

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА
И ОБКОМА СОЮЗА МСТ**

1931

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ

№

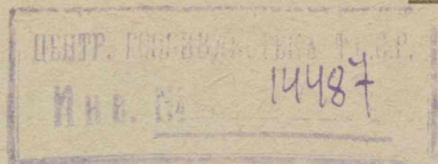
СВЕРДЛОВСК

1-2

СОДЕРЖАНИЕ № 1—2

„Уральского Медицинского Журнала“

	Стр.
<i>От редакции</i>	3
<i>Передовая</i> —Итоги областного партсовещания по вопросам здравоохранения	5
I. Организационные вопросы здравоохранения	
<i>Мартынов М. М.</i> Все внимание изучению и борьбе с заболеваемостью	7
<i>Куроедов А. Д.</i> —Итоги 5-го Уральского съезда союза МСТ	10
<i>Петрова О. П.</i> —Медработа в показательном с.-х. районе	19
<i>Гольштейн Я. И.</i> —Перспективы Тагила и дело здравоохранения	21
<i>Мойров.</i> —Борьба с нарушителями трудовой дисциплины	23
<i>Шевалеевский Д. А.</i> Два случая неоказания медицинской помощи	25
Постановление Областного Съезда Советов по здравоохранению	26
II. Оздоровление труда и быта	
<i>Ляпустин В. А.</i> —Врачи медпунктов и фронт борьбы с травматизмом	27
<i>Космодамианский</i> —Опыт изучения венерических заболеваний по гор. Саранулу	32
<i>Кудрявцев В. Г.</i> —Усольские соляные ванны и опыт лечения ими полиартритов	34
<i>Богословский И. С.</i> —К вопросу о лечебной ценности курорта Курья	46
III. Вопросы практической медицины	
<i>Кузнецкий Д. П.</i> проф.—Хирургическое лечение камней мочевого пузыря	50
<i>Девирц А. П.</i> —Необходимые требования подготовительного периода к рентгенотерапии кожных больных	53
IV. Обзоры медицинской печати, корреспонденции с научных съездов, итоги научных командировок	
<i>Проф. Розентул М. А.</i> —Впечатления заграничной командировки в Германии	54
<i>Удинцев.</i> —О XI терапевтическом съезде	67
Рефераты	70
V. Корреспонденции с мест	
Работа малар. отд. Пермского бакинститута	73
С лесозаготовок Чермоозского района	73
Письмо к медработникам энтомолога Попова	75
Корр. с мест	—
<i>VI. Хролика</i>	76
<i>VII. Официальный отдел.</i> —Резолюции обл. совещания по промрайонам	79
Обращение обл. бюро научной ассоциации врач. и план работ	84



УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Величкин В. И., Коновалов К. А. (отв. ред.), Курдов И. К., Карнаухов М. Н., Куроедов А. Д.,
Проф. Розентул М. А. Секретарь редакции Серебrenников В. С.

№ 1—2

ЯНВАРЬ — ФЕВРАЛЬ

1931 Г.

ГОД ИЗДАНИЯ ТРЕТИЙ

ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1931

ИЗДАТЕЛЬСТВО СВАТ. КОЛЛЕКЦИЯ

МЕДИЦИНСКИЙ УРАЛЬСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕКЦИЯ
Ведущий редактор: д-р мед. наук, проф. А. А. Ковалев
Заместитель редактора: д-р мед. наук, проф. Н. Н. Ковалев
Издатель: И. А. Ковалев

№ 1-2

ФЕВРАЛЬ

1934 г.

316752 П

ИЗДАТЕЛЬСТВО СВАТ. КОЛЛЕКЦИЯ

Государственная
публичная библиотека
им. В. Г. Белинского
г. Свердловск

Уралоблиз № 712

Тир. 1000

Свердловск. «Уралполиграф», тип. «Грани». Вак. № 5626.

Два года „Уральского Медицинского Журнала“

«Уральский Медицинский Журнал» вступает в третий год своего развития. Основными недостатками его были — громоздкость, замкнутость в вопросах узко-медицинского характера, оторванность от боевых вопросов социалистической стройки, разрешения Урало-кузбасской проблемы, социалистической реконструкции сельского хозяйства.

Журнал не представлял массового органа печати, он не выковал, не окружил себя, не связал с собой не только рабкоров и селькоров (он и не ставил перед собой этой задачи), но даже и медицинских корреспондентов. Отсюда оторванность от периферии, самотек в подборе материалов для каждого номера журнала, крайне слабое освещение на страницах журнала больных, злободневных вопросов неприглядной Тавдинской, Киясовской, Кушвинской и т. п. районной медицинской практики.

К крупнейшим и нетерпимым, правда, вынужденным недостаткам журнала необходимо отнести выход журнала в 2—3 месяца один раз в раз-
мере двойного и тройного комплекта.

Все эти недостатки редакции журнала были достаточны ясны, и редакция не раз пыталась исправить их. Но по ряду причин, и зависевших и независевших от редакции, последней не удавалось это сделать. В 1931 г. редакция «УМЖ» ставит перед собой в качестве обязательной боевой задачи содержание журнала, роль его в стройке социалистического здравоохранения на Урале решительно изменить. Журнал должен стать ведущим, боевым органом здравоохранения, лечебно-профилактических учреждений, медицинских работников и армии рабочих и крестьянских корреспондентов, зорко следящих за охраной здоровья трудящихся масс.

Журнал должен стать тем печатным органом, вокруг которого объединятся в ударный передовой авангардный отряд медработники и рабселькоры и поведут за собой 27-тысячную армию здравоохраненцев на штурм всех антисанитарных порядков, которыми изобилуют как условия труда, так и особенно условия быта и которые просто и легко могут быть устранены без особой затраты средств, но с обязательным участием самих трудящихся в устранении этих порядков.

Журнал должен быть массовым печатным органом, доступным для каждого рядового бойца развернутого социалистического наступления. Поэтому содержание журнала должно состоять из освещения фактов и явлений, выхваченных из практики труда и быта рабочего и колхозника, батрака, бедняка и середняка, из фактов и явлений, хорошо знакомых трудящемуся, и на этом материале должны быть иллюстрированы вред для здоровья и простейшие мероприятия (санминимум) для устранения этого вреда.

Журнал обязан освещение любой здравоохраненческой проблемы увязать с производством, с технологическим процессом, с бытом, отчетливо указать на ряде конкретных примеров интимную взаимозависимость, взаимосвязь выполнения производственного плана с состоянием здравоохранения.

Журнал для того, чтобы действительно быть головным отрядом здравоохраненческой армии, должен на своих страницах своевременно ставить все новые вопросы в области охраны здоровья трудящихся масс, подвергать их дискуссии, если это необходимо, декларировать их и мобилизовать массу на выполнение. Журнал в этом отношении должен равняться на «Уральский рабочий», приближаясь к нему по своевременности, злободневности и политическо-хозяйственной значимости в деле постановки и освещения тех или других вопросов здравоохранения, а не выходить в читательскую массу с такими вопросами, как «К VIII съезду советов» два месяца спустя после состоявшегося съезда.

Журнал будет систематически освещать и ставить вопросы борьбы за снижение заболеваемости, проведение санминимума, практику диспансерного медобслуживания, социалистическое соревнование и ударничество, условия труда и быта медицинских работников.

Реконструктивный период здравоохранения требует от медицинских работников, в первую очередь от врачебных кадров, совершенно по иному построить формы и методы своей работы, решительно прорезать старые навыки и привычки, немедленно прорвать порочный круг замкнутости медработы и оторванности от широчайших масс. На данном этапе развития народного хозяйства вообще и здравоохранения в частности попытка задержаться на старых привычных позициях в деле медобслуживания трудящихся не может быть оправдана никакими «объективными» (врачей мало, медико-санитарная сеть слаба и т. п.) соображениями и не может быть терпима ни одного дня.

Журнал должен стать прожектором, который будет настойчиво освещать все темные закоулки медицинской практики, подвергать их критике и помогать местам быстро, без оглядки назад, без тоски по прошлому коренным образом перестраивать здравоохраненческую работу.

Реконструировать здравоохранение — это значит приблизить медпомощь к трудящемуся, это значит помочь хозяйственнику выполнить его производственные задачи, это значит в первую очередь и лучшего качества дать медицинскую помощь ударнику-металлисту, горняку, химику, текстильщику, это значит развернуть широчайшую оздоровительную, профилактическую работу, это значит, наконец, строить социалистическое здравоохранение руками самих трудящихся. К этому будет неустанно звать «Уральский медицинский журнал» армию медработников, трудящихся фабрик и заводов, совхозов и колхозов.

Редакция отчетливо представляет всю трудность поставленных ею задач на 1931 год, но она уверена, что трудности станут легко выполняемыми, если медработники сумеют, захотят, с большевистской настойчивостью и твердостью будут ставить и освещать на страницах журнала боевые вопросы социалистического здравоохранения и к этому же будут звать рабселькоров.

Итоги первого областного партсовещания по здравоохранению

К. А. КОНОВАЛОВ

Гигантская хозяйственно-политическая задача, поставленная тов. Сталиным, строительство 2-й угольно-металлургической базы на востоке является одним из действий развернутого социалистического наступления на остатки капитализма, является ускорением темпов индустриализации страны и социалистической реконструкции сельского хозяйства.

Успешное разрешение этой исторической проблемы требует сосредоточения на ней внимания всего рабочего класса и батрацко-бедняцко-средняцких масс крестьянства. Партийные, профессиональные и советские организации должны повернуться лицом к Урало-Кузбасскому комбинату.

Сделали-ли это медико-санитарные организации? Областное партсовещание констатировало, что в большинстве районов поворота лицом к производству еще не сделано: в ряде районов работа ведется по старинке; МТС, совхозы и колхозы не стали основным звеном в работе лечебно-профилактических учреждений на селе; условий труда рабочих цеха, бригады на предприятии медицинский коллектив не изучает, систематическую и настойчивую борьбу за снижение заболеваемости на ряде заводов не ведет, санминимум проводит формально; проведение классовой пролетарской линии наталкивается на следующее возражение со стороны отдельных врачей: «Я прежде всего врач: если понадобится положить в больницу поля или пригласить его к больному для исповеди, я это сделаю». Таким образом в ряде районов здравоохраненцы коренным образом работы своей не перестроили.

Чем это объясняется?

Прежде всего тем, что в массе своей медработники не проявляют достаточной настойчивости в постановке отдельных вопросов перед местными организациями, ведя примиренческую, непротивленческую линию.

Во-вторых, тем, что здравоохранению многими местными партийными, советскими и профессиональными организациями внимания уделяется недостаточно; парторганизации, как правило, не руководят медико-санитарным делом. В итоге партийная прослойка в большинстве лечебно-профилактических учреждений отсутствует совершенно или крайне слаба.

А, ведь, совершенно ясно, что самые хорошие решения останутся на бумаге, если партийная прослойка не будет укреплена, если партийцы не будут посланы во все медицинские учреждения, так-как только этим путем партийное руководство здравоохранением может быть укреплено.

Исходя из этого, областное партсовещание постановило: «просить Обком ВКП(б) обязать парткомитеты в кратчайший срок добиться создания партпрослойки во всех более или менее крупных медсанучреждениях с расчетом возможности организации в них партячеек и послать на работу во все небольшие учреждения (врачебный участок на селе и т. п.) не меньше одного партийца, приняв одновременно с этим настойчивые меры по укреплению руководства существующими в лечебно-профилактических учреж-

дения партийцами. В настоящее время партийцев работает в медицинских учреждениях человек около 300 на 27 тысяч медработников, или около 1,1 прои.

Областное партсовещание констатировало, что в ряде районов медикосанитарные учреждения находятся в крайнем неудовлетворительном состоянии. В Тавде больница производит удручающее впечатление: вши, клопы, тараканы, грязь, тифыки положены на кровати без досок (это в Тавде-то, где лесопильные заводы?!). Питание неудовлетворительное, белья нет и т. д.; во многих больницах больные лежат в своем белье, под своими одеялами, со своими подушками, отменяются огромные перебои с топливом; вместо коек кое-где имеются топчаны и т. п. В целях немедленного улучшения медико-санитарного обслуживания областного партсовещание постановило: «просить Обком ВКП(б) предложить фракции Облисполкома принять действительные меры для приведения в удовлетворительное состояние медицинских учреждений, обеспечив бесперебойное снабжение больницы и сельских пунктов питания, топливом и предметами хозяйственного оборудования».

Рабочая общественность почти никакого участия в работе медикосанитарных учреждений не принимала и не принимает. Спрашивается, почему? В основном, несомненно, потому, что профсоюзные организации не руководят здравоохранением, не уделяют ему никакого внимания, взваливая всю работу по медицинскому обслуживанию рабочих масс на союз МСТруд. Здравоохранение — одно из видов социально-бытового обслуживания рабочих масс. А что было сказано по этому вопросу XVI съездом партии? — Съезд предлагает профсоюзным организациям улучшить поставку социально-бытового обслуживания рабочих масс, исходя из принципа: «Для исполнения этого решения профсоюзами почти ничего не было сделано, если не считать профсоюза МСТруд. Отметим это недопустимое явление, областное партсовещание указало на то, что Уралпрофсовет должен в ближайшее время добиться создания по линии профсоюзов таких форм руководства, которые обеспечивали бы со стороны фабзавкомов достаточно активное внимание к вопросам здравоохранения, во-первых, и включения в план работ фабзавкомов отдельных здравоохранческих вопросов, во-вторых. Одной из основных причин слабости работы медико-санитарных организаций является крайне слабое участие рабочей общественности в развитии здравоохранения. Здравоохранческие мероприятия (санминимум, снижение заболеваемости и т. п.) это мероприятия массовые, проведение их без широчайшего участия самих трудящихся сорвется. Областное партсовещание указало, что укрепление рабочей общественности должно идти по двум путям: 1) на всех заводах и фабриках, а в крупных предприятиях во всех цехах должны быть организованы группы содействия, при советах секции здравоохранения, в совхозах и колхозах здравячейки, при лечебно-профилактических учреждениях — комиссии по оздоровлению труда и быта (КОТИБ'ы); 2) усиления партийного руководства РОК'овским движением и коренной перестройки работы последнего. Проведение санминимума и снижение заболеваемости на предприятиях, в цехах, в бригаде это два важнейших звена единой цепи охраны здоровья трудящихся масс, за которые необходимо всем медработникам вместе с самими рабочими ухватиться и поставить все медико-санитарное дело на службу предприятию для выполнения промфинплана, на службу народному хозяйству для выполнения очередных хозяйственных задач (сев, лесосилов, лесозаготовки и т. п.). За эти два звена медицинские работники «серьез и надолго» пока еще не ухватились, каждое практическое действие свое не подчинили выполнению производственных планов. Областное партсовещание конкретно поставило

этот вопрос в своих решениях, предложив всем лечебно-профилактическим объединениям и в первую очередь руководителям их заболеваемость снизить *от 10 до 15 проц., занятость коек повысить в среднем с 85 до 87 проц., отпуск физиотерапевтических процедур увеличить на 50 проц. за счет рационального использования аппаратуры, ввести санминимум в цехе, бригаде, в мастерской совхоза, в столовой, в клубе.*

Совещание особо остановилось на самом боевом участке фронта здравоохранения, на роли и значении здравпункта (п.п.п.) на предприятии, в цехе в деле снижения заболеваемости, проведения санминимума, в деле выполнения производственной программы бригады, цеха, предприятия в целом.

«Здрав пункт на предприятии — это передовой здравоохраненческий отряд, ведущий санитарную разведку на предприятии, в цехе, в бригаде, сигнализирующий хозяйственнику, профсоюзной и партийной организации и лечпрофобъединению о всех опасностях и вредностях для здоровья работающих в цехе, бригаде рабочих и мобилизующий медицинские и общественные силы и средства на борьбу за оздоровление условий труда. Отсюда следующие обязательные очередные задачи: а) организовать в 1931 году здравпункты на всех предприятиях, где они должны быть по нормам (500 рабочих и выше в цехе, на предприятии), б) превратить здравпункт в боевой орган наступления медработников на вредности производства, в) превратить план работ здравпункта в организескую часть производственного плана, подчинив работу здравпункта интересам выполнения промфинплана; г) форсировать превращение фельдшерских здравпунктов во врачебные путем усиленной подготовки врачей для здравпунктов и д) возложить ответственность за санитарное состояние цеха, бригады, предприятия на лечпрофобъединение, которое обслуживает медомощью и в которое входит здравпункт.

Одним из наиболее неудовлетворительных участков в работе лечпрофучреждений была *оторванность последних от обслуживаемого ими производства.* Областное партсовещание предложило немедленно повернуться лицом к производству, указав как на одну из мер закрепления этого поворота — *прикрепление врачей к цехам.*

Соцсоревнование и ударничество стали тем могучим рычагом, которым партия поднимает производительность труда, укрепляет трудовую дисциплину, воспитывает коммунистические навыки, обеспечивает выполнение и перевыполнение промфинплана, ускоряет темпы развернутого социалистического наступления. Среди медработников соцсоревнование и ударничество также развивается, но оно еще не заняло необходимого места в деле перестройки здравоохраненческой работы. Это происходит главным образом по двум причинам: а) вследствие слабости медицинских профсоюзных ячеек и б) крайне косного и невнимательного отношения со стороны хозяйственников. Чтобы превратить слова в действия, сделать соцсоревнование и ударничество основным рычагом перестройки работы медицинских учреждений, областное партсовещание просит Обком партии обязать фракцию Уралпрофсовета усилить свое руководство профсоюзом МСтруд, в месячный срок укрепить соответственным подбором работников медицинские профсоюзные организации. Одновременно с этим должна быть поведена решительная борьба с теми администраторами, которые не используют соцсоревнования и ударничества; для улучшения медреслуживания трудящихся масс должны быть усилены поощрительные стимулирующие соцсоревнование и ударничество мероприятия (премии, перевод в высший разряд, выдвижение на более ответственную работу и т. п.); созвать через два месяца специальное совещание по вопросам соцсоревнования и ударничества.

Работа медицинских учреждений в большинстве своем отличается бесплановостью, самотеком, стихийностью, крайне слабым развитием оздорови-

тельной работы. В целях решительного прекращения этого недопустимого явления партсовещание предложило в месячный срок составить здравпланы всех медучреждений, включив в качестве главных пунктов в эти планы проведение санминимума и снижение заболеваемости.

Новостройки (Магнитострой, Березники, Уралмашинстрой и т. д., гигантов предприятий требуют для пуска их в установленные партийные сроки мобилизации всех сил и средств. Слабость организации медобслуживания новостроек может повести к производственным прорывам на отдельных участках строительства. Поэтому партсовещание указало, что Облздраву и профсоюзам (МСтруд, союз строителей и др.) необходимо взять под непосредственное наблюдение для оказания непрерывной практической помощи проведение решений ЦК и Уралобкома ВКП(б) в деле охраны здоровья рабочих и служащих этих строек (в частности на новостройках создать крепкие санитарные организации, построить изопроникты, организовать сангигиенические и клинические лаборатории).

В целях ослабления дефицита в медицинских кадрах и поднятия квалификации всех групп медработников, партсовещание предложило провести: а) в каждом крупном лечпрофучреждении организовать краткосрочные курсы (от 6 до 12 мес.) медсестер с расчетом подготовки в 1931 году 2.000 человек; б) развернуть заочное обучение силами уральских мединститутами; в) широко практиковать командирование врачей в научные командировки; г) возвратить всех медработников, работающих не по специальности на медицинское производство; д) довести контингент учащихся на 1-м семестре в Свердловском Мединституте до 250, в Пермском до 200 каждого факультета и е) широко развернуть среди врачей изучение основ марксизма и ленинизма.

Партсовещание установило, что самым неудовлетворительным участком на фронте здравоохранения в 1930 г. оказалось новое больничное строительство. Совещание постановило просить Уралобком партии в 1931 г. создать такие условия, которые обеспечили бы удовлетворительное выполнение программы нового больничного строительства.

Методы массовой работы в деле коренной перестройки работы медсанучреждений и здравотделов и в период гигантского роста активности рабочего класса должны быть решительно пересмотрены. Старые формы санитарного просвещения, по-прежнему господствующие в практике работы медицинских работников, привели к оторванности от производства, от общекультурной работы, к отвлеченной постановке здравоохраненческих вопросов. Врач-лектор, волшебный фонарь, картина с гигантской вошью и лекция, вот тот старый арсенал, которым «двигается» санпросвещение. Учитель и ученики, лекция вооруженного знаниями и пассивное восприятие изрекаемых истин трудящимися—это в настоящий период не достаточно, больше того, это не только недостаточно, но совершенно не удовлетворительно. Партсовещание, обсудив этот важнейший вопрос в деле массовой оздоровительной работы особо на двух заседаниях, постановило, что методы и формы санитарного просвещения должны быть пересмотрены, что вся работа должна быть перестроена по типу массовой работы партийных и профессиональных организаций и сосредоточена в цехе, бригаде, совхозе, колхозе. В качестве организационных форм следует использовать создание кружков по оздоровлению условий труда на предприятии, кружков физкультуры, по борьбе с венеризмом и т. п., максимально дифференцируя массовую работу (новые кадры рабочих, молодежь, нацменьшинства и пр.) и увязывая программу кружков с производственными задачами и с изучением технологического процесса в разрезе влияния его на здоровье.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Все внимание органов здравоохранения и соцстрахования изучению и борьбе с заболеваемостью

МАРТЫНОВ М. М. (Уралстрахкасса)

Гигантский рост народного хозяйства на основе индустриализации страны и социалистического переустройства деревни, превращение Урала в мощную металлургическую и энергетическую базу на Востоке, на основе решения XVI Партийного Съезда, сопровождается сильным ростом численности рабочего класса Урала.

В 1928—29 г.	(1-й год пятилетки)	537.289
» 1929—30 »	(2-й »	632.290
» 1931	» залпроектировано	1 051.653

Намеченный УСК пятилетний план развития социального страхования на Урале в 3 году пятилетки будет перевыполнен на 19,5 проц.

Помимо численности растет и материальное благосостояние рабочего класса и его культурный уровень. При этих условиях особенно возрастает значение органов социального страхования не только как фактора обеспечивающего социально-бытовые нужды рабочего класса, но и в максимальной степени содействующего социалистическому строительству и поднятию производительности труда. В виду этого, задача органов социального страхования в реконструктивный период в своей практической работе действительно повернуться лицом к производству: способствовать росту производительности труда, соцсоревнованию, ударничеству на производстве, при одновременной решительной борьбе с лодырями, прогульщиками, симулянтами и летунами; необходимо также интенсивное развитие ряда оздоровительных мероприятий для обслуживания рабочих, в виде диетического питания, улучшения медпомощи, усиления пропуска застрахованных через дома отдыха, санатории и курорты, используя эти учреждения (при прочих равных условиях) преимущественно для ударников и закрепившихся на производстве до конца пятилетки, а также интенсивное развитие дет-ясель, молочных кухонь, детских садов, площадок являющихся не только оздоровительным мероприятием, но средствами вовлечения женщин в производство, что особенно необходимо в виду острого недостатка в рабочей силе. Работа эта нашла свое отражение в превращении бюджета органов социального страхования из бюджета индивидуального денежного обслуживания в бюджет оздоровления труда и быта и его обобществления.

Органы соцстраха Урала на 1931 г. из своего бюджета ассигновывают на:

Материальную помощь учащимся детям	530 т. р.
Организацию пионерских лагерей	220 »
Детские ясли	2 м. 500 »
» сады	1 м. 300 »
Молочные кухни	150 »
Диетпитание	200 »

Однако, эти мероприятия, проводимые органами соцстраха, еще являются далеко недостаточными, почему и необходимо органам здравоохранения свой бюджет и практическую работу направить таким образом, чтобы не на словах, а на деле повернуться лицом к производству.

Задача органов социального страхования полностью и рационально расходовать эти средства по назначению, строго соблюдая классовый принцип.

Высокая заболеваемость застрахованных, дающая большое количество прогулов по болезни, является одной из причин невыполнения предпрятиями профинпланов, борьба с заболеваемостью является срочной и ударной задачей не только органов социального страхования, но, в первую очередь, органов здравоохранения, в связи с необходимостью максимально повысить производительность труда для выполнения взятых темпов социалистического строительства (пятилетка в 4 года).

Все возрастающие вложения на дело медпомощи застрахованным и улучшение условий труда и быта, дают право ожидать снижения дней болезни, имея ввиду, что на эти мероприятия вкладываются огромные средства, так:

Расходы на:	1927—28 г.	1928—29 г.	1929—30 г.
Медпомощь	22526600	25198000	39649000
Профилактика (дома отдыха, санатории, курорты) по линии соцстраха	1092604	1352024	1543888
Рабоче-жилищное строительство только по линии соцстраха	3482266	4320704	6219255
Оздоровительные мероприятия по труду на предприятиях	2796328	3326006	4926547

Между тем, на деле мы видим, что снижение показателя дней заболеваемости до истекшего операц. года шло очень медленно, так:

	Без родов	С родами
В 1926—27 г. изрем	877,2 дн. на 10 застр.	1044,0 на 100 застр.
» 1927—28 »	876,0 »	1039,2 »
» 1928—29 »	871,0 »	1048,8 »
» 1929—30 »	800,4 »	968,4 »

Эти цифры показывают, что, несмотря на огромные вложения в дело оздоровления условий труда и быта состояние заболеваемости, связанной с временной нетрудоспособностью обстоит не совсем благополучно.

Число случаев временной нетрудоспособности на 100 застрахованных (без родов) было:

	РСФСР	У Р А Л
1926—27 г.	77,76	74,2
1927—28 г.	86,48	78,6
1928—29 г.	90,38	80,30
1929—30 г.	76,9	76,9

Средняя продолжительность одного случая заболевания:

РСФСР Урала

1926—27 год	10,3	11,8
1927—28 »	9,6	11,1
1928—29 »	9,2	10,9
1929—30 »	10,3	10,3

А это получается потому, что органы здравоохранения и хозяйственные организации реальную помощь в деле борьбы с необоснованными прогулами страховым организациям до настоящего времени по настоящему оказывали слабо. В целях решительной борьбы с необоснованными прогулами перед органами соцстраха Урала, хозяйственными организациями, здравоотделами и их лечебными учреждениями, Инспекцией Труда и профсоюзами стоит очередная задача, чтобы в текущем 1931 году снизить необоснованные прогулы по б-листкам, как минимум, на 10 проц.

