суставов. Эта неясность увеличивается еще тем, что различные авторы описывают одни и те же формы болезни под различными названиями и, наоборот, очень различными болезненным формам приписывают одну и ту же этиологию и название. Дело в том, что значительное большинство артритов по внешним своим признакам между собою довольно сходны, что различные этиологические моменты вызывают нередко совершенно одинаковую картину, наконец, часто встречаются переходные и смешанные формы.

Есть много оповов представления классификационных схем, таковы классификации Pribram'a, Munk'a, Asman'a-Егорова, Вельяминова, Umber'a и целого ряда других, но, к сожалению, в принципе этих классификаций, в основе их не лежит какой-нибудь один определенный «usus». Эти классификации построены то по этиологическому принципу, то анатомическому, то клиническому, то пользуются сочетанием нескольких принципов за раз и т. д.

Последнее время, благодаря работам Талалаева, Безансона и др. почти с несомненностью доказано, что то, что издавна называется острым суставным ревматизмом, представляет из себя хроническую инфекцию с неизвестным пока возбудителем (всего скорее *streptococcus cardioarthritidis*—Small, Birkung), постоянной локализацией которого является только мышца сердца. Морфологическим проявлением этого ревматического миокардита являются в миокарде узелки специфические только для ревматического яда гранулемы, заканчивающиеся склерозами в мышце сердца. Это страдание не сопровождается обязательным поражением суставов. Обязательная локализация ревматического процесса в сердце и частое отсутствие в суставах каких-бы то ни было изменений побудили Besançon'a, Талалаева и др. предложить называть эту болезнь не суставным острым ревматизмом, а просто острым ревматизмом, или ревматическим кардитом. Ревматический кардит (мио-эндо-кардит) может быть единственным симптомом на всем протяжении болезни и даже на протяжении всей жизни больного. Правда, может этот ревматический кардит сопровождаться и поражением суставов. Эта-то форма и известна, как острый сочленовый ревматизм. Ревматический кардит может также сопровождаться поражением кожи, фасций, апоневрозов, суставных сумок и т. д. с образованием «noduli rheumatici», каковая форма известна, как острый ревматизм, обычно протекающий без поражения суставов. И, наконец, ревматический кардит, особенно у детей, сопровождающийся поражением нервной системы с характерными насильственными движениями, известными под названием cho-



gea minor. Еще имеются заболевания т. наз. Erythema nodosum», которое также должно быть отнесено к острому ревматизму.

Все разобранные виды кардитов, сопровождающиеся поражением суставов, согласно утверждению Безансона, интересны тем, что заболевшие при этом страданиям суставы всегда и полностью возвращаются к норме, т. е. по отношению к сердцу ревматизм хроническое страдание, а по отношению к суставам оно всегда только острое. Из этого следует чрезвычайно важный вывод, говорит Егоров, что «Хронического суставного ревматизма вообще не бывает, т. е. если суставы не вернулись к норме и в них остались на всю жизнь стойкие изменения, то значит это был не ревматизм».

Итак, острый ревматизм с только что указанными особенностями клинических проявлений и течения как-будто бы ни у кого не вызывает сомнения. Если сейчас мы перейдем к так наз. хроническому суставному ревматизму, то увидим, что здесь нет такого единодушия, как это имелось в отношении острого ревматизма.

Имеется целый ряд авторов, которые признают хронический суставный ревматизм, каковы проф. Дитерихс, Шенк, Вельяминов, Александров, Мунк и др. С другой стороны, не менее авторитетные ученые отрицают возможность существования хронического ревматизма. Проф. Валидинский, например, говорит: «я присоединяюсь к мнению тех авторов, которые считают, что при ревматизме изменения в суставах бывают только острого характера, не переходящие в хронические состояния. Если после острого суставного ревматизма и наблюдаются рецидивы, то они вторичного происхождения».

После эти замечаний перейдем к классификационным схемам суставных заболеваний \*).

Краткости ради мы не будем приводить всем известные старые классификации суставных заболеваний. Остановлюсь лишь на последних схемах, предложенных, различными отделениями международной лиги по изучению и борьбе с ревматизмом \*\*).

## Британская номенклатура

### Группа А.

1. а) Ревматическая лихорадка (острый ревматизм).  
б) Подострый и субхронический суставной ревматизм.
2. Пелиозис ревматика, пурпура, хорея, узловатая эритема.

### Группа Б. Внесуставные проявления ревматизма

3. Мышечный ревматизм, миальгин, включая фиброзный, плевродиния тортис-колис, исключая люмбаго.
4. Люмбаго.
5. а) Ишиас.  
б) Другие типы невритов (бронхиальный и др.).
6. Ревматоидный артрит (инфекционный периартрит) обычно переводится как общий деформирующий артрит или первично-хронический суставной ревматизм.
7. Остеоартрит, включая malum Coxae senile.  
а) Деформирующий спондилит, ризомелический спондилез.
8. Подагра:  
а) Острая.  
б) Хроническая.
9. Хронические изменения, не поддающиеся классификации.

### Германская номенклатура

1. Острый суставной ревматизм.
2. Подострый (субхронический) суставной ревматизм.
3. Вторично-хронический суставной ревматизм.
4. Первично-хронический суставной ревматизм.
5. Генерализованный деформирующий артрит (только при наличии рентгеновских и секционных патолого-анатомических данных).

\*) Краткости ради, классификационные схемы приводятся без всяких пояснений.

\*\*) Отделение лиги в СССР не представило своей схемы классификации суставных заболеваний, почему в докладе приводятся схемы классификаций, предложенные отдельными авторами.



6. Деформирующий остеоартрит (*malum coxae senile*), гипертрофический, атрофический.
7. Мышечный ревматизм.
7. Нервный ревматизм.
9. Подострый ревматизм (панникулит), подагра отдельно.

#### А н г л и й с к а я

1. Ревматическая лихорадка.
2. Фиброзит (люмбаго, брохиальгия, ишиас).
3. Артрит: а) Специфический тбк, сифилис.  
           б) Инфекционный (фокусная инфекция, неопределенная).  
           в) Климактерический (метаболический).  
           г) Остеоартрит (*malum coxae senile*).
4. Подагра.

#### Ф р а н ц у з с к а я

- Этиология 1. Инфекционный. Гоноррея. Сифилис. Тбк.  
 Патология. Гидрартроз, деформация  
 Течение острое, подострое, хроническое. Локализация.  
 2. Острый суставной  
 3. Инфекционный вторичный  
 4. Эндокринный (тиреогенный).  
 5. Подагра.

#### В е л ь я м и н о в Н. А.

1. Последствия травматического haemarthros'a).  
     I. Травматические артриты:  
     а) после ушибов и дисторсий,  
     б) » *dérangement interne*  
     в) » иммобилизации.
2. Смешанные формы.
3. Артриты при нессонной болезни («нессонный ревматизм»):  
     II. Ревматические или простудные артриты.  
     III. Артриты при острых инфекционных болезнях.
- A. Polyarthritidis rhematicainfectiosa s. rheumatismus articulerum
1. » » » *acuta* и смешанные формы
2. » » » *chronica* » »
- B. Артриты при септических инфекциях.
1. Артриты при:  
     а) *osteomyelitis infectiosa acuta*  
     б) » » *chronica*
2. Артриты при септико-пиемии или общем сепсисе:  
     а) при нагноении ран  
     б) » *septico-pyemia puerperalis*  
     в) » » » *neonatorum*  
     г) » ушной септико-пиемии,  
     д) » нагноениях во внутренних органах,  
     е) » катетеризации,  
     ж) » *septico-pyemia interna* (Roser) s. *pyemia cryptogenes inantum*  
     (Payxфус, Bidder)
- B. Arthritis pneumococcica
- Г. Arthritis gonorrhoeica  
     а) у взрослых;  
     б) у детей—*arthritis blennorrhoeica* (Теленсен).
- Д. Артриты при разных острозаразных болезнях:
1. Arthritis erysipelatos
2. » *thyphosa*
3. » *parathyphosa*
4. » *gripposa*
5. » при «Dengue»
6. » при Мальтийской лихорадке
7. » *parotitis epidemica*
8. » коклюше
9. » *meningitis cerebro-spinalis epidemica*
10. » при сыпном тифе
11. » » возвратном тифе
12. Arthritis scarlatinosa



13. » morbillosa
14. » rubcolosa
15. » variolosa
16. » varicellosa
17. » при дифтерии
18. » » дизентерии
19. » » холере
20. » » малярии
21. » » cane (malleus).

#### IV. Артриты при хронических инфекционных болезнях и микозах.

##### А. При хронических инфекционных болезнях:

1. Туберкулезные артриты.
2. Сифилитические »
3. Смешанные формы.
4. Артриты при framboesia

##### Б. Артриты при микозах.

1. Артриты при sporotrichosis
2. Мадурская болезнь.

#### V. Артриты при болезнях крови, питания, обмена веществ, при самоотравлениях, аномалиях внутренней секреции и отравлениях.

##### А. Артриты при геморрагических диатезах.

1. » » haemophilia
2. » » цыгге и болезни Barlow'a
3. » » purpura (peliosis) rheumatica

##### Б. Артриты при болезнях обмена и аутоинтоксикациях.

1. При подагре:
  - а) при типичной подагре—arthritis uratica
  - б) » атипической »
  - в) » атритизмах и гепатизме
2. Osteo-arthropatie hypertrophiente pneumique (Bamberger, Marie).
3. Compto dachliv Buchard'a
4. Артриты при nephritis interstitialis (Teisser et Rogue)
5. Rheumatisme chronique biliaire (Gilbert, Fournier)

##### В. Артриты при аномалиях внутренней секреции и аутоинтоксикациях.

1. Polyarthritis progressiva chron. thyreotoxica (Вельяминов).
2. Arthritis при hypothyreoidismus (Hertoghe, Menard, Tagen-Torn)
3. Osteoarthritis deformans endemica (Бек) thyreotoxica
4. Athrilis intermittens при Базедовой болезни (Pletzer, Homan)
5. Arthralgiae при morb. Addisoni
6. Osteoarthritis deformans Paget'a.

##### Г. Артриты при отравлениях.—

1. Артриты при отравлениях свинцом—Arthr. saturnina
2. » » сывороточной болезни (Serumkrankheit)
3. » » отравлении томатами Tomatojoint Jahnsen'a

#### VI. Невропатические артриты.

##### А. Артриты при поражениях периферических нервов.

1. При прижатии и ушибах нервов.
2. » поражениях и перерезке нервов.
3. » невритах (не травматических).
4. При malum perforans pedis
5. Некоторые формы моноартритов невыясненного происхождения.

##### Б. Артриты при поражениях спинного мозга.

1. При прижатии, сотрясении и ушибах спинного мозга.
2. При ранениях спинного мозга.
3. » миелитах.
4. » amyotrophica progressiva spinalis
5. » poliomyelitis anterior
6. Arthropatia tabidorum
7. » при syringomyelia

##### В. Артриты при поражениях головного мозга.

1. При гемиплегиях.
2. » paralysis progressiva
3. » психических аффектах (Leyden, Kots).

##### Г. Заболевания суставов при функциональных неврозах.

1. Невралгии суставов.
2. Заболевания суставов при истерии.



3. Артриты при *paralysis agitans*

4. » » *chorea minor*

Д. Артриты неврогенного характера при трофоневрозах неизвестного происхождения.

1. *Polyarthritis chr. progressiva primitiva s. symmetrica, nodosa, pauperum etc.*

2. *Arthritis deformans spontanea, malum senile.*

Брусилевский Е. М.

I группа. — Травматическая (ушибы, ранения, дисторзии и пр.)

II группа. Ревматическая. 1-а. *Polyarthritis rheumatica acuta*

б) *Residua post polyarthrit. rheumat. acutam*

в) *Rheumatismus vagus* без объективных изменений в суставах

г) *Rheumatismus subac.*

2. *Polyarthrit. rheumat. chronic, secundaria (11)*

3. *Polyarthrit. rheumat. chr. primaria (1)* у разных авторов под различными названиями: *polyarthr. chr. rheumat. progressiva (Pribram)*, *Polyarthr. chr. progressiva destruens (Hoffmann, Wallenberg)* и др.

4. Как исход предыдущих форм, а также как самостоятельно развивающаяся форма: *Rheumatismus fibrosus (Гакк)*, *Artr. ankylopoetica (Ziegler)*, *Polyarthr. chr. villosa ankylopoetica (Schuller)* и др.

III. Группа — инфекционная. 1. Острые инфекции: гонорройная, септические, все постинфекционные артриты, стафилококковые, стрептококковые *stil'евская* форма и др.

2. Хронические инфекции:

а) ложные-генеритарный *Arthrolues tardiva* и приобретенный; поражение костные, синовиальные и пр.;

б) туберкулезные-моноартикулярные: синовиальный, фунгозный, костный; полиартикулярный-туберкулезный ревматизм *Poncet*.

IV группа: Токсические. 1. Инкреторные. *Arthritis thyreotoxica, climacterica,*

*Acromegalia, nodosa (Heberdin)*, *Arthropathia psoriatica* и др.

2. *Arthritis urica, calcarina, saturnina, alcaptonurica* и др.

V группа. — Неврогенные. *Arthropathiae tabidarum* при *syringomyeliae*.

VI группа. Дистрофические, этиология которых еще не вполне установлена; дегенеративные, как последствия других заболеваний: роста, развития, определенного конституционального состояния.

1. *Arthritis deformans:*

а) *polyarthr. chr. deformans sensu strictu.*

б) моноартикулярные формы: *gonoarthr. deformans. Malum senile coxae* и др.

2. *Spondilosis:*

а) *Spondilosis ankylopoetica*

б) *Spondilosis deformans;*

в) *Spondilosis traumatica (Kummel)*

г) *Spondilosis deformans tabica.*

3. *Arthritis haemophylica*; артриты при геморрагических диатезах, скорбуте и др.

4. *Osteохондропатии: M. Perthes, Köhler, Schlatter, Kyphosis lumbatis adolescentium, Chondrodystrophia* и др.

VII группа. Переходные и смешанные формы.

Нейдромский М. М.

A. 1. *Arthritis acuta traumatica*

2. *Arthritis acuta ex anaphylaxia*

3. » » *urica*

4. » » *simplex (rheumatica)*

5. » » *secundaria:*

а) *thyposa,*

б) *gonorrhoeica*

в) *tbc,*

г) *luetica,*

д) *scarlatinosa,*

е) *septica* и т. д.

6. *Arthritis ac. haemorrhagica:*

а) *polyosis rheumatica,*

б) *haemophylica*

в) *ex anaemia pernicioosa,*

г) *Scorbutica*

Б. 1. *Arthritis chronica traumatica*

2. » » *urica*



3.       »       »       simplex (rheumatica)
4.       »       »       secundaria:
- а) post typhosa,
- б) gonorrhoea,
- в) tbc,
- г) luetica,
- д) postscarlatin,
- е) septica и т. д.
5. Arthritis chr. haemorrhagica:
  - а) haemophylica,
  - б) post anaemiam pernicious,
  - в) Scorbutica
- В. Arthritis chronica deformans.
- Г. Arthritis chr. endocrinica.
- Д. Arthritis chr. neuropathica.
- Е. Spondilosis.
- Ж. Neoplasma arthriticum.
- З. Ecchinococcus arthriticus.

Для определения характера процесса, его локализации и интенсивности проф. Невядомский каждую нозологическую единицу делит на 3 подгруппы «а», «в» и «с», причем «а» характеризует воспалительный процесс с болями и хрустом в суставах; «в» — с припуханием, покраснением, болезненностью, экссудатом в полости сустава и «с» — с ограничением подвижности в суставе, контрактурами.

К «а» «в» и «с» добавляется цифра 1, 2 и 3, обозначающая 1—верхней конечности, 2—нижней и 3—позвоночник, например, а1, в2 и с3.

#### Голубев Н. Ф.

- I. Острый множественный сочленовый ревматизм.
- II. Острый артрит и полиартриты, как осложнение различных инфекционных болезней.
- III. Purpura rheumatica.
- IV. Анафилактические артриты.
- V. Хронические артриты и полиартриты:
  - 1) как остаток или осложнение—острого множественного сочленового ревматизма;
  - 2) как последствие или остаток неизлеченного вторичного острого артрита при различных инфекционных болезнях (гоноррея и пр.);
  - 3) первичный хронический, прогрессирующий, обезображивающий и даже по терминологии Brulazov'a пернициозный полиартрит.
  - 4) Первичный обезображивающий моноартрит.
  - 5) Моноартриты с неясной этиологией и патогенезом:
    1. Артропатия плечевого сочленения с атрофией дельтовидной мышцы.
    2. Periarthritis humerus capularis.
    3. Morbus Kohler'a.
    4. M. Perthes—Calve—Zeyg'a.
    - 6) Простуда, resp. охлаждение и артропатии.
- VI. Редкие формы артритов:
  1. Хронический артрит при циррозе Hanot.
  2. Артриты при psoriasis.
  3. Артропатии при раке легкого.
  4. Моноартрит при anaemia perniciousa progressiva.
  5. Артрит, присоединяющийся к интерстициальному нефриту.
  6. Артриты при хронических гнойных и гнилостных процессах в легких.
  7. Артриты при расширениях желудка.
- VII. Подагрические артриты.
- VIII. Артриты при третичном сифилисе.
- IX. Нехирургические туберкулезные артропатии.
- X. Артриты при изменениях щитовидной железы.
- XI. Артропатии при поражениях периферических нервов и центральной нервной системы.
- XII. Табетические артропатии.
- XIII. Артропатии при сирингомиелии.
- XIV. Поражения позвоночника.
- XV. Прострел, как заболевание аппарата позвонков.
- XVI. Невралгии суставов.
- XVII. Водянка суставов.



## Александров В. А.

А. Острый суставной ревматизм, подострый суставной ревматизм.

Б. Вторичный хронический ревматизм, первичный хронический ревматизм.

В. Деформирующий полиартрит, деформирующий моноартрит (*malum coxae senile*), деформирующий спондилит, эндокринный (климактерический, гипотериозный и др.) артрит.

Г. Инфекционный артрит (*tbc, lues, gonorrhoea sepsis* и др.)

Д. Травматический артрит.

Е. Неврогенный артрит (*tabes, syringomyelia*)

Ж. Интоксикационный артрит (свинец и др.)

З. Подагра.

Шенк А. (Хронические заболевания суставов).

1. Артриты травматические.

2. „ „ инфекционные:

А. Первичный ревматический, как последствие острого множ. сочлен. ревматизма.

В. Вторичный септический (постинфекционный), как последствие различных инфекций: а) гонорройный артрит, б) туберкулезный, в) сифилитический, г) дизентерийный, д) тифозный, е) дифтерийный, ж) пневмококковый, з) скарлатинозный, и) колибациллярный, к) гриппозный, л) малярийный и пр. виды.

3. Артриты обменного происхождения: а) подагрический артрит, б) интоксикационный—при отравлениях свинцом, бисмутом и пр.

4. Артриты эндогенного происхождения: а) эндокринный артрит при поражениях щитовидной железы, гипофиза и других желез внутренней секреции, климактерического периода; б) гемофилический при гемофилии, скорбуте, пернициозной анемии; в) анафилактический при сывороточном лечении протеиновой терапии; г) алиментарный и пр.

5. Артриты неврогенного происхождения: а) трофо-невротический, б) табетический, в) сирингомиелитический и т. п.

6. Артриты с асептическим некрозом ткани.

Дитерихс М. М.

I. Группа—травматическое артриты.

II. „ „ ревматические: 1) острый ревматический полиартрит и 2) вторичный хронический ревматический полиартрит.

(Ревматические полиартриты делятся на следующие подвиды: а) рецидивирующий, б) остаточный, в) смягченный, г) подострый, д) узелковый, е) фиброзный, ж) *defigurans*, з) *deformans*.)

III. Симптоматические вторичные инфекционные артриты.

IV. Эндогенные артриты.

V. Метаболические „

VI. Нейропатические

ЕГОРОВ Б. А. (Хронические поражения суставов).

1. Обезображивающий остеоартроз: а) полиартрикулярная, б) моно и олигоартрикулярная, в) местная и г) вертебральная.

2. Хронический инфектарит.

3. Хронический артрозо-артрит: а) параллельная форма, б) постартритическая форма, в) постартритическая форма.

Житников Б. А.

I. Заболевания суставов вследствие механических причин: а) травм. (больших и малых), б) статические деформации (*pes planus, pes et genu valg. et var, сколиозы, неправильно сросшиеся переломы* и пр.).

II. Заболевания суставов вследствие простуды.

III. Заболевания суставов вследствие инфекций:

а) ревматический полиартрит, б) артриты остро-септические, в) артриты хронические (*infectarthritis chronica, «очаговый артрит»*).

г) Артриты при хронических заразных болезнях и микозах (туберкулез, сифилис, споротрихоз и т. д.)

IV. Заболевания суставов вследствие отравлений: а) пищевого, б) парентерального, в) профессионального (свинец, ртуть и т. п.)

V. Заболевания суставов вследствие нарушения обмена:

а) подагры мочеислой

б) „ известковой,

в) алькаптонурии.

VI. Заболевания суставов вследствие эндокринных расстройств:



а) яичника, б) щитовидной железы, в) гипофиза.

VII. Заболевания суставов вследствие геморрагического диатеза.

VIII. Заболевания суставов вследствие болезней нервной системы:

а) спинного мозга (табес, сифилгомиэлия и пр.);

б) периферических нервов (ушибы, ранения, невриты и пр.).

XI. Заболевания суставов вследствие нарушения кровоснабжения и естественной изнашиваемости. Кроме этиологической части, автор вводит анатомо-клиническую часть, в которую входят 4 пункта, определяющие:

1) характер процесса воспалительный или не воспалительный, 2) остроту: острый, подострый, хронический, обострившийся; 3) локализацию и 4) динамику, процесса: статический, прогрессирующий, регрессирующий, затихающий, рецидивирующий.

Кавецкий Н. Е. и Гринберг Б. М.

1 гр. Polyarthritis-rhematica chronica secundaria

2 гр. Polyarthritis-rhematica chronica primaria.

а) exacerbata и

в) lenta.

3 гр. Polyarthritis chr. infectiosa

4 гр. Arthritis traumatica chronica

5 гр. Arthritis toxica

6 гр. Arthritis urica

7 гр. Polyarthritis endocrinica

8 гр. Arthritis neurotrophica

9 гр. Osteo-chondro-arthritis s deformans.

Валединский И. А.

A. Заболевания суставов воспалительного характера, т. н. «артриты».

1. При инфекционных болезнях: характерно одновременное поражение многих суставов. Характерно поражение отдельных суставов:

а) Polyarthritis rheumatica acuta

б) Polyarthritis infectiosa (при очаговой септической инфекции).

в) arthr. gonorrhoeica

г) arth. luetica

д) arthr. tuberculesa

11. При болезнях обмена веществ, эндокринопатиях, геморрагических диатезах:

а) arthr. urica—подагра,

б) arthr. thyreotoxica; climactericas

в) arthr. scorbutica, haemophilia

B. Заболевания суставов дегенеративного характера, т. н. «артрозы», osteoarthrosis tropho-traumatica et ex refrigeratione.

Здесь автор поясняет, что эти группы суставных заболеваний преимущественно наблюдаются у лиц тяжелого физического труда, подвергающих ткани суставов частым сдавливаниям, растяжениям, усиленному трению, вообще т. н. «микротравмам» или повышенному физиологическому изнашиванию и наряду с этими частым длительным охлаждением, вызывающим физико-химические изменения синовиальной жидкости хряща.

C. Заболевания суставов сложной этиологии и смешанного характера т. н. «артрозо-артриты». «Arthroso-arthritis».

Эта группа происходит от одновременного и длительного действия различных этиологических моментов—хронической инфекции, нарушения обмена веществ, дисфункции эндокринных желез, простуды, изнашивания и нередко ведет к тяжелым деформациям.