Первой и наиболее быстрой и реально выполняемой мерой в деле сокращения заболеваемости является борьба с необоснованными прогулами по больничным листкам. В среднем по данным 29—30 г. по области ежедневно освобождалось по больничным листкам 20.019 ч. в день, из них действительно больными являются далеко не все; это доказывает опыт массовой проверки больных на дому проведенный страховыми кассами путем однодневных контролей, налетов охвативших 7124 больных освобожденных по больничным листкам: 4,1 проц. отпусков предоставляются без достаточных оснований, 1,5 проц. проверенных больных после проверки сами вышли на работу, не являясь даже во врачебно-контрольную комиссию, 10 проц. проверенных бюллетенишников не найдены по адресам и т. д. Можно смело сказать, что проц. необоснованных прогулов по болезни значительно выше 5—6 проц.

Врачебные консультации

Главным же образом возможность сокращения дней болезни достигается работой врачебно-страховых консультаций организуемых кассами при лечебных учреждениях. Работа некоторых врачебно-страховых консультаций в особом квартале дала следующие результаты:

	Случаев		Дней		Сниж. в %	
	До ВК	При ВК	До ВК	При ВК	Сл.	Дней
Проблеская касса	186	132	1332	502	29	62,3
Златоуст.	2237	1153	17559	11567	36,8	34,2
Закамск. амб.						
Металл. зав.						
Центр. полк.	124	102	652	272	17,8	58,3
По Кизел. копям. Полюклин.						
Тысьма, Хирург. прием	45	15	62	15	66,7	76,2

Исключение необоснованных прогулов необходимо также для того, чтобы иметь точное представление о настоящей заболеваемости на данном

предприятия, учреждения, т. к. необоснованные прогулы симулируют заболеваемость там, где нет никакой заболеваемости связанной с производством.

Одним из наиболее действительных средств борьбы с заболеваемостью, особенно в деле борьбы с необоснованными прогулами является привлечение к этому вопросу широкой общественности (профессиональных, партийных и общественных организаций), а также хозорганов, органов охраны труда и здравоохранения. Органам социального страхования Урала удалось добиться в деле снижения заболеваемости застрахованных Урала определенных результатов: в 1929—30 г. заболеваемость по сравнению с 28—29 г. снижена на 7,7 проц., что в абсолютных цифрах дает в течение года 47917 дней, или в месяц 3993 дня, несмотря на то, что помощь эта была весьма невелика; так, за промежуток времени июня 29 г. всего 536 человек профсоюзного и страхового актива и что интенсивное участие рабочей общественности дает возможность снизить процент числа дней нетрудоспособности еще более.

Для большей эффективности рабочего контроля необходимо возможно большее использование результатов его путем обсуждения обнаруженных ошибок на собраниях врачей. Все случаи симуляции, аттакации, членовредительства предавать широкой гласности, используя для этого печать, стенгазеты, рабочие собрания. Необходимо решительно покончить с безответственностью врачей в деле предоставления необоснованных отпусков. Помимо лишения права выдачи больн. листов необходимо применять к таким врачам все меры общественного воздействия, как растрачивающих рабочее время. Особенную активность в этом должны проявить организации союза МСТ, для которых борьба с необоснованными прогулами является производственной задачей.

В то же время необходимо принять меры к всемерной поддержке и ограждению от оскорблений и насилия врачей жестко проводящих линию в деле выдачи отпусков по болезни.

Врачебный контроль является звеном в общей цепи мероприятий по борьбе с заболеваемостью и должен проводиться как в виде общественного контроля на дому, где доврач является организатором и руководителем дела, так и в виде врачебных консультаций, желательно ранних (на 1 день нетрудоспособности). На врачебно страховую консультацию следует смотреть, как на обоюдную помощь лечащего и доверенного врачей в деле наиболее правильного разрешения вопроса о нетрудоспособности, но отнюдь не как на выражение недоверия врачу.

Постановление ВК несколько не снимает ответственности с лечащего врача. Точно также не следует рассматривать все мероприятия по борьбе с необоснованными прогулами, как массовое недоверие к трудящимся. При беспощадной борьбе с прогульщиками, с симулянтами, необходимо оказывать максимум внимания больным. Какие либо перегибы за счет ущемления прав застрахованных совершенно недопустимы.

Вторым моментом в деле борьбы с высокой заболеваемостью является изучение причин заболеваемости в целях их устранения.

Вся работа по выявлению причин заболеваемости должна носить срочный оперативный характер, при чем должно быть обращено внимание не на изучение заболеваемости вообще, а на ее колебание, изучение всплесков, поэтому не следует практиковать эту работу, как изучение вредностей труда в целом, выполняемое систематической работой специальных научных институтов путем углубленных исследований.

При изучении причины заболеваемости необходимо получить объяснение причин повышения заболеваемости с утратой трудоспособности на пред-

приятии в данное время. В связи с выявлением причин должны быть даны конкретные указания для их устранения и обеспечена возможность проведения намеченных мероприятий. Первым делом должно быть обращено внимание на предприятия с прорывами промфинплана и на производственные группы застрахованных.

В целях успешного проведения работы по выявлению и устранению причин заболеваемости, в целях увязки и согласованности работа должна проводиться специальными бригадами в составе санинспектора, доврача, врача пункта первой помощи и представителей профсоюзов и хозорганов.

По окончании работы должны быть намечены конкретные мероприятия по устранению причин заболеваемости, назначены конкретные сроки исполнения и исполнители, и установлен рабочий контроль за выполнением, в случае невыполнения в срок намеченных мероприятий привлекать виновных к ответственности через инспекцию труда.

Научно-методологическое руководство всей работой, изучение заболеваемости на предприятиях должно быть сосредоточено в Уральском Гос. Институте патологии, гигиены и научной организации труда, путем организации специального бюро.

Необходимо обратить особое внимание на показатель дней нетрудоспособности (с родами) по непроизводственным союзам, так по:

Здравоохранению мы имеем 118,5 дней на 100 застрахованных

Из них по Пермской				
психолечебнице	74,0	дня	»	»
По Свердловским ам-				
булаториям	163,0	»	»	»
По Златоустовским				
больницам	77,5	»	»	»

По линии снабжения продуктами и материалами 74,7 дней

Пермский ЦРК	66,0	дня	на 100 застрахованных
Свердловский ЦРК	126,6	»	»

По линии сношения и передвижения

Пермские телеграф	63,0	дня	на 100 застрахованных
и почта	66,1	»	»
Свердловская телеф.			
станция	147,9	»	»

Охрана внутреннего порядка

Пермский Адмотдел	49,6	дн.	на 100 застрахованных
Н.-Тура	109,3	»	»

Воспитание и просвещение

Пермск. Университет	72,6	»	»
Свердловский полите-			
хнический институт	31,6	»	»
Тобольская школа I и			
II ступени	24,4	»	»

Художественная деятельность

Театр им. Луначарского	48,8	»	»
------------------------	------	---	---

Если же обратимся к показателям дней заболеваемости в промышленности, то мы видим:

Металлургия дает	100,6	дней на 100 застрахованных
Добыча руд	89,5	»
Основн. хим. промыш.	79,6	»

Таким образом, здравоохранение дает превышение против показателя дней по металлургии на 11,2 %
 » добыче руд » 12,7 »
 » хим. промышленности 14,3 »
 некоторые объекты напр. Свердловск. ЦРК с показателем дней 126,6 дн.
 Свердловск. телефон. станц. 147,9 »
 и амбулатории 163,0 »
 дают против показателя заболеваемости по металлургии увеличение: Свердловский ЦРК на 12,5 %
 Свердл. телеф. станц. » 14,7 »
 » амбулат. на » 16,2 »

До сих пор 61 проц. дней болезни приходится, на инфекционные заболевания, болезни органов пищеварения, кожные болезни и производственный травматизм; особенно наблюдается увеличение заболеваемости по болезням кожи и подкожной клетчатки, которые в 1-й половине 29 года давали 3,51 проц. всех случаев и 3,2 проц. дней, в 1-й половине 30 года цифры эти равны 13,1 проц. и 11,5 проц. Эти данные (13,5 проц. случаев и 11,5 проц. дней) по болезни кожи и подкожной клетчатки указывают, что снижение числа дней по этим видам заболеваний может быть достигнуто путем широкой санитарно-просветительной работы врачей, а также использованием полностью средств на санитарные мероприятия и технику безопасности; однако, суммы на эти мероприятия были использованы только на 55 проц. и осталось не израсходованными 2183062 руб. при одновременном росте травматизма по отдельным предприятиям; так, например:

Наименование предприятия	Апрель-сент. 29 г.		Апрель-сент. 30 г.		Рост сокращ. в %
	Число случаев	Показат. на 1000 застр.	Число случаев	Показат. на 1000 застр.	
Северная группа копей	452	68,0	922	19,8	176,1
Южная » »	350	103,7	705	158,6	152,9
Усольская конь	33	94,3	95	99,7	105,7
Уралабест	503	35,0	783	43,4	124,0
Надеждинский завод	935	47,8	1469	72,9	152,5
Чусовской завод	445	48,9	566	60,0	122,6
Нытвенский завод	129	56,9	112	56,6	99,4
В И З	633	105,4	627	75,2	71,3
Н. Тагильский завод	303	47,7	338	52,2	109,4
Александровский	111	84,0	188	101,1	120,3
Лысьвенский завод	1926	73,6	1717	53,0	78,8
Курганский ливзавод	16	108,1	24	115,9	107,2
При средней по Уралу	20802	2,0	22994	45,8	88,1

Возрастные показатели указывают, что наиболее ранними возрастными являются от 20 до 29 лет.

Несчастных случаев	до 19 лет	10,1 %
» » » от 20 до 29 »	49,9 %	
» » » 30 » 39 »	18,5 %	
» » » 40 » 49 »	9,0 %	
» » » 50 » 59 »	2,8 %	
» » » 60 и выше	0,3 %	

Из травматических повреждений особенно обращают на себя внимание бытовые травмы, так по некоторым производствам последние к общему числу травм составляют:

Производств Бытовые

По Вязоустовскому механич. заводу	65,7 %	34,3 %
По Е. Исетскому заводу	75,6 %	24,4 %
По Н. Тагильскому металлург. заводу	61 %	39,3 %
Калатиновскому медепл. заводу	38,9 %	61,1 %

Все это говорит за то, что борьба за культурно-бытовые и санитарно-гигиенические мероприятия проводилась весьма слабо.

До сих пор не устранен ряд организационных дефектов в деле лучшего обслуживания застрахованных медпомощью, влияющей также на рост дней нетрудоспособности: отсутствие приемов в не рабочее время, излишняя пересылка больных для консультации на врачебно-контрольную комиссию и т. д.

Систематическое превышение числа дней болезни по Уралу против средней по РСФСР при меньшем числе случаев и большей их продолжительности говорит за то, что медпомощь застрахованным Урала недостаточна как по количеству, так и по качеству и отстает от роста хозяйства Урала.

Сдвиг в этом направлении все же имеется в виде сокращения средней продолжительности случая болезни:

26—27 г.	27—28 г.	28—29 г.	29—30 г. (9 мес.)
11,8	11,1	10,9	10,3

Пункты первой помощи должны своевременно сигнализировать повышение заболеваемости на предприятиях, увязав свою работу самым тесным образом с лечебными, органами труда, ФЗК и хозяйственниками и они должны быть первыми организаторами рабочей общественности в борьбе за социалистическую трудовую дисциплину.

Для своевременного принятия мер против повышенной заболеваемости лечебные учреждения должны периодически информировать кассы, райстрахбюро о числе выданных больничных листов и дней по ним по тем предприятиям, какие обслуживает данное лечебное учреждение.

Руководители лечебных учреждений должны быть всегда в курсе дела о движении заболеваемости и отпусков по временной нетрудоспособности. Каждое лечебное учреждение должно вести точную регистрацию выданных больничных листов, которая могла бы быть использована для целей врачебного контроля.

Органы социального страхования и здравоохранения должны участвовать в работе по выдвижению встречных промфинпланов, учитывая при выполнении их те резервы, которые можно использовать путем сокращения заболеваемости и травматизма.

Итоги 5-го Уральского Областного съезда союза Медсантруд

КУРОЕДОВ А. Д.

5-й Уральский Областной съезд нашего союза проводил свою работу в условиях бурного роста социалистического строительства. За истекшие два года, под руководством Ленинского ЦК, партия добилась громадных успехов в деле социалистического строительства, добилась не только выполнения, но и перевыполнения планов пятилетки по всем основным отраслям народного хозяйства.

Высокие темпы социалистической индустриализации страны и мощный подъем производственной активности рабочего класса и широких трудящихся масс дают возможность выполнить пятилетку не в 5, а в 4 года.

Социалистическое наступление, связанное с выкорчевыванием корней капитализма, неизбежно повлекло за собой обострение классовой борьбы, вызвавшей бешеную ненависть всех сил мирового империализма, социал-фашизма, кулака, нэпмана и предателя, пытающихся помешать строительству социализма в нашей стране.

Мировая буржуазия посредством контр-революционной буржуазной интеллигенции (Рамзин, Кондратьев, Громов и другие) активно организуют контр-революционную вредительскую, злостную работу и нападение на советский союз. Все силы капиталистического мира мобилизованы на организацию клеветнической кампании против Советского союза, экономической блокады и подготовки военной интервенции.

В этих условиях обострения классовой борьбы должны быть мобилизованы все силы рабочего класса и широких трудящихся масс на борьбу за проведение генеральной линии партии, на борьбу с правым оппортунизмом, примиренчеством и право-левацким блоком, пытающимися ревизовать темпы социалистического строительства, ослабить социалистическое наступление и классовую борьбу и пугающимися трудностей социалистического строительства.

В этих случаях борьбы за чистоту генеральной линии партии в профсоюзах, приобретает особо важное значение перестройка союзной работы, на основе поворота лицом к производству, и может быть осуществлена только при условии, если профорганизации будут очищены от всех оппортунистических и примиренческих элементов, тормозящих перестройку союзной работы и активность рабочего класса и трудящихся масс, направленную на боевые темпы социалистического строительства.

5-й Уральский Областной съезд правильно подошел к оценке деятельности старого оппортунистического руководства ЦК, указав в своем постановлении, что прежнее руководство ЦК, возглавляемое Сеньюшкиным, будучи тысячами нитей связано со старым оппортунистическим руководством ВЦСПС, в своей работе показало полную неспособность проводить генеральную линию партии в реконструктивный период. Оно неспособно было возглавить и направить энтузиазм медработников на социалистическое строительство. 5-й Пленум ЦК нашего союза вместо того, чтобы мобилизовать союзные массы на борьбу с правым оппортунизмом в руководстве ЦК, допустил сам грубейшие оппортунистические ошибки, нашедшие свое выражение в одобрении правильности политической линии руководства ЦК и игнорировал сигнализацию представителей отдельных организаций (Москва, Сев. Кавказ, Урал), указывавших на наличие правого оппортунизма в руководстве ЦК. Оставшееся после 5-го Пленума руководство ЦК, возглавляемое Рябовой, Кусковым и др., не встало на путь исправления ошибок, а

продолжало старую оппортунистическую линию, что имело своим результатом ряд прорывов в деле здравоохранения, ослабление руководства ЦК и потерю влияния и авторитета среди широкой массы медработников.

С'езд одобрил решения VI Пленума ЦК МСТ, который правильно по большевистски поступил, отметив в решениях, что «руководство ЦК как до 5-го пленума, так и после него не обеспечивало проведения на деле генеральной линии партии и работу Президиума ЦК признал неудовлетворительной».

С'езд одобрил решения VI Пленума ЦК о выводе из состава президиума ЦК Рябовой, Кускова, Рожкова, Крыловой, Затона и из Пленума ЦК Сениюшкина, Бахмутского, Кускова, Рябовой, Рожкова, Рымшевича и Ярина, как явно правооппортунистических и примиренческих элементов. Уральские медработники в решениях своего с'езда заверяют ЦК, что они помогут осуществлять поставленные задачи перед новым руководством ЦК, в деле решительной перестройки союзной работы, на основе действительного поворота лицом к производству.

5-й Уральский Областной с'езд союза отметил значительный сдвиг в работе союзных организаций, выразившийся в росте политической активности, развертывании социалистического соревнования и ударничества. Вместе с этим он признал, что союзные организации недостаточно мобилизовали массы медработников на решительное изжитие аполитичности и оппортунизма в ряде наших союзных организаций. Вследствие этого перестройка работы союзных организаций в сторону действительного поворота лицом к производству и вовлечения всей массы медработников к действительному участию в борьбе за выполнение промфинплана проходит еще неудовлетворительно. Это состояние, признанное с'ездом, должно явиться для всех союзных организаций сигналом к решительным действиям по перестройке работы. В соответствии с задачами, поставленными перед профсоюзами XVI партс'ездом, союзные организации по боевому должны включиться за действительное осуществление лозунга «лицом к производству». Поэтому работа по дальнейшему укреплению соцсоревнования и ударничества, решительного проведения борьбы за укрепление трудовой дисциплины, борьбы с летунами, дезорганизующими работу медучреждений, развертывания самокритики на производстве, закрепления на производстве до конца пятилетки должна быть в центре внимания союзных организаций. На ряду с этим союзные организации должны поставить себе задачей участие в борьбе за выполнение промфинплана. Целый ряд фактов, однако, подтверждают нам то, что медработники, и в первую очередь врачи, еще очень часто не знают условий производства обслуживаемого ими завода, не бывают в цехах, не изучают травматизма и не ведут борьбы за устранение причин травматизма. В итоге рост прогулов по болезни, а этим самым прямая угроза выполнению промфинплана. С'езд поставил задачей союзных организаций — добиться решительного перелома, обеспечив активное включение медработников в борьбу за выполнение промфинплана. Для этого работа лечучреждений должна быть всецело подчинена обслуживанию производства, где, наряду с изучением специфических условий труда отдельных групп рабочих и устранением причин травматизма, союзными организациями совместно с органами соцстраха должна быть развернута решительная борьба с симуляцией, невнимательностью к выдаче бюллетеней и т. д. Нельзя забывать о том, что каждый лишний день прогула по бюллетеню удар по выполнению промфинплана и задача, поставленная органами соцстраха — снижение заболеваемости на 10 проц. в 31 году может и должна быть, при активном участии в этом медработников, полностью выполнена.

С'езд признал, что и в деле осуществления классовой линии не все обстоят благополучно. Делу осуществления классовой линии в леч.-сан.-организациях не уделяется достаточно серьезного внимания со стороны союзных и хозяйственных организаций. Не мобилизованы и массы медработников на осуществление четкой классовой линии в деле здравоохранения. До сих пор еще не изжиты отдельные настроения, что в деле медпомощи не должно быть классовости, «медицина бесклассова» и т. д. Такого рода настроениям должен быть дан самый решительный отпор; задача, поставленная постановлением ЦК ВКП(б) о медобслуживании рабочих и социалистического сектора сельского хозяйства, должна быть нами выполнена. Эта перестройка работы органов здравоохранения может быть осуществлена лишь при условии участия в этой работе широких масс трудящихся Урала; поэтому развитие всех форм массовой работы среди рабочих, работниц и колхозников по привлечению их к участию в деле здравоохранения, должно стать неотъемлемой частью союзных и хозяйственных организаций. Лучшим ответом любой союзной организации на решения с'езда должно стать действительное осуществление массовости вокруг дела здравоохранения: создание секции здравоохранения, здравячек на предприятиях, КОТИБ'ов, санкомиссий в общежитиях, осуществление санминимума и т. д. Вот что должно внести перелом в работу органов здравоохранения, вот что даст нам возможность заявить о действительном, не на словах, а на деле, выполнении постановления ЦК ВКП(б).

Поэтому с'езд в своих решениях призывает медработников Урала мобилизовать все свое внимание, все свои силы, на развитие, улучшение и реорганизацию дела здравоохранения в соответствии с решениями XVI партс'езда о создании второй в СССР угольно-металлургической базы на Урале, и на основе решений ЦК ВКП(б) о медобслуживании рабочих и крестьян.

На Большом социалистическом Урале должно быть и большое социалистическое здравоохранение. Принятые 5-м Уральским Областным с'ездом Союза решения определяют очередные задачи в работе союзных организаций и органов здравоохранения в реконструктивный период социалистического строительства и эти боевые политические решения должны быть нами проведены в жизнь. Проработка решений с'езда на основе развития критики и самокритики должна пройти, как политическая кампания, как боевой смотр перестройки союзной работы на основе решений XVI партс'езда, под лозунгом мобилизации всех медработников на непримиримую большевистскую борьбу с оппортунизмом и примиренчеством в союзной работе, очищения всех союзных организаций от право-оппортунистических, примиренческих и бюрократических элементов.

Проверка решений с'езда должна еще больше сплотить широкие массы медработников Урала, повысить их политическую и производственную активность, способствовать широкому развитию социалистического соревнования и ударничества в медучреждениях, организации производственного плана и борьбы за укрепление трудовой дисциплины.

Под руководством Коммунистической Партии — в борьбу за пятилетку в 4 года, за перестройку союзной работы, за очищение союзных организаций от оппортунистических и примиренческих элементов.

Вперед, к новым боям и победам на фронте здравоохранения!

Медработа в показательном сельско-хозяйственном районе

Д-р ПЕТРОВА О. П.

Щучанский район бывшего Челябинского округа был объявлен показательным сельскохозяйственным районом.

Район объединяет 52.000 жителей, из которых 60 проц. объединяются в коллективных хозяйствах. Село Щучье—центр района имеет широкие перспективы строительства именуется агро-городом. В районе 2 мельницы, элеватор, машино-тракторная станция. Посевная площадь колхозов составляет 75 проц. посевной площади района.

В соответствии с задачами показательности района развевывалось в нем и дело здравоохранения. Смета по здравоохранению в районе, с переходом его в показательный, возрасла на 300 проц., не считая ассигнований на строительство (120.000 руб. в 29—30 г.) и общественных средств поступающих по линии колхозов, кооперации, РОКК'а и др.

Сеть здравоохраненческих учреждений в районе в 29—30 г. возросла больше чем втрое. Открыты: венерический пункт, консультация для детей и беременных женщин, 3 родильных избы, 10 постоянных ясель, санитарное бюро, пункт ОЗД; вновь организовано 2 врачебных пункта, пункт первой помощи для мельничных рабочих в Каясане, оборудован зубо врачебный кабинет и, наконец, районная амбулатория в с. Щучьем. Кроме того в районе имеется больница на 50 коек с отделениями: инфекционным, терапевтическим и хирургическим и 2 фельдшерских пункта.

Задачи, стоящие перед сельским хозяйством вообще, а тем более задачи показательного сельско-хозяйственного района, требуют не только развевывания сети здравоохранения, но и главным образом перестройки работы имеющейся здравоохраненческой сети в соответствии с хозяйственными, культурными и бытовыми задачами района.

Надо сказать, что с этой основной своей задачей имеющиеся в Щучанском районе учреждения здравоохранения не справились. Производственные планы коллективных хозяйств, формы организации труда в них, борьба с трудовыми потерями, борьба за подготовку трудовой смены, за коллективизацию быта—не имеют нужного отражения в работе учреждений здравоохранения в показательном с-хоз-районе.

Больше того, медсеть не переключилась на специальное обслуживание лечпомощью с. х. социалистического сектора,—четкости классовой линии в отношении колхозников, бедноты и батраков там нет.

Колхозники, батрачество и беднота во всей работе учреждений здравоохранения района оттираются установкой на застрахованных, которых, кстати сказать, в районе всего 1.394 человека. Учет работы лечпрофучреждений поставлен таким образом, что выявить размеры обслуживания колхозников, батраков и бедноты не представляется возможным.

Основными причинами, мешающими переключению медсети на новые показательные рельсы по нашему, является следующее.

Командиры производства—врачи, от которых в первую очередь зависит перестройка работы здравоохранения в соответствии с стоящими перед районом задачами,—они в огромном большинстве случаев являются не организаторами дела здравоохранения, а сухими исполнителями своих «обязанностей», благодаря чему, если не считать бесед и лекций, время от времени где-либо проводимых отдельными врачами, других форм связи с населением органов здравоохранения там нет. Самодеятельность населения, и в первую очередь населения соцсектора, не используется, обществен-

ного мнения вокруг дела здравоохранения не организуется, нет санпрофактива, нет ячеек или уголков здравоохранения в соцсекторах района. Весенняя посевная и уборочная кампании также не внесли каких-либо новых организационных форм в работу, могущих быть фиксированными на будущее время, за исключением расширения сети детских на время этих кампаний.

Второй причиной, мешавшей построить работу по-новому, являлось размежевание лечебной, профилактической и санитарной работы в районе. Каждый из этих видов работы замкнут в своей скорлупе. В результате мы имеем такие факты. — Не смотря на наличие 3-х родильных изб в районе, 5 акушерских пунктов, родовспомогательная помощь в районе стоит на крайне низкой ступени: в отчетах районной амбулатории числится от 2-х до 5-ти родовспоможений в месяц. В то-же время 4 гинекологических койки больницы не редко занимают тяжелыми послеродовыми больными, лежащими там месяцами. Отсутствие увязки в работе лечебников и профилактиков не позволяет дружно взяться за работу и поставить на должную высоту родовспоможение в районе. Или другой факт: молочное питание детей колхозников крайне недостаточное. Отсутствие-же наблюдения за детским питанием в колхозах и отсутствие данных по детской заболеваемости не дает возможности обосновать и поставить на должную высоту борьбу за здоровье подрастающего поколения, за подготовку трудящихся в соцсекторе.

В результате той-же неувязки в работе санитарного бюро и лечучреждений изучения заболеваемости населения и в первую очередь соцсектора не ведется, идеи санитарного минимума не проводятся в жизнь.

Третьим моментом, мешавшим перестройке работы, являлось слабое участие в производственной жизни местных профорганизаций, отсутствие учета реальных результатов соцсоревнования и ударничества и слабая разъяснительная работа создали настроения бегства работников, мотивируемые «плохим снабжением» и причинами личного характера и отодвигающие на задний план интересы производства.

Наконец, не малую роль сыграло отсутствие в течение почти полугода инспектора здравоохранения в районе, благодаря чему ряд лечпрофучреждений оставался неукомплектованным работниками: нет третьего врача в больнице в течение 2-х месяцев, нет зубного врача в райамбулатории, нет раз'ездного инструктора при консультации, объединяющей 15 постоянных ясель и 3 родильных избы, нет акушерки и фельдшера в Пунктском врачебном участке, где роды и приготовление лекарств ведет сам врач и, наконец, не хватает 2-х фельдшеров и акушерки на фельдшерских пунктах. Отсутствием райинспектора можно объяснить и то, что ассигнования на строительство больницы не использованы по назначению.

Характерным в работе лечпрофучреждений района является то, что в связи с получившимися прорывами на фронте хлебозаготовок, записавшими район на черную доску, и в связи с урезкой смет на промежуточный квартал, медработники вместо интенсификации своей работы быстро перестроились на «беспоказательность» района. Стали вербоваться мнения о непущности некоторых лечпрофучреждений (например, венпункта) и еще больше усилилась тяга к бегству из района.

Особо хочется остановиться на работе пункта ОЗД. Это единственная здравоохранительская организация в районе, где имеется нужная установка в работе. Мобилизуется общественное мнение вокруг здоровья школьников, изучается школьная заболеваемость, ведется борьба за санитарный минимум в школе, но из-за недостатка содействия со стороны остальной массы врачей территория работы пункта ОЗД охвачена недостаточно.

Особого внимания заслуживают условия работы райбольницы. Несмотря на удовлетворительный качественный подбор медицинских и хозяйственно-административных работников, не смотря на осуществление принципа единоначалия, в работе больницы имеются большие недочеты, требующие немедленного устранения. В больнице нет прачечной; 7.000 руб. второй стройсезон размываются дождями и ветром. Без того недостаточное количество белья в больнице задерживается в стирке или не простирывается. Не работают ванны, так как нет водопровода, или, вернее, водонапорного бака.

В антисанитарном состоянии находятся выгребные ямы, чистка которых, за отсутствием ассобоза, сказывается на условиях работы больницы. Инфекционный барак к вмещению нескольких инфекций совершенно не приспособлен.

Перечисленные недостатки, не смотря на предстоящее строительство новой больницы, нужно устранить, так-как помещение больницы до постройки новой больницы не один еще стройсезон будет выполнять задачи райбольницы показательного с.-х. района.

Перед работниками здравоохранения показательного района стоят следующие задачи, не терпящие отлагательства.

Ввести четкую классовую линию в работе лечпрофучреждений в отношении бедноты, батраков и колхозников, соответствующим образом поставив учет своей работы.

Обеспечить плановость обслуживания квалифицированной медпомощью соцсектора района, особо обратив внимание на отдаленные колхозы. Избрать внутри соцсектора объекты для изучения заболеваемости в районе и повести с заболеваемостью должную борьбу.

Не допускать в дальнейшем размежевания лечебно-профилактической и санитарной работы и объявить борьбу за проведение в жизнь санитарного минимума, разработанного 1-й областной конференцией врачей колхозов.

Создать уголки или избы санитарного просвещения при колхозах, сделав их центром вербовки сан-проф-актива и создания общественного мнения вокруг дела здравоохранения.

Подготовить более квалифицированных работников для летней ясельной сети из актива колхозниц и максимально расширить эту сеть в предстоящую посевную кампанию.

Создать общественное мнение и усилить его контроль над строительством здравоохранения в предстоящем стройсезоне.

Местным профорганизациям на деле повернуться лицом к производству и руководить перестройкой работы членов союза в соответствии с хозяйственными, культурными и бытовыми задачами показательного сельскохозяйственного района.

Срочно укрепить руководство Щучанского Райздрава.

Ближайшие перспективы Тагила и дело здравоохранения

ГОЛЬШТЕЙН Я. И.

Г. Тагил, бывшая крепостная вотчина Демидова, в весьма краткий срок должна превратиться в одно из основных звеньев новой Урало-Кузбасской угольно-металлургической базы на востоке нашего Союза.

В непосредственной близости к Тагилу воздвигаются два крупных гиганта—новый металлургический и коксо-химический комбинаты. В пер-

спективе за этими гигантами должна последовать постройка мощного вагоностроительного завода.

Для удовлетворения потребностей гигантов расширяется сырьевая база—рудники с механизацией их и постройкой обогатительных и агломерационных фабрик. Все это промышленное строительство вместе с развитием транспорта и целого ряда вспомогательных предприятий уже в конце 1933 года вызовет увеличение населения по крайней мере вдвое. Из небытия, из захолустного заводского поселка без каких бы то ни было элементов благоустройства Тагил должен превратиться в крупный индустриальный центр, в технический город, огражденный от всех вредных влияний современными достижениями техники.

Одновременно с проектированием промышленного строительства сама жизнь выдвигает настоятельную необходимость перепланировки и перестройки города, в зависимости от бурно-развивающейся промышленности. Интересы города и промышленности настолько тесно переплетаются, что создается сплошной узел многих вопросов и при разрешении их неизбежны трудные, а порой и болезненные моменты.

Если даже оставить в стороне всю техническую сторону дела, разрешение одних медицинских вопросов представит ряд сложных проблем. Рельеф города и его ближайших окрестностей весьма изрезан, не спокоен, а отсюда возможность расширения города весьма ограничена, условия планировки нелегки.

Так как выбор площадок для заводов обусловлен техническими и технологическими вопросами и не может, вследствие этого, подвергаться существенным изменениям, то встает задача о пространственных взаимоотношениях между городом и заводами, о защите города от возможных вредностей, связанных с рядом производственных процессов.

Изрезанность рельефа чрезвычайно осложняет дело с канализацией, и в ближайшее же время предстоит разрешение вопроса о возможности устройства полей орошения или ассенизации в условиях нашего климата, или же придется прибегнуть к дорогостоящей перекачке на специальных станциях. Хотя вопрос о водопроводе легче разрешается, но для ряда участков это связано с немалыми трудностями. Жилищное строительство как временное во время строительных работ, так и капитальное, культурно-социальные учреждения потребуют от санитарной организации затраты больших сил при выборе самих участков, определении типа зданий и во время самих работ.

Наконец, следуют вопросы медицинского обслуживания. Один металлургический завод к концу 1931 г. должен иметь от 8 до 10 тысяч одних рабочих. Так как рабочая сила будет ввозная, то одна санобработка таких больших групп при отсутствии в настоящее время соответствующих установок, особенно в первое время, пока строительство не развернет своей работы, представит весьма сложную задачу.

Оказание коечной и внебольничной помощи, обслуживание яслями, саннадзор за жилищами и питанием—все это вопросы кардинальной важности и связаны с немалыми трудностями. Потребуется расширение всей существующей сети, создание новых пунктов первой помощи, амбулаторий, потребуется значительное увеличение медперсонала всех категорий, в особенности врачей, а, главное, потребуется громадное напряжение воли и бурная работа для преодоления всех трудностей.

Согласно приказа ВСНХ СССР № 37 с-г., Тагилстрой причислен к разряду ударных строек. Такими же ударными должны стать все вопросы медицинского характера перед органами Наркомздрава как на месте, так и в области и центре.

Как будущий индивидуум для максимального развития своих интеллектуальных и физических сил нуждается во внимании с момента зачатия и правильном уходе в первых стадиях своего развития, так же развертывающееся строительство Тагила нуждается в особом внимании органов здравоохранения с первых же моментов своей деятельности. Только таким путем могут быть избегнуты крайне тягостные ошибки и прорывы в деле здравоохранения, имевшие место на других стройках.

Нам бы казалось целесообразным в конце марта или в начале апреля, когда окончательно выяснится целый ряд отдельных моментов, созвать при Облздраве специальное совещание компетентных и заинтересованных лиц для разрешения всего комплекса вопросов, намеченных в нашей схеме, с последующей их детализацией.

На борьбу с нарушителями трудовой дисциплины

Г. ПОЙРОВ (Свердловск)

Развертывание социалистической индустрии, а наряду с этим и развертывание здравоохранения сопровождается огромным трудовым подъемом рабочего класса, в том числе и медработников. Преодоление трудностей осуществления плана великих работ было бы немыслимо без охватившего рабочие массы производственного энтузиазма, получившего яркое выражение в развернутом социалистическом соревновании и ударничестве в лечебно-санитарных учреждениях.

При проведении этих новых явлений в производственной жизни лечучреждений темным пятном выступают все еще продолжающиеся отдельные случаи нарушения трудовой дисциплины, расхлябанности, лодырничества, прогулы, опоздания на работу в ряде лечучреждений. Выговоры до сих пор единственная форма борьбы с прогулами в лечучреждениях, но они уже, повидимому, потеряли силу. Некоторые администраторы говорят: «если придерживаться правил внутреннего распорядка, то нужно уволить половину штата в лечучреждении, в особенности технического персонала». Но эти нарушения трудовой дисциплины в основном падают на вновь принятые в лечучреждения кадры техперсонала; имеющиеся случаи нарушения трудовой дисциплины старых кадров как высшего, так и технического персонала, очень редки.

Для устранения этих явлений, которые дезорганизуют дело здравоохранения, нужна большая и упорная работа над новыми кадрами, выковывание нового отношения к трудовой дисциплине: выговоры администрации в этом помощь окажут незначительную. «Чтобы победить, чтобы создать и упрочить социализм», писал Ленин, «пролетариат должен решить двоякую или двудединую задачу: во-первых, увеличить своим беззаветным героизмом революционной борьбы всю массу трудящихся и эксплуатируемых, увлечь ее, организовать ее; во-вторых, повести за собой всю массу трудящихся, а также все мелко-буржуазные слои на путь нового хозяйственного строительства, на путь создания новой трудовой дисциплины, новой организации труда, соединяющей последнее слово науки и капиталистической техники с массовым объединением сознательных работников, творящих крупное социалистическое производство. Эта вторая задача труднее первой, ибо она требует самого упорного, самого трудного героизма массовой «будничной работы».

Текучесть рабочей силы в лечебно-санитарных учреждениях за последнее время принимает широкие размеры. Имеются такие учреждения на Урале, где за 4—5 месяцев штат сменяется от 40 до 75 проц. технического персонала. Это все влияет на трудовую дисциплину, дезорганизует работу лечебно-санитарных учреждений. Летуны часто прогуливают для того, чтобы их уволили, чтобы уехать и изменить климат и поинтересоваться «постановкой работы» в другой области, районе или лечучреждении.

Обращение ЦК ВКП(б) от 3-IX—30 года требует «немедленно провести мероприятия, обеспечивающие решительное укрепление трудовой дисциплины и действительную борьбу с расхлябанностью и прогулами». В условиях нарастающей волны социалистического соревнования и ударничества в лечучреждениях, выковыывающие новые передовые формы социалистической организации труда (ударные бригады, ударные коллективы, организация встречного промфинплана и др.), борьба за трудовую дисциплину принимает иные формы, чем в прежние годы.

В творческой активности передовых работников лечебно-санитарного дела, направленной на выполнение плановых заданий по здравоохранению на основе решения ЦК ВКП(б) о медобслуживании рабочих и крестьян, на выполнение обращения ЦК ВКП(б), мы имели огромные неисчерпаемые резервы для реальной борьбы за высокую трудовую дисциплину. В ряде лечучреждений организованы черные и красные доски, организованы товарищеские суды, вывешиваются плакаты прогульщиков, вручаются позорные «рогожные» знамена. Всюду передовые работники лечебно-санитарных учреждений требуют принятия решительных мер к прогульщикам, летунам и другим нарушителям трудовой дисциплины.

При проработке обращения ЦК ВКП(б) и ВЦСПС явилось также массовое самозакрепление в лечучреждениях до конца пятилетки; союзные организации Медсантруд должны использовать нарастающий в массах медработников трудовой подъем и возглавить трудовой поход против разгильдяев, трудовой расхлябанности, ударить по дезорганизаторам лечебно-санитарного дела.

К проверенным и дающим прекрасные результаты формам общественного воздействия относятся производственные товарищеские суды, которых, к сожалению, еще очень мало организовано в лечучреждениях. На основе недавно изданного положения об этих судах, их основная задача борьба с дезорганизаторами нашего социалистического здравоохранения, со всеми теми, кто срывает социалистическое соревнование и ударничество и тормозит выполнение решений ЦК ВКП(б) о медобслуживании рабочих и крестьян. Прежнее профсоюзное оппортунистическое руководство выступало против производственных судов. Оппортунисты считали, что поддерживать дисциплину на производстве дело хозорганов, а профсоюзы должны заниматься только защитной работой. Эти взгляды мы имеем еще в некоторых союзных организациях и в настоящее время, в особенности в низовых союзных организациях.

В настоящее время одной из форм поворота лицом к производству профсоюзов является и должно являться—решительный курс на беспощадную борьбу с нарушителями трудовой дисциплины в лечучреждениях и товарищеские суды призваны перевоспитать отсталые массы медработников силами самих же работников лечебно-санитарного дела—ударников. Союзные организации Медсантруд должны руководить товарищескими судами, как и движением соцсоревнования и самозакрепления в лечучреждениях, развертывая самозакрепление в лечебных учреждениях. Им необходимо добиться охвата этим движением большинства медработников, в особенности на селе и в промышленных центрах, строго соблюдая при этом прин-

ции индивидуального самозакрепления. Борьба за здоровую трудовую дисциплину должна стать в центре внимания всех союзных организаций Медсантруд. Это одно из важнейших условий выполнения решения ЦК ВКП(б) о медобслуживании рабочих и крестьян и улучшения работы лечежных учреждений.

Два случая неоказания медпомощи

Д-р ШЕВАЛЕЕВСКИЙ

1. Гр. С. 35 лет поступила в Н-скую районную больницу 4-XI—29 г. с диагнозом роды и была принята акушеркой. До 6 час. вечера у гр. С. были схватки, и в 6 час. отошли воды. Так как роды не наступали, положение плода акушерка не могла определить ни до отхода вод, ни после их отхода, то около 11—12 час. вечера ею был вызван врач, который, придя и осмотрев роженицу, однако, также не смог определить положение плода. Посоветовав акушерке ждать, врач ушел. Вернувшись часа через 2, он нашел у роженицы выпадение ручки плода. Осмотрев роженицу, он установил, что у нее запущенное поперечное положение и сделал распоряжение о приготовлении к операции и о вызове второго врача с тем, чтобы под наркозом сделать поворот на ножку и, если не удастся, то эмбриотомии. Поворота на ножку врач сделать, однако, не смог и приступил к операции эмбриотомии, при чем вначале сделал надрез ручки в локтевом суставе и отнял ее. По заявлению второго врача С., дававшего наркоз, операция эмбриотомии продолжалась 45 минут, при чем за это время операция дальше введения зеркала во влагалище не пошла. Поэтому врач С. предложил своему товарищу К. давать наркоз, а сам приступил к операции. Известно точно, что делал врач С., когда он приступил к эмбриотомии. Из показаний его только видно, что он сделать, как и врач К., ничего не мог и лишь установил положение плода. Когда выяснилось, что ни тот, ни другой из них ничего не могли сделать, они по взаимному соглашению решили направить роженицу в соседнюю районную больницу, отстоящую от их больницы километров за 20. Больная туда была направлена спустя 8—10 часов после предпринятой операции, при чем повез роженицу только один ее муж. На полдороге между двумя больницами роженица умерла вследствие разрыва матки и обильного внутреннего кровоизлияния.

2. Гр. С. поступила в Н-скую районную больницу 14 сентября 1930 г. в 8 час. утра в тяжелом состоянии с начавшимися припадками дородовой эклампсии. Припадки эти начались у нее еще дома, ночью. В больнице гр. С. была оказана необходимая помощь по методу Строгонова. Однако, в виду того, что эклампсические припадки у нее не прекращались, и ей требовалось произвести операцию чревосечения (Кесарево сечение) гр. С. была направлена в город в роддом (расстояние от районной больницы 94 км.). По объяснению врача Г. в больнице был ремонт, и производить операцию в таких условиях он не мог. Направляя гр. С. в роддом, врач Г. дал ей в провожатые акушерку и сиделку, снабдив последних необходимыми лекарствами. Дорогой с гр. С. были многочисленные эклампсические припадки. Не доезжая до города, гр. С. родила мертвую девочку. По поступлении в роддом у гр. С. был эклампсический припадок, и, не приходя в сознание, через 5 час. она умерла.

С тем же врачом Г. был и второй случай. Он был вызван на роды в соседнее село к гр. П. Приехав и установив у нее поперечное положение плода, он направил ее на ближайший фельдшерский пункт (пять км.), где и сделал попытку поворота на ножку, но неудачно. С фельдшерского медпункта он гр. П. направил не к себе в больницу, где имеется родильное отделение на 5 кроватей, а в город за 60 км., где гр. П. и погибла (при каких обстоятельствах, — точно неизвестно).

Что мы имеем в приведенных здесь делах? Врачи не оказали помощи, той помощи, которую они сами считали нужным оказать. В одном случае 2 врача не смогли сделать эмбриотомии; в другом случае врач не смог сделать Кесарева сечения. И, наконец, ни тот, ни другой врач не смогли сделать поворота на ножку. Нужно здесь отметить, что это неоказание помощи, точнее — неумение ее оказать, идет исключительно по линии акушерской. Районные врачи, врачи больничные оказались беспомощными именно в той отрасли медицины, знание которой в районе для врача играет наибольшую роль, можно сказать главную.

Эти факты указывают на большой и очень серьезный пробел в акушерских знаниях врачей, едущих работать в район. Отсюда надо сделать вывод о том, что врачей, едущих в районы на самостоятельную работу, надо предварительно посылать по крайней мере на полгода в окружные лечебные учреждения для приобретения практических навыков и в первую очередь по линии акушерской помощи.

VIII Уральский Областной С'езд Советов РКК и КД по докладу Областного Исполнитель- ного комитета

постановил:

В области культурного строительства.

25. С'езд предлагает Облисполкому улучшить медико-санитарное обслуживание трудящихся, в первую очередь на важнейших участках социалистического строительства (новостройки, промышленные районы, совхозы и колхозы), принять решительные меры по энергичному развертыванию нового больничного строительства, обеспечив окончание в 1931 году всего больничного строительства начатого в предыдущие годы и добиться улучшения материального положения медперсонала.

**Каждый работник здравоохранения должен быть
подписчиком и читателем**

„Уральского Медицинского Журнала“

Подписка на 1931 год продолжается

Врачи медпунктов и фронт борьбы с травматизмом

Д-р В. А. ЛЯПУСТИН

Вопросы трудового травматизма сейчас во всем Союзе, как и у нас на Урале, стоят особенно остро и злободневно. Наше время великих строительных работ новых заводов-гигантов, реконструкции старых, огромные темпы индустриализации всего народного хозяйства и новых методов рационализации труда—изменяют не только привычные, старые условия трудовой жизни населения, но требуют и нового перераспределения населения по отраслям труда. Индустрия, особенно тяжелая, с каждым годом увеличивает свои требования на новые кадры рабочих, создается тяга людей из деревни в завод и город. На промышленный труд становятся люди, взятые от сельско-хозяйственных работ, большей частью без всякого опыта и навыка к заводским новым условиям жизни и труда. Все эти факторы крупнейшего значения чрезвычайно неблагоприятно отражаются на травматизме, этой застарелой болезни промышленности. Органы здравоохранения, учитывая и предвидя настоящую ситуацию, последние годы развертывают самую широкую и решительную борьбу с этим злом, учреждая на всех фабриках и заводах медпункты.

Врачи медпунктов призваны открыть и возглавить фронт этой борьбы, поэтому они должны знать не только общий генезис травматизма, но, самое главное, причины несчастных случаев у себя на заводе, фабрике, шахте и пр. Цель настоящего очерка ответить на важный вопрос, как лучше и скорее всего найти причины местного травматизма.

Закономерность трудового травматизма, если исключить случаи бытовые и стихийные от землетрясения, наводнения, обвалов, взрывов и проч. установлена сейчас достаточно прочно в зависимости от многих факторов психо-физического состояния работника и производственной среды. Глубокий анализ, как это можно видеть из обширной литературы, привел к расчленению генезиса на множество специфических факторов, знание которых достаточно полно освещает происхождение этого старого социального зла. Врачам медпунктов нет надобности, да и не рационально на своем ограниченном материале повторять и подтверждать эти уже установленные факты. Врачам медпунктов, открывая фронт борьбы, предстоит другая задача,—суметь использовать имеющиеся знания общего генезиса в целях практической конкретной борьбы с повышенными показателями на данном предприятии. Ясно, что требуется полное знание своего местного травматизма, требуется быстро ориентироваться в причинах, чтобы ударить по ним. Спрашивается, какой метод изучения местного травматизма лучше применить? Посмотрим прежде что может дать в этом отношении существующая сейчас методика и насколько она может быть полезна в данном случае.

Прежде всего нам думается, что ходячее сейчас название «промышленный травматизм» нужно признать неудовлетворительным, поскольку

оно обозначает только отличие промышленного травматизма от бытового и сельскохозяйственного и ничего не говорит о самом важном, т. е. генезисе его. В то же время эта неудовлетворительная установка целиком отражается на существующей методике. Так, скала частоты травматизма сейчас составляется по видам промышленности. Например, на Урале в 1928—29 году на 100 полных рабочих было травматических случаев с временной утратой трудоспособности:

в каменноугольной промышленности	29,3
в деревообрабатывающей	26,7
в металлообрабатывающей	23,7
в машиностроительной	23,3
в рудной	18,8
в строительной	17,2
в кожевенной	18,6
в бумажной	13,2
в маслوبيдной	8,7
в текстильной	6,0
в графической	2,0

Что может дать подобная сводка врачу, начинающему борьбу с травматизмом у себя на заводе? Немного. Она указывает только, где предпочтительнее, и в первую очередь нужно организовать борьбу, если открыть ее повсюду не представляется возможным. Затем, она указывает врачу медпункта какое место в скале занимает тот завод, фабрика или шахта, где он работает. Не больше может дать разработка более углубленная по цехам и отделениям завода. Например, на 100 полных рабочих наблюдается:

в мартене/ всего случаев травматизма 39,0 дн. нетрудосп.	514,5
в суточном-прокатном цехе « 38,0 « «	
в листо-прокатном. 34,0 « «	365,8

Не много больше могут дать и остальные сводки по возрасту, стажу и причинам.

Непригодность этих и подобных разработок для целей конкретной борьбы с травматизмом зависит от другой особой целеустановки этой методики. Метод учета на виды промышленности при измерителе 100 полных, списочных и застрахованных рабочих был разработан и принят наукой для определения закономерности травматизма и главным образом от факторов производственной среды. Зависимость приходилось обосновывать на огромном материале, считаясь с теорией «больших чисел» и измеритель 100 или 1.000 рабочих, как 100 случаев, здесь оказался удобным и правильным. В целях же конкретной борьбы недостаточно знать, где травматизм чаще встречается и какие законы управляют этим социальным явлением, а требуется знать, с кем, т. е. с какими рабочими и почему чаще бывают несчастные случаи на данном заводе, а не вообще. Отсюда ясно, что нужно взять другую методику, где производящие факторы были бы представлены полнее и яснее, равно как и носители травматизма были бы выявлены конкретнее, чем 100 рабочих. Мы находим, что методикой, удовлетворяющей этим требованиям, является разработка стат-материалов медпункта по производственно-детальным профессиям при измерителе времени работы (часы).

Если почему-либо сделать сводку на часы работы нельзя, то даже абсолютные цифры профессиональных травм покажут нужную скалу динамики. Поэтому более целесообразно трудовой травматизм называть «профессиональным». В этом же убеждает нас то обстоятельство, что признаки, определяющие профессию, совпадают с основными причинами травма-

тизма. Профессии отличаются друг от друга главным образом двумя признаками: 1) характером рабочих движений и 2) специфичностью производственной среды и продукции. Все многообразие причин, производящих травматизм, как раз состоит из факторов именно этого рода. Поэтому, если акцент разработки поставить на производственную детальную профессию, то будут яснее представлены причины как зависящие от производственной среды, так и от рабочих движений.

Производственная среда содержит в себе массу самых разнообразных факторов: метеорологические факторы, освещенность, механические двигатели и механизмы, пути, транспорт, содержание полов, рабочих площадок, лестниц, загруженность, теснота цехов и дворов, свойства и качества орудий производства, состояние и пригодность спецодежды и т. п. Все они чаще являются моментами обостряющими действие других коренных причин травматизма. Так, плохое освещение, загроможденность и теснота рабочих помещений, неудовлетворительное состояние лестниц, полов, площадок, путей, транспорта увеличивают возможность получения травмы при утомлении работника. В общем все производственного характера причины дают не более 25 проц. всего травматизма.