Независимо от класса и видов суставных заболеваний Валединский проводит подразделение еще по степени нарушения подвижности и стадий болезней.

I. Неподвижные — с тяжелыми законченными последствиями воспалительных и дегенеративных изменений в суставах в виду полных костных анкилозов, стойких контрактур, значительных атрофий и деформаций.

II. Малоподвижные с остатками воспалительных инфильтратов и выпотов, с начальными стадиями дегенеративных изменений, ограничивающих в той или иной степени подвижность.

III. Подвижные — свободные от всяких выпотов и деформаций, частью сопровождающиеся только артралгиями или незначительной крепитацией.

Наконец, чтобы указанная система классификации была более понятна, проф. Валединский рекомендует пополнить ее подробным описанием каждого вида.

Несколько слов в целях простого напоминания. Большинство исследователей согласно в том, что в каждом ли случае прежде всего надо решить вопрос: какое заболевание сустава—воспалительное или невоспалительное—дегенеративное.



Такое подразделение суставных заболеваний, предложенное в 1913 г. на Международном Конгрессе в Лондоне проф. F. Müller'ом, получило постепенное общее признание. Из русских авторов подобной классификации придерживаются Егоров, Ловяцкий и др. Асман ввел термин для дегенеративных поражений «артроз» и теперь различают: артриты (воспалительные заболевания), артрозы (дегенеративные) и артрозо-артриты (воспалительно-дегенеративные или дегенеративно-воспалительные).

Провести дифференциальный диагноз между ними далеко не просто, но все-же в большинстве случаев возможно, особенно если пользоваться целым рядом отличительных признаков, которые могут быть представлены в следующей удобной для запоминания таблице.

#### А р т р и т ы .

Поражаются большей частью синовиальная оболочка, капсула и окружающие мягкие части. Наблюдается значительная болезненность, припухлость (экссудат), ограничение подвижности. Характерно.

Обезображивание благодаря рубцеванию и сморщиванию капсулы и окружающих мягких тканей.

Вследствие слипчивых процессов суставная щель изменена.

Анкилозы довольно часты.

Иногда воспалительный процесс захватывает окружающие мягкие ткани, тогда в дальнейшем наступают мышечные атрофии.

Иногда вовлекаются суставные сумки, сухожильные влагалища.

Чаще у молодых.

Повышение температуры.

РОЭ ускорение

Кровь лейкоцитоз.

#### А р т р о з ы . Хрящ и кость.

Незначительная, не бывает, подвижность ограничена мало, новообразование хрящевой и костной ткани — энхондрозы, экзостозы, хорошо видимые на рентгене. Беспорядочное образование костно-хрящевых масс вызывает обезображивание суставов. Суставная щель обычно сохранена. Полные анкилозы редки.

У стариков.

Норма

Норма

Норма

#### Примеры:

Osteoarthritis deformans.

Гонококковый

смешанный

подагрический.

Учитывая все указанные моменты, нам кажется, в каждом отдельном случае можно отличить воспалительное заболевание от дегенеративного.

Перед нами наметились пути, по которым можно классифицировать суставные заболевания.

Не предвзято в смысле выбора той или иной классификации, нам все же кажется, что наиболее современными схемами являются Егорова, Валеди́нского и Житникова. Во всех этих классификациях учитывается и характер патолого-анатомических изменений, и этиология, и степень нарушения функций и стадий болезни. В этих классификациях, наконец, «ревматизм» ставится впервые на свое место.

Лучшей из этих трех схем, нам кажется, будет классификация д-ра Житникова; первые две, с нашей точки зрения, грешат излишней схематичностью.

Сегодняшнее собрание должно сказать свое веское слово в пользу той или иной классификации. Пора прекратить тот разнобой, который царит в наших лечебных учреждениях. Нам думается, что сегодня мы попытаемся наметить пути, по которым в дальнейшем пойдут наша мысль и работа.

Необходимость этого учитывает и научная ассоциация. Резолюция по настоящему докладу: «Поручить президиуму ассоциации срочно приступить к организации Уральского отделения Комитета по изучению и борьбе с ревматизмом».

#### Л и т е р а т у р а .

Вельяминов Н. А. — Учение о болезнях суставов с клинической точки зрения. ГИЗ. 1924.

Валеди́нский И. А. — Грязелечение суставных заболеваний. Кур. Сан. Дело. 1930 г. № 1.

Дитерихс М. М. — Как я представляю себе суставной ревматизм. Клинич. Медицина. 1929 г. № 4.

Голубев Н. Ф. — Нозология заболеваний суставов. Acta medica Харьк. 1926.

Брусилковский Е. М. — Заболевания двигательного и поддерживающего аппарата. Acta medica. 1928 г.

Данишевский Г. М. — Борьба с «ревматизмом», как с социальным злом. Acta rheumatica 1929 г. в. 1. Москва.

Кончаловский М. П. — К вопросу о сущности ревматизма. Там же.



Талалаев В. Т. — Сущность острого ревматизма с патолого-анатомической точки зрения. Там же.

К вопросу о классификации ревматических заболеваний. Отдел информации в Acta rheumatica. 1929 г., в 1.

Егоров Б. А. — Заболевания мышц, костей и суставов. Частн. Патол. и Терапия внутренних болезней. Ланг и Плетнев т. IV, в. 1.

Талалаев В. Т. — Острый ревматизм — патология, патоанатомия и клин.-анат. классификация. Г. М. И. Москва-Ленинград. 1930 г.

Житников Б. А. — К вопросу о классификации суставных заболеваний. «Врачебная Газета». 1930. № 17—18.

Кавецкий Н. Е. и Гринберг Б. М. — Хронические заболевания суставов и их лечение на Сергинских минеральных водах. Казан. Мед. Журн., 1930 г., № 9.

Невядомский М. М. — Классификация болезней суставов применительно к нуждам курортного отбора. Врачебное Дело. 1928. № 22.

Asmann—Klinische Wochenschrift, 1925, № 31, 32.

Umber—Münch. med. Woch. 1924. № 1.

Besançon—Annales de Med. 1926, т. XIX; цит. по Валединому и др.

## Университетские хирургические клиники Берлина\*)

М. В. ШАЦ

(Ассистент Пропедевтической Хирургической Клиники П. Г. У.\*\*)

Прежде чем остановиться на особенностях хирургических университетских клиник Берлина, с работой которых я имел возможность еще раз ознакомиться летом 1929 года, я позволю себе коснуться некоторых общехирургических вопросов, поскольку они получили в настоящее время то или иное разрешение в этих клиниках.

При посещении хирургических клиник Берлина обращает на себя внимание отсутствие в них ваты, которая везде заменяется лигнином. На рану кладется 1—2 марлевых компресса, на них компрессы из лигнина, которые прибинтовываются бинтами из лигнина-же разной ширины. Последнюю часть повязки составляет, как обыкновенно, марлевый бинт, которым укрепляется повязка. Лигниновые бинты получают в готовом виде с фабрики и обернуты бумагой. Можно обходиться и без них, пользуясь одними компрессами из лигнина. Такого рода повязкой достигается большая гигроскопичность ее и значительная дешевизна. Лигнин более чем в два раза дешевле гигроскопической ваты, и единственный его недостаток, по сравнению с ватой—это его рыхлость, когда он становится влажным от раневых выделений. В случаях значительных выделений из раны, приходится поэтому больше брать лигнина чем ваты, но при общей замене ваты лигнином получается громадная экономия средств на перевязочном материале. В стране дерева, как наш Союз, усиление производства лигнина для широкого пользования им вместо ваты, должно еще более удешевить его стоимость и, следовательно, стоимость хирургической повязки. Ежегодная экономия средств на перевязочном материале для одного Урала может выражаться во многих десятках тысяч рублей.

В качестве материала для швов пользуются, кроме кэтгута и шелка, еще льняными витками. В клинике Бира пользуются, главным образом, кэтгутом, шелком-же или льняными витками шьют только на кишках. Даже кожу зашивают кэтгутом. Для последней цели берется тонкий кэтгут и шьют непрерывным швом Мультиановского. Через 8—9 дней наружные части кожных швов сами отпадают и снимать швы, как это делается при

\*) Доложены в заседании научной ассоциации врачей г. Перми.

\*) Редакция несогласна с рядом положений автора и оставляет за собой право вернуться к обсуждению этих положений в ближайших номерах «УМЖ».



употреблении шелка или ниток, не приходится. Кетгут получается с фабрики в стерильном виде, в клиниках же его сохраняют в спирте. Льняные нитки и шелк также изготавливаются на фабрике специально для хирургических целей и отпускаются стерильными в стерильной упаковке. В клиниках они подвергаются кипячению в дистиллированной воде в течение 5 минут и сохраняются в спирте. Таким способом приготовленные нитки довольно упруги, что облегчает сестре вдевать их в иглы во время операции. У Зауэрбуха нитки не отрезаются сестрой во время операции, так как это отнимает время, а уже разрезанными кладутся перед операцией растянутыми пучками под стеклянные пластинки с желобами. Из под пластинок нитки несколько выдаются одним концом, за который сестра захватывает их пинцетом и при надобности их извлекает. На каждой пластинке имеется номер нитки. Иглы разной величины также находятся в металлической коробке, разделенной на клетки. Каждая клетка содержит определенный номер иглы и во время операции сестра может быстро доставать как нитку, так и иглу нужной величины. Большое распространение получили иглы без замков с обыкновенными ушками, так как ушки с замками часто надрезают нитку при вдевании и она рвется в этом месте. Ушки в иглах помещены сбоку, благодаря чему вдевать в них нитки гораздо легче. Зажимы Кохера и Пэана значительно удлинены и, наложенные в большом количестве на сосуды, они занимают меньше места в операционном поле и тем самым меньше мешают оператору. Перевязку сосудов можно, благодаря этому, произвести в самом конце операции, что способствует лучшей стерильности лигатур. При операциях с значительным кровотечением в клинике Бира употребляют воздушный насос, работающий с помощью электричества. Металлическую стерилизуемую трубку, которую соединяют с насосом, можно держать в ране для отсасывания крови, не прерывая операции.

Руки моют водой с мылом до 10 минут, потом в тазике со спиртом марлевой салфеткой в течение 3—5 минут, и этим заканчивается дезинфекция рук. Сулему не употребляют, в клинике Борхардта употребляют еще вместо сулемы Hydrarg oхусуанат в растворе 1:1000, так как считают, что ртуть в этом соединении менее раздражает кожу, чем сулема.

В гинекологической клинике Штрассмана пользуются в течение ряда лет для дезинфекции рук борной кислотой. После мытья рук водой с мылом руки обтираются стерильным полотенцем. Из баночки с решетчатой крышкой (крышку можно заменить марлей), в которой стерилизуется растертая в порошок борная кислота, последняя посыпается на руки и тщательно втирается в конец, особенно под ногти. Этот способ дезинфекции рук достаточно прост, дешев и надежен. Он имеет особенное значение для тех хирургов, которых кожа не переносит ни сулемы, ни спирта. От употребления борной, никакая, даже самая чувствительная, кожа не раздражается, а, наоборот, сохраняется мягкой и жирной. На основании большого количества произведенных операций, Штрассман рекомендует этот способ, как вполне надежный, и даже не применяет перчаток. Перед зашиванием кожи еще всыпают в рану немного борной. В других клиниках после дезинфекции рук обыкновенно еще надевают резиновые перчатки.

Операционное поле Mühsam (Вирховская больница) дезинфицирует dijozol'ом, препаратом йода, растворенным в воде. Он имеет перед иодом то преимущество, что совершенно не раздражает кожу и значительно дешевле йода. На шею, мошонку, половых губах и в области ануса, где кожа особенно чувствительна к йоду, и при пользовании местной анестезией вызывает у многих больных ощущение сильного жжения, применение dijozol'a вполне



целесообразно. Единственный его недостаток тот, что он надолго красит кожу в розовый цвет.

Маски, которыми участвующие при операции закрывают рот, изготовляются у Бира операционной сестрой *ex tempore* из широкой полоски стерильного бинта, перекинутой Т образно через узкую марлевую полосу, завязываемую на голове. Хирургу нет надобности поэтому дышать через марлевые маски, много раз бывшие в употреблении и часто издающие неприятный запах. После разового употребления такие полоски марли могут быть выстираны, стерилизованы и употреблены как перевязочный материал.

Для наркоза хлороформ совершенно не применяется. Где требуется общий наркоз, применяются эфир или авертин. Больные, которых я видел под авертиновым наркозом, хорошо спали во время операции и ни разу не понадобилось прибегать к эфиру. При препарате имеется таблица, где указывается сколько нужно взять авертина соответственно весу и возрасту больного. Техника применения авертина очень проста, так как нужное количество порошка растворяется в количестве воды, указанном в таблице, и раствор вводится в прямую кишку, как обыкновенная клизма. Через несколько минут больные засыпают без возбуждения и спят несколько часов и после операции. Часто они синюют от западания языка и расстройства дыхания, но врачи не придают этому серьезного значения, так как дозировка в настоящее время хорошо изучена, и случаи смерти в последнее время составляют уже редкое явление. При расстройстве дыхания дают вдыхать несколько раз углекислоту из бомбы, и дыхание быстро восстанавливается. Унгер (Вирховская больница) имеет больше 2000 авертиновых наркозов без всяких осложнений. Противопоказанием против авертина являются болезни печени почек и тяжелые формы разрушения легочной ткани. Мюзам очень охотно пользуется для эфирного наркоза аппаратом Омбретанна и авертином не пользуется. Этот небольшой и несложный аппарат французского изобретения приобретает и в Германии все большее распространение, благодаря отличному течению эфирного наркоза при пользовании им. Эфира расходуется минимальное количество, и расстройство дыхания не наблюдается, так как в прикрепленном к аппарату пузыре собирается угольная кислота, выдыхаемая больным и вдыхаемая им частично обратно вместе с воздухом, смешивающимся с эфиром в аппарате.

В других клиниках пользуются для эфирного наркоза обыкновенной маской Шиммельбуша, сложный же аппарат Roth-Drader'a для эфирно-хлороформного наркоза совершенно оставлен.

В клинике Бира неустанно работают над улучшением спинномозговой анестезии. В настоящее время спинномозговая анестезия производится Биром в 2 приема, сначала впрыскивается 0,2 куб. 1 проц. раствора новокаина, через 15 мин. 3,05 проц. раствора новокаина с 5 каплями адреналина. Больной кладется на несколько минут в тренделенбургское положение, потом горизонтально. На шею накладывается резинка и слабо натягивается, чтобы придавить наружные яремные вены и вызвать застойную гиперемию в мозгу, так как мозговые явления при этой анестезии наступают вследствие анемии мозга. Первым впрыскиванием новокаина достигается, по мысли Бира, сенсibilизирование спинного мозга к новокаину и его подготовка к лучшему восприятию яда, как это бывает с большинством ядов, когда их вводят в животный организм *refracta dosi*. В клинике Бира не боятся довести анестезию до самой шеи и охотно оперируют под спинно-мозговой анестезией и на желчных путях и почках. Высокая спинномозговая ане-



стезия, как она практикуется в этой клинике, производит прекрасное впечатление.

В случаях, когда чувствительные нервы находятся близко под кожей или поверхностной фасцией и их легко инфильтрировать, часто пользуются проводниковой анестезией. Для меня было новинкой применение проводниковой анестезии в клинике Бира при операциях зоба без инфильтрации линии разреза. Новокаин впрыскивается только в середине заднего края *m. sternocleidomastoidei* под поверхностную фасцию и отдельно в *n. laryngeus sup* с обеих сторон. Получается полная анестезия всей передней и боковых частей шеи.

Большой интерес представляет работа в клинике Зауэрбруха в Charité. Как по внешнему виду и устройству, так и по ее внутреннему содержанию эта клиника является одной из наиболее образцово поставленных клиник Германии. Палаты и операционные отличаются необыкновенным изяществом, простотой устройства и чистотой и оборудованы по последнему слову больничной техники, включая радио между каждыми двумя кроватями. Больные пользуются не только отличным лечением, но и прекрасным уходом и питанием. На последнее обращается особенное внимание и порции отличаются большим разнообразием как основных блюд, так и фруктов и овощей. Зауэрбрух не только блестящий ученый—исследователь и хирург-изобретатель, но и прекрасный организатор и рационализатор хирургического дела. В его клинике все носит на себе отпечаток творческой мысли Зауэрбруха. Изобретенный им способ оперирования в грудной полости под дифференциальным давлением открыл новую эру в хирургии, и его двухтомный труд о хирургии грудной полости является классическим произведением. Клиника Зауэрбруха привлекает к себе внимание врачей не только Германии, но и всего мира. За время моей работы у Зауэрбруха я встречался в клинике с врачами из Англии и европейского континента, Северной и Южной Америки и Японии. Иногда врачи приезжали группами, и тогда на их родном языке специально приготавливали для них выписки из историй болезни, которые им раздавались до операции. Все отмечали прекрасную технику Зауэрбруха и целесообразное распределение работы ассистентов во время операции для наибольшего выигрыша времени, часто чрезвычайно важного для жизни больного. Зауэрбрух оперирует только со старшими ассистентами. Рядом с ним стоит один ассистент, против него два. С каждой стороны стола позади принимающих участие в операции сидит у столика с инструментами и стерильным материалом ординатор (младший ассистент), который обслуживает ассистентов своей стороны. Сестра, подающая инструменты, лигатуры и т. д. Зауэрбруху, других участников операции не обслуживает. Таким образом, она может поспевать за оператором и не задерживать его из-за мелочей. Каждый ассистент делает только порученное ему дело. Зауэрбрух вкалывает иглу, например, и определенный ассистент подхватывает ее и выводит с ниткой из раны. Пока этот ассистент занят передачей иглодержателя сестре, оператор завязывает нитку. Так разделены и другие манипуляции между участниками операции, что сокращает время, облегчает оператору его работу и не создает суетливости в работе.

Наибольший контингент больных в клинике Зауэрбруха составляют больные, нуждающиеся в хирургическом вмешательстве в грудной полости. Наряду с торакопластикой—операцией, производящейся почти ежедневно—встречаются сложнейшие операции на грудной стенке и в грудной полости, ставшие возможными благодаря усовершенствованию и упрощению аппаратов для наркоза под повышенным давлением, из которых в на



стоящее время наиболее распространен аппарат Tiegel-Hendle, стоящий всего 750 рублей. При пользовании таким аппаратом операция в грудной полости мало чем отличается от операции в брюшной полости, которой очень недавно избегали вследствие незнания асептики, как теперь избегают в условиях обыкновенного наркоза, операций в грудной полости, вследствие нарушения физических условий, необходимых в механизме дыхания, и изученных, главным образом, клиникой Зауэрбуха.

Первое место среди заболеваний органов грудной полости, по поводу которых производится операции, занимает туберкулез легких, главным образом односторонний, в тех случаях, когда другими способами не удается остановить процесс разрушения легочной ткани и способствовать ее зарубцеванию или же когда эти способы невозможно применять: плохие социальные условия больного и невозможность продолжительного санаторного или курортного лечения; сращения листков плевры, делающие невозможными наложение пневмоторакса, и тяжи, удерживающие легочную ткань и не позволяющие легкому полностью спадаться и, наконец, неспадающиеся под давлением пневмоторакса каверны, вследствие значительной плотности их стенок. В зависимости от случая, производится торакопластика, накладывается пломба или производится эксерез *p. phrenici*. Доминирующей операцией является торакопластика. Последняя статистика Зауэрбуха показывает огромную пользу торакопластики при правильных к ней показаниях. На 645 случ. первичная смертность составляла 1%, смертность в первые 4 недели после операции—12,7 проц., излечение—36,7, улучшение—30 проц. Торакопластика, применяемая обыкновенно в тяжелых случаях заболевания легкого, дает лучшие результаты, чем пневмоторакс, применяемый и в начальных стадиях туберкулезного заболевания. В Мюнхенской клинике во время заведывания ею Зауэрбухом из 117 больных 1923 года после торакопластики стали свободны от бацилл 42 проц., ранняя и поздняя смертность после операций составляла 24 проц. По статистике Заугмanna за 1921 год на 500 больных, леченных пневмотораксом, смертность составляла 50 проц., а свободных от бацилл 36 проц. Кроме этого, при лечении пневмотораксом, в 30 до 78 проц. появляется экссудат, в том числе около 10 проц. гнойный.

Пломбировка и эксерез применяются реже и менее надежны даже в случаях более ограниченного поражения легкого, где показано их применение.

Затем идут больные с эмпиемами грудной полости, инородными телами, главным образом пулями и осколками снарядов, злокачественными новообразованиями грудной стенки и легких. Встречаются больные с бронхоэктазиями, которым иногда приходится возложить единственную свою надежду на хирурга, и которым производится операция торакопластики или накладывается пломба, или, наконец, производится пневмотомия. Очень эффективны операции, при которых сразу приходится вскрывать обе полости плевры, как, например, при резекции значительной части передней грудной стенки, когда и сердце и легкие обнажаются, и можно на живом человеке видеть одновременно работу этих важнейших органов. Поражения грудной стенки и легких злокачественными опухолями, считавшиеся до самого последнего времени иноперабельными, стали, таким образом, доступны хирургической терапии, когда нет метастазов в других органах.

Важной заслугой клиники Зауэрбуха является изучение влияния диеты на заживление ран, инфекции и, в особенности, на течение туберкулезного процесса.



2 июля 1929 года ассистент Зауэрбруха Германнсдорфер доложил в берлинском медицинском обществе о результатах лечения туберкулеза легких, костей, желез и кожи бессолевой диетой по способу Герзона. Во введении к докладу Германнсдорфера Зауэрбрух сообщил историю этого способа. В течение последних 20 лет Зауэрбрух изучал клинические формы туберкулеза легких. Однако, эта болезнь так разнообразна в ее течении, что Зауэрбруху не удавалось ставить правильно ее прогноз. В одних случаях начальные стадии туберкулеза прогрессировали в сторону ухудшения, несмотря ни на какие способы лечения, в других тяжелые поражения неожиданно улучшались. Бывали случаи, когда безнадежные, по мнению Зауэрбруха, больные, которым он отказывал в лечении, возвращались к нему через некоторое время с значительным улучшением. Многие такие больные езжали из столичных клиник в небольшой городок Вилефельд к доктору Герзону и там находили для себя помощь. Зауэрбрух решил поэтому отправить 2-х своих ассистентов проф. Шмидт и д-ра Германнсдорфера к Герзону, чтобы на месте ознакомиться с его способом лечения. Они пробыли у Герзона 3 дня и возвратились с заключением, что следует клинически испытать этот способ. При хирургической клинике Зауэрбруха в Мюнхене было открыто специальное отделение для лечения туберкулезных больных диетой Герзона. Были отобраны терапевтами тяжелые больные и помещены в отделение. В значительной части случаев получились благоприятные результаты, Зауэрбрух лишь несколько изменил диету Герзона, запрещающую употребление мяса, применяясь к привязанности баварцев к мясу. И с этим изменением диета представляется в следующем виде. Безусловно запрещаются соль и консервы. В ограниченном количестве разрешается мучная пища, но без соли, сахар, перец, уксус, пиво, вина, кофе, чай и какао. Рекомендуемая пища состоит из свежего молока и его продуктов, но несоленых, свежих несоленых жиров, сырых яиц, риса, самых разнообразных овощей, плодов и салатов. Свежее мясо допускается в количестве не более 600.0 в неделю, также свежая рыба. Чтобы сделать такую пищу, лишенную соли, вкусной для больных, и без того страдающих отсутствием аппетита, необходимо заменить соль другими вкусовыми веществами, каковыми являются соки фруктов, лук, чеснок, корица, петрушка, миндаль, анис, кокосовый орех, изюм и др. Особенно большую роль в приготовлении соусов играет сметана. Кроме этой диеты, больные получают рыбий жир с фосфором и минералоген, представляющий из себя смесь из кварцов, фосфорнокислого кальция, *natr. silicici, magnes sulfurici, bismuti subnitrici, calc. lact, stront lact., natr. bisulfurici lact., u natr. bromati.*

Минералоген отпускается в фабричной упаковке и подается три раза в день по чайной ложке в растворе воды.