Рабочие движения значительно чаще являются причинами травматических повреждений, они дают более 60 проц. всего травматизма, и это понятно. Например, работник, работая ножом, причиняет себе рану пальцев рук: спрашивается, по какой причине? Конечно, не от того, что у него нож в руке, и не потому, что его профессия кожевник, и не потому, что освещение цеха было неудовлетворительно, и не по причине технических недостатков орудия производства, а потому, что он сделал ошибочное нецелесообразное движение рукой, и нож попал не на кожу, как следовало, а на его пальцы. Все-же остальные моменты среды следует рассматривать, как факторы, способствующие ошибкам движения. Профессии мы отличаем прежде всего по характеру рабочих движений, которые так-же разнообразны, как многочисленные производственные профессии. Землекоп, шахтер, каменщик, печник, слесарь, токарь, сапожник, вальцовщик и т. п., каждый из них на своей профессиональной работе двигает руками, ногами и туловищем, и каждый из них двигает по особому, отличному от других. Но все это огромное разнообразие рабочих движений в конечном итоге для сравнения можно определять в единицах объема, мощности и темпа труда— это с одной стороны, а с другой количеством мышц, участвующих в движении и удельным весом в нем мышц крупных, средних и мелких. Сложное устройство человеческого мотора, еще более сложное управление и, наконец, необыкновенное регулирование его работы и заряжения дают много моментов для возможных ошибок координации движений, что, в свою очередь может и нередко служит причиной несчастного случая. Большинство ошибок координации происходит вследствие утомления рабочего. Рабочий мотор человека, уставая, дает сбой и перебой, но ошибки бывают также по причине непригодности и непригодности мотора рабочего к данной работе. Наука пока не располагает скалой утомления, но не может быть сомнений в том, что объем, мощность, темп труда, количество, особенно крупных мышц, участвующих в рабочем движении, влияют на динамику утомления. Непригодность и непригодность данного человеческого мотора к выполнению требуемой работы происходит от того, что или данный мотор по своей мощности, или вследствие порока или порчи, совершенно не в состоянии исполнить работу, или-же рабочие движения данного труда требуют привычного рефлекса мышц, которого работник не имеет. Привычный же рефлекс достигается систематическим упражнением, и чем сложнее рабочее движение, чем численно больше работает мышц, чем длиннее

и сложнее дуга рефлекса, тем больше времени требуется для выработки привычной, твердой, четкой координации движения, а пока этого нет, возможны ошибки и травмы.

Таким образом, чтобы сделать фронт борьбы ясным, конкретным и успешным, нужно стат-материал медпункта разработать по особому методу, где участком изучения является производственная детальная профессия, а единицей измерения часы работы. По этому методу нами разработаны (см. книгу «Труд и здоровье рабочих прокатных цехов») материалы по травматизму рабочих В.-Исетского завода за 1927 и 1928 годы.

Чтобы убедиться, насколько сводки травматизма, сделанные по этому методу, предпочтительнее в целях борьбы с этим злом, возьмем для примера одну из наших сводок профессионального травматизма в цехе кровельного железа. Здесь по частоте и видам травмы имеем по профессиям следующую динамику при среднем коэффициенте 18,3—3,20:

Профессии	Всего травм	В том числе с времен. утр. не- трудосп.	Частые виды травм		
			Раны	Ушибы	Ожоги
Укупорщик обрезч.	50,43	4,96	24,8	2,48	1,66
Работники печей	23,34	3,74	9,82	1,16	6,46
Застановщики	22,33	4,61	9,65	1,29	9,65
Катали (мастера)	18,44	3,16	5,67	0,86	8,65
Резчики	17,38	3,51	8,93	0,27	6,05
Сортировщики	17,38	4,13	8,12	0,20	—
Болванщики	12,97	4,90	3,96	1,16	5,16
Травильщики	11,90	0,50	7,93	1,50	0,5
Шуровщики печей	12,40	1,18	4,49	6,71	4,96
Сдатчики	9,92	1,44	—	—	—
Винтовщики	3,46	0,58	1,73	0,80	0,58

Врач медпункта, имея в руках подобную сводку травматизма своего завода, может легко сделать свой фронт борьбы конкретным и определенным. На ней можно видеть, на какие профессии нужно прежде всего заострить внимание и по каким видам повреждений они чаще всего травмируются. Здесь мы имеем не теоретически суммарное число 100 рабочих, или 100 застрахованных, а перед нами конкретные профессии и виды повреждений, с которыми нужно бороться. Врач медпункта, пользуясь знаниями общего генезиса травматизма, без затруднения найдет действительные причины наблюдающихся в его заводе случаев. Данная сводка при знании производственной среды и рабочих движений значительно облегчает эту задачу. Конечно, могут встретиться затруднения и неясность причины; в этих случаях нужно чаще врачу заниматься изучением труда рабочих и обращаться к ним по всем затронутым вопросам. Наш опыт показал, что опытные рабочие могут дать полезные в этом отношении советы и объяснения,

Таким образом эта методика значительно облегчает врачу решение вопроса, с кем, т. е. с какими профессиональными в цехе рабочими нужно работать, чтобы понизить травматизм, а также в какой степени и в чем виновата среда производства и участие движения рабочего в повышении показателя его. Раз причины найдены, строго конкретизированы, остается только ударить по ним, изменить их в благоприятную сторону и успех не заставит себя ждать.

Возьмем пример застановщика и на анализе его травматизма покажем, как можно бороться и уменьшать его травматизм. Застановщик оказывается по нашей сводке профессий наименее травмируемым, если принять во внимание его показатель временной нетрудоспособности от травм; спрашивается, — почему, где искать причину этого — в условиях-ли производственной среды, или в рабочих движениях. Рабочие движения застановщика; однородны и почти тождественны с таковыми катала и болванщики; разница только в том, что застановщики работают с задней стороны стана, а последние с передней. Время работы, объем, мощность и темп скольконибудь заметной разницы не представляют. Стаж, т. е. опытность, или четкость координации движений, как правило, у застановщиков слабее, чем у болванщиков и каталей. Но самое существенное трудовое отличие профессии застановщика от однородных катала и болванщика заключается в том, что застановщик времени отдыха имеет меньше, чем каталь и болванщик, так как последние, окончив прокат 10 сутунок или 10 листов, полностью отдыхают, а застановщик идет еще на раздирку слипшихся листов и болванок, т. е. меньше отдыхает и больше, стало-быть, утомляется. Ясно, что в целях борьбы с его травматизмом нужно этот груз, отягчающий и без того нелегкий труд застановщика, с него снять, передав выполнение его другому рабочему, менее его утомляющемуся на цеховой работе. Производственная среда в нашем заводе тоже оказалась менее благоприятной к застановщику. Из сводок видно, что по видам повреждений ожоги бывают с застановщиками чаще, чем со всеми другими рабочими как стана, так и печи, и происходит это от того, что ожоги причиняются не только раскаленным металлом, который они катают, но также кипящим смазочным маслом валов, в нашем заводе гудроном (продукт нефти), который по движению валов летит в сторону застановщика. Дело ясное, нужно по полю полета брызг масла поставить защитные щитки и травматизм застановщика будет меньше. Нельзя также пройти мимо важного факта, что опытность или четкость координации движений у застановщика слабее, чем у его партнеров. Поэтому нужно допускать к работе в этой профессии после достаточного обучения и получения привычки к этого рода сложным комбинированным движениям; тем более это нужно, что застановщик, по условиям техники производства, обязан держать темп движений наравне с более опытными рабочими, какими являются каталь и болванщик. Примерно таким путем врачу придется анализировать каждую профессию, отличающуюся повышенным травматизмом, определять его причины и находить меры снижения.

Заключая настоящий очерк можно сказать, что врачу медпункта, чтобы организовать успешную борьбу с повышенным травматизмом, требуется прежде всего три необходимые условия:

1. Статистический материал своего медпункта по травматизму следует изучать по методу учета на производственную, вернее, цеховую профессию, и, если возможно, на время (часы) работы, что сделает фронт борьбы ясным и конкретным.

2. Хорошо знать производственную среду, в которой работают рабочие на местном заводе или фабрике, чтобы было возможно и легко находить факторы этого рода, влияющие на частоту травматизма.

3. Изучить характер рабочих движений профессиональных рабочих, дабы из всей суммы признаков, определяющих трудовое движение, уметь найти те недостатки рационализации или нормирования труда, которые являются непосредственными причинами утомления и ошибок человеческого мотора на работе, сопровождающихся травматическими повреждениями.

Здесь нет надобности еще раз повторять, что успешная борьба с травматизмом может быть осуществлена только при условии, если к этому трудному делу будет привлечена рабочая масса, и девиз советского здравоохранения «здоровье трудящихся есть дело самих трудящихся» поставлен на нашем знамени твердо и навсегда.

К характеристике заболеваемости венболезнями в быв. Саранульском окр. Уралобласти

Врач Г. И. КОСМОДАМИАНСКИЙ.

Со времени открытия вендиспансера в г. Сарануле 20-II—1927 г. было положено начало организации правильного учета заболеваемости венболезней в округе. Настоящая работа составлена на основании разработки личных карточек венбольных, впервые обратившихся в вендиспансер в период с 20-II—27 г. по 1-I—1930 года.

Из общего количества первичных больных 18.912 чел. венерических было 3.110 (16,3 проц.), из них большинство сифилитиков 1.608 (51,7 проц), гонорроиков 1.433 (46 проц) и с мягким шанкром 69 (2,3 проц.).

Пол.—Из всего числа венбольных большинство мужчин 1836 (60 проц.), женщин 1138 (36 проц.) и детей до 12 лет 136 (4 проц.). Среди мужчин больных гонорреей 1082. (59 проц.), больных сифилисом 639 (38 проц.). Среди женщин больных сифилисом 798 проц. (701 проц.), в два с половиной раза больше числа больных гонорреей 326 (28,1 проц.). Малый процент обращений женщин с гонорреей объясняется тем обстоятельством, что раньше, до открытия вендиспансера в г. Сарануле не производилось специальное лечение женской гонорреи. В первый год работы вендиспансера обратилось женщин, больных гонорреей, всего только 61 чел., но затем в следующем 1928 году обращаемость увеличилась в 2¼ раза—152 чел.

По местожительству венбольные распределялись так: из г. Саранула 1400 (45 проц.), Саранульского района 744 (24 проц.), из остальных 14 районов Саранульского округа 785 (25 проц.) и других местностей 181 (6 проц.). Больных сифилисом из г. Саранула 547 (34 проц.), Саранульского района 455 (28 проц.), Саранульского округа 517 (32 проц.), и других местностей 89 (6 проц.). Больных гонорреей из г. Саранула 797 (56,4 проц.), Саранульского района 276 (19,1 проц.), из остальных 14 районов Саранульского округа 268 (18,5 проц.) и других местностей 92 (6 проц.).

Среди взрослых венбольных большинство заболевает семейных (женат., замужем) 1723 (58,3 проц.), в добрачном периоде (холост., девиц) 1047 (35,4 проц.) и вдовых 204 (6,3 проц.). Количество женатых мужчин 968 (53 проц.), холостых 820 (44,3 проц.), вдовых 48 (2,7 проц.); женщин замужних 755 (66,4 проц.), девиц 227 (20 проц.), вдовых 156 (13,6 проц.). Число замужних женщин превышает число девиц более чем в три раза. Число же женатых мужчин не так резко превышает число холостых. Число вдовых женщин в пять раз больше числа вдовых мужчин.

По национальности наши венбольные разделяются: русских 2985 (96 проц.), татар 100 (3 проц.), евреев 9 (0,4 проц.) и других народностей 16 (0,6 проц.).

Большинство венбольных заболевает в самом цветущем возрасте. Самый большой процент приходится на возраст с 21 до 25 лет — 28 проц., на втором месте стоит возраст с 26 до 30 лет — 22 проц., затем идет возраст с 16 до 20 лет и с 31 до 35 лет, дающие одинаковый процент, — 12,4 проц. Дальше мы видим, что по мере увеличения возраста равномерно уменьшается заболеваемость. Детский возраст до 5 лет дает 2,5 проц., возраст с 6 до 12 лет дает 1,7 проц. Это отношение объясняется тем обстоятельством, что большинство родителей, болевших ранее сифилисом, приносят в вендиспансер своих детей для проверки их здоровья чаще всего в возрасте до 5 лет, почему этот возраст у нас чаще регистрируется.

По социальному положению около трети всего числа венбольных приходится на крестьян — 1019 чел. (32,3 проц.). Большинство крестьян больны сифилисом 716 (70,2 проц.), гонорреей 290 (28,5 проц.), мягким шанкром 13 (1,3 проц.). Мы видим, что

число крестьян больных гонорреями в $2\frac{1}{2}$ раза меньше числа больных сифилисом.

Такое малое число крестьян, обратившихся по поводу гонорреи, объясняется низкой санитарной грамотностью и культурностью сельского населения, в особенности женщин. Одни из них при наличии у них гонорреи просматривают эту болезнь, другие же смотрят на гоноррею (резачку), как на легкое заболевание, подобное насморку, почему и не считают нужным обращаться в медучреждения для лечения этого заболевания. Обследование льняного завода Фокинского района в 1930 г. показало, что из осмотренных 90 работниц у 21 была обнаружена гоноррея, причем до момента осмотра ни одна из них совершенно не лечилась. Четверть всего количества венболевных составляют служащие 788 (25,2 проц.), из них больных сифилисом 430 (54,6 проц.), гонорреей 328 (41,6) и мягким шанкром 30 (3,8 проц.). Из всего числа венболевных рабочих 660 (22 проц.), большинство обратилось с гонорреей 424 (65,7 проц.); в два раза меньше зарегистрирована заболеваемость сифилисом 210 (31,8 проц.), мягким шанкром 26 (2,5 проц.).

Скрытые формы вторичного и третичного сифилиса превышают все остальные формы, составляя 62,1 проц. всего количества больных сифилисом. Со вторичной скрытой формой сифилиса обратилось 540 (33,3 проц.), с третичной скрытой 452 (28,8 проц.). При этом мы видим понижение числа обращений с каждым годом со свежими формами сифилиса.

В 1927 г. было зарегистрировано с сифилисом 1 — 35 (5,1 проц.), в 1928 г. 19 чел. и в 1929 г. число обращений уменьшилось в 2 раза — 9 чел. Наблюдается более резкое уменьшение обращений больных с явлениями вторичного свежего сифилиса. В 1927 году было 107 чел., в 1928 г. — 72 чел. и в 1929 году 26 чел.

Значительное число обращений больных с латентными формами сифилиса, которые у нас превышают все остальные формы, вместе взятые, говорит за приближение веннопомощи к населению и подтверждается более аккуратным лечением больных сифилисом.

Отмечается небольшое увеличение числа обращений больных с гуммозными формами сифилиса в 1929 году по сравнению с предыдущим годом; формы эти мы наблюдали всего чаще среди крестьян поступающих к нам для лечения из районов нашего округа.

Среди крестьян, больных сифилисом, половина заболевает половым путем — 357 (49,7 проц.). Среди же городского населения половое заражение наблюдается в полтора раза чаще 625 (70 проц.). Внеполовое заражение среди крестьян 184 (25,7 проц.) встречается в три раза чаще, чем среди городского населения — 72 (8,1 проц.). Процентное отношение врожденного сифилиса среди крестьян равно 8,1 проц., меньше чем у остальных граждан — 9, 2 проц. Процентное отношение невыясненных форм заражений у крестьян 16,5 проц. больше, чем у остальных граждан — 12, 7 проц. Мы видим, что среди городского населения преобладает половое заражение — 70 проц., которое, по нашим данным почти в девять раз превосходит внеполовое заражение — 8, 1 проц. среди крестьян же половое заражение — 49,7 проц., регистрируется в два раза чаще, чем внеполовое заражение. Внеполовое заражение сифилисом среди сельского населения нашего округа, судя по обращаемости в вендиспансер, играет значительную роль при распространении бытового сифилиса. Процент внеполовых заражений среди крестьян смело можно увеличить путем отнесения к нему солидной доли из невыясненных заражений, который у нас сравнительно высок, в особенности среди женщин — 26,6 проц.

Процентное отношение половых заражений среди женщин — 56,2 проц., меньше чем у мужчин — 61 проц.; число же невыясненных заражений у женщин 26,6 проц. регистрируется в полтора раза чаще, чем у мужчин — 18 проц. Наши цифры в отношении невыясненных и внеполовых способов заражения несколько выше, чем у Гальперина и Исаева. Эта разница объясняется тем обстоятельством, что данные Гальперина и Исаева, выведенные для 13-ти крупных вендиспансеров обслуживающих преимущественно население крупных промышленных центров, наш же вендиспансер, расположенный в сельско-хозяйственном округе, со слабо развитой промышленностью, обслуживает г. Сарапул и крестьянское население нашего округа.

Больше половины всего числа мужчин заразились венболезнями от случайных женщин — 1002 (54,5 проц.), от знакомых — 405 (22 проц.), от проституток 152 (8,3 проц.). Небольшое число заражений мужчин от проституток объясняется тем, что в г. Сарапуле проституция слабо развита. На основании нашего материала можно согласиться с выводами Гальперина и Исаева, что «на периферии проституция, как источник венеризма, идет на убыль: но все-же отдельные проститутки при наличии у них венболезней в заразной форме, еще могут служить причиной к значительному распространению венболезней в сравнительно короткий срок.

Что же касается женщин, то, по нашим данным, источником полового заражения их являются мужья — 50 проц., от случайных знакомых заразились 27 проц. Процентные отношения у нас в отношении источников полового заражения от случайных

женщин и мужчин выше, чем по данным периферических вендиспансеров в период с 1922 г. по 1925 г., что в известной части объясняется у нас отсутствием достаточных санитарно-гигиенических знаний, в особенности среди молодежи, об опасности заражения венболезнями через половую связь со случайными и знакомыми лицами.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Гальперин и Исаев.—Венер. и Дермат. 1926 г. № 3.
2. Федоровский.—Материалы для изучения заболеваемости населения Украины.—Русск. Вестн. Дерматол. 1927 г. № 10.
3. Зайднер.—Венер. и Дермат.—1928 г. № 6.
4. Фурманов.—Венер. и Дермат.—1929 г. № 6.
5. Шапиро.—Венер. и Дермат. 1929 г. № 8.
6. Тучинский.—Венер. и Дермат. 1929 г. № 12.
7. Залкинд.—Здравоохранение. Ленинград. Облздр. 1929 г. № 5.
8. Травин.—Здравоохр. Ленинград. Облздр. 1929 г. № 5.

Усольские соляные ванны и опыт лечения ими полиартритов в условиях летнего и зимнего сезона *)

В. Г. КУДРЯВЦЕВ (Пермь—Усолье)

(Из госп. терапевт. клиники Перм. Гос. У-та. Дир. проф. А. С. Лебедев)

«Курортное лечение есть одно из звеньев в цепи наших лечебных мероприятий».

Сравнительные данные о составе серно-соляно-щелочных минеральных вод уральских и других источников сведены в таблицах № 1 и 2 (см. приложение I и II). Характеристика минеральных вод вообще требует специальной работы химика-бальнеолога, мы ограничимся рассмотрением состава уральских источников. Главными составными частями их являются хлористый натрий, сероводород, угольная кислота в связанном и полусвязанном виде, отчасти серно-и углекислый кальций и магний. Предметом ряда наблюдений было суммарное действие всех компонентов раствора, но при оценке каждого источника приходится иметь в виду преобладание приведенных составных частей, характеризующих, благодаря своему содержанию, тот или иной источник. Наличие в растворе двух газообразных кислотных веществ CO_2 и H_2S , солей этих слабых кислот и преобладание сильных оснований, т. е. щелочных металлов—калия и натрия, помимо кальция и магния, придает источникам щелочной характер. Ценность уральских источников увеличивается по мере их насыщенности сероводородом, а также и углекислотой. Преобладание в растворах хлористого натрия, в зависимости от степени его концентрации, придает уральским источникам характер вод поваренной соли. Все воды поваренной соли делятся по Лаврову на слабые с содержанием NaCl до 15 грамм на 1 литр и крепкие свыше 15,0. По Садикову делятся на:

I. Слабые с минерализацией до	10,0	в литре
II. Умеренные	»	» 20,0 »
III. Крепкие	»	» 50,0 »

*) Доложено в заседании Пермск. Мед. О-ва 4-XII—1929 г. и на 2-м Урал. Обл. Научном Съезде врачей 4-II—1930 г.

IV. Рассольные с минерализацией	свыше 50,0	»
V. Рассолы	> 100,0	»
VI. Маточные рассолы	> 200,0	»

О происхождении и образовании вод поваренной соли в минеральных источниках, в буровых колодцах, в морской воде, в лиманах, соленых озерах, имеется специальная литература, которая частью приведена в указателе. Содержание хлористого натра в уральских источниках колеблется в значительных пределах, так:

В Ключах Кунгурского округа	до 1	гр. на литр.
В Нижних Сергах	6,06	»
На озере Горьком (рапа)	13,92	»
В Нижне-Чусовских городках	45,7	»
В Челябинских озерах	125,3	»
В Усолье (маточный рассол)	222,6	»

Кроме того, на Урале, на юго-восточном и юго-западном склонах встречается масса соленых озер со значительным содержанием хлористого натра, используемых аборигенами в примитивных условиях для лечебных целей, но неизвестных по своему химическому составу. Касаясь частности, нельзя не отметить, что содержание хлористого натра в Усольском маточном рассоле (222,6 гр. на литр) превосходит все известные русские и иностранные источники, за исключением Баскунчаков (241,0), рассола в Jsche и Ausse Австрия-Штирия 23-24 гр.), Reichenhall (Бавария—227 гр.) и Salies ne Beord (Франция—245 гр.)

Особого внимания заслуживало наличие в уральских источниках сероводорода. По Ушинскому все сульфидные источники делятся на две группы: одни с содержанием сероводорода до 70 мгрм. на литр, другие—с более высоким процентом. Первых довольно много расположено на Кавказе, Урале и других местах Союза и Европы. Из источников второй группы, наиболее ценных, известны:

Серноводск	с содержанием H ₂ S	78,5	мгрм. в литре
Пятигорск (по Садикову)	» »	73,2	» »
Псекупские близ Краснодара	» »	81—140	»
Сураханские близ Баку	» »	160—170	мгрм. »
Мацестинские	» »	220—257	» »
Талгинские в Дагестане	» »	334—370	» »

Из иностранных:

Шарлоттенбург в Канаде	» »	179	» »
Deutsche Altenburg	» »	160	» »
Harrogate в Англии	» »	78—99	» »

На Урале:

В Н.-Чусовских городках (Периханянци) »	108	» »
В Ключах,	» »	88—82	» »
В Усолье	» »	62	» »
В Нижних Сергах	» около	2—4,38	» »

Наличие в уральских источниках уголекислоты в свободном, связанном виде в еще большей степени усиливает их фармакологическое действие. При сравнении уральских источников обращает внимание высокий удельный вес Уральского соляного рассола ($d=1,159$), обусловленный высокой минерализацией его; по величине плотного осадка (243,74 грм. на литр) рассол уступает соленым озерам юго-востока Союза (Баскунчаки, Эльти, Тинаки), превосходя Старую Руссу, Саки и др. известные русские и иностранные источники. Концентрация Усольского рассола в зависимо-

сти от скважины, составляет 20-24-27° по Вауме. Для характеристики Усольского рассола следует отдельно отметить наличие в нем в незначительном количестве бромистого натра и следов иода, аналогично повышенному содержанию этих металлов в Саках, Пятигорске и Старой Руссе, чего не отмечается на отдельных уральских курортах. Затруднения с хранением и перевозкой рассола на расстояние не дали возможности исследовать его на содержание редких металлов и газов (рубидия, цезия, аргона), определение степени электролитической диссоциации, осмотического давления, внутреннего трения и радиоактивности. В частности, по поводу радиоактивности Усольского рассола надо а priori предположить, что он беден и скуден радиоактивными элементами и эманацией их в силу высокой минерализации, значительного содержания газов и громадного дебита.

КЛИМАТОЛОГИЯ Г. УСОЛЬЯ

Гор. Усолье Верхне-Камского округа находится по географическому положению на 59° 24' широты и на 56° 34' восточной долготы по Гринвическому меридиану в северном умеренном поясе. Средняя летняя температура гор. Усо́лья и юго-западной части Верхне-Камского округа в среднем приближается + 16° R; средняя зимняя — 16° R; наибольшее колебание температуры от + 30° R до — 43° R; начало заморозков по ряду многолетних наблюдений около 23 сентября, река Кама замерзает около 18—23 октября н. с. Число теплых дней в году до 120, — с морозами до 200. Атмосферных осадков по многолетним наблюдениям в среднем по месяцам: весной (март-май) — 98 мм.; летом (июнь-август) — 213 мм.; осенью (сентябрь-октябрь) — 130 мм.; зимой (ноябрь-февраль) — 167 мм.; всего за год — 607 мм. (данные 1904—1908 г.), иногда 512 мм. (данные 1909—1912 г.). Для сравнения приведены средние цифры осадков России и заграницы:

Россия (средние числа)	386 мм.
Москва	550 мм.
Одесса	350 мм.
Казань	390 мм.
Севастополь	195 мм.
Астрахань	101 мм.
Свердловск	412 мм.
Пермь	571 мм.
Чердынь	527 мм.
Кизел	691 мм.
Усолье	607 мм.
Германия	678 мм.
Южная Италия	846 мм.

(данные 1892 — 1908 г.)

Число дней в среднем (данные 1908—1912 г.)

	С осадками.	Со снегом.
Свердловск	174	94
Пермь	191	115
Чердынь	194	120
Нижние Серги	161	90
Усолье	215	125

Из метеорологических наблюдений явствует, что климат гор. Усо́лья переменчивый, с поздней весной и ранней осенью, когда бывают часто туманы; летом бывают светлые дни, иногда с температурой до 37,5° C; зима устойчивая, с морозами, без резких колебаний, с постепенными похолоданиями и потеплениями.

В бальнеографии Лозинского помещены несколько строк о Дедюхинских водах расположенных в 3—4 км. от Усо́лья. В мергелисто-глинистых отложениях различными слоями залегают залежи соли, которые просачивающимися через горные породы подпочвенными водами, а также водами прилегающей реки Камы, превращаются в солевой рассол различной концентрации. Рассол, выкачиваемый через скважины глубиной в 87—200 сажен, насосами в особые хранилища-амбары, подается по трубам в варницы для вываривания соли, известной под названием «Перьянки» по прекрасным качествам далеко за пределами Урала. Солеваренная промышленность с центром в гор.

Усолье существует со второй половины XVIII века. Точных геологических изысканий не производилось до последних лет, когда, кроме соли, в районе Усолья, Березников и Соликамска найдены мировые запасы калия.

Не безынтересны исторические данные о соляном рассоле. Усольский соляной рассол эксплуатировался исключительно для промышленных целей. С течением времени накопилось много эмпирических данных, говорящих за его целебное значение. Рабочие солеваренных заводов после работы по очистке накали на дне чренов варницы после отпуска отработанного рассола в условиях довольно высокой окружающей температуры, до 20-25° R полуголыми, без обуви, оставаясь продолжительное время в чренах, замечали, что у них стихали и прекращались боли и ломота в ногах; поэтому многие из них намеренно старались находиться там дольше. В местах выхода рассола наружу, в окружающем Усолье районе, местные жители устраивали ямы и ставили бочки, где и принимали примитивные ванны, в которых рассол нагревался солнечными лучами. С 1906 года рассольные ванны применялись в больницах при содовом заводе и соляных промыслах, при чем на ванну брали 2—3 ведра чистого рассола. После ознакомления в 1912 году врача Соловьева с постановкой дела в Тинаках, лечение рассольными ваннами применялось исключительно к ревматикам, с измерением крепости разведенных рассолом ванн с помощью ареометра Боме, с отпуском ванн даже амбулаторным больным. В 1926 году местным Окргдравотделом были развернуты соляные ванны в помещении бани, где, несмотря на неприиспособленность и неудобство, лечилось до 200 человек. Лечение рассолом в убогой, примитивной обстановке давало стойкие, благоприятные результаты и облегчение на несколько лет, что создавало целебную славу Усольскому рассолу и заставляло многочисленные рабочие собрания требовать благоустройства соляных ванн, целесообразность использования для лечения соляным рассолом была в достаточной степени обоснована в моих докладах 22—25 февраля 1927 года Президиуму Оксипрофбюро и Окрисполкома Верхне-Камского округа, поддерживавших полностью идею об организации специального лечебного учреждения перед областными организациями.

Наличие промышленных центров (Березники, Соликамск, Кизел, Губаха и т. д.), развитая каменноугольная и химическая промышленность, предстоящее развитие калийной промышленности, давало и даст значительный контингент больных с показаниями для лечения Усольским соляным рассолом. Мы принимали во внимание особенности климата, непродолжительность северного лета, ограниченное количество солнечных дней, колебания атмосферного давления и значительные атмосферные осадки. Ряд условий: близость и дешевизна рассола, наличие в г. Усолье лаборатории, приток больных из промышленных районов округа, пригодность и возможность приспособления зданий бывшей графской больницы, все это заставило остановиться на необходимости открытия в г. Усольи постоянного стационара, работающего круглый год, с полным оборудованием ванного отделения и вспомогательным физиотерапевтическим кабинетом, с развитием в летний период амбулаторного лечения для местного населения, что позволило в общем широко применить соляной рассол в качестве лечебного фактора. Усольские «Соляные ванны» переоборудованы в июле 1927 года: в главном каменном корпусе размещены пять палат для больных, кабинет врача, физиотерапевтический кабинет и столовая; в мезонине помещается бельевая, канцелярия, квартира завхоза; в полуподвальном помещении расположена кухня, продуктовый цейхгауз и отдельно прачечная. Ванное отделение помещается в отдельном каменном флигеле, соединенном с главным корпусом теплым коридором

с водяным отоплением. Помещение соляных ванн имеет два отделения: мужское и женское; в каждом размещены пять эмалированных ванн с тремя кранами для холодного, подогретого рассола и пресной воды и один дождевой душ. Под ванным отделением находится котеларка, где установлен котел, мотор и пожарные машины для накачивания рассола и пресной воды в отдельные деревянные баки, помещенные на чердачном помещении, отепленном для зимы. Стационар открыт в январе 1928 года на 25 коек, питание больных составляет в среднем 4.000 калорий, обходится от 75 к. до 85 коп. в сутки. Срок лечения устанавливается врачом с пребыванием больного от 25—35 и больше дней.

Вопрос о показаниях к лечению на том или ином курорте является для него вопросом бытия. В этом отношении для усолских «Соляных ванн» имеется вполне благоприятный отзыв проф. В. П. Первушина, а личный опыт работы дает мне право даже расширить круг показаний. Во всяком случае, показания, например, для Нижне-Сергинского курорта, за исключением п. 5 (болезни желудка и кишечника), полностью применимы для «Соляных ванн». Для полноты, конечно, необходимо накопление научных данных, полный учет результатов лечения, дальнейшие наблюдения над течением определенных групп заболеваний и оценка отдаленных результатов лечения. Последнее слово о показаниях к применению Усолского рассола еще далеко не сказано. Противопоказания для лечения на соляных ваннах учитывались аналогичные таковым на озере Горьком и Н.-Сергах.

Рассмотрение сравнительной таблицы состава минеральных вод известных источников приводит к заключению о богатом химическом составе, о ценном в лечебном отношении качестве Усолского соляного рассола. Отсутствие на месте грязи лишает его преимущества в этом отношении перед озером Горьким. Богатый по содержанию ценных составных частей рассол, сведения о целебном действии его, благоприятный отзыв проф. Пермского университета А. С. Лебедева, В. П. Первушина, Н. И. Кромера побудили меня в бытность в г. Усолье заняться подробным изучением Усолского соляного рассола и применить его для лечения многочисленных больных б. Верхне-Камского округа.

Влияние Усолского соляного рассола, как лечебного фактора для лечения главным образом образом полиартритов, наблюдалось мною в течение 1927 года на амбулаторных больных, а в 1928 году, кроме того, и на стационарных, с учетом гематологической картины и влияния на кровообращение у целого ряда последней категории больных. За период наблюдения было проведено: в 1908 г. 201 стационарный больн., в 1927—28 году—240 амбулаторных больных. Остальная часть больных, не включена в эти цифры в виду незаконченности лечения.

Большая часть больных (82 проц.), показанных к лечению соляным рассолом, находятся в возрасте от 20 до 50 лет, наиболее ценном в производственном отношении. Комплектование больных для стационара производилось из рабочих производственных союзов (горняки, химики, транспорт, металлисты и строители), составляя 84 проц. рабочей группы; остальные 16 проц. были заполнены рабочими не производственных союзов (совработники, Медсантруд и др.). Рабочая прослойка составляла вообще 83 проц. всех стационарных больных, служащих 7 проц., крестьян 6 проц. Активно-застрахованные в стационаре составляли 91 проц.; с включением сюда остальных застрахованных, членов семейств, эта цифра повышается до 94 проц. Таким образом, обслуживание соляными ваннами застрахованных достигает максимальных цифр, что говорит о выполнении директивы Окпрофбюро.

Сравнительная таблица состава Уральских минеральных вод № 1

	Количество в граммах на один литр (по ионной системе)					
	Н.-Серги	оз. Горьк. (рапа)	Ключи	Челябинск. оз.	Нижн.-Чусовск. городки	Усолъе Ур.
	Ефремов	1925 г.	Ляпунов	Лозинский	Периханянец	Кромер
Кремнезема SiO_2	0,0134	0,0025	0,0162			0,0371
Окиси аллюм. Al_2O_3	0,0026	0,0006	0,0920			0,0329
Железа Fe . . .	0,0084	0,0016	—			нет
Окиси калыц. CaO	0,1440	0,0013	0,2178		CaSO_4 —5,012	2,9300
» магни. MgO	0,0360	2,0230	0,8286	MgSO_4 —34,3	MgSO_4 —1,552	2,2720
Калия K	0,0037	0,0440	0,0564	—	—	2,8690
Натрия Na . . .	2,3849	9,1631	0,3485	NaCl —125,3	NaCl —45,7	87,5890
Хлора Cl	3,8081	12,498	0,4001	MgCl_2 —6,39	MgCl_2 —1,048	141,335
Брома Br	нет	нет	—			0,0311
Иода J	нет	нет	—			следы
Серн. кисл. SO_3	0,1112	7,0588	1,2496			4,6960
Углекислоты полу- связанной CO_2	0,0701	1,2511	1,6060			0,1179
Углекислоты свя- занной CO_2 . .	0,0710	2,7445				
Углекислоты сво- бодной CO_2 . .	0,0052	0,4701	—			0,10956
Сероводорода сво- бодного H_2S .	0,00438	нет	0,089083			0,062188
Удельный вес . .	1,00316	1,02427	—			1,159
Плотный осадок .	6,716	32,8936	3,0148	167,4		243,34
Жесткость (нем.) .	—	—	—			7,63°
» общая	18,4°	—	—			611,0°

Амбулаторное лечение использовано главным образом для служащих и членов семейств застрахованных; рабочая прослойка составляет до 28 проц., объяснение этому кроется в том, что как раз рабочие с производства нуждаются, в виду тяжести заболевания, отдаленности места жительства, в стационарном лечении, в виду чего в лечебных учреждениях ведется учет для очередной посылки их на «Соляные ванны». Нетрудовому элементу отпускались ванны без ущерба для застрахованных, исключительно за плату, число их составляет 2—3 проц.

Для эффективности лечения громадное значение имеет применяемая методика лечения и режим. На основании личного опыта и литературных данных на «соляных ваннах» введена следующая методика; после изуче-

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА СОСТАВА МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД

Приложение 2

	Количество солей в граммах на один литр							
	Магеста № 4	Серноводск	Саки	Пятигорск	Старая Русса	Баскунчаки	Куяльник	Усолье Уральское
	Карстенс 1927	Лозинский	Лозинский	Карстенс 1910 г.	Орлов. рассол		1928 г. Альперович	Кромер
Хлористого натрия	9,3753	0,0493	138,110	1,6466	163,779	200,0—241,0	10,948	222,6
» калия	0,2396	0,0336	6,869	0,1149	2,1344	5,00	0,24	5,473
» кальция	1,6377	—	—	—	29,2994	11,2	—	5,795
» магния	1,6135	—	45,006	—	19,4270 NaBr—	36,0	0,90	0,0255
Бромистого магния	—	—	0,453	NaBr-0,0063	0,06373	—	0,0008	0,0358
Сернокисл. магния	0,0038	0,4619	13,500	0,0648	—	—	0,065	5,886
Двууглекисл. магния	0,3575	—	—	0,3004	—	—	—	0,2
Иодистого натрия	—	—	0,0004	0,000267	—	—	—	Следы
Кремнезема	0,0280	—	0,006	0,0726	—	—	0,020	0,0371
Глинозема	—	—	0,014	0,00082	—	—	0,001	0,328
Сумма твердых составных частей	12,3156	—	219,2	4,87377	216,49	306,30	12,765	243,34
Свободной CO ₂	0,0878	—	—	1,9971	—	—	0,140	0,10956
Полусвязанной CO ₂	—	—	—	—	—	—	—	0,1179
Свободного H ₂ S	0,2575	0,0790	—	0,01023	—	—	—	0,062188
Полусвязанного H ₂ S	—	0,0052	—	—	—	—	—	—
Удельный вес	—	—	1,1662	—	—	—	1,0885	1,159

ния больного назначаются 2—3 «входные ванны», слабо тепловатые 29—30°, с крепостью рассола в 5-7‰ по Боме, продолжительностью 15 минут. За это время изучается «купальная реакция» (самочувствие, утомляемость, потоотделение, частота пульса и дыхания); в дальнейшем в зависимости от появления местной реакции (боли в суставах, затруднение при движениях) постепенно повышается температура ванны до 32—35°, с усилением крепости рассола до 10—13‰ по Боме, продолжительностью 12—15 минут. Таких ванн отпускалось 20—25, после чего в течение 4—7 дней проводилось понижение температуры ванн и крепости рассола. В среднем курс рассольных ванн рассчитан на 25—35 дней. В зависимости от индивидуальных особенностей больных, состояния сердца, вялой или сильной общей реакции, были отклонения от изложенного порядка; например, сразу переходили на крепкие рассольные ванны и т. д. В стационаре, в целях повышения оборота коек и повышения лечебного эффекта применялось в необходимых случаях комбинированное лечение в виде электро- и механотерапии. Затем для коечных больных требовалось соблюдение режима, близкого к сапатормому: укутывание в постели, полный отдых после процедур, горячее питье, смена белья, «мертвый час» после обеда, ограничение прогулок. Для амбулаторных больных было отведено отдельное помещение для пения и отдыха после приема ванны.

Переходя к обзору результатов применения Усольского соляного рассола, надо указать, что точных критериев для констатирования результатов лечения ревматиков нет. Под значительным улучшением (клиническое выздоровление) мы понимаем общее укрепление организма, исчезновение хруста в суставах, переход крупной и грубой крепитации в мелкую и непостоянную, исчезновение болей в суставах и мышцах, восстановление подвижности и уменьшение окружности воспалительно измененных суставов — улучшение мы отмечали в случаях исчезновения болей, уменьшения хруста, и сохранения мелкой, как просо, крепитации. В решении этих вопросов всегда вносится субъективизм, лично же я и мой ближайший помощник (А. П. Максимов) поставили себе задачу более строгой оценки, чтобы резче оттенить эффективность применения Усольского рассола.

Переходя к составу больных, наблюдавшихся нами на «Соляных ваннах», приходится отметить, что с целью предварительного отбора было направление больных, лишь показанных для лечения ваннами. Из общего числа преобладают больные подострым и хроническим суставным ревматизмом (78 проц.), заболевания центральной и периферической нервной системы составляют 4,3 проц., функциональные заболевания нервной системы — 5,7 проц., женские болезни — 6 проц., прочие — 4,2 проц. Дальнейшее изложение будет касаться течения полиартритов, главным образом в стационарной обстановке. За недостатком места следует опустить разбор академических разногласий по поводу существующих классификаций полиартритов (Вельяминов, Тиле, Дитерихс, Пенкославский, Umber, Assmann, Munk, Невядомский). Как в больничной практике, так и нам приходилось иметь дело с ревматическим воспалением суставов первичным и вторичным, подострым и хроническим. В нашем материале помимо «вульгарных» ревматиков, т. е. перенесших в прошлом типичный острый ревматический полиартрит, встречалась группа больных, указывавших на постепенное и медленное заболевание то одних, то других суставов, с нарастанием и исчезновением болей, с прогрессирующим затруднением передвижения. Надо думать, что к этой форме развития полиартритов располагали профессиональные особенности труда отдельных групп рабочих, напр. шахтеров. Интересно, что аналогичные наблюдения имеются у проф. Чер-

никова и Малковой-Рябовой (Харьков) над рабочими Донбасса. Часто, одновременно с поражениями суставов, можно было встретить больных с хроническим воспалением мышечных групп (тазовой и плечевой поясы, голени) в сопровождении судороги, ломоты и болей, что вполне находит объяснение у больных, занятых тяжелым физическим трудом (горняки, строители). Поражения сердечной мышцы и клапанов составляли частую находку, почти у 40 проц. больных; с декомпенсацией сердца отмечено до 10 больных, потребовавших особого наблюдения.

Общее улучшение при лечении Усольским соляным рассолом амбулаторных полиартритиков летом наблюдалось в 87,1 проц., в стационаре в условиях зимнего и летнего лечения—98,7 проц., обращает внимание процент значительного улучшения в условиях больничного режима (60,9), что подтвердило наши осторожные предположения еще в 1927 году. Длинный ряд историй болезни, многочисленные письма больных в местную газету «Смычка» свидетельствуют о благотворном действии рассола. Ряд больных, проходивших ранее лечение в Серноводске, Нижних Сергах и на других курортах, отмечали более скорое и энергичное наступление «купальной» реакции и больший эффект лечения после усольских «соляных ванн». Личный опыт работы на Н.-Сергинском курорте в 1925 году дает мне возможность сравнительной оценки обеих лечебных установок, предпочтение выпадает на долю усольских «Соляных ванн». Опыт лечения первых гинекологических и прочих больных также дает в достаточной степени ободряющий результат, что заставляет шире рекомендовать лечение ваннами этой категории больных. Серьезным вопросом является момент длительности благотворного действия соляных ванн. В этом отношении в сфере нашего наблюдения находился ряд больных в течение 6—15 месяцев: рецидивов у стационарных и большей части амбулаторных больных за это время не отмечено; однако, в ряде случаев, до 10 амбулаторных больных, боли в суставах все таки продолжают, хотя и в меньшей степени, чем до приема ванн. Наступление боли объясняется состоянием повторной простуды, давним страданием с деформацией суставов, в некоторых случаях хронического ишиаса, тиреотоксической формы (дистиреоз). Отдельно следует отметить благоприятное лечение сердечных больных с поражением клапанного аппарата и сердечной мышцы, последствий перенесенного ранее суставного ревматизма. Здесь выступает ценное качество Усольского соляного рассола, заслуживающего особого внимания. При наличии в рассоле значительного количества сероводорода, благодаря высокой минерализации рассола, путем применения большей концентрации его, возможно воздействовать на больной организм при сравнительно невысокой температуре (30—31°), что вполне применимо к сердечным больным, которые не переносят высокой температуры ванны (32—34°). Кроме того, по личным наблюдениям, насыщенность Усольского рассола сероводородом и минеральными солями позволяла постоянно применять его в высокой концентрации, 12—13° по Боме, при температуре ванны 33—34° без особого вреда для сердечных больных, так как эти ванны, по субъективным ощущениям и проверке дыхания, состояния сердечной деятельности, равноценны в смысле выносливости водяным ваннам в 30—31°. Эта возможность (объяснение дадим ниже) открывает широкие перспективы к применению Усольского рассола для больных ревматиков, у которых больное сердце не позволяет назначения высокой температуры ванн, для получения стойкого улучшения и излечения основной болезни.

При выявлении субъективных ощущений полиартритиков в «Соляных ваннах» наиболее встречается хорошее самочувствие, чувство особого облегчения, успокоения, бодрости, особенно в ваннах с большой концен-

трацией рассола. В большинстве случаев после первых 3—4 ванны отмечается возобновление и усиление местных болей в суставах, не только в тех, в которых наблюдались патологические изменения, но и в тех, которые в данное время сами больные считали здоровыми. Интенсивность болей варьирует в отдельных случаях; заслуживают внимания указания бывших на других курортах (Нижние Серги, Серноводск) больных на более энергичную реакцию в Усольских «Соляных ваннах». Из других ощущений отмечались часто сонливость, учащение мочеиспускания, обильное потение; редко головокружение, головные боли и еще реже сердцебиение. За время пребывания в стационаре у больных устанавливался спокойный и освежающий сон, повышение аппетита и прибавь в весе.

Учет объективных реакций при лечении Усольским соляным рассолом по условиям работы проводился только у части больных. В ряде наблюдений, в случаях подострого суставного ревматизма, мы измеряли окружность крупных суставов, чаще коленных: при купальной реакции отмечено в отдельных случаях увеличение окружности их на 2—5 сантимет. с исчезновением воспалительного и реактивного выпота к концу лечения. Учет ограничения подвижности, контрактуры конечностей мог бы быть проведен измерением угла между отдельными частями тела, чего, за отсутствием прибора, нам не удалось установить. Но все же, в историях болезни в большинстве случаев отмечено повышение подвижности конечностей, более ровная походка. Измерение температуры тела до приема и после соляных ванн в подмышечной впадине, как правило, давало повышение ее в пределах от 0,5 — 1,5° С., в одном случае (t° ванны 35° Р.) — до 2,1° С. (36,2 — 38,3) через 15 минут; возвращение к первоначальной температуре происходило через 30 минут, 1½ — 2 часа.

Измерение пульса производилось до ванны, через 5, 15 минут, а также и после ванны спустя 30 минут, когда больной с устойчивой нервной системой находился в полном покое. Мы наблюдали в большей части учащение сердечной деятельности на 30—45, иногда меньше, сокращений в 1 минуту; учащение пульса соответствовало повышенному температуре тела, в зависимости от температуры ванны. Например, больной Гр=ов: ванна в 33° Р, 10° крепости рассола по Боме, 15°, до ванны p=75, через 5 минут=88, через 15 мин.=92, спустя 30 мин.=84. Больной д-р М: ванна 34° Р, 11° по Боме, 15°, p=64 до ванны, на 4-ой минуте начинает потеть, через 5 мин. p=88, через 15 мин.=96, спустя 30 мин.=68.

Принимая во внимание степень насыщенности рассола сероводородом и высокую минерализацию, мы ожидали безусловного влияния этих ингредиентов на состояние кровяного давления. Измерения его до и после ванны (спустя 15 мин.) указывают при пользовании аппаратом Ria-Rossi на повышение кровяного давления, систолического в пределах 10—25 мм., диастолического в пределах 12—30 мм.; реже наблюдалось понижение диастолического давления на 5—20 мм. Результаты измерения кровяного давления до начала лечения, в середине и по окончании курса лечения свидетельствуют о преобладающей тенденции к падению кровяного давления. На нашем материале преобладали нормо-и гипотоники, пределы колебаний в сторону понижения отмечены для систолического давления 4—12 мм., для диастолического 5—15 мм. В протоколах записано наблюдение над больным С-вым, 54 лет; кровяное давление до лечения 145—103 мм., после лечения 123—8 мм. Наши наблюдения в отношении влияния рассола на кровяное давление и пульс не являются исчерпывающими; в виду важности затронутого вопроса это должно составить в будущем предмет отдельной работы, по примеру широкого изучения этой реакции в Магесте, Сураханах, Серноводске, Толгах. Попутно с этим хотелось бы отметить наличие

у больных на Усольских «Соляных ваннах» «кожной реакции покраснения», пользуясь введенным в литературу термином. В 1929 году появились специальные работы, посвященные этому вопросу (Валединский, Рябов, Кавецкий и Шмуэльсон). Вообще же, по вопросу о лечении сероводородными ваннами больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями имеется большая литература (Подгурский, Правдин, Валединский, Ушинский, Гуревич, Черников, Фролов, Кевдин, Гальперин, Кулябко-Корецкий, Лукомский, Рабинович и др.). Валединский в Магдесте лично наблюдал, что «покраснение кожи начинает быть заметным в ваннах с содержанием H_2S не меньше 60 мгр. на литр, что совпадает с экспериментами Ушинского (60—80 мгр.); при более крепкой концентрации (150—180 мгр.) покраснение кожи начинается быстро, через 1—2' после погружения и исчезает не сразу после выхода из воды». При лечении Усольским соляным раствором нам не приходилось дифференцировать влияние 3-х основных моментов: температуры ванны, степени насыщенности рассола H_2S (до 61,2 мгр. на литр) и минеральными солями (главным образом $NaCl$ —222,6 грм. на литр). Это требует особых опытов, при чем возможно лишь исключить влияние температуры ванны. Тем не менее, вазомоторная реакция кожи отчетливо наблюдалась: покраснение погруженной в рассол части тела наступало через 3—6 мин. от начала ванны, варьируя в интенсивности окраски у разных субъектов до синюшной, в зависимости от периода лечения. В вопросе о сущности и механизме происхождения кожной реакции имеется ряд мнений (Ушинский, Кевдин, Гуревич, Правдин). Валединский считает, что в происхождении реакции покраснения кожи участвуют вазомоторные центры, местный нервный аппарат, а может быть и клеточные элементы капилляров (цит. по Кавецкому и Шмуэльсону). Весьма возможно, что воздействие рассола с содержанием H_2S на кровообращение и регулирование сердечной деятельности оказалось благотворным для наших больных с поражением сердечной мышцы и клапанного аппарата. Содержание сероводорода при отпуске рассольных ванн подтверждается косвенно большой диффузией H_2S из рассола в окружающий воздух. Определение H_2S в воздухе ванного отделения нами не производилось, но об этом свидетельствует весьма доказательный вид ванной: помещение, стол, табуреты были при ремонте окрашены масляной краской, содержащей цинковые белила; после 2-х недельной работы все почернело вследствие образования под влиянием выделяющегося H_2S сернистого цинка, поэтому мы перешли только на побелку ванного отделения через каждые 2—3 недели.

Для изучения картины изменений крови нами производились наблюдения у 29 артритиков и 2 неврастеников. Условия исследования были приблизительно одинаковы: кровь бралась до начала, во время и после окончания курса лечения, в утренние часы, форменные элементы сосчитывались лично в камере Thoma-Zeiss'a. Лейкоцитарная формула устанавливалась при окраске препарата крови по Giemsa'a. В представляемой таблице обращает внимание число эритроцитов, в среднем до начала—5.200.000. В частности, в Усолье нам постоянно приходилось встречать больных с содержанием эритроцитов свыше обычной нормы, иногда до 6—7 миллионов, как это наблюдается у лиц, живущих в горных местностях. Уже в середине лечения число эритроцитов неуклонно повышается, в среднем на 400—450 тысяч в 1 куб. мм., оставаясь в этих пределах и после лечения. Более резким изменением подвергается белая кровь: в 60 проц. случаев нами установлено уже в середине лечения повышение числа белых кровяных телец, достигающее в 70 проц. по окончании лечения до степени лейкоцитоза, что особенно рельефно отмечается у больных, получивших под влиянием соленных ванн значительное улучшение. Морфологические изменения

белой крови протекают с нарастанием лимфоцитоза и моноцитоза; появления в крови юных форм за время лечения нами, как постоянный фактор, не наблюдалось. Повышение содержания белых кровяных телец происходит главным образом за счет абсолютного и относительного и повышения числа лимфоцитов. Наличие повышения абсолютного и относительного числа повышения моноцитов удерживается и до окончания лечения. Очевидно, при лечении рассольными ваннами происходит раздражение лимфатической и ретикуло-эндотелиальной системы больного организма. Изменения крови в зимний период аналогичны таковым в летнее время.

Изменения крови (средние арифметические данные)

	До лечения (1—4 д)		В середине (8—17 д)		После лечения	
	%	Абсол. числа	%	Абсол. числа	%	Абсол. числа
Красные кровяные тельца	—	5,200,000	—	5,598,000	—	5,614,000
Белые кровяные тельца	—	7084	—	8145	—	8110
Из них: Нейтрофилов	61,6	4364	56,5	4603	61,8	5013
» Переход. форм.	1,6	113	1,4	113	1,1	89
» Моноцитов	1,7	120	2,3	187	2,3	186
» Эозинофилов	0,9	64	1,2	97	0,8	65
» Всего лейкоц.	65,8	4661	61,4	5000	66,0	5353
» » лимфоц.	34,2	2423	38,6	3145	34,0	2757

Несомненно, что при лечении усольскими «Соляными ваннами» вследствие раздражения функции кроветворных органов происходит увеличение морфологического состава крови, что повышает в конечном результате защитные силы больного организма и благотворно отражается на благоприятном течении болезненного процесса в смысле его уменьшения и возможной ликвидации. Наши данные в отношении изменений форменных элементов крови соответствуют аналогичным наблюдениям других авторов (Малкова—Рябова, Стоянов и Рубинштейн, Шохрин).