Я имел возможность видеть больных не только демонстрированных на докладе д-ра Германнсдорфера, но и в самом отделении № 8, где они лечились одной только диетой. Там были тяжелые больные с экссудативным туберкулезом легких, которых обезлихораживали диетой и переводили в продуктивную форму; больные с кавернами в одном легком и активным туберкулезом другого легкого, которых подготавливали диетой к операции торакопластики; больные с множественным туберкулезом костей и желез и тяжелыми формами волчанки. У большинства больных намечалось улучшение или уже были достигнуты хорошие результаты. Мне были любезно показаны д-ром Германнсдорфером рентгеновские снимки и диапозитивы, снятые до и после лечения за несколько лет, и все они красноречиво говорили за новый способ лечения туберкулеза, действительный и в тех случаях, в которых были испробованы безрезультатно все другие способы



лечения. Но для успешного лечения диетой Герзона требуется установление строгого надзора за больными, особенно в первое время, чтобы им не приносили тайно посторонней пищи. Впоследствии же больные, привыкшие к бессолевой диете, соблюдают ее и в домашней обстановке, так как обыкновенная пища становится им противной. Для получения ощутимых результатов требуется продолжительность лечения не менее 8-ми месяцев.

В заседании берлинского медицинского о-ва доклад вызвал оживленные прения. Оппоненты пытались подвести теоретическое основание под введенный эмпирически способ. Но если мнения были очень разноречивы в причинах влияния диеты на туберкулезный процесс, все отмечали бесспорное благотворное влияние способа на основании материала, представленного Германнсдорфером. Из люпозория Ессионека в Гиссене выступил д-р Боммер, с сообщением, что бессолевой диетой ими излечено более 200 больных волчанкой. По мнению Ессионека, волчанка поражает кожу при расстройстве ее кровообращения. Кожа больных волчанкой уже до заболевания отличается пастозностью; отекая же кожа легче подвергается инфекции. С другой стороны, инфицированная кожа еще более отекает, вследствие воспалительного инфильтрата и еще более нарушается кровообращение. Таким образом, образуется *circulus vitiosus*, прерываемый диетой, сушащей кожу. Узелки высыхают, слущиваются и заменяются соединительной тканью без образования рубцов. В отношении влияния диеты на туберкулезные процессы в других органах то, по мнению Зауэрбуха, может быть и здесь имеет значение сушащее влияние диеты на ткани, благодаря чему экссудативные процессы переводятся в продуктивные. По мнению Бира, высказанному им в его лекциях, диета Зауэрбуха производит переворот в организме, настраивая его на новый лад (*Umstimmung des Organismus*), создает и мобилизует свежие силы на борьбу с инфекцией.

Во всяком случае, теоретическая сторона вопроса нуждается еще в дальнейшей разработке.

Если школа Зауэрбуха открыла одну из блестящих страниц в истории хирургии грудной полости и вновь поставила на повестку дня значение диеты при лечении ран, острых инфекций и туберкулеза, то школа Бира занимает одно из первых мест в изыскании лучших способов восстановления нарушенной «гармонии» организма и ограничения круга оперативных вмешательств.

Клиника Бира не отличается наружным блеском и более всего походит на наши старые русские клиники. В клинике даже нет операционной, которая отвечала бы современным требованиям. Операции производятся в аудитории, и студенты и врачи во время операций приходят и уходят, что мало смущает Бира. Нет больших окон в операционной, нет и искусственного освещения современными бестеневыми лампами. Чтобы лучше выделить операционное поле, больные закрываются стерильными синими простынями. Глаза оператора при этом способе менее устают. Инструменты и аппараты самые несложные. Долота Бир предпочитает столярные с деревянными ручками, так как они в несколько раз дешевле изготовленных фабриками хирургических инструментов, сделаны из лучшей стали и в работе не дают сильных толчков. Для всесторонней хирургической деятельности имеется, конечно, в клинике все необходимое, но избегается излишняя роскошь.

Клинический материал, представляемый студентам, рассчитан для первых хирургических семестров, и в этом отношении клиника Бира является пропедевтической хирургической клиникой, но вопреки общепринятым взглядам не систематически по главам, а попутно при демонстрации больных. Кроме материала клиники, Бир пользуется в целях преподавания и



заведываемыми им амбулаторием для наружного туберкулеза на Exerzierplatz и санаторием в Hohenlischen'e, где в основу лечения положены хорошее питание, солнце и воздух. Каждый семестр он выезжает со студентами в эти учреждения, где знакомит их с нехирургическими способами лечения хирургического туберкулеза.

В своих лекциях Бир постоянно касается философских вопросов и требует от студентов изучения истории медицины. Он высоко ценит древнюю медицину и сожалеет, что поздно стал ее изучать. В медицине он считает величайшим Гиппократом, в философии Гераклитом, имевшего влияние на Гиппократом и Демокритом. Бир называет себя Гераклитиком. Все в мире реально существует, течет и изменяется, вечно существует только логос, мировая необходимость. Мировую необходимость Бир отождествляет с мировым разумом, целеустремительностью, и, таким образом, соединяя в своем диалектическом мышлении материализм с идеализмом, Бир становится эклектиком. По Бире, организм в каждый данный момент уже не тот, чем был раньше, вследствие происходящей в нем постоянной борьбы противоположностей: диссимилиации и ассимиляции, гибели клеток и их восстановления, возбуждения и торможения и т. д. Гиппократовский закон «природа излечивает болезни» он ставит выше всех последующих открытий в биологии. Physis Гиппократом—это целеустремительная природа, в которой действуют законы механической причинности, но не безгранично, а под влиянием и самой physis. Она составляет единство тела и души, как два полюса одной и той же вещи, слагается и развивается из противоречий. Душа по этому не есть *ein wesen fur sich*, не властвует над телом в смысле Аристотеля, Галена и Сталей, и не есть идея, вне нас объективно не существующая (Кант), а составляет «внутреннее устройство организма» (Гиппократ). Раздражимость и одушевленность—одно и то же и являются отличительными признаками всего живого. Правильное «смещение» противоречий, их равновесие находящееся в постоянном движении, составляют «гармонию» организма и определяют его нормальное состояние. Бир признает, однако, что в некоторых случаях целеустремительность не приводит к целесообразности, так как в процессе восстановления утраченного physis недопроизводит или перепроизводит. Задача врача—воздействовать на «исцеляющую силу природы» и, где возможно, направить ее в желательном направлении.

Организм очень чувствительный реактив, способный реагировать на самые незначительные раздражители. Даже нашим носом, являющимся почти рудиментарным органом, по сравнению с носом животных, мы можем определить присутствие в воздухе издающих запахи веществ в таком минимальном количестве, в каком никаким другим реактивом не определять. Наиболее чувствителен к медикаментам, как раздражителям, больной орган. Чтобы оказать влияние на physis, не всегда требуется введение медикаментов в организм в больших дозах, часто бывает достаточно малых доз. Отсюда «гомеопатический уклон» Бира. Но гомеопаты учат *similia similibus curantur*, что медикаменты, вызывающие определенную болезнь или симптомы, аналогичные симптомам какой нибудь болезни в больших дозах, способны в малых дозах излечивать эти болезни.

На ряде опытов на себе и других здоровых людях Бир, как известно, считает это положение доказанным.

В мае и июне прошлого года Бир являлся на лекции с большой повязкой на шее. В первый же день моего посещения клиники он сообщил мне, что у него на шее карбункул, который он сам вызвал приемами «больших доз» серы внутрь. Лечил Бир свой искусственно вызванный карбун-



кул той же серой, но в гомеопатически малых дозах. Каковы были дозы, которыми он вызывал образование у себя карбункула, он пока не говорил, но, по мнению его ассистентов, они не превышали 0,001 грамма. Лечил он, следовательно, свой карбункул значительно меньшими дозами. Бир не впервые испытывает на себе действие ядов. Когда он производил свои первые опыты спинномозговой анестезии, он также испытал на себе действие кокаина при впрыскивании его в спинно-мозговую жидкость и чуть не погиб, так как доза была слишком велика и кокаин оказался слишком ядовитым средством для пользования им в целях спино-мозговой анестезии.

Бир, пришел, по его словам к положению гомеопатов *similia similibus curentur* путем долголетних исследований биологических процессов, происходящих в животном организме при влиянии на него вредности (*Schadlichkeit*) безразлично, есть ли эта вредность какое-нибудь инородное тело, яд, травма или инфекция. Эта вредность вызывает с известной закономерностью реакцию со стороны организма. В значительном большинстве случаев полезно поддерживать эту реакцию, в других приходится ее усиливать искусственно дозируемой вредностью. С этой точки зрения учение гомеопатов «подобное да излечивается подобным» не есть, по Бире, сумасбродство (*Blodsinn*) приписываемое гомеопатам, а целесообразное воздействие.

В его клинике часто проводятся гомеопатические принципы лечения и с достаточным успехом и его школа ставит себе целью введение принципов гомеопатии — может быть, без ее крайностей — в школьную медицину. Надо сказать, что под влиянием школы Бира находится в настоящее время большое количество врачей, и даже те, которые попирают гомеопатию, оскорбились бы, если бы их способы лечения назвали гомеопатическими, часто действуют по гомеопатическим принципам.

Если лишь очень недавно острые хирургические воспаления все лечили холодом (*contraria contrariis*), то громадное большинство врачей лечит их в настоящее время теплом, боясь, однако, сказать себе, что это искусственное поддержание воспаления гиперемией несет в себе гомеопатический принцип лечения. Чем более мы проникаем в тайны биологических процессов, происходящих при воспалении, тем охотнее мы соглашаемся поддерживать воспаление, даже лечить воспаление воспалением.

Здесь громадное значение имеет дозировка, которую первые оценили гомеопаты, дошедшие до минимальных «смешных» доз. Однако, бесконечное количество врачей, не считающих себя ни изом-ни гомеопатами, занято лечением туберкулеза легких минимальными дозами токсинов туберкулезной палочки, вводимых в организм. Эти яды, способные в больших дозах вызвать заболевание организма (опыт Коха на самом себе 0,25 алт-туберкулина) или ухудшение течения туберкулезного процесса, в ничтожных дозах (0,000002), которые осторожно и постепенно увеличивают в дальнейшем лечении, благотворно влияют на туберкулезный очаг, вызывая в нем и вокруг него «лечебную воспитательную реакцию» тканей.

Лечение обыкновенных и послеоперационных эфирных бронхитов и профилактика послеоперационных пневмоний впрыскиванием под кожу небольших доз эфира (0,5 эфира = 0,5 ol. *samphorae* или ol. *olivarum*) блестяще оправдали себя в повседневной практике. Точно также и рекомендуемый Биром против насморка под в ничтожных дозах (1 капля в день раствора *jodi puri* 0,1, *aquae destil.* 10,0, *kal. jod. q. s. ad. solution*) является прекрасным средством, если начать принимать его во время.



В этом может убедиться всякий, кто пробовал проверить эти дозы на себе или на других.

Сам Бир не имеет опыта в лечении отморожений, но и без него наш народ, например, знает, что первая помощь при отморожении состоит в оттирании холодом (снегом, льдом или холодной водой) и наш русский врач, к сожалению, не всегда применяющий этот способ, но признающий его тем самым признает для данного случая и гомеопатический принцип. Если составить, что при ожогах Бир советует подвергнуть пострадавшую часть тела разовому влиянию нагретого до 100° - С. воздуха на короткое время и указывает, на основании своего опыта, что заживление при этом происходит значительно скорее, то в этом предложении нет ничего принципиально нового, ни странного.

При подозрении на анафилаксию после выпрыскивания сыворотки, и противники гомеопатов сначала выпрыскивают небольшое количество сыворотки, а потом уже требуемую большую дозу без вреда для организма. Малая доза сыворотки уничтожает аллергию, (а по Бире *Umstimmung*), порожденную первым выпрыскиванием.

При переломах костей можно способствовать лучшему образованию костной мозоли выпрыскиванием крови в мозоль, поколачиванием места перелома и легкими ударами на культю. Таким образом, малыми травмами излечивают организм от последствий большой травмы. Уже само повреждение несет в себе начала восстановления в живом организме.

Признать гомеопатические принципы лечения годными для всех случаев, конечно, нельзя. Но в известных условиях, можно, как показывает опыт, определенным количеством «вредности», хотя-бы и очень малым, устранить проявления большего количества той же «вредности», или другого качества.

Исходя из своих взглядов на *physis*, Бир требует, чтобы врач больше полагался на собственные силы организма. Абсцесс должен хорошо созреть и лишь тогда можно его вскрыть. Вскрыв абсцесс Бир не дренирует его и не тампонирует. Дренажи и тампоны супят грануляции и повреждают их. Поверхностные грануляции, подвергшиеся распаду, слегка соскабливаются, остающиеся грануляции слегка прижигаются термокаутером и рана частично зашивается. О созревании абсцесса знали уже древние: остатки этого знания сохранились в народе, но не все врачи этим руководствуются. Нетерпеливый больной, говорит Бир, торопящийся с вскрытием образовавшегося у него же абсцесса, умирает не от своей болезни, а от врача, рано вскрывшего ему абсцесс. Не прижигаются только кожа и грануляции в костях. При хроническом остеомиелите широко вскрывается очаг в кости, удаляется секвестр и вытекают грануляции. Кожа вместе с мягкими тканями и надкостницей несколько отодвигается и мобилизуется, края раны стягиваются швами или крючками, пришитыми к марле, прикрепленной к коже мастизолом. На рану кладется плотный батист, не пропускающий жидкости, а поверх батиста лигниновая повязка. Гной имеет некоторый отток под батистом, застаивается в ране, разлагается, издает неприятный запах, но недели две повязка не меняется. Разлагающийся гной раздражает ткани и способствует лучшему образованию грануляций. В результате такого лечения, раны скорее заживают не оставляя свищей. При случайных ранениях или нагноении операционных ран, раны в глубине прижигаются и зашиваются наглухо. Кожа не прижигается. Такие раны обыкновенно заживают первичным натяжением, если операционная рана возбуждает сомнения в ее стерильности, она прижигается и зашивается наглухо. Это своего рода профилактика нагноения.



так как активно гиперемированные ткани встречают бактерии во всеоружии и не дают им размножаться.

В одном случае громадной липомы промежности и малого таза у мужчины во время довольно трудной операции, при манипуляции около заднего прохода, обширная рана была неизбежно инфицирована. Бир прижег термокаутером рану и зашил ее наглухо. При этой операции присутствовал Charles Mayo со своими ассистентами, которым Бир объяснял свой образ действий. Рана впоследствии зажила без нагноения, и только несколько кожных швов нагноилось.

В № 25 M. m. W. 1929 года Бир и его ученики выступили с новым учением органотерапии. Заболевший орган лечится введением *per os* того же органа здоровых животных в сыром виде. Этот способ лечения, как и многие другие, введенные Биром, списаны им из древней и народной медицины. Современное объяснение лечебного действия сырых здоровых органов Бир видит во введении в организм здоровых гормонов органа, необходимых для его функции и вырабатываемых тем же органом. «Каждый орган вырабатывает гормоны, необходимые для его сохранения и функции». В отношении сердца Demoor'ом и Haberlandом существование такого гормона доказано. По Биру, болезнь органа наступает тогда, когда по целому ряду причин орган теряет свою способность вырабатывать необходимый ему гормон. Эти причины надо искать в первую очередь во внешней среде больного: его образе жизни, профессии, жилище и диете, в особенности. Для восстановления нарушенного равновесия необходимо учесть влияние среды в первую очередь, а затем уже направить внимание на заболевший орган. Введенные в этих условиях в организм гормоны здорового органа не только возмещают недостающие гормоны, но и стимулируют больной орган к правильной функции и способствуют его регенерации. Кроме сырых свежих органов и крови, содержащей все гормоны, Бир пользуется экстрактами из органов, изготовленных фабричным путем. В его клинике подобной органотерапией пока пользовались для лечения болезней печени и спинного мозга. Но Бир намерен распространить это лечение и на другие заболевшие органы. Не только при застойных желчных пузырях и хронических холециститах, но и при камнях желчного пузыря, пузырь не удаляется. В последнем случае, если только пузырный проток проходим, камни удаляются и пузырь оставляется.

Благодаря любезности д-ра Gehrke, показавшего мне своих больных, я имел возможность опрашивать и исследовать больных с хроническими гепатитами, холециститами, множественным склерозом и *tabes dorsalis*, которые после нескольких месяцев лечения утверждали, что с первых же дней лечения они получили значительное облегчение. Для болезней печени пользуются препаратом, названным *choloton*, и представляющим экстракт из паренхимы печени, около сосудистой ткани экстрагепатических желчных путей и слизистой желчного пузыря—всех вместе взятых или каждой ткани в отдельности, в зависимости от локализации болезни. Для болезней центральной нервной системы употребляется препарат, названный *нейрозмон*, и представляющий экстракт из головного и спинного мозга здоровых животных. Этот препарат может содержать еще стрихнин и тогда он называется *нейрозмон-штарк* в отличие от *нейрозмон-швах*, не содержащего стрихнина. Назначение стрихнина «сенсibilизировать организм к восприятию гормона».

Кроме *нейрозмона*, больные получают еще по 50,0 сырого мозга свиней, который они с хлебом и шоколадом (или другим вкусовым веществом) едали утром за кофе.



Больные *tabes dorsalis* и прогрессивным параличем, пользовавшиеся таким образом и показанные мне д-ром Герке, сообщали мне о значительном улучшении их состояния. Среди них были табетки, прикованные ранее месяцами к постели и впоследствии без посторонней помощи приходившие в поликлинику.

«Вот видите», сказал мне однажды Бир, «с тех пор, как этот больной (табетик) стал принимать *neurostom* и сырой мозг, он стал чувствовать себя все лучше и лучше, а теперь уже самостоятельно ходит, и все же меня ругают и наши успехи приписывают ремиссиям, которых почему-то в течение ряда лет у больного ранее не наблюдалось».

Органотерапия в том виде, как ее предлагает Бир, применяется веками и известна еще со времен Гиппократов. Лучшим примером, который приводит Бир, может служить лечение куриной слепоты печенью.

При Базедовой болезни Бир вводит здоровые гормоны животных парентерально выпрыскиванием крови баранов и крупного рогатого скота в мышцы. Об этом Циммер сделал 2 сообщения в *M. m. W.* Все симптомы болезни, за исключением *exophthalmus*, исчезают. Здесь, повидимому, играет роль и раздражающая терапия, так как после выпрыскивания крови больные часто бурно реагируют повышением температуры и временным ухудшением болезненных явлений.

Принимая во внимание, что вся деятельность Бира последних лет протекает в борьбе с существующими и существовавшими взглядами школьной медицины на многие важнейшие вопросы физиологии и патологии и что многие его взгляды, оспаривавшиеся в свое время, получили в настоящее время всеобщее признание, необходимо с осторожностью относиться и к резкой критике предлагаемой Биром органотерапии и проверить ее клинически на большом материале, так как у Бира имеются и неоспоримые результаты.

Бир по праву считает, что его клиника с поликлиникой, амбулаторией для наружного туберкулеза на *Exerzierplatz* и санаторием в *Hohenlischent*, которыми он заведывает, являются крупнейшим лечебным учреждением, руководимым одним лицом, где лечат силами природы.

В его поликлинике сотни детей с искривлениями позвоночника лечатся гимнастикой по *kriechmethode Klapp'a*, многочисленным приходящим больным производится массаж после всякого рода повреждений и заболеваний конечностей, и немало больных пользуются услугами пассивной и активной гиперемии Бира. Для последней имеется в отдельной комнате большая суховоздушная отапливаемая газом круглая печь с отверстиями, в которые больные вводят свои конечности для нагревания. Это, главным образом, больные хроническими заболеваниями костей и суставов неспецифического характера и последствиями травм, как выпотами и кровоизлияниями в суставы, болезненными костными мозолями и т. д.

Из новых вмешательств, которыми пользуются в поликлинике, следует упомянуть о лечении расширения вен 50 проц. раствором *calorese* (препарат декстрозы) или 25 проц. раствором поваренной соли, и выпрыскиваниями в ягодицы 1:1000 раствора *ca. chlorati* по 1.0 в день в течение 20-25 дней при тромбозах.

Прекрасно поставлена амбулатория для наружного туберкулеза на *Exerzierplatz*. Амбулаторией заведывает проф. Kisch, ученик Бира. Около 300 детей пользуется лечением в этой амбулатории. Там имеется кухня для питания детей и несколько кроватей для больных, которые не могут на ночь уходить домой. Под руководством врачей и инструкторов дети занимаются гимнастикой при законченных туберкулезных процессах



и последствиях рахита, повлекших за собой искривления позвоночника и деформации грудной клетки. При амбулатории имеется и школа, где дети учатся 3 раза в неделю, чтобы за время лечения не отстать от своих сверстников.

Лечение заключается, главным образом, в питательной диете, солнечных ваннах, активной и пассивной гиперемии, вытяжении и покое без вытяжения. Кварцевой лампой больше там не пользуются. В спектре солнечных лучей низменных местностей имеется очень мало ультрафиолетовых лучей, а больше красных и инфракрасных лучей. И все же солнце излечивает туберкулез и на низменностях. Поэтому действие солнечных лучей на туберкулезный очаг не следует приписывать ультрафиолетовым лучам. Kisch изобрел лампу, которая дает тепла до 68° C, т.е. столько, сколько дает тепла берлинское солнце в летнее время. Этой лампой нагреваются заболевшие органы от 10 до 30 мин. ежедневно. При туберкулезе конечностей накладывается на 4 ч. резинка выше места поражения для вызывания пассивной гиперемии. По истечении 4 час. резинка снимается на 1 час. и вновь накладывается на 4 час.

Лечение пассивной гиперемией острых и хронических воспалений получает все большее распространение и вне учреждений, руководимых Виром. При абсцессах, панарициях, фурункулах и карбункулах пассивная гиперемия сразу успокаивает боли и усиливает воспалительную реакцию тканей на вредность. Грануляции лучше развиваются, некротические ткани скорее расплавляются и отделяются. При фурункулезе и карбункулах на лице, представляющих опасное для жизни заболевание, накладывается на шею резиновая полоска на 22 ч. Уже через 5 мин. боли проходят. На самый фурункул или карбункул кладется грелка и в этом заключается все лечение. Никаких разрезов не требуется (они на лице даже противопоказаны), болезнь принимает обыкновенно благоприятное течение при таком способе лечения. Что пассивная гиперемия должна быть действительна и при туберкулезе, доказывает старое наблюдение, что у больных с пороками сердца и застоем в легких свежих туберкулезных процессов в легких обыкновенно не имеется. Излечение туберкулеза легких хирургическими способами также основано отчасти на застое в легких, вследствие давления на них пневмоторакса, грудной стенки при торакопластике или диафрагмы при экзарезе.

Гипсом и корсетами при лечении туберкулеза конечностей и позвоночника совершенно не пользуются, а пользуются главным образом вытяжением и покоем.

При туберкулезе позвоночника не всегда прибегают к вытяжению, а чаще довольствуются одним лежанием на спине. Детей слегка привязывают в кровати для ограничения движений. Лишь после заживления процесса рекомендуется ношение кожаных корсетов со стальными пластинками. Все больные получают 0,5—1,0 natr. jodat в день для рассасывания туберкулезных грануляций и секвестров и предупреждения образования натечных абсцессов. Имеющиеся натечные абсцессы только пунктируются и подоформную эмульсию в глицерине в них не впрыскивают.