ВЫВОДЫ

1) Проблема суставного ревматизма, поражающего наиболее ценный в производственном отношении возраст, является социальной проблемой.

2) Усольский соляной рассол, содержащий громадное количество хлористого натрия и значительное по Уралу количество сероводорода, при наличии в нем анионов брома и следов йода, с высоким удельным весом, а при огромном дебите является в высокой степени ценным и действительным средством в бальнеотерапии суставного ревматизма.

3) Усольский соляной рассол при применении в виде ванны вызывает энергичную «купальную реакцию», а также и общую реакцию со стороны больного организма, которая выражается улучшением, а в ряде случаев и ликвидацией болезненного процесса в суставах, повышением тонуса сердечно-сосудистой системы, укреплением тонуса вегетативной нервной системы и изменением морфологического состава крови.

4) Изменения со стороны крови (увеличение числа красных и белых кровяных телец, повышение абсолютного и относительного числа моноцитов и лимфоцитов) свидетельствуют о возбуждении функции кровеносных органов, в частности лимфатической и ретикуло-эндотелиальной системы.

5) Результаты зимнего лечения уральским соляным рассолом, ответная реакция организма, вполне аналогичны таковым в летнее время.

6) Опыт использования уральского соляного рассола, как лечебного фактора, вполне оправдал себя: общий процент улучшений при лечении полиартритов в стационаре «соляные ванны» зимой и летом составляет 98,7 проц., в амбулаторной обстановке — 87,1 проц.

7) Ценный химический состав уральского соляного рассола, огромный дебет, высокий процент клинического выздоровления при лечении суставного ревматизма, высокая заболеваемость им рабочих тяжелой индустрии Верхне-Камского округа, возможность успешного проведения лечения круглый год диктуют крайнюю необходимость и целесообразность при знании уральских «соляных ванн» курортом местного значения.

ЛИТЕРАТУРА

- 1) Черников и Малкова-Рябова. Врачебное дело 1926 г. № 9. 2) Ашкевич и Стояновская. Ibidem № 12—13. 3) Корнблит. Ibid. 1928 № 9. 4) Дитерихс. Ibid № 10, № 11. 5) Шпирт и Шклова. Ibid. № 10. 6) Клячкин. Ibid № 17. 7) Финкельштейн. Ibid. № 19. 8) Малкова-Рябова. Ibid. № 21. 9) Невядомский Ibid. № 22. 10) Стоянов и Рубинштейн. Ibid. № 24. 11) Консультат. практика. Ibidem. (№№ 10—16). 12) Ашкевич и Стояновская, реф. со съезда. Ibid. № 6. 13) Крюков, реф. ibid. № 7. 14) Валединский. Ibid. 1929 г. № 18, № 19. 15) Actamedica № 11, № 14—15, № 17. 16) Николаев. Врач. дело 1925 г., 17) Доброхотов Ibid. № 1—2. 18) Кавецкий. Врач. газ. 1926 г. № 11—12. 19) Maliva, реф. Ibid. № 17—18. 20) Бруштейн, Журнал. д. Усов. врачей 1928 № 1. 21) Реф. докл. 2 съезда физиотерапевтов и бальнеологов. Ibid №№ 1, 3, 5, 7, —8. 22) Шохрин Jb d. № 9. 23) Дитерихс клин. медиц. 1929 № 4. 24) Розенгауз Ур. Мед. Журнал 1929 г. № 5. 25) Рябов. Русск. клин. № 63—64. 26) Варисавер, ibid. 27) Левин, ibid. 28) Губарь и Марков ibid. 29) Кавецкий и Шмуэльсон. Санат-кур. дело. 1929 г. № 3. 30) Виноградов и Виберфельд, ibid. 31) Русецкий, ibid. 32) Мелиоранский, ibid. 33) Михайлов, ibid. № 4. 34) Гремячкин и Жуковская ibid. 35) Шаццло ibidem № 5. 36) Виноградов и Виберфельд, ibid. 37) Мусерский, ibidem. 38) Гремячкин, ibid № 6. 39) Глаз Бальнеография 1902 г. 40) Крыжановский дисс 1903 г. 41) Лозинский, моногр. 1907 г. 42) Вельяминов. Госиздат 1924 г. 43) Селезнев дисс. 1927 г. Пермь. 44) Сборник «Курорт Магеста» 1928 г. 45) Лозинский. Бальнеология и бальнеография. 46) Сборник «Курорты Урала» 1929 г.

К вопросу лечебной ценности Уральского курорта „Курьи“ и мерах повышения этой ценности

и. с. БОГОСЛОВСКИЙ

(Пермь. Пермский Госуд. Университет. Фак. Терап. Кл. Дир. — проф. Н. А. Скульский.

Роль местных курортов достаточно ясна, и едва ли кто будет ее оспаривать. Близость местных курортов к месту жительства нуждающихся в курортном лечении — не только приближает это лечение к населению, но и значительно уменьшает неизбежную при далеких поездках трату сил и времени, сокращает расходы как государства, так и больных; разгружая большие государственные курорты, дает возможность получить курортное лечение большему числу нуждающихся в этом лечении; наконец, лечение в условиях привычного климата дает большую стойкость и эффективность лечения. Бурный рост индустриализации страны с одновременным повышением культурного уровня населения резко сказались на повышении потребности в курортном лечении, с другой стороны — перегрузка больших курортов не дает возможности многим больным получить нужное лечение, а потому — все эти моменты решительно требуют немедленной организации местных курортов. Урал, с его разнообразными климатическими и природными богатствами, казалось, должен был бы дать немало ценных местных курортов, в действительности же их не так уж много, как это можно

было ожидать. Объясняется это тем, что Урал, несмотря на свои богатства, мало изучен. Отсюда естественно, что немногочисленные лечебные местности, которые по своим свойствам и климатическим условиям имеют право на свое существование, необходимо всячески поддерживать и развивать, а параллельно этому и изучать новые. Между тем приходится видеть, что такое положение вещей не всегда достаточно учитывается соответствующими организациями.

Работая в летний сезон 1930 года на Курьинском курорте, мне пришлось в процессе работы столкнуться с таким вопросом: является ли курорт Курьи заслуживающим внимания и следует ли его развивать и улучшать.

При решении поставленного вопроса, мне кажется, нельзя пройти мимо истории курорта, которая в этом отношении может быть поучительной. Несмотря на свою столетнюю давность, курорт Курьи сравнительно мало изучен, и лишь только в последнее десятилетие вопрос этот сдвинулся с места. Тем не менее курорт существует и быстро развивается, о чем красноречиво говорят цифры посещаемости курорта. Так, в 1922 г. через курорт прошло 91 чел., в 1925 г. — 450 чел., в 1928 г. — 783 чел. (см. ст. Удинцева — «Курорт Курьи, Уральской области» — сб. «Курорты Урала»), а в 1930 году только за 2 сезона — 901 чел. Эти факты несомненно указывают, что имеются предпосылки к дальнейшему существованию курорта.

Моментами, определяющими эффективность курорта вообще, в частности Курьи, является прежде всего характер, или как говорят, физиономия курорта, которая определяется теми природными особенностями, которые имеются в данной местности, которые, в свою очередь, дают те или иные показания к лечению на данном курорте. Что мы имеем в этом отношении в Курьях? Если подходить к этому вопросу исторически, то необходимо прежде всего коснуться бальнеологической стороны курорта, ибо такова история курорта. Так, повидимому, и был поставлен вопрос УКУ, пригласившим в нынешнем году Центральный Институт Курортологии для исследования Курьинского курорта, также он был поставлен и самой комиссией Центрального Института Курортологии, которая обследовала Курьинский источник. Результаты этого обследования были доложены на конференции врачей курорта и оказались весьма неутешительными: источник оказался настолько малоценным с точки зрения бальнеологической, что московская комиссия признала его не заслуживающим внимания, даже если и провозвести необходимый кантаж. Таково было мнение московской комиссии.

Не беря на себя смелость выступать по данному вопросу, — ибо это дело соответствующих специалистов, все же считаю возможным указать на следующие обстоятельства: если обратиться к прежним исследованиям, то оказывается, что по анализу 1914 г. Курьинский источник содержал железа 25,7 mg.d, в 1916 г. 12,9 mg.d, в 1922 г. — 32,7 mg.d, в 1924 — 1,6 mg.d, в 1925 — 1,5 mg.d, 1927 — 8,0 mg.d, в 1930 — исследование московской комиссии дало 1,5 mg.d. Эти разноречивые данные, мне кажется, требуют дальнейшей проверки, а также постоянного систематического изучения Курьинского источника, чего, к сожалению, не было до сего времени тем более, что здесь не было и соответствующего кантажа (он был лишь только в 1924 г.), — кроме того, недостаточно выявить только обеднение источника железом, надо выявить причины такого обеднения и в зависимости от этого можно будет решить вопрос окончательно, а пока этого не сделано, то и выводы могут быть ошибочными. Далее, несмотря на такое положение дела, нужно быть очень осторожным в определении лечебной ценности Курей, — ибо, вопреки прежним взглядам о ценности железистых ванн для лечения малокровия, в настоящее время противопоставляется другой взгляд, отрицающий значение этих ванн. Отсюда, естественно, вышеуказанное обеднение источника не будет играть большой роли в определении ценности курорта Курьи. Это, конечно, не дает права не изучать источник в дальнейшем, ибо здесь может быть выдвинут вопрос о внутреннем применении вод Курьинских источников — тем более, что имеются указания, что питье воды Курьинского источника действует укрепляющим образом, улучшает питание и состав крови (д-р М. Н. Карнаухов). Это, повидимому, подтверждается теми наблюдениями, которые были проведены над детьми дачников, поставленных в одинаковые условия, при чем один из них пил воду, другие нет. Группа, применявшая воду, поправлялась быстрее, и результаты нарастания гемоглобина и увеличение числа красных кровяных шариков были лучше и более стойкими. Факт — во всяком случае заслуживающий внимания и дальнейшего изучения. Д-р Г. Н. Удинцев, наблюдавший хорошие результаты лечения малокровных больных на Курьинском курорте, считает, что некоторую роль в этом лечении играет вода из Курьинского источника. Эти указания заставляют весьма осторожно подходить к бальнеологической оценке курорта Курьи.

При определении ценности Курей считаю возможным указать еще на один момент, который играет большую роль при всякой бальнеотерапии, — это терапевтическое внушение, чему, несомненно, соответствует издавна установившаяся слава Курьинского источника.

Наконец, наличие безукоризненно чистой воды в санитарном отношении на курорте играет также не последнюю роль при определении ценности курорта Курьи в санитарном отношении.

Вторым моментом, определяющим ценность Курьей, является сама местность, на которой расположен курорт, с ее природными особенностями. Защищенный Уральским хребтом, расположенный на высоте 189 метров над уровнем моря, на открытом берегу реки, следовательно, подверженный прямому действию солнца, в большей своей части покрытый лесом, по преимуществу сосновым, умеряющим, с одной стороны, влияние прямых лучей солнца, с другой, задерживающим силу ветров, дающим прохладу, с более постоянной температурой, с чистым озонированным воздухом, — курорт Курьи представляет отличное сочетание лесного и отчасти горного климата. Отсюда и не мудрено, что еще в середине прошлого столетия Курьи приобрели славу лучшей климатической станции Урала.

Изучение климата показало, что лучшее время в Курьях с середины мая до конца августа; количество ясных дней в сезонные месяцы более половины всего числа; отношение безветренных дней к ветреным 1 : 3 (д-р **Сяно**; температурные колебания в летние месяцы отличаются устойчивостью, лето не очень жаркое. Удаленный на достаточное расстояние от городского и промышленного жительство, отделенный от ближайшего села оврагом, который является природной охраной безукоризненного в санитарном отношении Курьинского источника от грязных сточных вод села, курорт имеет все условия для хорошего санитарного состояния.

Наблюдения д-ра **Удинцева Г. Н.**, изучавшего влияние лечения на Курьинском курорте в 1928—29 г., показали, что после месячного пребывания на курорте резко меняется состав крови до и после лечения в сторону явного увеличения гемоглобина и количества красных кровяных шариков, что объясняется длительным пребыванием больных в гористой местности, ибо, прибыв на курорт, больные целые дни проводят на чистом, свежем воздухе, бродят по сосновому бору, в котором расположен курорт, совершают прогулки по красивым гористым окрестностям, что также является хорошим лечебным средством, улучшающим аппетит, питание и общее состояние. Наши наблюдения, основанные на данных курортной лаборатории (д-р **О. П. Свешникова**) вполне подтверждают выводы д-ра **Удинцева**. Параллельно улучшенного общего состояния, прибавке веса (иногда до 10—12 к.), исчезновению жалоб, с которыми приехали больные — мы видели явное улучшение состава крови (**Нв.** и красных кровяных шариков). Все доказывает, что Курьи являются хорошей станцией для лечения малокровных, истощенных, с упадком питания больных и представляют в этом отношении пока единственный на Урале курорт, а потому требуют к себе самого внимательного отношения и дальнейшего изучения.

Расположенный в красивой местности, с красивыми окрестностями, на скалистом берегу реки Пышмы, откуда открывается прекрасный вид на причудливое сочетание гор, леса и реки, — курорт представляет одно из самых красивых мест Урала (д-р **М. Н. Карнаухов**). Это обстоятельство необходимо также учитывать, как факт, имеющий большое лечебное значение, особенно, если иметь в виду контингент больных курорта. Сочетание благоприятных климатических условий, дающих возможность широко проводить лечение больных солнечными и воздушными ваннами с наличием железистого источника, дает право ожидать сугубого терапевтического действия на больных — представляет несомненное преимущество Курьинской станции. Весьма ценным здесь является возможность применения различных гидро и электропроцедур, в частности ванн, ибо в терапии малокровия это также играет существенную роль.

Отсутствие пыли, резких колебаний температуры, чистый воздух, содержащий значительное количество озона и эфирных веществ, как известно, благоприятно действующих на течение катарральных процессов дыхательных путей позволяют направлять для лечения в Курьи больных, страдающих катаррами дыхательных путей, для которых весьма полезно пребывание в гористой местности, ибо разреженный воздух способствует более частому дыханию, что ведет к лучшей вентиляции легких и таким образом способствует улучшению процесса. Констатированное при лечении в Курьях улучшение состава крови является важным терапевтическим моментом при лечении подобного рода больных. Все это является лишним плюсом в оценке ценности Курей.

Неровность Курьинской местности, связанные с этим при передвижении мышечные усилия и напряжения в более разреженном, чем в норме, воздухе, в сочетании с вышеуказанными благоприятными особенностями местности и климата, наконец, наличие искусственного террен-кура дают возможность проводить на курорте лечение астеников, физически слабых больных, — отсюда вполне понятными являются показания к лечению в Курьях подобного рода больных, для лечения которых кроме тренировок имеются все предпосылки, указанные выше.

Из вышеизложенного вытекает, что для лечения на Курьинском курорте показанными являются различные виды малокровия (противопоказаны истощения, упа-

док сил, катарры дыхательных путей) не туберкулезного происхождения. Для подобного рода больных Курьи является хорошей климатической станцией, где можно ждать вполне благоприятных результатов лечения.

Открытый, как бальнеологический курорт, с течением времени, в силу климатических своих условий ставший климатической станцией для лечения малокровных, с упадком питания больных, а также страдающих катаррами дыхательных путей, — курорт Курьи с момента устройства террен-кура (1929 г.) и особенно с организацией искусственных углекислых ванн, постепенно стал превращаться в курорт для лечения сердечных больных. Это является особо важным обстоятельством, так как квалифицирует этот курорт, как единственный пока на Урале. Правда, здесь необходимо оговориться, что в этом отношении Курьи являются менее всего изученными: до сих пор мы не имеем еще ни одной работы в этом направлении. Мои наблюдения над сердечными больными в летний сезон 1929 г., к сожалению, не дают мне права высказываться определенным образом, ибо на ряду с явно благоприятными результатами лечения подобного рода больных я видел случаи, не только не давшие улучшения, но даже с явным ухудшением того состояния, с каким больные прибыли на курорт.

Что представляет из себя курорт Курьи, как курорт для лечения сердечно-сосудистых больных.

По своим климатическим условиям Курьи (сочетание лесного и отчасти горного климата с нежаркой, ровной температурой) вполне подходит для курорта сердечных больных. Наличие же углекислых ванн, а также других гидро-электро-установок является моментом, повышающим лечебную ценность курорта, кроме его природных свойств.

Чем же тогда, спрашивается, можно объяснить те неблагоприятные результаты лечения, какие все-же мне пришлось видеть, работая в Курьях? Очевидно, причину этого нужно искать в том, что здесь были какие-то моменты, неблагоприятно сказывающиеся при лечении сердечных больных. Здесь прежде всего следует указать на отсутствие строго выработанных, ясных и точных показаний и противопоказаний к лечению на данном курорте, что, конечно, объясняется неизученностью курорта в этом направлении. Отсюда ряд фактов послышки больных, по своему состоянию непоказанных к лечению. Кроме того, на самом курорте имеется ряд недочетов, которые не могли не сказываться на успешности лечения сердечных больных, а потому, естественно, — все эти недочеты должны быть устранены, иначе результаты лечения будут неважные.

Главным из них прежде всего является нахождение углекислых ванн внизу, под горой, на что мною было неоднократно указано как администрации курорта, так и представителям УКУ при их посещении курорта.

Хорошая комната, где находится ванна, чистота в ней, отсутствие сохнувшего белья, что часто, к сожалению, наблюдается, удобство самой ванны, легкость вхождения, хорошо нагретая простыня для обтирания после ванны, удобство отдыха больного. Если эти мелочи не могут быть проведены в жизнь, лучше отказаться от применения углекислых ванн. Нужно помнить, что это процедура не безразличная: она легко приносит вред, а пользу только при тщательном соблюдении выше указанных условий, из которых первое и важнейшее — комфорт углекислой ванны. «Клиническая медицина», 1929 г., № 23—24). Между тем все это в той или иной мере отсутствовало в Курьях.

Кроме этого необходимо обратить внимание на самый способ приготовления ванн, который также оставляет желать много лучшего. (Слетов. — Водолечение, 1928 г. Лозинский А. А. — Бальнеология практического врача, ч. II и др.)

Итак, курорт Курьи, по нашему мнению, может служить «Уральской» станцией для лечения сердечных больных.

В виду частой засылки на Курьи непоказанных, считал-бы необходимым уточнить показания и противопоказания для лечения сердечных больных в Курьях. Мои предложения следующие:

Из заболеваний сердечно-сосудистого аппарата могут подлежать лечению в Курьях: т. н. сердечно-сосудистые неврозы, явления сердечной недостаточности при анемиях вторичного происхождения, сердечная недостаточность вторичного характера при эмфиземе, хронических бронхитах; функциональные страдания сердечной мышцы, функциональные и органические заболевания клапанов сердца в стадии компенсации при наличии достаточных запасных сил; умеренно выраженный склероз центральных и периферических сосудов без признаков нарушения функций венечных, мозговых и почечных сосудов; нерезко выраженная гипертония без одновременного органического заболевания сосудов сердца, мозга, почек.

Противопоказания: острые незаконченные воспаления сердца и сосудов, хронические в периоде обострения и декомпенсаций аневризмы, грудная жаба, неврозы с повышенной возбудимостью нервной системы, гипертония почечного происхождения.

Хирургическое лечение камней мочевого пузыря *)

Проф. Д. П. КУЗНЕЦКИЙ (Пермь)

Для диагноза камней мочевого пузыря в настоящее время пользуются исследованием металлическим зондом, цистоскопией и рентгенографией. Опыт научил, что только применение всех этих методов исследования ставит диагноз камня мочевого пузыря вне сомнения. Не даром рассказывали про знаменитого Thompson'a, во времена которого диагноз камня ставился исключительно на основании данных исследования металлическим зондом, что Thompson советовал при производстве литотомии иметь при себе камень, чтобы в случае ошибки в диагнозе показать этот камень и не огорчить таким образом больного. Но и рентгеновские лучи не всегда открывают камень, в чем я мог убедиться на основании 2-х случаев, проверенных цистоскопией и операцией. Случается и так, что при цистоскопии ошибочно принимают за камень слизисто-гнойные массы, скопившиеся на дне пузыря или некротизирующуюся опухоль. Но я здесь же подчеркну незаменимую диагностическую ценность рентгенографии и цистографии в тех случаях, где приходится иметь дело с комбинированным заболеванием камнями мочевого пузыря и мочеточников и рефлюксом, как это наглядно показывают демонстрируемые рентгенограммы оперированного мною больного. Итак, можно теперь утверждать, что точный диагноз камней мочевого пузыря должен ставиться на основании применения всех методов исследования, так-как применение одного только метода может дать иногда повод к ошибочным заключениям.

Переходя к терапии камней мочевого пузыря, я упомяну лишь вскользь, что все попытки растворить камни *in loco*, т.-е. в мочевом пузыре, даже при помощи такого остроумно сконструированного инструмента, какой предложил д-р Бронников в 1874 году, назвав его литолизатором, не увенчались успехом и не нашли применения в клинике.

До сих пор, исключительно, конкурируют между собой два способа: дробление камней в самой его совершенной форме—литолапаксия и высокое сечение. Едва ли можно теперь серьезно оспаривать прочно установившееся положение, что операцией выбора во всяком возрасте должна быть принципиально признана литолапаксия, как операция, не причиняющая больших страданий и быстро ведущая к выздоровлению. Конечно, в этом отношении высокое сечение не может конкурировать с литолапаксией. Однако, на практике вопрос о выборе между камнедроблением и камнесечением решается не всегда так просто. Я не буду перечислять всех тех довольно многочисленных положений, когда камнедробление не может быть применено, или вследствие чисто механических причин, будет-ли то сужение уретры,

*) Доложено на объединенном заседании Научно-Медицинского О-ва при П. Г. У, и Научной Ассоциации врачей, посвященном 50-му юбилею проф. В. И. Разумовского, 21 февраля 1931 года.

или чрезмерно большая предстательная железа или вследствие причин, зависящих от воспаления, атонии и малой емкости мочевого пузыря, или, наконец, от больших размеров и чрезвычайной твердости камня. Но прежде всего укажу на то очень важное обстоятельство, что камнедробление требует особого специального инструментария, большого опыта и особого искусства, а все это не всегда и не всем доступно. Следует помнить и о том еще, что при камнедроблении могут произойти во время самой операции очень неприятные осложнения, вследствие которых не удастся извлечь обратно через уретру литотриптор. Я сам был свидетелем того, как во время камнедробления в клинике проф. Федорова бранши клюва литотриптора разошлись в стороны; пришлось перепилить хирургической пилой пополам литотриптор, и операция была закончена высоким сечением. Вместе с камнем через разрез пузыря была извлечена и другая половина литотриптора. Таких примеров можно было бы привести не мало. С другой стороны при здоровом пузыре и достаточно широкой уретре небольшие камни сами собой напращиваются на дробление тем более, что в настоящее время можно для этого пользоваться прекрасным инструментом—сочетанием цистоскопа с литотриптором,—благодаря чему дробление камня производится под контролем глаза. На 25 случаев камней мочевого пузыря у 2-х больных я легко раздробил небольшие камни, спустившиеся после долгого пребывания в мочеточнике в мочевой пузырь, откуда они не могли отойти самопроизвольно в течение нескольких месяцев.

За последние годы операция высокого сечения пузыря несколько усовершенствовалась и вместе с тем упростилась. Хирурги теперь не только не боятся случайного ранения брюшины, но сознательно вскрывают брюшинную полость и делают внутрибрюшинный разрез мочевого пузыря для извлечения камня. Такое внутрибрюшинное высокое сечение пузыря, предложено по Скифасовским еще в 1887 году, за последнее время горячо рекомендует у нас в Союзе проф. Соловов, который на основании личного опыта утверждает, что чрезбрюшинный разрез мочевого пузыря заживает и быстрее и надежнее благодаря своему брюшинному покрову, и поэтому можно оперировать на мочевом пузыре совершенно так же, как оперируют на желудке и кишках. Я два раза применил трансперитонеальный разрез мочевого пузыря: первый раз—при повторном вскрытии пузыря для удаления электрокоагуляцией рецидивировавшей опухоли, другой раз на днях я удалил камень весом 25 грамм у больного 18 лет при гнойном цистите. В обоих случаях—гладкое выздоровление. Само собой разумеется, что при трансперитонеальном способе безусловно необходимо оперировать на опорожненном пузыре. Впрочем я и при внебрюшинном высоком сечении всегда оперирую на пустом, предварительно промытом пузыре. Насколько мне известно, так оперируют немногие хирурги, большинство же до сих пор предпочитает предварительно растянуть *ad maximum* мочевой пузырь воздухом или жидкостью.

Статистика смертности после камнедробления и камнесечения показывает, что разница здесь не так высока и колеблется при литолапаксии между 2 проц.—3 проц., а при высоком сечении между 2,3 проц.—и 4 проц. На 25 случаев высокого сечения при камнях мочевого пузыря я не потерял ни одного больного.

Нет никакого сомнения, что наложение глухого шва после камнесечения значительно ускоряет выздоровление больного и избавляет его от мочевых затеков, осложнений нагноением и долгого существования мочевого свища. Смертность при глухом шве гораздо меньше, чем при открытом лечении: при глухом шве намного более 2 проц., а при лечении по открытому способу около проц. При глухом шве после высокого сечения, который был мною наложен

41 раз (25 раз по поводу камней и 16 раз при опухолях мочевого пузыря) я не потерял ни одного больного. Первичное натяжение после глухого пузырного шва наступает, по статистике Трофимов 75,9 проц., у Федорова в 90 проц.; у меня на 25 случаев высокого сечения по поводу камней мочевого пузыря с глухим швом *prima intentio* наступила в 23 случаях, т. е. в 92 проц.