Часто пользуются лучами рентгена в незначительных дозах эритемной дозы, действующих раздражающе на ткани вокруг туберкулезного очага и способствующих зарубцеванию.

Гордость Вира составляет санаторий в Hohenlischen'e находящийся в 4 час. езды от Берлина в прекрасном сосновом бору. Здесь наилучшим образом проводится лечение «хирургического» туберкулеза диетой, воздухом, светом и солнцем. В остальном принципы лечения те же, что на Eger-



zierplatz. Секвестров при туберкулезных процессах в костях Бир не удаляет. Их присутствие раздражает ткани, образуются здоровые грануляции, расплавляющие секвестры. Бир не признает туберкулезного *habitus*. Нет постоянного *habitus*, а есть постоянная борьба противоречий как внутри организма, так и вне его в окружающей его среде, порождающая в известных условиях нарушение «гармонии» организма. Такого же мнения он и о рахите. Рахит болезнь стойла (*Die Rachitis ist eine Stallkrankheit*) учит он: соответственным питанием, воздухом и солнцем быстро излечите его.

Много внимания уделяется во всех клиниках лечению переломов. Особенно хорошо поставлено лечение переломов в клинике Борхардта, где имеются специальные отделения, мужское и женское, по 25 коек в каждом. Улучшению техники лечения переломов способствуют главным образом введение шины Брауна и усовершенствование вытяжения. Если Штейнмани ввел вытяжение гвоздем, то Киршнер усовершенствовал его употреблением, вместо гвоздя, нержавеющей тонкой проволоки, натянутой особым прибором. Электрическим мотором проволока легко вгоняется в кость посредством аппарата, названного гармоникой Киршнера. Этот аппарат дает возможность вращающейся гибкой проволоке быстро просверлить кость, после чего ее оставляют на месте. Преимущество проволоки с диаметром 0,75 до 1,5 мм. перед толстым гвоздем очевидно. При переломах нижней конечности вытяжение оставляют на 4—5 недель, а конечность помещают в шину Брауна. Эта шина позволяет производить движения в коленном суставе, если обтянуть материей только бедренную ее часть, а голень подвесить горизонтально в воздухе. Полотно, поддерживающее голень, прикреплено к шнуру, перекинутому через блок над кроватью, и больной может потягиванием за шнур поднимать и опускать голень, не нарушая вытяжения бедра. Для верхней конечности Борхардт усовершенствовал свою шину, также позволяющую производить вытяжение плеча с сохранением движений в локтевом суставе.

Слабое место в хирургии составляют случаи перелома фаланг пальцев и особенно пястных костей. Очень трудно шинами удерживать отломки в правильном положении. Ниткой или проволокой прокалывают мягкие ткани на кончике пальцев или фалангу, на предплечье накладывается гипсовая повязка, к ней прикрепляется полоска из железа или дощечка, которая на несколько сантиметров длиннее пальцев. Эта часть полоски заканчивается крючком, и к ней прикрепляется резиновая трубка, а к резиновой трубке прикрепляется нитка или проволока, продетая через кончик пальца или фалангу. Вместо полоски железа с крючком, можно в гипсовую повязку вделать шину Крамера, изогнутую дугой, и к одной из ее проволок прикрепить вытягивающую нить.

Хорошее впечатление производит гипсовая повязка по Гохту, которую я видел в клинике Гохта в Charite и у Борхардта. Гохт употребляет для подстилки бумажные бинты, специально изготовленные для повязок. Они эластичны и хорошо прилегают к конечности, без образования карманов. Ваты также не употребляют, на костные выступы кладутся между ходами бинта кусочки войлока. Конечность, обернутая несколько раз бумажным бинтом, уже несколько фиксируется. Достаточно 3—4 ходов гипсового бинта, чтобы получилась легкая, прочная и изящная гипсовая повязка, плотно облегающая конечность.

Большую роль должен сыграть в диагностике заболеваний почек уроселектан из клиники Лихтенберга (белковое соединение пода), который, будучи введен в кровь, выделяется лучше всего здоровыми почками



и дает на рентгене металлическую тень почек, лоханок и мочеточников. Я видал прекрасные снимки в урологической поликлинике Евгения Иозефа, по которым можно судить как о функции почек, так и об их строении, форме, положении, камнях в них и т. д. То же относится и к лоханкам и мочеточникам.

Под влиянием все более возрождающегося направления о значении диеты в лечении болезней, особенно инфекционных, Иозеф лечит циститы и пиелиты, вызванные колибациллами, периодическим чередованием кислой и щелочной диеты. В течение 4 дней больные получают кислую, преимущественно мясную, пищу, с уротропином, камфорой, соляной и фосфорной кислотой. Прием жидкостей при этом ограничивается. По истечении этого времени кислая диета сразу обрывается, и больным дается щелочная диета, состоящая из молока, овощей и плодов с прибавлением значительного количества двууглекислого натра (3 раза в день по столовой ложке) также в течение 4 дней. Жидкостей вводится возможно больше. Таким образом создаются неблагоприятные условия для жизнедеятельности бактерий, так как они не могут в короткие сроки приспособляться к резко меняющейся химической реакции тканевых соков мочи.

В той же поликлинике инженер из фирмы Сименса демонстрировал новый аппарат диатермии, режущий бескровно ткани петлей. Ткани разделяются как ножом и только в линии разреза сжигаются. Новым аппаратом была удалена в моем присутствии злокачественная опухоль у женщины в области уретры без потери и капли крови. В Америке, по свидетельству Иозефа, подобные аппараты уже нашли в последнее время значительное распространение.

В заключение приношу благодарность правлению пермского государственного университета и наркомпросу за предоставленную мне командировку.

**Возобновили ли Вы подписку**

на

**„Уральский Медицинский Журнал“**

**на 1931 г.?**

10 книг журнала . . . . . 8 р.

Для участк. медраб. и студентов . 6 р.



## Материалы к изучению венеризма в гор. Перми

М. Я. РЕВЗОН

(Из Пермского Вендиспансера. Заведующий профессор М. А. Розентул)

В настоящем сообщении мы хотим попытаться дать характеристику заболеваемости венерическими болезнями в гор. Перми по данным диспансера, остановившись на тех социально-бытовых условиях, которые в той или иной степени влияют на их распространение. Имеющийся в нашем распоряжении сравнительно большой материал и отсутствие в печати работ, характеризующих состояние венеризма в Перми, побуждают нас выступить с настоящим сообщением.

Разработанный нами карточный материал диспансера последних двух лет представляет особую ценность, т. к. за эти года ведется полный и правильный учет больных. Из 2317 больных мужчин, взятых на учет вендиспансером, 57,2 проц. приходится на городское население, 28,8 проц. — на жителей Пермского округа и 14 проц. — на приезжих из других округов. Почти такое же соотношение отмечается и в женской группе: из 1394 больных женщин 62,6 проц., 30,5 проц., 6,9 проц. соответственно приходится на жителей Перми, Пермского округа и других округов. Приведенные цифры указывают на высокую обращаемость в диспансер сельского населения. Из этих данных можно сделать вывод, что районы не достаточно располагают соответствующими квалифицированными силами и средствами в борьбе с вен-болезнями. Вследствие этого сельское население, лишенное специальной помощи, вынуждено ехать лечиться «в город» и, безусловно, не имея достаточно соответствующих условий для проживания в городе, прерывает лечение, не доводя его до конца.

Если рассматривать распределение сифилиса по отдельным его формам, то обращает на себя внимание разница городского и сельского венеризма. В то время как сифилис первичный среди городских мужчин выявлен в 14,8 проц., среди сельских только в 7,5 проц. — соотношение 2:1.

Среди женщин соотношение городского первичного сифилиса достигает 6:1 (3 проц. и 0,5 проц.). Что касается свежего и рецидивного сифилиса, то среди сельских больных частота этих форм значительно выше, чем у городских. То же отмечается и в отношении активного третичного сифилиса.

Lues II recens  $\frac{6,5}{13,2}$  проц.; L. II recid  $\frac{5,2}{14,6}$  проц.; L. II latens  $\frac{31,3}{29,2}$  проц.;  
L. III gummosa  $\frac{14,6}{7,8}$  проц.; L. III latens  $\frac{27}{23,6}$

Числителем указаны городские б-ные, знаменателем — сельские.



Таким образом, преобладание рецидивных и поздних активных форм, по сравнению с городом, представляет характерную особенность сельского сифилиса. Однако, надо отметить, что в данное время имеется значительное преобладание скрытых форм сифилиса над всеми остальными, вместе взятыми.

Явление это весьма отрадное. Если в довоенные годы гуммозный сифилис на селе превалировал над прочими формами, то замещение скрытыми формами, в нашем материале, надо расценивать как показатель более сознательного отношения населения к состоянию своего здоровья. Переходя к рассмотрению данных о гоноррее, нас интересовало, с какими формами чаще всего обращаются больные и есть ли какая-нибудь разница в своевременности обращения городского и сельского населения. На острую гоноррею приходится почти половина гоноррейных больных (42,3 проц.). В группе мужчин городские с острой гонорреей обращаются своевременнее, нежели сельские: 46,6 проц. и 32,6 проц. В женской группе такой разницы не замечается, по анализу этого явления мы коснемся ниже. Если теперь мы обратимся к полученным данным о сифилисе, то увидим, что среди больных сифилисом на мужчин приходится 54,4 проц. и на женщин 45,6 проц. Наши цифры почти совпадают с ранее опубликованными (Гальперин и Исаев <sup>1)</sup>, Сернер <sup>2)</sup>, Юнович и Велецкий <sup>3)</sup>, Красковский, <sup>4)</sup> Хорошин, <sup>5)</sup> Атаров). По нашим данным в то время как мужчины по поводу первичного сифилиса обращаются в 12 проц., женщины — только в 2,1 проц.; таким образом, первичная стадия у мужчин диагностировалась в шесть раз чаще, чем у женщин. Вторичный свежий сифилис выявлен у мужчин почти в полтора раза чаще: 9,5 проц. и 6,4 проц. Наоборот, рецидивная форма у женщин в процентном отношении стоит выше, чем у мужчин: 12,2 проц. — у женщин и 9,8 проц. — у мужчин. Точно также и гуммозный сифилис у женщин диагностируется нами чаще: 14,6 проц. и 6,8 проц. Из приведенных данных можно сделать вывод: женщины реже обращаются в первичной стадии и сравнительно чаще с более поздними проявлениями сифилиса. Объясняется это тем, что у женщин в громадном числе случаев твердый шанкр, в силу особенностей строения половых органов, остается незаметным как для нее самой, так и нередко для наблюдающего ее врача. Вот почему становится понятным столь часто наблюдающийся *Signorata* именно у женщин. Точно также в нашем материале обращает на себя внимание большой процент скрытых форм. Сравнивая наши данные с данными Исаева и Гальперина, относящимися к 1925 году, приятно отметить снижение процента активных форм сифилиса и соответственное повышение скрытых как у мужчин, так и у женщин. Активный вторичный (свежий и рецидивный) у Гальперина и Исаева для мужчин составлял 27,55 проц., для женщин — 32 проц.; по нашим данным — 19,3 проц. и 18,5 проц. Гуммозный сифилис снизился: с 13,7 проц. до 6,8 проц. — у мужчин и с 16,64 проц. до 14,6 проц. — для женщин. Падение активного сифилиса и повышение скрытого, несомненно, имеет большое социально-бытовое значение. Далее нас интересовало, каков состав больных по семейному положению. Разбирая в этом направлении наш материал, мы получили следующие данные: среди мужчин сифилитиков женатых 55,5 проц., холостых 38,3 проц.; из всех женщин, больных сифилисом оказалось: замужних 55,8 проц., девиц 14,9 проц. Если же взять соотношение отдельных групп ко всем зарегистрированным случаям сифилиса, то получим: женатых 30,1 проц., замужних 25,9 проц., холостых 21,3 проц., девиц 6,7 проц. Таким образом, семейные (женатые и замужние) составляют 56 проц. всех больных сифилисом. Об этом же говорят цифры и других авторов (Шейн — Фогель), Федоровский <sup>10)</sup>). Очевидно, процесс венеризации семьи, процесс переме-



щения ролей в заражаемости от холостых к семейным, по сравнению с довоенными годами, отмечается всюду и, несомненно, имеет свои глубокие социально-бытовые причины. Что касается гонорреи, то на долю мужчин из всех зарегистрированных гоноррейных больных приходится 74,5 проц. и женщин 25,5 проц. Если сравнить данные распределения больных сифилисом по полу, где мужчины составляют 54,4 проц. всех случаев, с данными о гоноррее, то приходится констатировать поразительно низкий процент обращаемости женщин с гонорреей—всего лишь  $\frac{1}{4}$  всех гоноррейных больных. Объясняется это явление тем, что: 1) женщины просматривают гоноррею, относя выделения из половых органов за счет белей, вызванных физиологическими условиями, или приписывая их к т. н. женским болезням. 2) Многочисленные больные женской гонорреей обращаются скорее к гинекологам, ускользая таким образом от учета вендиспансеров. Многие врачи не умеют диагностировать гоноррею и ставят диагноз только лишь в том случае, когда найдены гонококки. Благодаря этому латентная гоноррея зачастую остается нераспознанной. Мы уже указывали выше, что острая гоноррея составляет почти половину всех случаев. Группируя же больных по диагнозу и семейному положению, мы установили, что мужчины по поводу острой гонорреи обратились в 42,3 проц., а женщины—в 48,4 проц. В этом отношении наши выводы резко отличаются от данных других авторов. А именно, у Гальперина и Исаева <sup>1)</sup> острая гоноррея составляет для мужчин 65 проц., для женщин 40 проц.; Серпера <sup>2)</sup>—16,6 проц. и 26 проц.; у Мгеброва <sup>11)</sup> соответственно 72,2 проц. и 87,8 проц.; а у Атарова 69,9 проц. и 49,6 проц. Если в отношении сифилиса, благодаря единству номенклатуры и единообразию диагностических методов, повсюду отмечается почти полная тождественность, то по отношению гонорреи, наоборот, наблюдаем удивительную пестроту выводов. Благодаря неточным диагнозам страдает точность статистики. Нередко обострение латентной гонорреи расценивается как свежая гоноррея. Что касается женской гонорреи, то вопрос о выздоровлении представляет еще больше трудностей, чем у мужчин, и часто ставится диагноз острой гонорреи в тех случаях, когда по существу имеется лишь обострение старого процесса. В итоге искусственно увеличивается процент острых форм за счет хронических рецидивных. Таковы причины столь разноречивых выводов в отношении гонорреи. Главной и основной причиной распространения венерических заболеваний являются беспорядочные внебрачные половые сношения. Поэтому, естественно, нас прежде всего интересовал вопрос, как рано начинают добрачную половую жизнь наши больные. Нам удалось в этом направлении разработать 3144 карточки. Среди мужчин первый coitus на возраст до 14 лет падает в 9,6 проц., 15-ти лет—11,7 проц., 16-ти лет—19 проц. и т. д. Таким образом, до наступления половой зрелости половой жизнью начинают жить 80,5 проц.; при чем наиболее активным в половом отношении является семнадцатилетний возраст, обнимая 21,7 проц. всех анкетированных мужчин. Наши цифры не случайны и находят подтверждение в целом ряде анкет, приведенных с целью получить данные о половой жизни юношества. (Голосовкер <sup>13)</sup>, Ротштейн <sup>14)</sup>, Лассе <sup>15)</sup>, Гельман <sup>16)</sup> Ефимов <sup>17)</sup>).

В то время, как среди мужчин наибольший процент начинает половую жизнь в возрасте до 19 лет (80,5 проц.), среди женщин этот возраст составляет 56 проц. Как видим, половая жизнь женщины значительно отличается от мужской. Эта разница еще резче выступает при сравнении начала половой жизни тех и других. Если 21,3 проц. мужчин уже знакомы с интимной стороной половой жизни в возрасте 14—15 лет и даже более раннем,



то девочки утрачивают девственность в том же периоде только в 5,2 проц. Несмотря на то, что физическая половая зрелость женщины наступает раньше мужчины, все же они вступают в половую жизнь значительно позже. Процент имевших первое половое сношение позже 20 лет среди мужчин едва достигает 6 проц., тогда, как у женщин он выражается уже 16,3 проц. Это положение до известной степени подкрепляется другими данными, если мы обратимся к выяснению вопроса, с кем произошел первый coitus. Оказывается, что среди мужчин половая жизнь, как правило, носит случайный неразборчивый характер, тогда как у женщин она, наоборот, принимает «брачный» характер. Так, например, из 2258 опрошенных мужчин первое половое сношение имели с женой или сожительницей 4,1 проц., в то же время из 886 женщин с мужем и сожителем—72,2 проц. Из приведенных данных видно, что женщины начинают половую жизнь позже и ведут более сдержанно, чем мужчины. Но ранняя половая жизнь молодежи наносит не только психическую и физическую травму еще неокрепшему организму, она таит в себе чрезвычайно серьезную опасность в виде венерических болезней. По мнению Российского, «раннее начало половой жизни как бы приучает людей к беспорядочности половой жизни, в частности, к пользованию проституцией». А это, несомненно, раньше и скорее приводит к заражению венерическими болезнями. Если мы обратимся к данным нашего материала с целью выявления возраста, в котором произошло заражение, то оказывается, что 71,5 проц. всех больных мужчин заразились в возрасте до 25 лет: до 17-ти лет 6,2 проц., с 18—20 лет—25,3 проц., с 21—25 лет 40 проц., т. е. громадное большинство заражений приходится на молодой, наиболее активный в половом отношении возраст.

Столь высокий процент заражаемости в молодом добрачном возрасте не противоречит и целому ряду предыдущих исследований. По данным Басса до 25-ти лет включительно заболело 94,9 проц., у Гельмана—91,4 проц.

Из 1269 семейных мужчин 43,3 проц., живших половой жизнью до брака, продолжают прибегать к внебрачным связям и будучи женатыми. В то же время группа, сохранившая целомудрие до брака и имевшая случайные половые связи будучи уже женатыми составляет 7,3 проц. Наряду с этим приятно отметить цифру 49,4 проц. женатых, которые сохранили верность семье, несмотря на то, что имели половые сношения до брака. Все же, анализируя это явление, приходишь к выводу, что брак, как защита от внебрачных связей, потерял свое значение. Почти половина семейных мужчин (50, 60 проц.) после вступления в брак имели половые сношения с другими женщинами. Естественно, столь беспорядочная жизнь семейного мужчины не может не играть существенной роли в распространении венерических болезней. В таблице № 1 мы представляли исключительно группу семейных заразившихся от внебрачных связей. О чем говорят эти цифры? 45 проц. всех семейных больных заразились будучи холостыми, а 55 проц. женатыми.

Брак уже не страхует от опасности заражения. Наоборот, по сравнению с довоенным периодом, отмечается ясно выраженная тенденция снижения заражаемости холостыми и нарастания—женатыми. Если раньше холостяки составляли главный контингент венерических больных, то это в значительной степени объяснялось поздним вступлением в брак. Теперь же, в связи с раскрепощением брака, снизился и возраст вступающих в брак, сократился до минимума холостяцкий период, а вместе с тем снизился и процент заражений холостых. Однако, вышеуказанные причины еще не объясняют, почему именно растет заболеваемость среди женатых. Очевидно,



Таблица 1

## Время заражения среди семейных

Время заражения	М У Ж Ч И Н Ы											
	До 1914 г.		1914—1917 г.		1918—1921 г.		1922—1925 г.		1926—1928 г.		Всего	
	Кол.	%	Кол.	%	Кол.	%	Кол.	%	Кол.	%	Кол.	%
До брака . . . . .	88	76	76	73	131	65	83	48	32	10	410	45
В браке, живя с женой . .	17	15	12	12	26	13	56	32	137	42	242	27
В браке, живя без жены . . .	11	9	16	15	45	22	35	20	156	48	263	28
Итого . . . . .	116	100	104	100	202	100	174	100	325	100	921	100
Ж Е Н Щ И Н Ы												
До брака . . . . .	3	75	4	80	11	60	7	64	5	28	30	56
В браке, живя с мужем . . .	—	—	1	20	—	—	1	10	6	33	8	15
В браке, живя без мужа . . .	1	25	—	—	5	31	3	26	7	39	16	29
	4	100	5	100	16	100	11	100	18	—	54	100



в повышении заболеваемости женатых играют роль другие моменты социального порядка, среди которых не последнее место занимает длительный отрыв их от семей. Если мы обратимся к анализу данных таблицы № 1, то увидим, что в годы гражданской и империалистической войн повышению заболеваемости среди женатых способствовала мобилизация значительных кадров семейных мужчин. В годы восстановления хозяйства страны общие экономические условия продолжают играть свою роль. Длительный отрыв от семьи частое явление среди огромного количества трудящихся. Понятно, многие из них, живя вдали от семьи, ведут беспорядочную половую жизнь и заражаются. Анализируя источники заражения мы видим, что проституция, в прежнем понимании, как фактор, способствующий распространению в-б, в настоящее время играет значительно меньшую роль, чем раньше. По нашим данным, за годы революции она снизилась в три раза. Но зато возрос процент заражаемости от жены. А также нарастает заражаемость от незнакомых и знакомых. Мы не знаем, кто в действительности скрывается под маской «незнакомых». В те время как для мужчины жена является лишь в 7 проц. активной заносчицей венерической в семью, мужья такими источниками являются уже в 71,4 проц. Это вполне соответствует половому быту тех и других. Как мы видели уже, мужчины начинали свою половую жизнь с женой и сожительницей только в 4,1 проц., женщины же — в 72,2 проц., имели первый coitus с мужем или сожителем. Однако, роль жены, как источника семейной инфекции, значительно возрастет, если мы рассмотрим источники заражения в отдельности у семейных и холостых. Среди семейных, заразившихся в браке, 23,5 проц. заражений приходится от жен и сожительниц. Об этом же говорят и другие авторы: у Серпера<sup>2)</sup> для жен выведено 17,4 проц., Шейнфогеля<sup>3)</sup> — 21,4 проц., Порудоминского<sup>4)</sup> 21 проц. Косвенным доказательством того, что женщина стала чаще носителем инфекции в брачные отношения, чем раньше, является ряд других цифр: 25,4 проц. из числа зарегистрированных женщин заразилось до брака, 28,6 проц. того же количества вообще заразилось от случайных связей, в 27,8 проц. — первое половое сношение произошло не с мужем. Если к этому прибавить, что 6 проц. замужних параллельно находились во внебрачной связи еще и с другими мужчинами, то все это вместе взятое в достаточной степени характеризует изменение в половом быте современной женщины. Легкость половых отношений приводит к тому, что значительные группы женщин становятся уже активными носителями венерических. За живую веру в физическое благополучие «знакомых» жестоко расплачиваются. Если до 1914 года процент заразившихся от знакомых женщин составлял 29, то в последние два года возрос уже до 40 проц. Наше впечатление не случайно. Об этом же говорят цифры и ряда других исследователей (Вейн<sup>19)</sup> Серпер<sup>2)</sup>, Гальперин и Исаев<sup>1)</sup>. Заканчивая анализ брачных отношений и связи их с распространением венерических болезней, мы все же должны сказать, что брак, в современных своих формах, является в значительной степени сдерживающим фактором.

По нашим данным в 49,4 проц. женатые совершенно прекратили внебрачные сношения оставшись верными мужьями. Но и те 43,3 проц. женатых, которые продолжали свои внебрачные половые связи, стали в значительной мере осторожней и разборчивее в отношении выбора объектов. Почти в полтора раза уменьшилась обращаемость к той категории женщин, которая представляется наиболее опасной в смысле передачи венерических и параллельно увеличилась к той, в благополучие которой, к сожалению, еще продолжают верить. Но зато среди не имевших связей до брака наблюдалось любопытное явление что, будучи женатыми, они как бы торопятся наверстать упу-



щенное время свободной холостой жизни. Изучение вопроса о местах заражения представляет большой интерес. С одной стороны, это дает возможность судить о роли города или деревни в распространении венерических болезней, а с другой стороны—выяснить обстановку, в которой происходят заражения. Наши данные говорят, что город в рассейвании венерической болезни занимает первое место—54,4 проц., но значительна и роль деревни, особенно если будем сравнивать с довоенным временем. Удельный вес деревни в распространении венерической болезни за годы революции значительно вырос. То расхождение позиций между городом и деревней, которое наблюдалось до 1914 года, в годы гражданской войны и в первый период НЭПа, сошло на нет. С улучшением экономического состояния, в 1926—28 г. г. мы снова наблюдаем нарастание процента заражений в городе. Очевидно, увеличение спроса на рабочую силу, рост городского населения за счет деревни повышают заражаемость. И все же, по сравнению с довоенным периодом, процент заражений в деревне за последние 2 года выше (до 1914—27 проц., с 1926—28 гг.—37 проц.) Нам кажется, что это нарастание идет параллельно ломке полового быта деревенской молодежи. Уже подмечено рядом авторов, что в данное время венерические заболевания приобретают ясно выраженную городскую физиономию: преобладают свежие формы сифилиса, половой характер заражений, нарастание гонорреи и т. п. Небезинтересно будет остановиться еще на обстоятельствах, при которых происходил половой акт. Пользуясь тем же методом сравнения с довоенными годами, мы видим, что с отменой регламентации проституции и усилением репрессий в отношении притонодержателей, содержателей гостиниц и других лиц, резко упала заражаемость в притонах и гостиницах; напротив, увеличился процент заражений на улице—с 13 проц. до 38 проц. Помимо уже указанных нами факторов, есть еще другие, которые в половой жизни человека играют не малую роль. Из таких факторов, играющих роль пособника в распространении в-б, безусловно, является алкоголь. Вполне естественно, мы не могли пройти мимо этого момента в изучении нашего материала. Что мы имеем? Почти 75 проц. анкетированных мужчин в той или иной степени употребляют алкоголь; непьющих всего лишь 23,9 проц. Наибольший процент трезвенников приходится на молодые годы—до 30 лет, а дальше он падает; процент злоупотребляющих алкоголем, наоборот, растет в сторону старших возрастов; среди пьющих «часто» он возрос к 50-ти годам почти в три раза, среди пьющих «постоянно»—в два с лишним раза.

Среди женщин хотя и отмечается относительное благополучие (процент непьющих в 2½ раза больше, чем среди мужчин), но нельзя не обратить внимания, что для женщин 40 проц. употребляющих так или иначе алкоголь являются все же высокими.

Холостые, по нашему материалу, более сдержанны: среди них непьющих 27,3 проц., а злоупотребляющих алкоголем, т. е. пьющих «часто» и «постоянно»—11,7 проц.; женатые уже в большей степени употребляют алкоголь: непьющих только 21,4 проц. и пьющих—14,4 проц. Последние две группы—вдовы и разведенные—являются наиболее характерными: так, среди вдов, усиленно употребляющих алкоголь, 23,8 проц., среди разведенных еще больше—28,8 проц. Повидимому, неудачно сложившаяся жизнь компенсируется излишней данью Бахусу. Однако, нас главным образом интересовало не столько степень потребления алкоголя, сколько непосредственное его влияние на заражаемость.

И, изучая этот вопрос, мы констатировали, что 31 проц. всех больных мужчины заразились в пьяном состоянии, при чем холостые заражались в пьяном виде в 28 проц., а семейные в 50 проц. и 33 проц. Особенно связь



алкоголизма с распространением венерических заболеваний сказывалась на заражаемости женатых. В то время как холостые, не чувствуя ответственности за свои поступки, в состоянии опьянения заражались в 28 проц., женатые, живущие без семьи, в 33 проц., а живущие с семьей уже в 50 проц. Что это—случайность? Конечно, нет. Для женатого, на которого семья налагает известного рода ответственность не только юридическую, но и моральную, нужен какой-то момент, который затмил бы состояние этой ответственности. Таким моментом, несомненно, является опьянение. Прекрасной иллюстрацией связи между алкоголизмом и распространением венерических заболеваний может служить заражаемость по отдельным периодам. В годы, когда была запрещена легальная продажа алкогольных напитков, процент заражений в пьяном виде резко снизился. С введением продажи вина процент снова начинает подниматься.

Интересно отметить, что заражаемость в пьяном виде живущих с семьей постоянно выше процента живущих без семьи. У живущих с семьей потребность к случайным половым сношениям должна быть меньше, чем у живущих вдали от семьи; следовательно, тем сильнее проявляется роль алкоголя, как фактора, подавляющего сдерживающие мотивы. Все же, по сравнению с довоенными годами, значение алкоголя в последнее время снизилось: у холостых с 42 проц. до 29 проц., у женатых с 65—55 проц. до 57—32 проц. соответственно тому, жили ли они в момент заражения с женой или без жены.

Все же алкоголизм остается одним из важнейших постоянных факторов, способствующих распространению венерических заболеваний. Наконец, среди прочих причин в деле распространения венерических заболеваний нельзя не учитывать степени санитарной грамотности населения. Изучая эту сторону, мы попытались связать в отдельных моментах время обращения больных за медицинской помощью и осведомленность их о сущности венерических заболеваний.

Из 2317 больных мужчин, обратившихся в диспансер, не имело сведений о венерических заболеваниях—42 проц. Среди женщин процент санитарно-безграмотных достигает уже 77 проц.—из 949 больных женщин 732 не имели сведений.

Каковы же источники, откуда черпали сведения наши больные? В 60 проц. эти сведения получали из лекций и книг, в 29 проц.—от товарищей и 1 проц.—в семье и школе. Хотя «источники» по нашим данным качественно стоят выше, чем у ряда других авторов, все же надо признать, что дело санитарного просвещения поставлено не на должной высоте, все таки 40 проц. источников сомнительного характера—товарищи и др. Однако, сравнивая с данными за прошлые годы, приятно отметить, что лекции и книги, как метод санитарного просвещения, начинают вытеснять всякого рода сомнительные источники. Если у Вейна, по данным 2-го Московского венерического диспансера за 1925 год, 69 проц. больных получили первые сведения от товарищей, если по данным анкеты Гельмана среди московских студентов в 33,5 проц. источниками осведомления являются товарищи, а у Ефимова, проводившего в 1924 году обследование половой жизни молодежи в одном провинциальном городе, этот источник занимает 54 проц., то наши 60 проц. источников относятся к лекциям и книгам и тем самым говорят о большой проделанной сан-просветительной работе за последние 4—5 лет. В прямой зависимости от степени санитарной грамотности находится и отношение больных к лечению во время болезни.

Из 2317 больных мужчин 33 проц. вовсе не лечилось, 44 проц. лечилось неаккуратно и только 23 проц. лечилось более или менее аккуратно. Насколько влияние санитарной грамотности сказывается на лечении,



видно из сравнения отношения к лечению мужчин и женщин. Выше мы уже сказали, что 42 проц. мужчин и 77 проц. женщин до заболевания не имели сведений о вен. болезнях. Само собой понятно, что столь высокий процент санбезграмотных женщин неминуемо должен был повлечь за собой повышение процента нелечившихся или понижение аккуратно лечившихся. И данные наши дают следующие соотношения: не лечилось мужчин 33 проц., женщин 59 проц., лечилось аккуратно мужчин 23 проц., женщин только 12 проц., т. е. в два раза меньше. Однако, эти данные не являются характерными, т. к. по ним нельзя судить как долго болели больные до момента обращения в диспансер и с какими формами болезни обращались.

Поэтому, чтобы получить более ясное представление об отношении больных к лечению, мы решили дать несколько сводок различных комбинаций.

Таблица 2

Как лечились б-ные до обращения в диспансер

С какими формами сифилиса обратились в диспансер	М У Ж Ч И Н Ы					
	Не лечились		Лечились неаккуратно		Лечились аккуратно	
	Кол.	%	Кол.	%	Кол.	%
Со вторичным свежим . . .	45	28	37	7	25	9
„ рецидивным . . . . .	34	21	61	12	16	7
С гуммоznым . . . . .	29	18	43	8	4	2
Со скрытым . . . . .	52	33	376	73	233	82
Всего . . . . .	160	100	517	100	278	100
	Ж Е Н Щ И Н Ы					
	Не лечились		Лечились неаккуратно		Лечились аккуратно	
	Кол.	%	Кол.	%	Кол.	%
Со вторичным свежим . . .	27	14	1	—	—	—
„ рецидивным . . . . .	42	22	17	9	4	5
С гуммоznым . . . . .	44	23	22	11	4	5
Со скрытым . . . . .	80	41	157	80	73	90
Всего . . . . .	193	100	197	100	81	100



Связь между лечением и теми формами сифилиса, с какими больные обратились в диспансер, представлена таблицей № 2. При анализе ее прежде всего бросается в глаза, что в группе нелечившихся преобладают активные формы. Так, у мужчин вторичные и гуммозные формы, вместе взятые, составляют 67 проц. Наоборот, среди аккуратно лечившихся подавляющий процент приходится на скрытые—82 проц.

Сопоставляя отдельные формы сифилиса, выявленные среди лечившихся и нелечившихся, мы констатируем, что второй активный сифилис в три раза чаще диагностируется у нелечившихся, а гуммозный—уже в девять раз. Подобная картина отмечается и в женской группе. Мы сознательно исключили при анализе первичный сифилис, т. к. отсутствие лечения у такого рода больных объясняется не столько санитарной безграмотностью, сколько краткостью времени, протекавшего от заболевания до момента обращения в диспансер. Если упомянутые таблицы являются лишь косвенным доказательством влияния санитарной грамотности или безграмотности на своевременность обращения за медпомощью, то следующая таблица № 3, где взяты исключительно мужчины, уже определенно устанавливает эту прямую зависимость.

Таблица 3  
Влияние санитарной грамотности на своевременность обращения за медпомощью больных  
М у ж ч и н

В какой стадии болезни обратились в Вендиспансер		Знали ли до заболевания как заражаются венбол.			
		Не знали		Знали	
С гонорреей	Острой . . . . .	117	33 %	341	46 %
	Хронической . . . . .	120	35 %	237	33 %
	Осложненной . . . . .	113	32 %	156	21 %
	Всего . . . . .	350	100 %	734	100 %
С сифилисом	Свежим . . . . .	105	20 %	137	25 %
	Рецидивным . . . . .	61	11 %	47	8 %
	Гуммозным . . . . .	50	9 %	26	5 %
	Скрытым . . . . .	326	60 %	335	62 %
	Всего . . . . .	545	100	545	100

И, действительно, в группе имевших сведения до заболевания, по поводу свежей гонорреи обратилось 46 проц., а среди не имевших таких сведений—уже 33 проц. По поводу осложненной гонорреи в первой группе обратилось 21 проц., во второй опять выше—32 проц. Такое же состояние



мы видим и среди больных сифилисом. Выделив одних только мужчин, мы хотели исключить тем самым целый ряд предвходящих моментов, которые у женщин играют не малую роль в отношении гонорреи и *ignorata*, о чем уже говорилось в начале работы.

Опрос больных о мотивах неаккуратного лечения показал, что среди мужчин 45 проц. лечилось неаккуратно, потому что «считал себя здоровым». Среди лечившихся неаккуратно женщин 60 проц. «считали себя здоровыми». Лечилось неаккуратно из-за отсутствия средств: мужчины в 13,5 проц., женщины—в 11 проц.; из-за отсутствия времени: мужчины 13,5 проц., женщины—10 проц., по другим причинам—мужчины 28 проц., женщины—19 проц. Эти цифры некоторым образом взаимно дополняют друг друга и почти совпадают с данными, выведенными нами в отношении осведомленности больных. Считаем нужным остановиться еще на одном моменте:—где лечились больные до обращения в диспансер. Сгруппированные ответы дают следующую характеристику: наибольший процент (83 проц.) лечились в лечебных учреждениях, 12 проц.—у врачей и фельдшеров и сомнительными средствами 5 проц. Любопытно сравнить с данными других авторов.

Ротштейн<sup>1</sup>), проводивший анкету среди учащихся ВУЗ'ов гор. Казани в 1924—25 г.г., указывает, что из анкетированных им больных 55,5 проц. лечилось в больничных учреждениях, у частных врачей и фельдшеров—30,5 проц., собственными средствами 11 проц., у знахарей—3 проц. Как видим по нашим данным, больные, за небольшим исключением, лечатся преимущественно в лечебных учреждениях: последние не только вытеснили собой знахарей и домашние средства, но и значительно сузили поле деятельности частной практики. Столь приятное явление находится в полном соответствии с уже отмеченным нами понижением процента поздних форм сифилиса.

Мы знаем, что в нашем сообщении далеко не охвачены все моменты, способствующие распространению венерических заболеваний. Настоящая работа не дает нам пока и возможности выяснить в целом динамику венерических, но, несомненно, является к тому необходимой предпосылкой. Изучение динамики венерических является нашей очередной задачей, что мы и намерены сделать в ближайшее время.

#### Л и т е р а т у р а :

1. Гальперин и Исаев: «Венерические заболевания среди городского населения» (Венер. и Дерматол., № 3—1923 г.); 2) Серлер: «К характеристике венеризма в рабочем поселке» (Профил. Медич. № 7—1927 г.); 3) Юнович и Велецкий: «Первый год Бакинского вендиспансера» (Вен. и Дерм. № 1—1926; 4) Хорошин: «Венерические болезни в г. Одессе в 1924 г.» (Профил. Медич. № 3—1926 г.). 5) Красковский: «Сифилис на селе и борьба с ним» (Профил. Медич. № 2—1926 г.). 6) Атаров: «К вопросу об организации статистики вензаболеваний» (Вен. и дерм. №... 1929 г.). 7) Левенсон Голденберг: «*Siphilis ignorata* у женщин» (Руск. вест. дермат. № 3—1926 г.). 8) Гошмид: «Социальное значение третичного сифилиса» (Перм. Мед. Журн. № 1—2—1928 г.). 9) Шейн-Фогель: «К вопросу о семейном венеризме» (Вен. и Дерм. № 6—28 г.). 10) Федоровский: «Материалы по распространению вензаболеваний на Украине» (Проф. Медич. № 11—26 г.). 11) Мгебров и Хорошин: Венерические и кожные болезни по данным Института за 10 лет (1917—1926 г.).—Юбилейный сборник Института им. Е. С. Глявче. 12) Россиянский: «Социальные причины распространения венерических болезней» (Б. М. Э., том IV). 13) Голосовкер: «Итоги половой анкеты» (Дерм. и Венер. № 6—24 г.). 14) Ротштейн: «О половом быте рабочих» (Дерм. и Венер. № 5—25 г.). 15) Ласс: «Современное студенчество» (Изд. «Молодая Гвардия» 1928 г.). 16) Гельман: «Половая жизнь современной молодежи» (Изд. НКЗ, 1923 г.). 17) Ефимов: «Опыт обследования половой жизни трудящейся молодежи провинциального города» (Проф. Медич. № 3—26 г.). 18) Порудоминский: «К итогам годовой работы 2-го Московского Вендиспансера» (Венер. и Дермат. № 3—25 г.). 19) Вейн: «Основные факторы, влияющие на рост и распространение венерических болезней» (Венер. и Дерм. № 6—25 г.). 20) Россиянский: «Социальные причины полового распространения венерических болезней» (Вен. и Дерм. № 11—28 г.). 21) Гехт:—цитировано по Россиянскому (БМЭ—т. IV).



# Опыт санпросветработы в условиях амбулаторной обстановки

(Из Пермской Центральной Амбулатории Пермской ж. д. зав. Г. С. Вершов)

Г. С. ВЕРШОВА

Совершенно точная и ясная предпосылка, что лечебная медицина без профилактического уклона не достигает и не может достигнуть цели, предпосылка, которая требует своего логического продолжения и завершения в деле здравоохранения вообще и в оздоровлении труда и быта трудящихся—в отношении санпросветработы не доведена до конца.

Не только деталям и методике санпросветработы, но и ей самой в целом уделяется сравнительно мало внимания, не только в некоторой части лечебных учреждений, но и в руководящих отделах Здравоохранения. Если совершенно беспристрастно подойти к этому вопросу, то придется констатировать, что на этом фронте в лечучреждениях не все обстоит благополучно. Мы не будем говорить о теоретической базе санпросветработы, хотя и этот вопрос вполне актуален и ему посвящен целый ряд статей как специалистов этой вновь народившейся в советских условиях отрасли медицины, так и практических врачей (см. «Вопросы Здравоохранения», 27, 28, 29 г. г. «Вестник Современной Медицины», 29 г.). Мы остановимся на практическом выполнении этой чрезвычайно важной и интересной по существу задачи. Зайдите в любое лечебное учреждение, и что же вы увидите во многих из них по части санпросветработы. На стенах висят старые, подчас засяженные мухами, пыльные, всем оскомили набившие плакаты: «Сифилис — не позор», «Туберкулез излечим», «вытирай ноги» (а чем их вытирать не везде у дверей имеется), «Не плюй на пол» (а плевательница скромно приютилась в углу и ее не видно), часть плакатов висит криво, некоторые скорбно повисли на одном гвоздике.

Непрглядная картина!

А каждый врач прекрасно знает, что все эти истины нужно преподносить в таком виде, чтобы они были и убедительны, и били в глаза, и заинтересовывали и будили мысль. Но этого не делается.

Мы не говорим о туб. и вендиспансерах—у них эта часть работы поставлена более благополучно, но им и книги в руки.

Не приходится, казалось бы, говорить о такой аксиоме, что результаты лечебной работы прямо пропорциональны профилактической, особенно в части санпросветработы. И даже как то странно говорить об этом на втором десятилетии советской медицины, во главу угла поставившей именно профилактический уклон. Но, тем не менее, это именно так.

После целого ряда лет лекционной системы, которая, сделав свое дело, естественно, сошла почти на нет, методика санпросветработы, достаточно глубоко и интересно разработанная, стала завоевывать свое заслуженное место в профилактической части работы лечучреждений. Но, к сожалению, подчас эта работа проводилась «по-кустарному». А в то же время этому вопросу, как мы уже указывали, посвящено много очень интересных работ и даже изданы прекрасно составленные сборники, служащие ценным руководством по этому вопросу (например, «Теория и практика санитарного Просвещения» под ред. С. И. Волконской и Ф. Ю. Бермана, изд. Мосздравотдела, «Методика санитарного просвещения». Сборн. 1, изд. «Научная Мысль», 1928 г., под ред. Я. И. Лифшица и И. А. Либермана). И, несмотря на это, известная «кустарность» в методике санпросветработы большинства леч-



учреждений имеется. Надо отметить, что во многих лечебных учреждениях эта работа совсем не проводится. Поэтому есть много причин, частью и «объективных», о которых скажем ниже, но в общем у руководителей лечебных учреждений нет достаточного стимула для организации планомерной санитарно-просветительской работы, нет достаточного убеждения в необходимости ее, а иногда нет и опыта, нет соответствующего руководства, инструктажа.

А в то же время «тесная связь амбулатории поликлинической организации и всех ее разветвлений с широкими массами рабочих и их семьями, ежедневное прохождение через поликлинические учреждения сотен тысяч трудящихся—создают широкое поле для санитарно-гигиенической пропаганды, для систематического воздействия на санитарно-неграмотные слои населения»<sup>\*)</sup>. И дальше: «надо только, чтобы санитарное просвещение стало *бытом* наших организаций, заняло *почетное* место в нашей работе» (курсив наш Г. В.). Так вот—вошло ли оно в быт наших лечебных учреждений, заняло ли оно, если не почетное, то хотя бы просто заметное место там? Конечно, нет.

Насколько нам известно, стационары совсем или почти совсем этим делом не занимаются—почему, это другой вопрос. А, казалось бы, что сама обстановка стационаров очень помогла бы этой работе: не часто меняющийся контингент больных, интерес к вопросам здоровья со стороны последних, однообразие монотонной жизни в лечебных учреждениях—все это помогло бы развить такую работу. Но этой работы нет, и не только в стационарах, а подчас и в амбулаторного типа лечебных учреждениях.

Среди многих причин «объективного характера» есть одна довольно существенная, мимо которой пройти нельзя и на которой необходимо поставить акцент: это—отсутствие постоянного руководства со стороны Здравоохранительных органов, отсутствие специального человека, который этой работой бы ведал, составлял планы, руководил, одним словом, в своих руках сосредоточил бы все нити этой работы. В действительности этого нет. Если такие указания и бывают, если даже издаются соответствующие циркуляры и инструкции—делается это не планомерно, от случая к случаю, без всякой системы.

С известными трудностями пришлось встретиться и нам в организации систематической санитарно-просветительской работы в заведомом нами учреждении. К сожалению, я тогда не был знаком с указанными руководствами по санитарному просвещению и кроме неопределенных распоряжений по этому вопросу от своего здравотдела ничего не имел. В одном из медицинских журналов я прочел как-то заметку о санитарно-просветительской работе, кажется, на участке, часть которой проводилась путем ящика вопросов и доски ответов. До этого мне приходилось слышать о такой форме санитарно-просветительской работы, но представлял я себе это довольно смутно. Я нарочито останавливаюсь на этих, на первый взгляд, казалось бы, мелочах, ибо положение, в котором я был, довольно характерно для администратора, не имеющего ни точных указаний, ни плана работы от соответствующего руководящего органа. Было это еще до издания инструкции Н. К. З. от 4-IV—29 г., к которой я еще вернусь.

И вот, опытом, опытно поставленной санитарно-просветительской работы я и хочу поделиться.

Итак, повесил в двух ожидающих амбулатории ящики вопросов и доски ответов, снабдив их соответствующими объявлениями и стал ждать вопросов (в конце 28 г. одновременно были организованы кратковремен-

<sup>\*)</sup> Либерман. «Санитарное просвещение в современной поликлинической организации». В сборн. I «Методика Санитарного просвещения». См. выше.



ные беседы врачей в ожидальных и вечера вопросов и ответов, но об это ниже).

Прошло некоторое время, вскрыл ящики—ни одного вопроса; подождать еще—тот же результат. Тогда я прибегнул к «методу провокации»: на досках ответов вывесил вопросы и ответы, мною же составленные, например: «отчего бывает родильная горячка», «отчего бывает грудница», «бывает ли второй раз сыпной тиф», «как правильно кормить ребенка» и т. п. Уловка удалась, и через короткое время в ящики посыпались вопросы.

За 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> года ящики вскрывались 16 раз, вопросы раздавались врачам соответствующих специальностей, и ответы, напечатанные на машинке, вывешивались на досках. Всего вопросов было 503. В начале вопросы были разнообразные, но постепенно стали повторяться.

Сводка вопросов чрезвычайно любопытна. Она очень показательна что именно интересует массу, посещающую амбулаторию:

Вопросы пола . . . . .	132—26 проц.
Венерические болезни . . . . .	54—10,7 проц.
Внутренние бол. . . . .	52—10,3 проц.
Кожные бол. . . . .	23— 4,5 проц.
Биологические вопросы . . . . .	23— 4,5 проц.
Онанизм . . . . .	17— 3, проц.