Что касается применения катера *a demeure* в послеоперационном периоде, то большинством хирургов он в настоящее время оставлен, и прибегать к нему приходится лишь при особых показаниях. Закупориваясь слизью и сгустками крови, катетр *a demeure* часто не оправдывает своего назначения. Кроме того он вызывает нередко уретрит и обострение катарра пузыря. По статистике Трофимова на 732 случая глухого пузырного шва в 523 случаях послеоперационное течение велось без катетра *a demeure*. Как показывает статистика, рецидивы камней после высокого сечения и камнедробления наступают почти что одинаково часто. Zuckerkandl, например, дает 12 проц. рецидивов после камнедробления и 11 проц. после высокого сечения.

Приходя к концу своего доклада, я на основании всего мною сказанного не думаю, чтобы можно было говорить о конкуренции двух методов хирургического лечения камней — камнедробления и высокого сечения. Оба метода в руках современных хирургов дают очень хорошие, я-бы сказал, прекрасные результаты. И я не ошибусь, если скажу, что в тех случаях, где есть возможность сделать литолапаксию, следует предпочесть эту операцию камнесечению, так-как она безопаснее и быстрее всего освобождает больного от болезни. Все остальные случаи подлежат высокому сечению. Замечу кстати, что и все неудачи при камнедроблении в конце концов устраняются высоким сечением. Некоторые хирурги утверждают, что встречается, правда, ограниченное число случаев, когда камень нельзя вынуть через высок. сечение. Это, по их мнению, бывает обыкновенно при повторном вскрытии пузыря, когда образовавшиеся над лобком рубцы совершенно изменяют анатомическую картину и мешают подойти к мочевому пузырю. «Кто не делал по второму или третьему разу высокого сечения на одном и том-же больном» пишет проф. Федоров, — тот не может себе представить, как трудно бывает иногда найти пузырь». В значительной степени это верно, и я могу на основании личного опыта подтвердить, что операция в таких случаях нелегка. Мне пришлось у одного больного сделать даже по 4-му разу высокое сечение по поводу упорно рецидивировавшей опухоли, несмотря на применение электрокоагуляции.

По второму разу я оперировал 5 больных. Во всех случаях я нашел сравнительно быстро пузырь и вскрыл его, не поранив брюшины. Наконец, в таких затруднительных случаях можно сделать внутрибрюшинное вскрытие мочевого пузыря, так как оно значительно легче и проще по технике, чем повторное внебрюшинное высокое сечение пузыря.

Необходимые требования подготовительного периода и рентгенотерапии кожных больных

Из Кабинета Поверхностной рентгенотерапии Уральского Областного Физико-Терапевтического Института

Д-РА А. П. ДЕВИРЦ

Причиной, побудившей меня написать эту статью, является тот факт, что участковые врачи в силу отсутствия доступной специальной рентгенологической литературы, лишены возможности усвоить хотя бы фазу подготовки больного при посылке его для лечения его рентгеновскими лучами в Физико-Терапевтический Институт. Это особенно касается больных, страдающих кожными болезнями, испробовавших на месте всю фармацевтическую терапию и, наконец, как «Ultimum refugium» посылаемых испробовать целительные силы физических методов в виде рентгенотерапии.

Я не буду подробно останавливаться на доказательстве огромной общественной значимости лечения таких кожных болезней, каковыми являются: стригущий лишай, парша, не поддающиеся медикаментозному лечению; упорные застарелые экземы и т. д. Думаю, что и без лишних и ненужных рассуждений это вполне ясно и бесспорно. Но мне хотелось бы в настоящей статье заострить внимание участковых врачей, посылающих к нам больных, на вопросе, имеющем актуальное значение для наших страховых организаций, ибо разумно проведенный подготовительный к рентгенотерапии период, сэкономит не одну тысячу рублей на территории нашей области.

Я позволю себе разобрать этот экономический вопрос, подведя под него строго научно-медицинскую базу, и прежде чем перейти к частным вопросам с указанием, что нужно делать при том или ином заболевании, я предположу необходимые требования, получившие в рентгенотерапии характер канонических установлений. Одним из требований, на которое надо обратить внимание лечащему врачу,—это состояние почек, так как почечные больные наиболее чувствительны к рентгеновским лучам, не болел ли посылаемый не так давно скарлатиной или каким-нибудь инфекционным заболеванием, могущим вызвать осложнение в виде воспалительного процесса в клубочках или дегенеративного процесса в канальцах почки. Думаю, что в настоящее время и при теперешних условиях снабжения участковых заводских их больниц аппаратурой и лабораторным оборудованием вряд ли может не представиться возможность исследовать мочу на белок и посмотреть осадок под микроскопом. И вполне естественно, что в таких случаях, где будет обнаружена паталогия, нет никакого смысла посылать больного для рентгенотерапии, а все свое внимание обратить на лечение почек, ибо в противном случае кроме ненужных трат на проезд сюда и обратно и содержание больного в общежитии, эта поездка ничего ему не принесет.

Другим, также не менее важным, вопросом является проведение больного, страдающего кожными заболеваниями, до рентгенотерапии на месте. Здесь необходимо остановиться на так называемых сенсibilизаторах т. е. веществах, повышающих чувствительность кожи к рентгеновским лучам; к таким веществам относятся все мази, содержащие препараты дегтя, серы, бальзамические вещества, иодформ, ксероформ и иод. Поэтому больные, предназначенные к рентгенотерапии, должны находиться под воздействием высушивающих нейтральных примочек (развед. Буровская жидкость), по крайней мере неделю-полторы. Приблизительно на этот срок лишить больных, страдающих экземами, мазей, содержащих металлы, как например: цинковые, и висмутовые пасты и др., ибо металлы сами по себе дают вторичные излучения.

Наконец, группа так называемых дерматомикозов, куда входит часто встречающийся в участковой практике стригущий лишай и парша, требуют более тщательной подготовки больных детей и здесь необходимо при посылке их для эпиляции растолковать и объяснить родителям, что для лечения лучами необходимо остричь волосы, оставив их не короче и не длиннее 1—2 сантиметров. Конечно, здесь также, как при других кожных заболеваниях должны быть исключены из терапии все указанные мази и примочки, содержащие вещества, повышающие чувствительность кожи к лучам и металлические ингредиенты. Тогда не будут иметь место случаи приезда с остриженными волосами машинкой № 0—1, когда приходится откладывать лечение на 10—15 дне, чтобы иметь возможность после эпиляции извлекать пинцетом волосы.

С'езды. Рефераты

Впечатления от научной командировки
в Германию

ПРОФЕССОРА М. А. РОЗЕНТУЛ (Пермь)

Основной целью моей научной 4½ месячной командировки в Германию было стремление изучить как методику гистологического исследования нервов кожи, так и изменения кожных нервов при различных дерматозах.

Эта задача была мною выполнена в лаборатории нервно-психиатрической клиники Берлинского университета, расположенной в Charit'e и находящейся в заведывании проф. Бонгеффера, которая много работает в области изучения центральной и периферической нервной системы. Исследователь нервов кожи наталкивается сразу на ряд трудностей, из которых главнейшие — это необходимость работать всегда с абсолютно свежим материалом, добытым без местной анестезии, так как последняя разрушает концевые нервные окончания; кроме того соединительная ткань, окрашиваясь одновременно и односторонно с нервной тканью, не дает возможности дифференцировать нервное волокно и изучить его; все же самое трудное заключается в основном, в отсутствии метода окраски нервов, который мог бы быть рекомендован для выполнения этих задач. Этими техническими трудностями и объясняется пробел наших знаний в области гистологии нервов кожи при различных кожных заболеваниях. Достаточно указать, что в современных прекрасных руководствах по гистопатологии кожи Tribaer, Kyrle и Gans'a об изменениях нервов кожи при ее заболеваниях почти совершенно не упоминается. Нам пришлось лично испытывать ряд существующих методов окраски нервов. Рекомендованный проф. Штером и Кадановым (Stohr, Kadanoff) метод о. Schultze (Naturanlauge Silber methode) был нами оставлен как неверный метод (сам Stohr указывает, что в некоторых случаях при правильной технике и он не получал положительных результатов), кроме того дающий даже в удачных случаях грубую картину нервного волокна. Способ Рахманова, по сути дела являющийся мало измененным методом Ramon y Cajal, не дал в наших руках удовлетворительных результатов. Чрезвычайно кропотливые методы окраски метиленовой синью по Догелю, ронгалитом, Гольжи были нами оставлены как не оправдывающие, в громадном большинстве случаев, время и труд затраченные на их проведение.

Мы остановились на окраске по Бильшовскому с некоторым видоизменением оригинального метода. С помощью этого метода окраски нервов нам удалось получить при ряде кожных страданий новые и очень интересные данные.

Результаты своих исследований в этой области я освещу в специальной статье, сейчас же будет более целесообразным перейти к изложению своих впечатлений о Германии.

В Берлине имеется большое число кожно-венерологических учреждений. Я останавлиюсь только на руководимых особо известными специалистами.

Университетская дерматологическая клиника, расположенная в Шарите, состоит из двух зданий: стационара и амбулатории. В здании последней помещаются библиотека, лаборатории и светолечебный институт. Клиника обладает радио, киноаппаратом для демонстрации научных фильмов, эпидиоскопом, ценной коллекцией муляжей и гистологических препаратов. Внешний вид клиники и вся постановка дела в ней оставляют желать много лучшего. Сразу чувствуется, что в клинике нет хозяина, нет твердой руки, нет единого плана в работе. Умер проф. Arndt, избранный его приемником швейцарский проф. Bloch медлит приездом и в результате всемирно известная клиника оставляет печальное впечатление. В амбулатории мужчины и женщины принимаются на разных половинах; все больные сразу входят в смотровую комнату, здесь же раздеваются и быстро сменяют друг друга под окрик ассистента, ведущего прием «следующий». В этом конвейерном приеме не слышно дифференциального диагноза, нет индивидуального подхода к больному. Никаких объяснений ни врачебной молодежи ни больному не дается. Рецепты стандартизованы. Курсовое лечение ведется в специальной комнате. Справедливости ради следует указать, что в мужской амбулатории ведет прием прекрасный специалист д-р Cottren.

2 больших венерологических отделения, служащие одновременно и целям преподавания, расположены в Вирховской больнице. Каждое из этих отделений обладает 400 койками.

Внешне совершенно одинаковые эти отделения отличаются своим руководством. Во главе одного стоит проф. Zohe, читающий студентам университета необязательный курс гонорреи, во главе другого всемирно известный проф. Абрам Бушке, именем которого назван ряд кожных заболеваний. Бушке читает также студентам-медикам необязательный курс социальной венерологии и для студентов всех факультетов профилактику венерических заболеваний. Для нас пример Бушке весьма ценен в том отношении, что показывает как в условиях обыкновенного больничного учреждения можно вести большую и ценную научно-исследовательскую работу.

Оба отделения оборудованностью не блещут. Правда, имеется радий, рентген, кварц и диатермия. Существует амбулаторный прием только больных ранее лежавших в этих отделениях. Понятно, что на 800 коек здесь можно встретить очень интересный материал, но дифференциального разбора больных здесь не слышно, равно как и об индивидуализации лечения, о конституции больного и молодому врачу учиться здесь трудно.

Университет еще обслуживает специальная кожно-венерическая больница, рассчитанная на 200 коек, расположенная в Шарлоттенбурге. Старое здание в готическом стиле, палаты со сводами, придают мрачный вид всей больнице, но это впечатление сглаживается благодаря дружной работе коллектива врачей, во главе которого стоит обаятельный человек — проф. Карл Брунс. Его ассистенты Александр и Кадис хорошо нам известны по своим работам в области микологии.

Специально женскую гоноррею обслуживает больница, расположенная в Рейникерсдорфе и находящаяся в заведывании проф. Феликса Пинкуса. Эта больница оставляет жуткое впечатление. Прежде, до уничтожения регламентации проституции, эта больница обслуживала исключительно задержанных больных проституток и потому она по внешнему виду напоминает средневековую тюрьму. Дефицит берлинского городского хозяйства не позволяет ввести улучшения в эту больницу. Проф. Пинкус, старый друг советского союза, известный нам не только по литературе, но и по всесоюзным венерологическим съездам, высокого мнения о советской науке и всячески старался быть мне полезным при выполнении моих задач.

В рабочем районе Берлина, в Бритце расположено еще одно кожно-венерическое отделение, которым заведует Эрих Лангер. Отдельные маленькие деревянные бараки, тесные, грязные палаты, где больные находятся в скверных гигиенических условиях. Само собою разумеется, что в капиталистической Германии, находящейся средства на постройку броненосцев, для постройки новой, соответствующей своему назначению, больницы в этом районе, средств нет.

Энергичный Лангер все же в этих скверных условиях ведет интересную работу. Помимо этих государственных учреждений в Берлине имеется ряд частных клиник, как, например, проф. Кромейфо, Ледерманна на Цельтене и т. д. Прекрасно оборудованные они доступны исключительно богатой клиентуре.

При существующем тяжелом экономическом положении Германии, несмотря на перепроизводство врачей и большую безработицу среди них, имеется сильное движение против открытия новых амбулаторий, которые сильно затрагивают интересы частных практикующих врачей.

За амбулаториями признают право и смысл оказания тех видов помощи, которые недоступны в обстановке частного врачебного кабинета, т. е. рентген, радий, лабораторные исследования, наложение специальных повязок, оказание скорой помощи и т. п. За клиниками признано право иметь амбулаторный прием, откуда можно было бы черпать материал для преподавания. Не встречает особых возражений и организация венерологических диспансеров.

Амбулатории обслуживают трудящиеся классы и внешний вид амбулаторий и их организация в капиталистической Германии вполне соответствуют этому. Я уже говорил о характере приема в амбулатории университетской дерматологической клиники, для лишней иллюстрации стоит остановиться на амбулаторном приеме в клинике всемирно известного проф. Бира. Бир, увлекаясь гомеопатией, решил, что резче и рельефнее проследить и доказать успех подобной терапии можно при кожных болезнях, поэтому он самостоятельно при своей поликлинике организовал амбулаторный прием по кожным болезням, пригласив для заведывания им Вильгельма Рихтера. Больные ждут приема в маленьком узеньком коридоре. Прием ведется в комнате 5 шагов в длину и 7 в ширину. Грязь, толчея, спертый воздух, трудно повернуться. Больные входят сразу, сначала группа мужчин, потом женщин и т. д. Входят сразу столько человек, сколько поместится. Здесь же раздеваются, принимают уколы, получают перевязки и т. д. Невольно задумаешься, для кого пишут прекрасные руководства немецкие специалисты. Невольно вспоминается поговорка «La theorie est ce que l'on sait, la pratique est ce que l'on fait» «Теория это то, что мы знаем, а практика то, что мы делаем». И на практике на деле, парад больных напоминающий известные так называемые «телесные осмотры» в царской армии.

Благодаря энергичной работе немецкого общества по борьбе с венерическими болезнями в Берлине организован ряд венерологических диспансеров, которые имеют в своей деятельности много общего с нашими. Эти так называемые Бератунгштелле (консультации) имеются почти в каждом районе Берлина и обслуживают только свой район. Некоторые работают 2—3 раза в неделю, немногие ежедневно. Некоторые, так называемые Untersuchungsstelle только исследуют больных, только ставят диагноз, но не лечат. Профилактическая помощь оказывается не только в этих учреждениях, но и на станциях скорой помощи. Адреса профилакториев и диспансеров вывешены во всех общественных уборных. Прием и раздача предохранительных мазей и презервативов производится бесплатно. Лучший и наиболее мощный диспансер находится в заведывании проф. Пинкуса. Стоит остано-

виться подробнее на его устройстве. Больной, входя в помещение диспансера, сразу подходит к окну регистратуры. Выполнив все формальности, получив № своей истории болезни, садится на стул в коридоре. Регистратор соединен со всеми кабинетами конвейером, через который в соответствующий кабинет пересылает врачу историю болезни обратившегося больного. Каждый врачебный кабинет соединен с коридором, где сидят ожидающие приема больные сквозными, узкими, небольшими кабинками, имеющими свою нумерацию. Как только освободилась кабинка, прилегающая к тому или иному кабинету, перед регистратором на особом зеркальном экране появляется электрическая надпись, гласящая, что кабинка, скажем, № 2 освободилась. Тогда регистратор с помощью электрической сигнализации (система кнопок) дает знать больным ожидающим в коридоре приема кому и куда надо направиться. В коридоре под потолком расположен стеклянный матовый экран, на котором появляется электрическая надпись «владелец билета № приглашается занять кабинку № 2». Надпись загорается и тухнет несколько раз. Владелец билета № вошел в кабинку № 2, в этот момент, под влиянием его тяжести, произошло соединение проводов и зажегся свет в кабине. Закрыв дверь кабинки на крючок, больной раздевается (доска приделанная к стене служит сиденьем, крючки вешалкой), но войти в кабинет к врачу по своему желанию не может; дверь, ведущая в кабинет врача с помощью электричества откроет только врач, когда освободится от приема предыдущего больного. Благодаря такой организации диспансера уменьшается время ожидания приема для больных, исчезает надобность в существовании специальной вешалки и обслуживающего персонала. К числу положительных сторон организации вендиспансеров еще надо отнести упрощение статистики, более четкое и подвижное наблюдение за больным, прекрасную взаимную связь с стационаром. Но есть, в сравнении с нашими вендиспансерами, и отрицательные стороны, а именно—не все диспансеры ведут ежедневный прием, многие принимают больных по 2 часа 3 раза в неделю, при лечении гонорреи не применяется метод жане, а это значительно упрощает работу врачей, делая, вместе с тем, конечно, и борьбу с гонорреей весьма проблематичной.

Ни у кого в Германии не возникает сомнений в необходимости лечить кожные заболевания с помощью физических методов, поэтому в каждом стационаре, в каждой крупной амбулатории имеются соответствующие установки. Широко применяется Крамайерская лампа. Лучший штатив по Цемаху.

Существует три способа лечения: а) на расстоянии 1—2 см. от кожи медленно водят горелкой вдоль и вокруг больного места в течение 10—15 минут, б) гладильный и в) компрессионный, при котором кровь изгоняется из сосудов и достигается более глубокое действие. Наконечники применяются разнообразной формы и кривизны в зависимости от места приложения. Фильтры (стекло в 2 мм. толщиной) применяются для гладильного белого, а для компрессионного метода всегда синий. Радий применяют для лечения злокачественных новообразований и для келоидов. В то время как Париж, Лондон имеют по 4 гр. радия, вся Германия имеет его много меньше. Хранят радий в негорючем шкафу, в комнате с каменным полом, чтобы капсула не завалилась случайно при падении на пол, окна заделаны мелкой решеткой, чтобы больной не мог капсулу передать комунибудь на улицу.

Рентген широко применяется для диагностики врожденного сифилиса и сифилиса аорты, но в терапии кожных болезней в зависимости от взглядов руководителя больничного учреждения. Так, Крамайер применяет рентген широко и, например, хвалит применение рентгена при *Acne vulgaris*. Другие более скептически и осторожно относятся к рентгенотерапии дерма-

тозов. В Вирховской больнице рентгенкабинетом заведует Букки, приглашенный из Америки. Здесь широко ведутся наблюдения над действием лучей Букки, т. е. пограничных (Grenzstrahlen) лучей, на кожные болезни. По сути дела лучи Букки являются чрезвычайно мягкими лучами Рентгена и обладают весьма поверхностным действием. Техника обращения с лучами Букки проще и аппаратура дешевле Рентгена. Наблюдая у Букки в течение 4½ месяцев результаты применения его лучей при ряде кожных болезней, я мог отметить несомненный успех, особенно когда Букки усилил дозировку, дойдя до 500 и даже больше R. Интересно, что успех отмечен в нескольких случаях Vitiligo и при микроспории, при чем излечение наступило без сопутствующей алопеции.

Последнее обстоятельство, если оно подтвердится на большом материале, будет иметь колоссальное значение для нас, так как до сих пор успех при грибковых заболеваниях волосистой части головы зависит всегда от тщательной и правильно проведенной эпиляции, что является весьма сложным и трудно достижимым. Еще рано подводить итоги, сам Букки призывает пока еще к изучению как дозировки, так и методики применения его лучей. Если у нас совершенно новым методом является коагуляционная диатермия (кальткаустика, по крайней мере, в Перми имеется только в моей и в клинике проф. Кузнецкого), то для Германии это пройденный этап, это успех вчерашнего дня, а сегодня в центре внимания диатермический нож. Ток, получаемый от нового аппарата «Cuto» отличается большой мощностью и служит как для обычной диатермии, коагуляции, так и для режущей диатермии. Ножом служит тонкая проволока, по желанию изогнутая в виде петли. Ток выключается и включается с помощью кнопок на рукоятке так назыв. Telerapid Schaltung по желанию оператора. Преимущества хирургической диатермии заключаются в том, что удаление тканей можно производить послойно, на любой глубине; например, при волчанке, ринофиме, т. е. попросту можно скоблить ткань, затем при этом нет кровотечения (гемостаз мелких сосудов), достигается полная асептика раны, нет опасности распространения инфекции и новообразований (закупорка лимфатических путей), операция идет молниеносно быстро и так как не наступает коагуляция тканей, можно, в случае надобности, рану зашивать обычным путем. Ткани почти совершенно не травмируются и быстро заживают. Коагуляционная диатермия с успехом широко применяется для удаления доброкачественных и злокачественных опухолей, татуировки, гипертрихоза, невусов, ангиом и т. д. Косметика, особенно хирургическая, сделала большие успехи. Немцы называют ее социальной косметикой. Поскольку для нас всякая болезнь социальна, т. е. или возникает в результате специальных условий социальной дисгармонии или сама по себе влияет на социальные отношения, мне казалось вполне понятным всякое обезображивание человека, независимо от причин вызвавших его, рассматривать в социальном аспекте. Но я получил совершенно другое объяснение.

Среди больных, которые приходят за косметической помощью, громадное подавляющее большинство трудящихся женщин в возрасте под 30 лет. Это живые манекены, продавщицы модных магазинов, служащие контор и т. п. Все эти женщины с ужасом отмечают каждую новую морщинку вокруг глаз, ведь она говорит об увядании, о наступающей старости. Кто в капиталистической Германии станет держать манекеном стареющую женщину, зачем держать старуху, когда на рынке миллионы безработных молодых, красивых девушек, которые лучше пожилых продавщиц привлекают покурателей и заказчиков. Ужас остаться без службы гонит на косметическую операцию, несмотря на то, что подобная операция производится только у частнопрактикующих врачей и стоит недешево. Вот почему, говорит

Гумперт, мы называем хирургическую косметику социальной. Техника удаления морщин разработана французской Noe в Париже. Техника несложна. При наличии морщин только вокруг глаз ограничиваются более простой операцией, при морщинах лица и шеи применяют методику несколько сложнее.

Смысл операции убрать излишнюю кожу, вызвать напряжение оставшейся. Следовательно, речь идет о временном омоложении, ничего общего с биологическим омоложением не имеющем. Операцию повторяют через 2 — 3 — 4 года, так как операция, конечно, старости не останавливает, и я видел женщин успевших сделать эту операцию уже по 4 — 6 раз. Во время операции следят, чтобы не убрать лишней кожи, иначе получится напряженное маскообразное лицо; для этого, натягивая кожу во время операции, проверяют, делают примерку как будет выглядеть физиономия после операции. Необходимо убрать кожу с обеих сторон строго симметрично. Для этих целей Ноель предложила специальный крангометр, а в последнее время специальной формы алюминиевые шаблоны, которые накладываются на кожу по краю уха, закрашиваются анилиновой краской и кожа точно по шаблону вырезывается и зашивается кетгутом. При морщинах лица и шеи также под местной анестезией проводят разрез по краю уха, заходя на висок и выделяя мочку уха ведут разрез за ухо назад, отделяют кожу от подлежащей ткани, натягивают кожу и удаляют всю излишнюю. Зашивают раны кетгутом и прикладывают компресс из Раваноля. Швы удаляют на 7-й день. Успех, хотя и временный, но несомненный.

В годы войны в Германии широко распространилось, особенно среди молодежи, увлечение татуировкой. Как известно, убрать татуировку без получения грубых обезображивающих рубцов мы не можем. В настоящее время с хорошим косметическим результатом применяют патентованную жидкость Макса Гирша «Antitactan» или выжигание диатермией. При шертрихозе только Кромайер еще пропагандирует электролиз, большинство же применяет диатермию. При *Acne rosacea* компрессия Кромайеровской лампой, при *Acne vulgaris* рентген и сера в крепких концентрациях (30 проц.). При келоидах применяют понтэфорез с пенсином или радий. Кожный рак выжигают диатермией и некоторые (Левенштейн) к этому еще присоединяют приложение на 4 часа радия.

Говоря о косметических болезнях кожи нельзя не упомянуть о методе лечения по Кромайеру зубо врачабными штанцами и борами. Их применяют с успехом при лечении *acne vulgaris*, *Phlegmonosa*, *miliun*, бородавок и т. д. Считаю излишним останавливаться на лечении некоторых особо часто встречающихся болезней. При микотических и дисгидротических экземах широко применяют смазывание едкой щелочью. Пiodермиты лечат местно 2 проц. раствором триафлафина и компрессами из риваноля. При Pemфигусе отмечен успех от плазмохина и спироуида.

При волчанке все применяют безсолевую диету Герзона. В Мюнхбергском люпозории я видел несколько тяжелых случаев волчанки, у которых с помощью одной только герзонской диеты получен хороший результат.

Золото применяют при волчанке, но от Трифоля, как и наша клиника, отказались, а теперь изучают Loric. Физиотерапевтически применяют кварц (модель Иессинека) плюс Соллюке. Больные медленно ходят по кругу в течение 15 — 20 минут, освещаемые кварцем и соллюксом, после чего отправляются в рядом расположенную ванную комнату, где принимают души переменной температуры, т. е. сначала из горячей, потом из холодной воды для возбуждения эзофилактической силы кожи.