Остальные по всем специальностям и по целому ряду отдельных моментов, интересовавших посетителей. Вполне понятно, что вопросы пола заняли четверть всех вопросов. Это «жгучая тайна», мимо которой трудно пройти и взрослому, а тем более подростку. И последним принадлежала значительная часть вопросов этой категории, при чем вопросы были самые разнообразные. И если взрослый спрашивал как излечить половое бессилие или чем объясняется половая холодность женщины, то подросток настойчиво требовал ответа, как бороться с проснувшимися запросами пола, как утишить желание половой близости, которой разум не хотел и боялся, а тело требовало. Самые темные, самые интимные стороны половой жизни задевались в этих вопросах, на которые задававшие ждали ответа, подчас нетерпеливо, ибо иногда в ящиках оказывались записки с требованием скорей ответить на тот или другой вопрос.

У нас создалось определенное впечатление, что вопросы эти в большинстве своем задавались отнюдь не из простого любопытства, не из желания «пощекотать себе нервы»—эти вопросы были неразрешимыми для задававших их, они были мучительными вопросами их личной жизни. Иногда в записках прямо указывалось: мне 15-16 лет, кроме того, по затрагиваемой теме видно было, что значительное число «вопросов пола» интересовало подростков. Что-ж,—это вполне понятно, ибо школа наша все-таки очень и очень мало уделяет внимания этому вопросу, все-таки наши дети узнают «о тайне пола» не в школе, не на уроках естествознания, не из уст преподавателя, а от старших товарищей и, конечно, со специфической окраской под особым соусом. Вопрос полового воспитания в трудовой школе должен быть поставлен открыто и прямо; время лицемерного, фарисейского замалчивания его прошло.

Товарищи школьно-санитарные врачи, за вами слово!

Также понятно, что следующая значительная группа вопросов касалась венеризма. Из этих вопросов можно сделать кое-какие выводы. Вопросы задавались часто переболевшими той или другой венерической болезнью, и спрашивающие интересовались такими частностями, как, например: можно ли заболеть вторично, как его болезнь скажется на потомстве, могут ли быть какие-либо последствия в дальнейшем и т. п. Это значит,



что во время лечения больные совершенно не обрабатывались, с ними не велось санпросветработы и они, получив излечение, совершенно не получили никаких сведений о своей болезни. Некоторые вопросы, как сексуального характера, так и по венеризму, были такого интимного свойства, что совершенно лишали возможности ответить на них «гласно», а потому этим товарищам предлагалось зайти в тот или иной кабинет и от врача подучить ответ. Но, надо отметить, что ни разу никто к врачу за ответом не приходил.

Следующая группа вопросов (61—12 проц.) о волосах, угрях, веснушках (о последних двух особенно часто) и «косметические» (как излечить оспины, как сделать кожу мягкой, можно ли пудриться, какое употреблять мыло и т. п.). Вопросы административного характера 16—3 проц. Несмотря на имеющиеся книгу и ящик жалоб, такие вопросы все-таки опускались и ответы, конечно, на них давались.

Поразительно мало было вопросов по туберкулезу (8), наркомании (табак, алкоголь—5), социальным вопросам (проституция—1) и это совершенно непонятно.

Вопросы быта (7), о любви (4)— «что такое любовь», «как избавиться от любви». Был один вопрос любопытный по содержанию: «Скажите, товарищи врачи, вы люди образованные, почему полюбится тот, а не иной человек, почему тянет именно к нему, хотя и знаешь, что другой лучше?»

Задавались вопросы *ad hoc*: «Как провести лучше отпуск», «Как посоветуете: поступаю в ВУЗ и могу выйти замуж, стоит ли выходить, не помешает ли замужество учению». Последний вопрос можно трактовать как выражение особого доверия: обращается за помощью в разрешении чисто житейского бытового вопроса, т. к. не у кого спросить, не с кем посоветоваться, а надо на что-то решиться. Был и такой вопрос: «нельзя ли применить для излечения оспин углекислоту, т. к. в одном из популярных журналов читал, что при кожных болезнях применяют углекислоту».

Отрадно отметить, что хулиганских, порнографических вопросов было очень мало—6 (1 проц.). Правда, некоторые вопросы задавались совершенно не в литературной форме, в них иногда вещи назывались грубыми, уличными названиями, но мы эти вопросы к хулиганским все-таки не относили, полагая, что просто задававший не всегда знал, как то или иное явление облечь в литературную форму. Но были и чисто хулиганские, но их, повторяю, было совсем немного.

Большим минусом этой части санпросветработы мы считаем: 1) сравнительно редкую выемку вопросов из ящика: 2) задержку ответов, что частью нужно отнести за счет врачей, задерживавших ответы, частью на то, что канцелярия не успевала за перегруженностью печатать их.

Все это позволяет думать, что при правильно организованной системе этого вида санпросветработы можно достичь больших результатов путем близкого общения больного с врачом, к которому он приходит с большим доверием, не только в смысле излечения от своего страдания, но и желания получить ответ на интересующие его вопросы.

Второй частью нашей санпросветработы являлись кратковременные (10—15 минут) беседы врачей в ожидальнях. В начале, как новинка, они проводились почти систематически, чуть не ежедневно, но постепенно эта работа падала и стала только эпизодической. Постоянной она осталась, как неразрывная часть работы, вен. и туб. пункта. Беседы эти проводились большей частью в виде ответов на задаваемые больными вопросы, но иногда и в виде кратких лекций в порядке кампаний (сыпной тиф, брюшной тиф, оспа



и т. п.). Необходимо отметить, что почти каждый раз больных приходилось втягивать в эти беседы, но, втянувши, уже трудно было подчас окончить беседу, т. к. вопросы сыпались один за другим.

При таком живом общении с больными видно, как много вопросов интересует эту массу, как много для нее непонятного в вопросах здоровья, в вопросах гигиены и санитарии окружающей жизни и быта, какое санитарное невежество царит среди нас, как мало нами сделано в этом направлении и как много еще нужно работать.

Надо только обратить внимание, как тихо становится во время такой беседы в ожидальне, как прекращаются всякие разговоры, как ожидание вызова в кабинет врача уже перестает быть таким томительным, а, значит, и специфическая нервность этого ожидания сводится на нет. Больной спокойнее заходит в кабинет к врачу, а как это много значит, знает каждый амбулаторный врач.

Но, к сожалению, эти беседы, повторяем, систематически не ведутся, что объясняется перегруженностью врачей; последним нет времени выходить из кабинета и затевать такую беседу в то время, когда у каждого из них не один десяток больных сидит в ожидальне. И вряд ли больные согласились бы спокойно ждать лишние 10—15 минут, пока врач прекратит прием, провел бы такую беседу. Тем более это трудно при системе назначения приема больного на определенную четверть часа.

И невольно напрашивается мысль, что в крупных амбулаторных учреждениях (лечебных объединениях и единых диспансерах) должна быть введена в штат должность врача по санпросветработе, на которого должно быть возложено и проведение таких бесед систематически и каждый час, что кроме своей прямой цели, будет и разряжать всем известную томительную атмосферу ожидания у больных.

И, наконец, последняя часть нашей работы: «Вечера вопросов и ответов». Назначили мы такой вечер в амбулатории, разослали извещения по всем местным, довольно широко информировали устными и письменными объявлениями больных, посещающих амбулаторию, и... явился один человек. Избрали мы другой путь — связались с клубом железнодорожников. Правление клуба нам с трудом уступило один вечер, т. к. все вечера были распределены в календарном порядке, Правление же клуба само распространило по предприятиям билеты. Таких вечеров за 2 года было только 2—3. К сожалению, чаще Правление клуба не могло, по указанным причинам давать нам дни.

Слушателей было 100—120 (большинство женщин домохозяйки) и подростков. Каждый вечер продолжался 2—2½ часа. Аудитория буквально засыпала вопросами. Ответы давались врачами амбулатории, представлявшими почти все специальности. Каждый такой вечер заканчивался демонстрацией кино-фильмы: «Алкоголь», «Смеем ли мы молчать», «Жизнь и работа Пастера». Эти вечера показали всю целесообразность устройства их, но опять и здесь мы столкнулись с «объективными условиями»: вечера работы клуба перегружены, Правление не имело возможности чаще предоставлять их нам.

Мы своей работой «Америки не открыли», мы просто хотели провести в жизнь одну из основ советской медицины; кое-что мы сделали, но, конечно, немного и недостаточно полно и, главным образом, потому, что не было не только систематического, но почти никакого руководства, не было у нас и опыта, и работу эту мы строили ощупью.



В «Инструкции о санитарно-просветительной работе в лечучреждениях НКЗ от 4-IV—29 г. № 5-153-31\*)» «Обращается внимание на следующие возможные пути проведения санитарного просвещения» и пути эти перечисляются, но о них гораздо раньше, и значительно более интересно, говорит Б. Б. Коган в своей статье «Диспансеризация и санитарно-просветительная работа в городских амбулаториях» \*\*). В этой статье тов. Коган говорит о выставках, беседах в ожидальных, стенгазете, ящике вопросов и доске ответов, выдаче книг, брошюр и листовок больным и т. д. Мы с известного рода удовлетворением отмечаем, что в своей работе ощущую, в своем «кустарничестве» мы не одиноки—об этом говорят и другие товарищи, когда делятся опытом своей санпросветработы. В любом медицинском периодическом издании время от времени встречаешь работу, посвященную санпросветработе. И видишь, как часто каждый работает по своему, как много индивидуального вносится на местах в методику этой работы, ибо опять же нет общего плана, нет руководства. И поэтому совершенно понятна в указанной Инструкции НКЗ ссылка на «оправдавшие себя на практике ряда мест возможные пути проведения санитарного просвещения».

Среди многих работ, посвященных этому вопросу, мы позволили себе остановиться на интересной (в особенности для участковых врачей) статье тов. Надеждина «К вопросу о методике санпросветработы на участке\*\*\*), в которой он говорит: «Каждый из нас старается нащупать пути санитарно-просветительного воздействия на обслуживаемое население. Надо, к сожалению, констатировать, что окружные институты здравоохранения в лице своих санпросветинспекторов почти ничем не приходят нам, участковцам на помощь в смысле инструктирования нас и разработки той или иной методики (это—на Украине. А наши отделы здравоохранения? Г. В.). Отсюда и наблюдающееся кустарничество в санпросветработе. Каждому врачу приходится эмпирически доходить до той или иной формы этой работы».

Что можно прибавить к этим строкам, в которых, как в зеркале, отразилось положение участкового медработника, желающего работать и самостоятельно ищущего пути и формы этой работы.

Для полноты картины нашей санпросвет работы необходимо остановиться на проведении ее на производстве. Ну, это не только «узкое место» — это просто щель, сквозь которую никак не пролезешь. Все наши попытки использовать обеденные перерывы для бесед на медицинские темы неизменно кончались ничем. Нам не давали этой возможности—профессиональные организации обычно нам отвечали, что обеденные перерывы заняты тем или другим отчетом, той или другой кампанией: для нас времени не оставалось. Те несколько бесед, которые нам совершенно случайно удалось провести на производстве в виде «вопросов и ответов», ярко показали и возможность и действительную целесообразность их, но... они были случайны. Профессиональные организации не имеют времени (не хочется думать—желания) уделить этой части нашей работы хоть минимум внимания. Они, очевидно, считают ее не достаточно актуальной и нужной, словом, они проходят мимо ее. И какой иронией звучат следующие строки циркуляра Наркомздрава в преломлении действительности: «Успех деятельности в значительной степени зависит оттого, насколько активно будут участвовать в деле своего оздоровления сами застрахованные, в лице, прежде всего, объединяющих их профессиональных организаций. Такое участие стано-

\*) С. официальный отдел «Вопросы Здравоохранения» № 15, 29 г.

\*\*) См. указанный выше сборник, изд. Мосздравотдела.

\*\*\*) Врачебное Дело, № 15, 29 г.



вится\* возможным лишь при ясном понимании широкими массами задач борьбы за оздоровление труда и быта их» \*).

Значительную помощь в этом вопросе могли бы оказать работники Котиб'а, но секретом не является тот факт, что Котиб'ы влачат жалкое существование, что их работы почти не видно, что цели и задачи Котиб'а мало знакомы не только массам трудящихся, но и профорганизациям, что последние считают их почему-то частью работы только медперсонала и своей руки к этому делу не прикладывают. Это, несомненно, так, и в этом нужно сознаться.

С введением единых диспансеров отделам здравоохранения придется задуматься над вопросом организации санпросветработы в них, ибо «единый диспансер, естественно, является и центром санпросветительной работы» \*\*).

Нам мыслится, что если в программу деятельности единых диспансеров санпросветработа будет только включена соответствующими органами бумажным путем, а сама должна будет проводиться в жизнь участковыми врачами, сестрами социальной помощи и санитарными врачами—она неизбежно с планомерного пути, с систематической установки сползет к мелкому кустарничеству, к чему то совершенно обязательному, «этикетному», как рецепт в руках больного, выходящего из кабинета врача. Если участковый врач, сестра соцпомощи, санитарный врач единого диспансера будут каждый по-своему вести эту санпросветработу, а, значит, каждый будет вносить в нее свое индивидуальное понимание—можно себе представить, что за разногласия получится в этом долженствующем быть стройном концерте, какой сумбур в головах тех, среди кого эта санпросветработа будет проводиться. Поэтому, нам кажется, что в штат единого диспансера должен быть введен работник по санпросветработе, который бы и сам и с помощью им руководимых участковых врачей, сестер соцпомощи и санитарных врачей проводил бы эту санпросветработу, ведя ее, как систему работы единого диспансера, как нечто неотрывное от лечебной работы его, как обязательную предпосылку всей профилактической установки единого диспансера. При желании, при правильном подходе к разрешению этой задачи, работы такому специалисту хватит вполне, но в целях экономии и единообразия деятельности, можно бы там, где это мыслимо, чтобы один специалист обслуживал несколько диспансеров своим руководством, разработкой планов, постановкой дела.

На основании нашего непродолжительного, но достаточно демонстративного для нас опыта мы с совершенной определенностью можем сделать следующие заключения:

1. Идея профилактического уклона в медицине не завоевала себе достаточного авторитета и внимания среди врачей, особенно лечебников, в частности, санпросветработа. Это—с одной стороны, с другой—врачи так перегружены своей текущей лечебной работой в кабинетах, что они фактически не имеют возможности уделить достаточного времени и внимания работе профилактической.

Руководящими органами Здравоохранения практически очень мало было сделано для продвижения этой работы в массу врачей, не было доста-

\*) Циркуляр Наркомздрава № 202/МВ, 13/VII—28 г. «О санпросветработе среди членов профсоюза». Официальный отдел «Вопросов Здравоохранения» № 15, 28 г.

\*\*) Я. Ю. К а ц. «Единый диспансер».



Страницы  
утрачены



вил. Не говоря уже о доильницах, но и у работников сливных пунктов нет спецодежды, грязные немытые руки, не имеется даже умывальника. Мытье бидонов поручается или самим крестьянам (в Богдановичах) или производится на сливном пункте (в Талице), при чем бидон хотя и моется горячей водой, но при этом употребляется щетка, не мытая неделями.

Таким образом с несомненностью установлено, что все процессы до отправки молока со сливного пункта совершаются антисанитарно. Третье обстоятельство это то, что молоко задерживается на сливном пункте от 9 до 13 часов вместо нормальных 2—3 часов, нужных для охлаждения молока. Так молоко вечернего удоя поступает на Талицкий сливной пункт между 6—10 ч. вечера, отправлено на станцию в 7 ч. 15 мин. утра.

Все три момента: недостаточное охлаждение молока, загрязненность его, а также задержка в отправке—не могут не отразиться на дальнейшей судьбе молока и, так сказать, предопределил и его дальнейшую судьбу.

Чтобы в дальнейшем иметь возможность точных наблюдений—на сливных пунктах были проделаны предварительные анализы молока, которые дали следующие результаты:

20-VI вечером в Богдановичах: 1-я проба—темпер.  $+ 9$  гр. С  
удельный вес 1031 при 15 гр. С  
жира 3,5 проц. по Маршану  
кислотность  $35^0$  по Тернеру.

21-VI на сливном пункте в Талице. (в 7 ч. 15 м. утра—9 уч. утра).

	Темпер.	Уд. вес	Жиры	Кислотн. по Тернеру.
1 проба	$+ 13$	1032	3,2 проц.	27 гр.
2 »	$+ 13$	1032	2,8 »	23 »
3 »	$+ 15$	1032	2,8 »	35 »
4 »	$+ 9$	1033	3,0 »	22 »
5 »	$+ 10$	1034	2,8 »	22 »

Данные анализы дали возможность признать, что только молоко во 2, 4 и 5 пробах было совершенно свежее, а остальное уже с повышенной кислотностью. Вредные факторы, отмеченные выше, оказали свое действие уже до выхода молока со сливного пункта.

Перевозка молока производится к станции и к вагону-леднику в обыкновенных не крытых телегах и бидоны нагреваются солнечными лучами. Долгое время бидоны с молоком простаивают под открытым небом или в пакгаузах станции. Привезенное с Талицкого завода молоко простояло с 8 ч. утра до 11 ч. 40 мин.

Измерение температуры молока перед погрузкой, как и следовало ожидать, дало значительное повышение температуры молока.

Так опытное молоко в бидоне № 1	дало темп.	$+14^{\circ}$ С
№ 2	» »	$+15^{\circ}$ С
№ 3	» »	$+16^{\circ}$ С
№ 4	» »	$+12^{\circ}$ С
№ 5	» »	$+14^{\circ}$ С

Погрузка в ледники, как удалось выяснить происходит также с значительными задержками. Вагоны-ледники, по данным последней недели дали опоздание от 3 до 7 часов, так что молоко могло быть отправлено не раньше 5 час. вечера по местн. времени. Опытный вагон был также отправлен в 15 ч. 5 м. жел.-дорожн. времени с поездом № 601, прибыл же ледник под погрузку поездом № 856 в 8 ч. 25 м. по ж.-д. времени, т. е., с опозданием на 5 часов против расписания, подан же под погрузку через 35 минут после прибытия. Тотчас же была начата погрузка и закончена приблизительно к 13 ч. ж.-д. времени.



Таким образом удалось установить, что молоко крайне задерживается в пути до вагона ледника. Вместо необходимых 8—9 часов (2 ч. от времени удоя до сливного пункта, 3 часа на сливном пункте, 2 часа доставки до вагона, 2 часа погрузки)—мы имеем почти 24 часа, которые тратятся до момента отправки груза со станции. Столь большая задержка в доставке, предварительная неблагоприятная санитарная обстановка на сливном пункте и в пути, а главное нагревание бидонов во время пути—не могли не отразиться в смысле дальнейшего увеличения кислотности молока, и действительно, анализы, произведенные перед самой погрузкой в пакгаузе, дают для молока в бидоне № 1 кислотность по Тернеру 40°.

№ 2 . . . . .	37°
№ 3 . . . . .	56° (прокисло)
№ 4 . . . . .	24°
№ 5 . . . . .	24°

Эти анализы указывают, что молоко уже перед погрузкой имело в первых 3-х пробах совершенно недопустимую кислотность, а 2-х последних, также не могло уже считаться вполне свежим.

Дальнейшие наблюдения производились, как над самим вагоном-ледником, так и над перевозимым молоком в нем.

Вагон-ледник, загруженный льдом на ст. Шарташ до полной вместимости карманов льдом, имел в момент погрузки льда—85 проц., соли ко льду прибавлено не было, т. к. это не предусмотрено железнодорожной инструкцией. После загрузки вагона бидонами, в нем был установлен термограф. Тут нужно отметить еще 2 обстоятельства: температура наружного воздуха была в 11 ч. дня — 20 гр. С и, что помимо бидонов с молоком в этом же вагоне-леднике были погружены бидоны со сметаной и творогом, температура которых была значительно выше молока + 20 гр. С., кроме того, в Камышлове было добавлено 4 бидона парного молока с темп. + 30 гр. С.

Если учесть, что бидонов с молоком было 56, сметаны 16 бидонов и творога 7 и 4 бидона парного молока, а также температуру этих грузов, то средняя температура груза должна быть признана равной + 15 гр. С. Запись термографа, а также произведенные в Камышлове и Шарташе измерения температуры молока дают ответ на то, как справлялся вагон-ледник с своей задачей сохранения груза.

По записи температуры видно, что тотчас после загрузки вагона температура в нем с 20 гр.С (температура наружного воздуха)—опустилась до 10 гр. С.; в этих пределах держалась примерно до 4 ч.—6 ч. вечера, а затем поднялась до 12 гр.С и держалась так до момента разгрузки (до 7 ч. утра 22-VI—1930 г.) в Шарташе. Молоко за это время несколько понизило температуру. При открытии вагона на ст. Камышлов в 9 ч. 20 мин. вечера местного времени

молоко в бидоне № 1 имело темпер	+ 11°C
№ 2 » »	+ 13°C
№ 3 » »	+ 13°C
№ 4 » »	+ 11°C
№ 5 » »	+ 11°C

Примерно установилась одинаковая температура молока и воздуха в вагоне-леднике. Понижение температуры, по сравнению с температурой молока перед погрузкой было на 3 градуса. В дальнейшем такой температурный режим сохранялся и исследования в Шарташе дали температуру молока в бидонах



№ 1 . . . . .	11° С
№ 2 . . . . .	11° С
№ 3 . . . . .	12° С
№ 4 . . . . .	10° С
№ 5 . . . . .	11° С

Изучение температурных условий перевозки наглядно показало, что вагон-ледник удовлетворительно справился с задачей сохранения первоначальной температуры груза и мог понизить даже температуру молока на 3°; но все же он не мог понизить температуру молока до нужного оптимума от 6 до 8 гр. и молоко все время находилось в условиях, не препятствующих дальнейшему повышению кислотности, так как совершенно установлено, что только при температуре + 6° или 8° прекращаются окислительные процессы в молоке. Изучение температурных условий перевозки молока оставляет неразрешенным вопрос, нужно ли возложить на железную дорогу обязанность охлаждать грузы до оптимальной температуры перевозки, или вагон-ледник, должен сохранять груз в неизменных почти первоначальных температурных условиях. Дело в том, что более низкой температуры в вагоне-леднике можно добиться, с одной стороны, понижением первоначальной температуры груза или усилением охлаждения путем добавления соли. Теоретические рассуждения приводят к заключению, что добавление 10 проц. соли ко льду дало бы нам приближение к оптимальной температуре перевозки молока.

Постольку, поскольку молоко все же перевозилось при повышенной температуре, заранее можно было предполагать, что дальнейшее окисление его будет продолжаться и, действительно, при исследовании молока в Камышлове в 9 ч. 20 м. вечера местного времени молоко имело в бидоне № 1 кислотность 64, в бидоне № 4—31.

Таким образом, к скишейся еще на ст. Поклевской пробе № 3, добавилось полное скисание молока в бидоне № 1 (64 кислотности).

Молоко в бидоне № 4, т.-е., молоко с самой низкой кислотностью (24) при отправке достигло на ст. Камышлов кислотности 31° по Тернеру, т.-е., начало уже киснуть.

В Шарташе исследования были проведены с 7—9 ч. утра, при чем для молока № 2 кислотность была . . . 50°

№ 4 . . . . . 40°

№ 5 . . . . . 49°

Все молоко на вкус было совершенно кислым, а 1 и 3 пробы совершенно уже створожились.

Все эти данные убедительно говорят о том, что только до Камышлова, молоко из самой Талицы, т.-е., № 4 и № 5 проб еще кое-как сохранилось, а остальное скисло еще раньше. Так как до Камышлова молоко в пути с момента удоя было 27—28 часов, то можно думать, что молоко при теперешних условиях погрузки может выдержать максимум 20—24 ч. перевозки. Эти данные относятся конечно к охлажденному хотя бы и неудовлетворительно молоку. Другое получается с парным молоком. Так, в тех 4 бидонах парного молока, какое было погружено в Камышлове и имело температуру + 30°-Св Шарташе оказался уже настоящий творог, и оно было в пути с момента удоя (6 ч. вечера) до прибытия в Шарташ (7 ч. утра) всего 13 часов.

Выводы: Прежде всего следует провести коренное переоборудование сливных пунктов. Рабочими, а также и доильщицами должны соблюдаться санитарно-гигиенические правила. Молоко должно охлаждаться до температуры + 6°. Это может быть достигнуто в настоящее время устройством крышек на ящиках и частой сменой льда. Лучше всего было бы, если бы рай-



колхозсоюзы озаботились устройством холодильников типа Шмидта. В дальнейшем срок пребывания на сливном пункте должен быть сокращен до 2-х — 3-х часов, нужных для охлаждения молока. Молоко вечернего удоя из этих соображений должно уже в 9 ч. — 10 ч. вечера отправляться со сливного пункта на станцию. В настоящее время из-за расписания поездов это невозможно, но, очевидно, что расписание это должно быть изменено.

Наши опытные перевозки убеждают в том, что молоко не из самого места сливного пункта, а из окрестных сел, не в состоянии дойти даже до станции; повидимому райколхозсоюзу придется отказаться от перевозки молока не из мест сливных пунктов и прямо на местах перерабатывать его в сметану и творог.

2) Перевозка молока до станций должна производиться в крытых фургонах, желательно со льдом; по прибытии на станцию молоко сейчас же должно грузиться в вагон-ледник, если этого нельзя будет добиться, то следует поставить вопрос об устройстве при станциях ледников, где молоко ожидало бы погрузки.

Всеми этими мерами, мне кажется, можно добиться, что молоко поступит в вагон при температуре  $+6$  или  $+8^{\circ}$ . Вагон же ледник, как мы установили, эту температуру удержит.

Так как райколхозсоюзы едва ли в состоянии сразу реорганизовать условия хранения и поставку молока, то как временную меру, несмотря на дополнительные расходы, нужно рекомендовать льдо-соляное охлаждение вагонов-ледников.

3) Весь процесс доставки молока до вагона ледника нужно свести к 9 часам, следование до Свердловска от ст. Поклевской 13—15 часам с тем расчетом, чтобы молоко от момента удоя до потребителей доходило через 24 максимум часа, а не через 44—48 часов как теперь. Этого положения можно добиться, если бы какой-либо поезд был приспособлен к забору молока в 11—12 ч. ночи со ст. Поклевской. Очевидно, что правление ЦРК и дирекция дороги могут и должны этот вопрос рассмотреть.

4) В дальнейшем следует не допускать погрузки парного молока, творога и сметаны в тот же вагон с охлажденным молоком, так как данные опыты убеждают в том, что это совмещение вредно отражается на тепловом режиме вагона.

5) Только ускорение процессов доставки молока, а также санитарных условий его удоя, хранения и перевозки даст возможность Свердловскому ЦРК снабжать население свежим молоком: при невыполнении этих условий оно будет приходить неизбежно кислым. Не могу не отметить, что в проведенной работе большую помощь мне оказали инструктор хладо-транспорта тов. Медяков и представитель ЦРК т. Ваганов.

## Суррогаты кофе

Из сан.-гигиенического отделения Пермского Бак. Института

Д-р Б. М. ПРОЦЕРОВ

Суррогаты кофе, имеющие массовое распространение во всех странах, мало привлекали к себе внимание гигиенистов и исследователей.

Суррогаты кофе, приготовленные из самых разнообразных растительных продуктов (косточки плодов, желуди, горох, бобы, корни, зерна злаков, корнеплоды, ягоды, хлеб и т. п.), являясь вкусовым средством, не



лишены питательного значения, т. к. употребление их связано с употреблением молока и сахара. Приготовленные из вполне доброкачественных продуктов и не подмешанные с злостной, корыстной целью какими-либо вредными и утяжеляющими вес веществами, они могли бы служить для целей питания.

Проф. Рубнер говорит, что «кофейные суррогаты большей частью никакой цены не имеют, так как из них можно приготовить лишь темную бурду... Было бы крайне желательно отучить публику от покупки этих продуктов». Заключение его основывается на том, что суррогаты не имеют ни вкусового, ни питательного значения, а, главное, не содержат кофеина и ароматического масла кофеола, которые, помимо экстрактивных и ароматических веществ, придают особенную ценность кофе, делая его приятным, возбуждающим напитком.

Теперь, когда суррогаты кофе размножились в огромном количестве и под самыми разнообразными названиями и имеют огромное употребление, уместна будет их оценка.

К сожалению, нам не удалось получить цифр, указывающих годовую продукцию и потребление у нас, суррогатов кофе, но, если принять во внимание, что фабрик, приготовляющих эти «напитки», можно насчитывать десятками, если кустарных артелей, занимающихся выработкой этих продуктов огромное количество и вся эта продукция потребляется главным образом городами и заводами и спрос на эти продукты огромный, на что также указывает все увеличивающееся распространение и выпуск новых и новых суррогатов, то будет ясно, что цифры продукции и потребления должны быть громадны. Такой распространенный суррогат, как цикорий, который употребляется сам по себе, а также примешивается к натуральному кофе, составляет предмет обширной промышленности и расходуетс ежегодно десятками тысяч тонн. На рынок выбрасываются наряду с доброкачественными и безвредными товарами много таких, которые ни по своим питательным, ни по вкусовым средствам не должны допускаться в продажу и которые представляют из себя подчас и не безразличный для здоровья продукт.

Такие товары, представляющие грубую фальсификацию не имеющую цены и не безразличные для здоровья, безусловно не должны допускаться в продажу. Появление их в продаже указывает на то, что у нас еще слабо развит санитарный надзор и что часто снабжение потребителя находится не в надлежащих руках.

\* \* \*

Лаборатория Санитарно-Гигиенического Отделения Пермского Бактериологического Института поставила себе целью выяснить химический состав различных суррогатов кофе, выяснить их вкусовое свойство и из всей массы этого товара выбрать наиболее отвечающие требованиям гигиены и наиболее ценные в питательном и вкусовом отношении.

Все сорта кофе не представлялось возможным проанализировать; да это и не имело смысла, т.к. эти продукты, быстро появляясь быстро и исчезают, заменяясь новыми названиями. Как более или менее постоянные, с определенным названием, остаются очень немногие, к которым привык потребитель и которые приобрели как бы права гражданства. Нами были отобраны 16 названий наиболее распространенных и постоянных сортов и в дальнейшем только этим 16 образцам дана оценка.

Названия эти следующие: 1) кофе из винных ягод, 2) желудочное, 3) фруктовое, 4) гималайское жито, 5) кооперативное, 6) ячменное, 7) «Здо-



ровье», 8) цикорное, 9) питательное, 10) шоколадное, 11) меланж-империял, 12) победа, 13) ячменное фабр. трест пищевой промышл., 14) Аравийское, 15) Гималайское жито фабр. Красн. Октября, 16) Стэм.

Все суррогаты кофе можно разбить на три большие главные группы. Первая, самая большая «кофе» из богатых крахмалом веществ (дубов. жолуди, рожь, овес, ячмень, кукуруза, солод и др.), вторая группа из корнеплодов и корней (сахарная морковь—цикорий—свекла—и др.) и третья из фруктов и ягод (вишневые ягоды, яблоки, вишня, сливы, груши, малина, черника и др.).

Приготовление этих продуктов для «кофе» сводится в принципе к следующему: высушивание, поджаривание и измельчение. Эти три главных манипуляции нужны для придания вкуса, аромата и колера напитку, а также, но в значительно меньшей степени, для придания большей питательной ценности.

За немногими исключениями почти все суррогаты кофе не однородны, почти все они, в большей или меньшей степени, состоят из различных смесей, будет ли это смесь зерен злаков или фруктов. В преобладающем большинстве это сыпучие вещества. На вкус они горьковаты, со слабым вяжущим привкусом, с кисловатым запахом и иногда с запахом, отдаленно напоминающим запах натурального кофе. Последнее свойство зависит всецело от поджаривания. Как при поджаривании зерен кофе и в суррогатах происходит ряд глубоких изменений, вследствие чего появляются различные вкусовые, ароматические и горькие вещества и увеличивается количество растворимых в воде составных частей. Изменения при поджаривании касается прежде всего сахара, клетчатки и дубильных веществ. Все эти вещества отчасти сгорают, отчасти разлагаются и образуют новые продукты, часть их улетучивается, уменьшается количество воды и органических веществ. Graham, Stenhouse, Campbell и др., исследуя некоторые пищевые вещества, обнаружили, что например количество сахара при поджаривании резко падает. Так: цикорий сырой содержит сахара 23,76 проц., жареный — 11,98 проц., морковь сырая—31,98 проц., жареная — 11,53 проц., репа сырая — 30,4 проц., жареная — 9,65 проц.

\* \* \*

Некоторые суррогаты кофе содержат в себе в большей или меньшей степени примесь цикория. Так, например, «Питательный» состоит из ячменя, желудей, цикория и зерен сои. Кофе «Здоровье» состоит из ячменя, пшеницы, цикория и какавеллы, кофе «Корона» (заграничное) состоит из красной свеклы, ржи и цикория, кофе «Венгерский» — из ячменя, цикория и натурального кофе и т.д. \*) Цикорий придает напитку особый кисловатый привкус и густоту окраски отвара, а потому и является таким частым ингредиентом суррогатов.

Выше уже упоминалось, что в состав кофейных суррогатов входят самые разнообразные растительные вещества. Так, например, из корней употребляют корень одуванчика (*Taraxacum vulgare*), который близок по составу и вкусовым свойствам к цикорию. Свежий корень, сочный выделяет при разрезе белый млечный сок, который чернеет при высыхании. Вкус сока и корня — сильно горький, зависит от горького вещества «тараксацина», совершенно безвредного и придающего напитку нужный горьковатый вкус. Выкопанный корень моется, режется на куски, сушится, поджаривается и затем размалывается. Корень в таком виде имеет около 66 проц. экстрак-

\*) См. товарную энциклопедию.



тивных веществ и также, как цикорий дает густой, черно-бурый отвар. Далее в качестве составной части кофейных суррогатов употребляют свеклу, пастернак, морковь. Для приготовления кофейного суррогата идет также «мязга» от сахарной свеклы. «Мязгу» или выжимки высушивают, поджаривают и мелют. Что касается других составных частей кофейных суррогатов, то помимо часто употребляемых разных зерен злаков, желудей, фруктов в кофейных суррогатах иногда примешивают семена лупина и еще реже сои. В заграничных сортах иногда встречается еще примесь так наз. «кофейного гороха» *Cicer aritinum*, сладковатые семена которого употребляются в пищу в вареном и поджаренном виде, иногда размалываются в муку и служат, как суррогат, для выделки т.н. «немецкого» или «французского» кофе. Соя (*Soja hispida Monch* или *glycine hispida Max.*) напоминает фасоль. Семена или бобы содержат большое количество белков и жиров, но лишены в спелом состоянии крахмала. Будучи примешаны к зерновым суррогатам они увеличивают в последних количество жиров и белков.

Из лупинов или волчьих бобов чаще употребляются семена синего лупина или узколистного лупина (*Lupinus angustifolius*).

Семена лупинов так же как и сои лишены крахмала, а содержат галактан и парагалактан. Они не содержат также гинулина и сахара. Из белков же содержат много конглютина. Что особенно обращает внимание в семенах лупина это присутствие значительных количеств алколоидов, похожих по своему фармакологическому действию на алколоид конии в болиголове пятнистом. (*Conium maculatum*). Эти алколоиды обуславливают горький вкус лупина и ядовитые свойства его семян. У синего лупина содержание алколоидов таково: твердых и жидких 0,25 проц. (жира семена содержат 7,47 проц., протеина 35,94 проц. (по Тауберу).

По своему ядовитому действию семена лупинов далеко небезразличны для организма и подмесь их к суррогатам кофе не должна быть допускаема тем более, что при приготовлении напитка «кофе», алколоиды могут полностью переходить в отвар.

Там, где распространено употребление в пищу человеком семян лупина там обычно их вымачивают в соленой воде, распаривают и обезгореченные употребляют в пищу. У нас нет сведений в каком виде примешиваются семена лупинов в кофе. Имеет ли место здесь подобная предварительная обработка; если нет, то в отвар переходит горькое вещество лупина, а тем самым алколоиды, что, конечно, не безразлично.

Большинство наших суррогатов кофе не содержат семян лупинов и сои, а состоят из безвредных веществ, чаще семян злаков в разнообразных комбинациях, учесть которые не представляется возможным.

При приготовлении обычным способом напитка из суррогатов получается более или менее мутноватый отвар, от слабо-буроватого, до темно-коричневого, почти черного цвета и от слабо кислой до кислой реакции на лакмус. Слабо кислая реакция наблюдается в отварах из зерен и кислая в отварах из корней и фруктов и ягод. Запах отвара слабо ароматический и кисловатый. Вкус всех отваров горьковато-вяжущий и у некоторых с кисловатым привкусом.

Переходя к характеристике химического состава суррогатов кофе, я позволю себе для полноты характеристики и для сравнения привести химический состав натурального кофе по данным Kōniga и J. Bell'a. Состав этот в процентах следующий:



	Вода	Азот вещ.	Кофеин	Жир.	Сахар	Безазот. вещ.	Клетчат.	Зола
Сырой . . . . .	10,13	11,84	0,93	12,21	11,34	9,54	38,18	5,33
Жженный . . . . .	1,81	12,2	0,97	12,03	1,01	22,6	44,57	4,81

При поджаривании König наблюдал значительное уменьшение воды и вместе с тем уменьшение в весе в среднем до 17,77 проц., а также уменьшение органических веществ (до 9,11 проц. в среднем).

Веществ растворимых в воде в настоящем кофе имеется от 21,5—37,0 проц. и состав их в среднем таков:

Общее количество растворимых в воде веществ—25,5 проц., зола 4,06, и в ней окиси калия—2,4 проц., кофеина—1,74, жира—5,18, безазотистых веществ—14,51.

Полагая, что кофе употребляется зараз 15,0 грм. найдено, что в отваре принимается растворимых веществ 3,82 грм., в том числе кофеина 0,26 грм., жира 0,78 грм. безазотистых экстрактивных веществ 2,17 грм. и зола 0,61 грм. (в этом числе калия 0,36 грм.)

Перейду теперь к химическому составу, исследованных нами суррогатов кофе.

Лабораторией проделано по три определения с каждым сортом и по два определения с каждым отваром «кофе», получающимся при обычном приготвлении напитка. Таблица показывает цифры (в процентах) средние из трех определений.

Таблица № 1

№ п. п.	Наименование	Вода	Ж и р	Зола	Клетчатка	Сахар	Азот. вещ.	Остатки. вещ. безазот.	Экстракт. вещ.	Примечание
1	Ячменный . . .	6,1	2,68	3,05	5,6	2,25	7,6	72,72	64,8	Своб. кислоты 239
2	Желудковый . .	10,5	3,0	2,6	14,8	7,2	6,12	55,68	42,6	
3	Винных . . .	14,4	2,6	5,8	8,1	33,8	5,2	30,1	64,0	
4	Здоровье . . .	5,3	6,3	4,0	10,6	2,3	12,6	58,9	52,6	
5	Шоколадный . .	8,9	2,82	3,4	9,8	2,56	2,3	70,22	55,3	
6	Гималайск. жито	10,5	3,7	2,6	8,6	2,8	8,2	63,6	48,6	
7	Фруктовый . .	17,9	0,4	2,8	4,6	24,2	0,34	49,76	55,0	
8	Цикорий . . .	13,1	2,3	6,2	11,8	12,7	5,8	48,1	64,1	Инулин 4,9
9	Кооперативный	9,5	5,3	4,1	11,0	8,4	14,9	46,8	48,6	
10	Питательный	8,6	4,0	4,2	8,5	2,98	6,6	69,12	67,8	Песок глиста
11	Победа . . .	8,2	5,2	11,9	—	0,95	5,4	—	29,8	
12	Меланж-Импер	8,1	3,9	7,1	15,6	17,7	8,44	39,2	66,3	
13	Ячменный (др. фаб.) . . .	7,3	3,3	3,14	6,1	3,2	7,66	69,32	64,8	
14	Гималайск. жито (тоже) . . .	10,5	3,4	2,61	8,6	2,98	10,2	61,71	44,15	Цик. 28,7% + пшеницы (?)
15	Аравийский . .	9,8	11,1	4,3	10,2	4,6	5,8	54,2	52,8	
16	Снам . . . . .	3,1	9,2	5,3	21,2	8,4	10,8	42,0	32,5	



Указанный элементарный анализ производился обычными методами: влага—высушиванием навески при 105°, жир извлекался в аппарате Сокслета. Определение золы производилось сжиганием навески в фарфоровом тигле, клетчатка по Henneberg'у и Stomann'у. Азотистые вещества по Кьельдалю, сахар—объемными методами, экстракт по Триллиху.

Рассматривая таблицу видим, что все суррогаты содержат:

Воды от . . . . .	3,1 — 17,9 проц.	в среднем	9,5 проц.
Жира . . . . .	0,4 — 11,1 »	»	4,32 »
Золы . . . . .	2,6 — 11,9 »	»	4,53 »
Клетч. . . . .	4,6 — 21,2 »	»	10,34 »
Сахара . . . . .	0,95—33,8 »	»	8,56 »
Азот. вещ. . . . .	0,34—14,9 »	»	7,37 »
Остальн. безаз. веществ	30,1—72,72 »	»	55,4 »
Экстракт. веществ	29,8 »	»	53,36 »

Для полноты характеристики суррогатных кофе, кроме исследованных нами, можно привести (кофе здоровье), которое выпускалось фирмой Годземинский в Москве до 1914 года.

Анализ этих суррогатов (по Штанге) следующий:

	№ 1	№ 2
Влаги	3,4	3,1
Азотист. веществ	21,2	17,1
Жира	13,4	7,9
Золы	3,9	2,4
Углеводов крах-декстр.	40,8	51,6
дестроза		
Клетчатки	17,3	17,9
Экстрактив. веществ	63,8	53,3

Количество воды в исследованных образцах варьирует в довольно широких пределах и дает сравнительно больше числа. Зависит это, по всей вероятности, оттого, что «кофе» содержится в картонных коробках и подвергается действию сырости. Количество влаги в нем может меняться от времени и от способа хранения. В Германии на этот счет установлена норма. Кофейные суррогаты не должны содержать более 10 проц. воды.

При исследовании влаги в суррогатах, нами был затронут вопрос при какой влажности эти продукты остаются постоянными и не подвергаются порче. Создавая искусственно различную влажность наших суррогатов мы выяснили, что суррогаты, состоящие из кореньев, фруктов, овощей и т. п. (цикорный, фруктовый винных ягод) портятся, если влажность их становится более 20 проц. Они покрываются плесенью, разогреваются, забраживают. Суррогаты зерновые изменяются уже при влажности более 15 проц. Как те, так и другие препараты оставались постоянными в продолжении 1½ лет, если влажность первых не превышала 18 проц., а вторых 12 проц. Влажность проверялась один раз в месяц, если продукт по своему виду оставался не измененным и чаще если в продукте замечались какие-либо изменения.

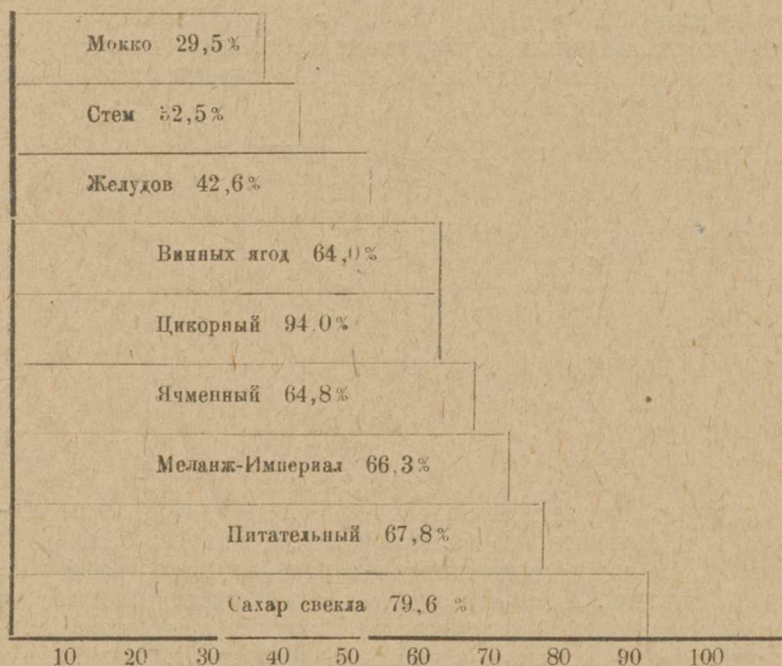
Все суррогаты кофе бедны жиром. В то время как жженный натуральный кофе имеет в среднем 12 проц. жира (König) наши суррогаты имеют в среднем 4,32 проц., т.-е. цифру близкую к цифрам жира тех продуктов, из которых они приготовлены.



Зола суррогатов качественно не исследовалась, а определялось только общее количество ее для того, чтобы во 1-х, иметь представление вообще о количестве золы, а во-вторых, по ее количеству судить о подмеси минеральных веществ, утяжеляющих вес продукты.

По богатству экстрактивных веществ на первом месте стоит кофе «Питательный», затем «Меланж»—«Империял», «Винных ягод» и «Цикорий». Они дают почти черный отвар, в то время как кофе «Победа» дает мутный светло-бурый. Вообще этот последний выделяется из всей группы своим плохим качеством. Малое количество экстрактивных веществ, малое количество сахара и чрезвычайно большое количество золы (11,9 проц). Анализируя несколько подробнее эту золу, нами был обнаружен в золе песок и глина, подмешанные, видимо, с злостной целью.

Нижеследующая диаграмма указывает количество растворимых веществ в 100 грм. сухого вещества сравнительно с настоящим кофе.



В то время, как все образцы кофе дают сравнительно однообразный состав, из них выделяется кофе «Стем». Последний приготовлен из натурального кофе, смолотых зерен злаков (пшеница?) и плюс цикорий до 28,7 проц. Это единственный сорт из исследованных нами, где присутствует настоящий кофе.

«Кофе шоколадный» содержит обычные для суррогатов ингредиенты (зерна злаков) и некоторое количество какавеллы (шелуха зерен какао). Для придания аромата, кофе сдобрено ванилином. «Фруктовый» состоит из мелко нарезанных, высушенных слегка пригорелых кусочков преимущественно яблок и груш плохого качества.

\* \* \*

Существенным и главным, интересующим нас вопросом, при оценке кофейных суррогатов само собой являлся не столько их состав, как таковых, а вопрос какие же вещества и в каком количестве переходят в отвар при обычном приготовлении напитка, который и употребляется в пищу.



Кофе в количестве 10,0 грм. обливалось 200,0 холодной дистиллированной воды в стакане, ставилось на асбестовую сетку, нагревалось и кипятилось на небольшом огне при постоянном помешивании. Затем фильтровалось и фильтрат подвергался исследованию. С каждым сортом отвара делались два определения \*).

Результаты эти, как средние цифры из двух определений, приведены в нижеследующей таблице. Все цифры рассчитаны на 200 кб. с отвара для того, чтобы было видно, какое количество тех или иных веществ вводится в желудок со стаканом кофе. Таблица указывает органолептические свойства, количество сухого остатка и в этом последнем количестве азотистых веществ, жира, сахара, зола и ост. безазотистых веществ, переходящих в 200 кб. с отвара.

Таблица № 2

№№ п/п.	Наименование	Органолепт. свойства				Сухого остатка	В сухом остатке				
		Прозрач.	Цвет	Запах	Вкус		Жир	Сахар	Зола	Азотист. вещ.	Остатки без азот. вещ.
1	Ячменный . . .	Прозр.	т. бур.	Приятн. хлеби.	Кислов. Горьков.	6,48	0,123	0,18	0,303	0,345	5,529
2	Желудковый . .	»	»	Кислов.	Горьков. Вяжущ.	4,26	0,145	0,62	0,202	0,572	2,721
3	Винных ягод . .	»	»	Приятн. Кислов.	Горьков. сладков.	6,4	0,118	3,028	0,304	0,475	2,475
4	Здоровье . . .	Мутн.	бурый	Хлеби.	Горьков.	5,26	0,310	0,19	0,27	0,675	3,818
5	Шоколадный . .	»	»	Ваниль.	Горьков. Вяжущ.	4,53	0,139	0,21	0,249	0,174	3,758
6	Гямадайск. жито	»	т. бур.	Кислов.	»	4,41	0,175	0,232	0,176	0,189	3,638
7	Фруктовый . . .	»	»	Кислый	Кислов. Вяжущ. сл. гор.	5,5	неопред.	2,148	0,23	0,113	3,009
8	Цикорий . . .	Прозр.	»	»	Кислов. Горьков.	6,41	0,11	1,162	0,485	0,523	4,13
9	Кооперативн. .	Мутн.	»	Хлеби.	Горьков.	4,86	0,252	0,748	0,35	0,688	2,822
10	Питательный . .	»	»	»	»	5,54	0,191	0,221	0,323	0,567	3,237
11	Победа . . . . .	»	Св. бур.	Кислов.	Водян.	2,98	0,249	0,073	0,194	0,187	2,313
12	Меланж-Импер.	»	т. бур.	Приятн. Аромат.	Горьков.	6,63	0,189	0,983	0,356	0,426	4,676
13	Ячмен. (др. фаб.)	Прозр.	»	Хлеби.	»	6,48	0,154	0,218	0,15	0,623	5,335
14	Гол. ж. (др. фаб.)	Мутн.	»	»	»	4,42	0,149	0,210	0,18	0,748	3,133
15	Аравийский . . .	»	Бурый	Приятн. Хлеби.	Вяжущ. Горьков.	5,28	0,545	0,376	0,356	0,426	3,576
16	Стэн . . . . .	Проз.	т. Бур.	Приятн. Аромат.	Горький	6,08	0,387	0,761	0,432	0,912	3,588
17	Мокко (натуральн.)	»	св. бур.	Специф.	Горьков.	2,95	0,186	0,592	0,315	0,477	1,39

\*; Aqua destillata бралась для того, чтобы иметь возможность сравнить отвары между собой, чего нельзя сделать, приготовляя отвар напр. на водопроводной и речной воде.



Из таблицы видим, что в 200 кб. с. отвара, приготовленного вышеуказанным способом, содержится:

1. Сухого остатка	от 2,98 — 6,63	в среднем	5,35 гр.
2. Жира	» 0,11 — 0,545	»	0,216 »
3. Сахара	» 0,073 — 3,028	»	0,710 »
4. Зола	» 0,15 — 0,485	»	0,289 »
5. Азот. веществ.	0,113 — 0,912	»	0,477 »
6. Остальн. безазот. веществ	0,313 — 5,335	»	3,609 »

Натуральное кофе дает: сухого остатка от 2,2—3,7 грм. в среднем 2,95. Жира—0,186, сахара—0,592, зола—0,315, азот. веществ — 0,477 остальных безазотист. веществ—1,38 грм.

При определении экстрактивных веществ из отвара, приготовленного на природной не дистиллированной воде (бралась при этом различная вода), сухого остатка получается всегда больше за счет сухого остатка воды. Определяя параллельно сухой остаток воды и вычитая последний из количества сухого остатка отвара, мы получили цифры самые разнообразные, т.е. иногда меньше, иногда больше тех цифр, которые получались при определении сухого остатка отвара, приготовленного на дистиллированной воде.

Сделать какого-либо определенного вывода на счет того что при приготовлении на природной (сырой) воде сухого остатка получается меньше в зависимости от жесткости воды, нам не удалось. Может быть тут имеют значение, помимо жесткости, какие-либо другие причины, а может быть тут виной и малая чувствительность самого метода определения сухого остатка.

Мы видим, что в отвар при этом приготовлении как из суррогатного, так и натурального кофе переходит чрезвычайно мало веществ, имеющих какое-либо питательное значение, но будучи употребляемы с сахаром, молоком или сливками, они заметно повышают свою питательную ценность и могут быть допущены к употреблению.

Вкусно приготовленное, имеющее в своем составе ароматические, горькие, экстрактивные вещества и пригорелые продукты (сахар и др.) они могут вызывать повышение аппетита, несколько возбуждать секрецию желез, оказывая таким образом некоторое сокогонное действие, а также уменьшать гнилостные процессы в кишечнике.

Какого либо действия на нервную систему и сердце кофейные суррогаты не оказывают. По крайней мере опыты Лемана и Вильгельма с цикорием не дали в этом отношении положительных данных. Из их опытов видно, что 80,0 грм. цикория остаются без всякого действия.

Какова же действительная питательная ценность этих напитков. Производя расчет из средних количеств жиров, углеводов и белков, мы получили крайне незначительную цифру, а именно 7—8 кл на стакан кофе без сахара и молока. Если принять, что со стаканом кофе употребляется в среднем 30,0 грм. сахара и 30 кб.с. молока, то калорийность повышается до 149,5 кл (30,0 сахара дают 123 кл и 30 кб.с. молока—19,5 кл\*), что дает уже ощутимую величину, правда за счет молока и сахара. Настоящее кофе «Мокко» дает при этих же расчетах такие же цифры. Следовательно, ни натуральное кофе, ни его суррогаты не имеют по существу питательной

\*) Цифры взяты из таблицы Schwenkenbecher'a «Zeitschr. phys u diät Ther Bd IV



ценности. Употребление их основано исключительно на их вкусовых свойствах и отчасти на некотором возбуждающем действии на пищеварительный тракт, а у натурального кофе, кроме того на нервную систему и сердце. Сходство кофейных суррогатов и натурального состоит в присущем им всем буроватом цвете отвара и горьковатом, ароматическом вкусе, которые зависят прежде всего от карамели, получающейся при поджаривании, а также от некоторых органических кислот. В натуральном кофе кроме того присутствуют в незначительном количестве (следы) уксусная кислота, фурфурол, апетон, аммиак, триметиламин и пирадин, не говоря уже об ароматическом масле кафеоле. Все суррогаты кофе окрашивают холодную воду в довольно интенсивный цвет благодаря большому содержанию в них карамели и все отдают горячей воде большое количество экстракта.

Какие же выводы можно сделать на основании сказанного?

1. В качестве заменяющих, дорого стоящий натуральный кофе, дешевым вкусовым напитком, суррогаты могут допускаться в продажу при условии их безвредности и доброкачественности.

2. Не должен употребляться для приготовления напитка испорченный продукт—покрытый плесенью, чрезмерно пригорелый, обуглившийся или приготовленный из испорченного сырого материала.

3. Суррогаты должны выпускаться в продажу под названиями, соответствующими их составу.

4. Содержание воды в кофе из цикория, винных ягод, фруктов и корнеплодов не должно быть более 18 проц., а для других более 12 проц., так как при этих количествах влаги вещество является более стойким и постоянным.

5. Ввиду отсутствия в суррогатах кофеина и кофеола они не оказывают возбуждающего действия и являются безвредным вкусовым средством.

6. В виду того, что возможен выпуск на рынок суррогатов кофе с прибавлением к ним кофеина (явление, наблюдающееся довольно часто за границей), эта подмесь должна быть декларирована и прибавляема ограниченно (не более 1 проц.).

---



## Реферат

Схема организации единых диспансеров Н. Л. Августевич (Московский Мед. Журнал № 7-8 1930 г.).

Единый диспансер есть синтез клинический и социально-профилактической работы, проводимой до настоящего времени рядом учреждений—амбулаторией, специальными диспансерами, учреждениями охраны материнства и младенчества, ОЗД и санитарной частью в ее общеоздоровительной функции.

В основу единого диспансера положено: 1) обслуживание населения по семейно-территориальному признаку (участковость), 2) диспансерное наблюдение человека в целом: 3) охват всех возрастов, 4) планирование всех лечебно-профилактических мероприятий на основе изучения заболеваемости и активных диспансерных методов работы, изучение профпатологии и профвредностей.

Работа единого диспансера складывается из следующих частей: диагностическо-лечебной, 2) активно-диспансерного наблюдения, 3) социально-профилактической, 4) учетно-статистической, 5) учетно-распределительной в отношении лечебно-профилактических мероприятий.

Составные части единого диспансера: 1) консультация, т. е. прием по всем специальностям, рентгено-кабинет с диагностическим аппаратом и лаборатория, 2) социально-профилактический аппарат по линии быта, 3) филиалы и пункты первой помощи на предприятиях района диспансера по линии труда, 4) по линии лечебно-профилактической помощи—физиотерапевтические установки и профилактории (ночные санатории, диетстоловые, площадки), санаторные койки, дома отдыха и больничные койки, 5) учетно-статистическое бюро, 6) профконсультация и профотбор и 7) молочная кухня.

Консультация диспансера состоит из отделений: 1) грудное, 2) детское (3-14 лет), 3) общее взрослое, 4) туберкулезное, 5) венотделение, 6) психоневрологическое, 7) женское, 8) физиотерапевтическое, 9) лаборатория и 10) рентгенокабинет.

Все указанные элементы единого диспансера, составляя единое органическое целое, должны быть слиты в одном здании, что обеспечивает единую регистрацию и целостность наблюдения.

Число различных кабинетов и установок зависит от величины района, численности населения в нем, количества смен работы, количества участков, потребности в том или другом обслуживании.

Больница, санаторий, дом отдыха могут снабжать своими койками несколько диспансеров, являясь одной из составных частей одного диспансера так-же, как и молочная кухня, физиотерапевтическая и рентгенотерапевтическая установки могут служить нескольким диспансерам.

Г. Сербин.



Страницы  
утрачены



а, ведь, его, говорят врачи, приходится иногда тащить от кареты на порядочное расстояние, а осенью еще и по грязи. В ящике есть валериановые капли, опийная настойка, водка, нашатырный спирт, кусочек ваты (в открытом виде), кофеин и камфорное масло для подкожного впрыскивания и др. пузырьки с лекарствами. Ну, а для отравившихся есть ли у вас какие нибудь противоядия, напр. «Антидотум Арсеници»? Нет, говорят. А для промывания желудка, для остановки кровотечения? Тоже почти, ничего. Мы в таких случаях, заявили врачи скорой помощи, стремимся тяжело больного поскорее отправить в больницу. Действительно, с теми средствами, которые имеются в знаменитом пудовом ящике скорой помощи, в котором, в сущности говоря, нет ничего, с чем можно было бы оказать скорую помощь, с этими средствами ничего не остается больше делать как только вести тяжело больного в первую же больницу. Ведь какой либо реальной помощи врач скорой помощи и в действительности оказать не может, потому что он выезжает со всякими каплями и только; это ящик для оказания первой помощи, но не скорой помощи. Мы имеем ряд фактов, когда тяжело больным отравившимся не оказывалось соответствующей помощи, а они просто подбирались и отправлялись в больницу.

К чему же сводилась работа скорой помощи в Свердловске? Очевидно только к одному транспортированию тяжело больных (в несчастных случаях) в больницу. И в этом отчасти тоже можно найти объяснение, почему у нашей скорой помощи не бывает отказов. Если же скорая помощь занимается перевозкой больных, то невольно напрашивается вопрос, стоит ли из-за этого при карете скорой помощи держать врача? Ведь эту развозку больных может делать любой санитар.

Так в Свердловске сумели исказить принцип огромного, крайне необходимого и очень важного дела «оказания скорой помощи при несчастных случаях».

Что же надо сделать, чтобы изжить все эти недостатки у скорой помощи?

1. В первую очередь скорой помощи срочно нужна скорая общественная помощь с тем, чтобы она почаще заглядывала к ней и помогала ей устранять недочеты в работе и правильно организовать дело.

2. Карета скорой помощи должна выезжать для оказания помощи только в несчастных случаях.

3. Никто, в том числе и Горздравотдел не должен использовать скорую помощь не по прямому назначению.

4. В ящике (нужен портативный чемодан, а не сундук) должны обязательно находиться те средства и предметы, которые необходимы для оказания помощи при несчастных случаях.

5. Вменить в обязанность врачам скорой помощи действительно оказывать необходимую помощь при несчастных случаях, а не заниматься только перевозкой тяжело больных.

## Памяти Ивана Ивановича Белавина

24 октября 1930 г. на 79-м году жизни в Богословском заводе скончался один старейший врач на Урале Иван Иванович БЕЛАВИН.

Д-р Белавин окончил курс и получил звание врача в Медико-Хирургической Академии в 1877 году и тотчас по окончании был мобилизован на румынский фронт, где и провел в качестве военного врача всю Русско-Турецкую кампанию 1877—78 г. г. После демобилизации Иван Иванович занял место штатного ординатора хирургического отделения Обуховской больницы.

Работая в Обуховской больнице, Иван Иванович, несмотря на свои в то время молодые годы, своей серьезностью, любознательностью, любовью к науке вообще и избранной им специальности хирургии в особенности вскоре обратил на себя внимание своих старших товарищей и руководителей. Ему не только поручались ответственные операции в стенах этой больницы, но он, как вполне определившийся, опытный и знающий хирург, неоднократно командировался в другие губернские города, например, Новгород, Псков и т.д. для консультации и производства той или иной



сложной операции, ибо хирургия в те далекие годы даже в губернских городах, не говоря уже об уездных, была поставлена далеко неудовлетворительно, и опытных хирургов 53 года тому назад было крайне недостаточно.

В 1886 году ровно 44 года тому назад д-р Белафин был приглашен врачом в Богословский завод, в котором и прослужил до самой своей смерти.

Каждой работать, желанием принести пользу трудящимся в заброшенных, отдаленных, отрезанных бездорожьем от более культурных центров, подобно Богословскому заводу—можно объяснить, что Иван Иванович променял свою карьеру столичного хирурга на скромную должность заводского врача.

Из глухой, заброшенной участковой больнички Иван Иванович своей неутомимой энергией сумел создать образцовую больницу, которая на протяжении многих десятков лет обслуживала высоко-квалифицированной хирургической помощью почти весь северный край.

Что касается его 44-летней деятельности в Богословском заводе, то таковую описать в кратких словах нельзя, да едва ли это является необходимым, ибо всякий трудящийся не только Богословских рудников, и Надеждинска, этого крупного пролетарского центра, который он также обслуживал хирургической помощью на протяжении многих лет, но и других районов северного края,—знает д-ра Белафина, ибо за этот длительный период трудно найти семью, которая хотя бы раз не обращалась за помощью к Ивану Ивановичу.

Согласно свидетельства его современников, которых осталось очень немного, Иван Иванович приехал в Богословск молодым, полным сил врачом и сразу окунулся в лихорадочную врачебно-хирургическую работу, которой посвятил всю свою долгую жизнь.

Еще рельефнее свидетельства старожиллов говорят факты, зафиксированные в архивных журналах.

Количество произведенных им операций учесть не представляется возможным, они исчисляются многими тысячами, ибо в расцвете своей хирургической деятельности им ежедневно на протяжении многих лет производилось от 2-х до 4-х операций.

Иван Иванович всю свою жизнь прожил в Богословском заводе, и редкие свои отпуска использовал с научной целью; так, он несколько раз во время своих отпусков работал в любимой им Обуховской больнице, также один свой отпуск посвятил осмотру и знакомству с лучшими заграницными клиниками, был в Берлине, Вене и клиниках Швейцарии.

Во время гражданской войны, во время голода и эпидемии, когда все врачи нашего района по тем или другим причинам оставили службу, Иван Иванович остался верен своему врачебному долгу, остался с теми рабочими, с которыми долгие годы переживал и светлые, и тяжелые минуты.

Будучи высоко-образованным врачом, высоко-квалифицированным специалистом, он в то же время являлся поразительно скромным, отзывчивым и гуманным человеком, за что вполне заслужил глубокое уважение как своих сослуживцев и подчиненных, а также горячую любовь своих многочисленных пациентов.



---

---

Подтверждением его полезной многолетней деятельности на пользу пролетариата служило троекратное его чествование героем труда рабочими и общественными организациями, а также те теплые, простые слова на могиле покойного многочисленных рабочих, прибывших со всех концов района проводить своего любимого доктора.

Н.



Макушинская больница помещается в абсолютно неподходящем помещении, в то время как специально отстроенное здание под больницу в совхозе использовано под общежитие курсантов-трактористов.

Медперсонал имеет большую нагрузку, больницей заведует фельдшер, так как Уралоблздравотдел не направляет врача для заведывания.

Профилактически-просветительная работа проводится от случая к случаю в виду отсутствия заранее выработанного плана.

Белья крайне недостаточно и оно очень ветхое, в то время как имеются средства на приобретение белья.

Двор больницы находится в антисанитарном состоянии; в ожидальной имеется бак с кипяченой водой, кружки нет. Отсутствует работа Райгруппкома союза Медсантруд; производственная комиссия и совещания не работают, стенгазеты нет; ударников и закрепившихся до конца пятилетки нет. Обращение ЦК ВКП(б) от 3-IX 29 г. не проработано; многие недостатки легко могли бы быть устранены при непосредственном активном участии медицинских работников.

В первых числах декабря на общем собрании медицинских работников села Макушино был заслушан доклад зав. больницей и содоклад обследования, в результате был принят ряд практических предложений по улучшению работы, создана ударная бригада в количестве 12 человек имени «ОГПУ», закрепились до конца пятилетки 7 человек, принимать в первую очередь ударников и ряд других.

Б. В.



## Положение о районном совете здравоохранения

1. Совет здравоохранения является совещательным органом при районном исполнительном комитете и имеет целью привлечение к непосредственному участию в деле здравоохранения района как медицинских работников, так и широких слоев рабочей и крестьянской общественности.

2. Основными задачами районного совета здравоохранения являются:

а) выяснение основных нужд района в деле здравоохранения, рассмотрение годовых контрольных цифр и перспективных планов развития здравоохранения;

б) обсуждение вопросов по санитарному оздоровлению населенных мест района, по борьбе с эпидемиями, по организации медпомощи рабочим и крестьянам в районе, по обслуживанию медпомощью рабочих на предприятиях, лесозаготовках, лесосплаве и работающих во время сельско-хозяйственных кампаний, по санитарному просвещению, по оздоровлению условий быта рабочих и крестьян;

в) рассмотрение бюджета здравоохранения, в частности, привлечение средств населения к делу здравоохранения;

г) рассмотрение проектов правил и обязательных постановлений по санитарии;

д) рассмотрение отчетных данных по различным отраслям здравоохранения (доклады инспектора здравоохранения и руководителей отдельных лечебно-учреждений района), а также по соглашению с заинтересованными ведомствами и их отчетных данных в вопросах охраны здоровья с точки зрения согласования их с мерами общего оздоровления;

е) рассмотрение отдельных вопросов здравоохранения, вносимых в совет как инспектором здравоохранения, так и по инициативе самого совета, или других ведомств и организаций (в последнем случае через президиум совета);

ж) содействие в привлечении широких масс трудящихся к работе по здравоохранению;

з) проработка важнейших решений директивных и руководящих органов и организаций по вопросам здравоохранения.

3. В состав совета здравоохранения входят:

а) члены райисполкома; б) инспектор здравоохранения; в) зав. районной больницей; г) районный санитарный врач; д) представитель межсоюзного объединения; е) представители важнейших производственных союзов данного района; ж) представитель профсоюза Медсантруд; з) представитель страхкассы; и) представитель колхозобъединения; к) представитель сельского комитета; л) представитель районного комитета ВЛКСМ; м) инспектор физкультуры; н) представитель УТБ; о) уполномоченные по здравоохранению от каждого сельсовета данного района; п) ветеринарный районный работник; р) представитель коммунального отдела; с) представитель военведа; т) представитель органов наробраза; у) заведующие леч. сан. учреждениями и ф) врачи-специалисты.

**П р и м е ч а н и е:** Представители профсоюзов, колхозсоюза, ВЛКСМ и Страхкассы должны быть избраны на общих собраниях или конференциях, при чем о своей работе отчитываются перед избирателями.

4. В качестве сведущих лиц по вопросам их компетенции на заседания совета приглашаются, в случае надобности, и представители других ведомств и специалисты по разным отраслям знаний.

5. Постоянный президиум Совета Здравоохранения состоит из председателя (инспектор здравоохранения) и членов: представителя от производственных профсоюзов, входящих в совет, представителя колхозобъединения, представителя профсоюза Медсантруд, районного санитарного врача, инструктора по физкультуре и представителя УТБ.



6. Заседания президиума совета здравоохранения созываются один раз в декаду очередные заседания пленума совета—один раз в квартал (4 раза в год); экстренные— в случае надобности, а также по мотивированным письменным заявлениям группы членов совета.

7. Постановления совета здравоохранения поступают на утверждение президиума райисполкома.

8. По вопросам своей деятельности совет здравоохранения может выделять рабочие комиссии для предварительной проработки или рассмотрения.

9. Расходы, связанные с деятельностью совета здравоохранения, производятся по смете здравоохранения.

10. Отчеты о деятельности совета здравоохранения районный инспектор здравоохранения представляет в Областной Здравоотдел один раз в три месяца.

Утвержденная Облздравотделом

## ИНСТРУКЦИЯ

### Горздравотделам, райздравотделам, ВКК, по отбору больных в Уральский Областной Люпозорий

Ограниченное количество коек при наличии большого количества кожно-туберкулезных больных в области, с одной стороны—продолжительность лечения, при дорогом стоящей койке—с другой,—заставляют относиться к отбору больных с особым вниманием. Необходимо учитывать следующие моменты:

1. Возможности лечения на месте.

2. Давность заболевания—ранние формы легче и быстрее поддаются лечению и, следовательно, направляются первоочередно.

3. Локализация—Косметическая «волчанка» (локализация на лице) подлежит направлению раньше, чем с другой локализацией.

4. Распространенность процесса—Волчанка с распространением на значительные поверхности кожи, диссеминированные формы, направляются только в случае отсутствия локализованных форм.

5. Классовый признак.—Места, предоставляемые промышленным районам, должны заполняться рабочими; в районах с крестьянским населением— в первую очередь колхозниками.

В отношении клинических форм и сопутствующих заболеваний рекомендуется руководствоваться следующими показаниями и противопоказаниями.

#### ПОКАЗАНИЯ:

1. Волчанка, обыкновенная (в особенности начальные случаи) во всех формах плоская, гипертрофическая, верузная и т. д.—изъязвленные и не изъязвленные.

2. Туберкулез кожи язвенный.

3. Туберкулез кожи бородавчатый.

4. Кондлюктивная форма туберкулеза кожи (скрофулодерма)

5. Помуло-некротический туберкулез.

6. Лишай золотушных.

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

1. Красная волчанка.

2. Сочетания туберкулеза кожи с декомпенсированными формами легочного туберкулеза.

3. Комбинация кожного туберкулеза с ТБК гортани, кишок, почек и др. органов.

4. Декомпенсированные пороки сердца.

5. Только что перенесшие заразные болезни.

### Приказ по Уралоблздравотделу № 357 § 1

от 29 сентября 1930 года.

Принимая во внимание, что врач Бланкштейн исключен общим собранием медицинских работников (в Магнитогорске) из профсоюза МСТ за ряд недопустимых действий (использование положения санврача в личных интересах). Отказ демонстративный от участия в реализации займа «пятiletка в 4 года». Самовольное оставле-



Страницы  
утрачены