При варикозных экземах и язвах широко и с успехом применяют внутривенное введение 6 — 10 см. 30 проц. раствора соли для зауставания расширенных вен. При дерматозах, связанных с аутоинтоксикацией, применяют с успехом чеснок. Удовлетворительные результаты лечения экзем-красивницы, кожного зуда, красного плоского лишая инъекциями через каждые 2 дня (от 2 до 16 см) селезеночного экстракта (Aldunen) свободного от белка. Очень хвалят при торпиданых, не поддающихся обычной терапии язвах и ожогах местную терапию инсулином. Инсулин ежедневно (1 раз в день) накапывается на рану и сверху покрывается индифферентной мазью или сухой марлей. Действие инсулина здесь местное, так как не влияет на сахар в крови. При фурункулезе назначается смесь витаминов (Левдриноза и Вигантоль). Склеродермию лечат ферментами поджелудочной железы. При интертригинозных дерматомикозах применяют порошкообразную борную кислоту или солянокисл. спирт (0,4 см. конц. сол. кислоты на 100 см. спирта). При уходе за кожей новорожденных совершенно справедливо запрещают применение пудр, а заменяют жирными кремами.

В области гонорреи открывают новые и новые препараты с причудливыми названиями; одно средство увядает не успев расцвести, так как его уже сменяет другое. Царствует все еще спринцовка Тарновского. В громадном большинстве амбулаторий лечение по Жане не проводится. Возникает вопрос, почему в этом вопросе немцы оказались столь консервативными? Ответ очень прост и надо его искать не в антипатиях немцев к французской школе, нет, на вопрос отвечает экономик. Для проведения жанетизации надо удлинить врачебные приемы, усилить вспомогательный персонал, а это сейчас экономически ослабленной Германии не под силу. Без Жане врачу проще и легче вести прием, но борьба с гонорреей вследствие этого делается проблематичной. При негонорройных уретритах применяют спринцевание хлористым кальцием. При осложненной женской гоноррее в полость матки вводят 0,5 — 1 см. гонок. вакцины. От тринафлавина, как и наша клиника, отказались. Фрибес и Нагель очень хвалят лечение осложненной гонорреи обоих полов впрыскиванием 1 — 2 см. живой культуры гоноккоков.

При сифилисе многие применяют инъекции каломеля (5 инъекций через каждые 4 дня: 0,25, 0,30, 3, 0,3 и 0,45) Ликвор исследуется не ранее конца 2 года после заражения. Надо отдать справедливость, должное внимание уделяется врожденному сифилису. Имеются хорошо оборудованные отделения специально для лечения сифилиса детей. Благодаря реакции Фрея улучшилась диагностика и резко участились случаи т. н. четвертой болезни — пахового лимфогранулематоза. Интересно, что эта реакция получается только при вовлечении в процесс кожи и читать ее результаты надо только через 48 часов, не ранее. Лечат паховой гранулематоз по Пинкусу впрыскиваниями туберкулина или хирургической диатермией. Возбудитель болезни все еще не известен; опыты на обезьянах пока еще не дали результатов.

Несколько слов о лечении кожных болезней по Бирю. Лечение идет по принципам: 1) антианафилаксии, т. е. понижение анафилактического симптома посредством предварительной десенсибилизации; 2) скептофилаксии, т. е. путем предварительной дачи в очень мелких дозах вещества, вызвавшего заболевание, реакция организма на последующее введение его же в больших дозах сводится к ничтожным реактивным явлениям. В общем все это объединяется школой Бира под именем «изопатии» (Лук: 1833), *aequalia aequalibus curantur* одинаковое излечивается одинаковым — агент, вызвавший болезнь ее и излечивает. В ряде случаев этот метод дает успех, например, при сальварсанных дерматитах введение интрадермально 0,1 см. раствора № 2 в разведения 1,0 на 100.000 дает выздоровление и даже в дальнейшем переносимость препарата. Успех наблюдается и при ртутных и других

дерматитах. Открываются широкие перспективы в борьбе с профаллергодермиями или, как у нас принято абсолютно неверно их называть, профдерматозами. Кстати, немцы совершенно справедливо настаивают на том, чтобы каждый рабочий перед поступлением на работу был бы испытан на аллергию с теми реагентами, с какими ему придется работать на производстве. Несомненно, что в этом единственно верный залог борьбы с профессиональными аллергодермиями.

Особо следует остановиться на всемирно известном сексуологическом институте Магнуса Гиршфельда. Институт расположен в центре Берлина, содержится на хозрасчете и принадлежит городской медицинской организации. Институт устраивает часто как популярные, так и для врачей, цикловые лекции. Институт изучает все стороны половой жизни человека. Он разбит на ряд отделов. 1-й отдел — изучает вопросы брака. Основные лозунги «Не вступайте в брак с закрытыми глазами», «Дети требуют здоровых родителей». Здесь даются советы вступающим в брак по вопросам общего здоровья, наследственности и более интимного свойства, касающимся гигиены брака и половой жизни, рекомендуются превентивные средства в отношении беременности и т. д.

2-й отдел — изучает психические стороны половой жизни — извращения.

3-й отдел — судебная экспертиза по половым правонарушениям.

4-й отдел — изменения потенции мужчин и женщин.

5-й отдел — библиотека и архив.

Успешная работа института в области сексуальной патологии подвела солидную базу для сексуальной педагогики.

В связи с затронутым вопросом следует остановиться на личности коммуниста врача сексолога т. Макса Годанна. Талантливый, прекрасно владеющий пером, Годанн успешно борется с мелкобуржуазными взглядами в области половых отношений, которые еще царствуют в Германии. В увлекательной форме он написал ряд книг по важнейшим вопросам сексуальной педагогики. По этому поводу коммунистическая «Welt am Abend» справедливо говорит «Факт большой важности — осветить вопросы пола широко и с тактом».

Переходя к вопросам больничного строительства, надо отметить стремление открывать в крупных центрах большие больницы для однородных болезней. Таким образом построен институт мозга в Берлине, громадные кожно-венерические больницы в Мюнхене и Лейпциге и т. д. Подобная организация не распыляет клинический материал, позволяет врачам собирать громадный опыт, вести наблюдения и научно-исследовательскую работу на большом материале, не распыляются и средства на оборудование, наиболее полно загружаются лаборатории, физиотерапевтические установки и т. п. и больной при этом имеет ряд преимуществ, все сосредоточено для его удобств и он обеспечен высококвалифицированной медпомощью.

Хотя мелкие палаты удорожают строительство, но они удобны для больных, поэтому рекомендуется иметь палаты на 10 — 6 — 4 — 2 койки и пару комнат по 1 койке для тяжелых больных. Желательно иметь палаты приспособленные в делению на две половины стеклянной стеной. Стены палат окрашиваются в различные цвета. Желтый приятен, красный раздражает, синий, голубой и зеленый успокаивают, фиолетовый угнетает. Зеленый вначале только успокаивает, потом угнетает. Голубой способствует сну, но на возбужденных людей действует скверно (кошмары). Поэтому больных помещают в палату с соответствующим состоянию больного цветом стен. Величина кровати 194×85; 195×90 см., для детей 160×70 и 165×70 см. Расстояние между кроватями равно от 70 до 110 см. Ночной

столык вышиной 87 см., крыт стеклом. Площадь из расчета 1,5 кв. м. на больного. В палате раковина для теплой и холодной воды. Почти у всех кроватей радионаушники. Комнаты для дневного пребывания уютно обставлены. Глубокие удобные кресла, письменные столы, широкие окна, приспособление для кино. Здесь же принимаются посетители. Стеклойной стеной отделена читальня. Балконы для лежания защищены от ветра, дождя и солнца. Они располагаются по бокам здания или на крыше. Столовые устраиваются отдельно от комнат для пребывания днем. Для персонала своя столовая. Столовые примыкают к кухонной комнате, где подогревается пища, доставленная из кухни и где хранится посуда. В умывальных комнатах один умывальник на 5—8 больных, для женщин закрытые кабины с биде для туалета половых органов. В уборных сидение на 15 м. и 10 ж. Для персонала отдельные уборные.

Ванны рассчитаны на 30 коек одна ванна, хотя раздаются голоса за устройство 1 ванны на 15 коек. В ваннах приборы для подогревания белья. Длительные ванны отдельно. Каждый вновь поступающий больной попадает в отделение только через ванну — входит, раздевается, моется, одевает больничное и на лифте поднимается в отделение. Комнаты для осмотра больных имеются в каждом этаже, в каждом отделении. Состоят из 4 комнат: первая ожидальная, вторая перевязочная, третья затемненная для уретро-утроскопий и т. п. целей (потолок и стены окрашены в черный цвет.) и 4-я рабочая комната для врача (лаборатория). Перед кабинетом главного врача или заведующего отделением приемная комната для посетителей.

Радий хранится в несгораемом шкафу.

В рентгеновском кабинете стены покрыты свинцом, теперь заменяют смесью бетона с патентованным составом т. н. «Lorey-platten». Для кварцевых ламп, дабы лучи отвечивали назад стены, покрывают алюминиевыми красками.

Фотографические комнаты оборудованы кранами с горячей и холодной водой, электрическими веерами и фенами для быстрой просушки пластин.

Лаборатории должны выходить на север, так как у окон помещаются лабораторные столы, то радиаторы отопления размещаются не у окон, а на противоположной стороне. Шкафы для реактивов вделаны в стены. Вода в умывальниках открывается либо с помощью ножной педали или при помощи крана, открываемого движением локтя. Везде вместо полотенец для рук применяются фены. Для термостатов, стерилизации, мытья посуды, для развешивания красок, для запасов лабораторных материалов — отдельные комнаты.

Во всех крупных больницах и институтах имеются залы для заседания, оборудованы эпидиоскопом, киноаппаратом и лампами для микрофотографирования. Во всех больницах имеются библиотеки для врачебного персонала и имеется коллектор для больных. Например, на библиотеку для больных в г. Эссене тратится ежегодно по 2 т. марок.

Следует остановиться еще на порядке хранения грязного белья в больницах. Грязное белье складывается в отдельной комнате в отделении, размещается в мешки и поступает в тоннель из глазированных труб идущих в погреб, откуда уже поступает в прачечную. Труба туннеля идет с крыши и в погребе соединяется с другой трубой; таким образом воздух в тоннеле идет сверху вниз, а в трубе снизу вверх; при падении мешка с бельем усиливается циркуляция воздуха.

Не мешает упомянуть о борьбе с шумом в лечебных учреждениях, что достигается главным образом прокладкой на потолке изоляционного материала (пробка) и особенно прокладкой вокруг труб водопровода и отопления. На дверях прокладка из резины-буфера.

В заключение несколько слов о рационализации:

Она достигается с помощью: 1) дисциплины, 2) техники, 3) организации. Каждый работник знает круг своих обязанностей. Врач разгружается от всякой технической неответственной работы, которая выполняется подсобным персоналом, который скорее, легче и дешевле подготовить для этих целей, так во всех лабораториях имеются препараты, прошедшие специальные курсы и стаж. Связь внутри здания осуществляется с помощью домашнего телефона, лифта и световой сигнализации. Пишущая машина широко применяется, все сестры и препараты знают машинопись и стенографию. Последнее экономит время и уточняет работу. В истории болезни многие данные записываются условными знаками. Много времени у врача сохраняется применение диктофона, т. е. аппарата, который записывает речь врача, которая, в свою очередь, может быть в любой момент воспроизведенной и записанной машинисткой. В лабораториях все реактивы помещены в порядке алфавита; вместо полотенец везде фены, что дает большую экономию в мануфактуре, мыле и т. д. при условии большой стерильности. Уборка здания и чистка полов ведутся с помощью пылесосов. В кухне применяется комбинированная электрическая машина, для чистки овощей, резки хлеба, мяса и т. д. в общей сложности производящая свыше 20 процедур. В прачечной все процессы механизированы и электрифицированы. Экономия света достигается применением на лестницах, в сенях, автоматических выключателей, зажигающих свет на короткий, но достаточный срок, чтобы подняться по лестнице.

В уборных, коридорах лампы не свыше 10 свеч, счетчики в каждом отделении. Экономия дорогого перевязочного материала достигается применением лигнина вместо ваты и лейкопласта вместо бинтов.

При постановке Вассермановской и осадочных реакций много времени экономит применение делительной пипетки, с помощью которой с абсолютной точностью вытекает жидкость в желаемом количестве.

В заключение несколько слов о мировоззрении немецких врачей.

Современная немецкая медицина в капиталистической Германии — классовая медицина, заинтересованная в сохранении буржуазного строя и выполняющая сообразно этому функции исключительно лечебные *); основная система врачевания — частная практика и конкуренция — двигатель практической медицины. Медицинские факультеты заполнены студентами из зажиточных классов. Перепроизводство врачей сильно беспокоит немецкие врачебные круги. Если в 1925 г. число студентов медиков равнялось 7708, то в 1930 г. их было уже 18.088 человек. Все чаще указывают на необходимость предостеречь молодежь от поступления на медфаки. При этом забывается, что результаты кризиса, в котором находится весь капиталистический мир, сказались на всех отраслях капиталистического хозяйства и, наряду с ужасающей безработицей пролетариата, не менее сильная безработица и среди инженеров, техников, педагогов, архитекторов и т. д. Подавляющее большинство немецких ученых — дети своего класса, шовинизм (DD. über Alles) и витализм владеют ими. Собственно говоря, на лицо примитивное мирозерцание философской установки, как таковой, у большинства нет. Отсюда бесплановость в работе, увлечение то гомеопатией, то изопатией и т. п. Враг Сальварсана Бушке тем не менее применяет широко спироцид дериват сальварсана слабее его по действию и хуже по переносимости.

В Германии республика, но республика своеобразная. Создается впечатление, что Вильгельм II отпущен социал-демократами в долгосрочный

*) От редакции. И лечебные и профилактические, но направленные в интересах охраны здоровья буржуазии.

отпуск и даже с сохранением содержания. В то время, когда рабочий класс Германии бьется в тяжелых тисках безработицы и нужды, большое число паразитов, т. е. члены королевской фамилии получают доходы со своих многочисленных поместий. По улицам Берлина, столицы республики, в своем автомобиле раз'езжает б. наследный принц, президент Германии специально отправляется на похороны б. баварского принца. Все улицы, сохранили имена б. королей, королей, принцев, и т. п. Тут и там встречаются школы, музеи, больницы, институты, носящие имена тех же Виктории, Августа, Луизы, Вильгельмов и т. д. и т. п. В кино большим успехом пользуются фильмы из жизни Фридриха Великого, которого каждый немецкий буржуа любовно-нежно и фамильярно называет «наш Фриц». И как апофеоз симбиоза германской буржуазии и социалдемократов можно ежедневно по радио слышать гимн монархической Германии «Deutschland, Deutschland über alles» — «Германия, Германия над всеми, выше всех в мире».

Германия страна равенства и свободы, так уверяет социалдемократическая и буржуазная печать. Я еще в дальнейшем скажу, как применяются равенство и свобода к рабочему классу в Германии, здесь же только упомяну, что только пару месяцев тому назад в этой стране свободы и равенства произошел еврейский погром, а на улицах, на стенах домов можно прочесть написанные несмывающейся химической краской надписи фашистов, воскрешающие нам лозунги денкинских банд «бей жидов—спасай Россию» Deutschland erwache—Judas vereske.

В царское время можно было встретить в России возмутительные надписи вроде «собакам и нижним чинам вход воспрещен», в республиканской Германии, в стране буржуазного рая в каждом доме, у парадного входа имеются не менее симпатичные надписи: «Eintritt für Herrschaften» — «Вход только для господ». В стране равенства надо, сказывается, знать кому можно на службе подать руку, а кому нет, кому следует предложить стул, а кого принять стоя и т. п.»

Берлин прекрасный город, красивый город. В центре прекрасный тенистый парк, по периферии города зеленые рощи, где расположены виллы богатей одна другой лучше. Но вместе с тем Берлин сдобообразный город; все улицы похожи одна на другую, дома похожи один на другой, как две капли воды. На целые кварталы тянутся дома одного роста, одной архитектуры и живущие в этих домах отличают свой дом по вывескам магазинов или по другим мелким признакам. Площади и те похожи друг на друга. На каждом углу табачный магазин Вольф и Лезера или пивная «Berliner Kindl», для рекламы снимающие только угловые магазины. Это еще более делает улицы Берлина похожими друг на друга. Но районы Берлина легко отличаются друг от друга. Так, Вестен, западную часть Берлина не спутаешь с Нордене, если даже не имеешь ни малейшего понятия в астрономии. В Вестене живет буржуазия. Шикарные магазины, шикарно одетая публика, автомобили, ночью ослепительно светло, сверкают рекламы кино, театров и кабачков. И только контрастом, резким пятном выделяются среди потока сытых откормленных людей голодные безработные и инвалиды войны, просящие милостыню.

В Нордене живут пролетарии. Глухо днем, глухо ночью. Здесь не встретишь нарядной публики, здесь нет ослепительного света, здесь не увидишь сытых, самодовольных лиц, здесь не встретишь и калек и нищих, здесь не у кого просить милостыню, здесь живут обнищавшие, полуголодные рабочие и голодные безработные.

В Вестене очень часто встречаются надписи «сдаются 6—7—8 комнат», а вот на Дрезденской выставке демонстрировалось жилище рабочего: сырая, темная комната 4 м. × 2 м., в ней живут 4 взрослых и 3 детей. Так живут

в Германии 750.000 семей, общим числом 3 миллиона человек, т. е. каждый 20 немец. На той же выставке отмечено, что каждый пятый ребенок в Германии не имеет своей отдельной кровати. Из каждых 10 ребят четверо должны работать в неделю более 48 часов. Каждый 8 юноша работает по воскресеньям и каждый 5-й не пользуется за год отпуском. А из имеющих службу 50 проц. всех служащих и рабочих получают в месяц жалованья менее 100 марок и только 8,1 получают свыше 200 марок.

Экономический кризис, охвативший весь капиталистический мир, не пощадивший ни С.-А. С. Ш., ни Францию, где тоже растет безработица, особенно тяжело сказывается на Германии. План Дауэса, Юнга, мероприятия социал-демократов, переложивших все послевоенные тяжести на рабочий класс Германии, делают его положение особенно тяжелым. Немецкая буржуазия, зажатая мировым экономическим кризисом в капиталистическом хозяйстве старается с помощью «броненосных» социал-демократов спасти свое положение за счет рабочего класса. Буржуазией брошен лозунг: «Отечественная индустрия в опасности, переживает кризис, нет рынка» и положение должен спасти рабочий класс, опять на его спину переносится вся тяжесть. Ему уже снизили на 8 проц. зарплату, предстоит еще снижение, вводится рационализация, которая превращается в выкидывание соков из пролетариата. Машина выкидывает новые сотни рабочих из производства. Все измерено, все выверено. Ослабленный человек не в состоянии поспеть за машиной. Но даром буржуазия денег не платит. Зачем держать слабых и старых, когда на бирже труда есть молодые, здоровые силы среди миллионов безработных. Вспомните кто идет на операцию удаления морщин? Идут на все, лишь бы казаться моложе, иначе ждет голод. Молодой работает лучше старого. В то время, когда рабочий класс Германии бедствует, все контрреволюционные генералы получают громадные пенсии и все эти баснословные оклады высших государственных чиновников падают опять таки на плечи германского пролетариата. Растет безработица с каждым днем. Угроза стать безработным висит над каждым трудящимся, не все получают пособие по безработице, да и на это нищенское пособие можно просуществовать несколько дней, а дальше? Какой исход? Недаром германские газеты ежедневно сообщают о самоубийствах среди безработных. Зато буржуазия широко пользуется всеми благами жизни. Это для нее выставлены в окнах шикарных магазинов роскошные автомобили, для нее шикарные кафе и кабаки. Женщины буржуазии щеголяют в дорогих туалетах, а жены и дочери рабочих, женский пролетариат заполняет кадры проституции. Вечером нельзя одному идущему мужчине пройти по главным улицам Берлина. Голодные проститутки хватают проходящих мужчин за рукав, тянут за собою и не только ночью, но и днем на Фридрихштрассе, особенно в пассаже, та же самая картина. Буржуазия ищет сильных ощущений. На улице выставлены рекламы модных кабарэ, выставлены фотографии артисток, танцовщиц в костюмах Евы, без прикрас, в пикантных позах. Но и это уже не раздражает. Стало обычным. Надо новое. И открывается новый кабак Эльдорада, где процветает гомосексуализм. Этим живет буржуазная Германия, культурный Запад, как видите, дегенерация и разложение.

Германия взволнована событиями. Рабочий класс, изверившийся в меньшевиках, еще осенью при перевыборах в рейхстаг отдал большинство своих голосов коммунистической партии.

5 декабря 1930 г. безработные Берлина впервые в таком огромном количестве вышли на улицы под руководством германской коммунистической партии и дефилировали стройно, организованно с криками «хлеба, работы, долой социал-демократов». Эти демонстрации продолжались

7 и 10 декабря. Эта демонстрация рабочего класса, как и сорванная перед тем социал-демократами забастовка металлистов вызвала панику среди буржуазии и социал-демократического правительства. Последнее лишь бы не сдать своих позиций коммунистам уже давно идет на поводу буржуазии, теперь же открыто встает на поддержку социал-фашистов, т. е. оголтелых монархистов черносотенников. Эта партия, еще недавно занимавшая в Германии 9 место, теперь после перевыборов в рейхстаг заняла 2 место. Она наполнилась немецкой мелкой буржуазией, чиновничеством, т. е. теми лицами, которым улыбается монархия, шовинизм D. D. uber alles и на ряду с этим улыбаются лозунги фашистов, пересмотр мирного Версальского договора, долой план Юнга, долгов не платить и т. д., но в остальном черносотенная программа. Вот эти партии немецкие социал-демократы протянули руку, создав единый фронт борьбы против коммунистов. Когда я уезжал национал. фашисты сорвали первое представление кинофильма по известному роману Ремарка, по роману получившему мировую известность «На западе без перемен». Этот роман, по заявлению национал-фашистов, оскорбляет немецких патриотов. На другой день социал-демократические вожди приняли с помощью полиции меры к тому, чтобы фильм шел без помехи, а сейчас из газет мы знаем, что все же под давлением национал-фашистов этот фильм запрещен по всей Германии, снят с репертуара. Нет дня, чтобы в газете нельзя было прочесть, что там то произошло нападение фашистов на коммунистов и только среди коммунистов насчитываются жертвы. Объясняется это тем, что фашисты прекрасно вооружены и полиция на это смотрит сквозь пальцы. А вот во время похорон старого коммуниста Менцеля рабочие пришедшие отдать последний долг товарищу, были разогнаны полицией дубинками. Здесь германская полиция была на высоте своего долга.

Рабочие начинают прозревать, последние события и рост коммунистического движения этому свидетели. Растут симпатии к нам, к Союзу СССР. Мы, с точки зрения немецкого буржуа, варвары. Но в культурной Германии в школах бьют детей, а на улице можно видеть часто, как родители воспитывают зверским боем подрастающее поколение. Мы издавна привыкли убеждать себя, что на западе все лучше нашего и люди лучше нас. Был я в одном из лучших берлинских театров, в театре Пискатора, на представлении пьесы, где трактуется вопрос об абортах. По сути дела этот вопрос в Германии разрешается таким образом, что богатой женщине это доступно, она в состоянии это сделать в частной лечебнице, но пролетарке это недоступно, ей грозит тюрьма, ей угрожает ст. 218. В пьесе агитирующей за пересмотр этого закона идет горячая ссылка на законы Союза ССР и действительно к нам обращены взоры немецкого пролетариата, который с восхищением следит за нашими достижениями. Мы бедны, мы во многом еще должны учиться, много должны перенять от запада, но во многом мы его уже перегнали и мы являемся для человечества вестниками нового светлого мира, и на нас смотрит пролетариат запада, на нас устремлены его надежды.

Невольно вспоминаются слова немецкого поэта Гейне, сказанные им перед его смертью 18-XI 1856 г.:

«Старое общество давно осуждено и приговорено. Да будет разрушен старый мир, где царит несправедливость, эгоизм, где человек человека заставляет голодать.

Да свершится справедливый суд, и как можно скорей, добавим мы от себя.

XI Всесоюзный съезд терапевтов

Г. Н. УДИНЦЕВ

XI Всесоюзный съезд терапевтов открылся 27 января в Москве в помещении 2 ММИ. Небывалый по количеству участников 1.794 чел. (с Урала 24 чел.), имеющий в своих рядах иностранных представителей—генерального сектора лиги по борьбе с ревматизмом д-ра Von-Breemen, съезд фиксировал свое внимание на актуальных вопросах, медицинских проблемах, выдвигаемых темпами социалистического строительства.

Представитель НКЗ тов. Попов в своем докладе исчерпывающе развернул «задачи социалистической реконструкции медицинской науки и народного здравоохранения». «Мы вступили в 3-й год пятилетки, реконструктивный год, когда и медицинские науки и здравоохранение должны быть резко изменены»,—говорит т. Попов.—«Здравоохранение должно встать на путь борьбы за снижение заболеваний, за саминимум, выдвигая на первую линию пункты первой помощи, единый диспансер, всемерно участвуя в поднятии производительности труда. Положение о преимущественном обслуживании активных участников социалистической стройки—ударников, энтузиастов, вопрос о закрытых мед.-учреждениях по типу закрытых распределителей—вопрос сегодняшнего дня».

Если в здравоохранении намечается перелом работы, то тем более нужно изменение в научной работе. Наука, отвлеченная от жизни, часто служащая интересам буржуазного класса, не нужна пролетариату. Марксистско-ленинская методология—единственно правильный путь. Планоность работы, коллективный труд, изгнание академизма, увязка с практическими задачами, например, борьба с социальным злом—ревматизмом, участие в деле рационализации питания, в социалистическом строительстве и т. д. и т. п.—вот путь, по которому должна идти и развиваться медицинская наука, ориентирующаяся на активное участие в стройке социализма.

XI съезд попытался подойти к решению целого ряда социальных проблем. Основной программный вопрос—ревматизм и борьба с ним—освещен был в докладах проф. Кончаловского, Бухштаба, Дитерихса, Мезерницкого, Киселя, Гуревича, Талалаева, Данишевского и д-ров Von-Breemen'a, Горникова и Бобкова, Гинсбурга, Гербста, Юрьева и др. Современная клиника в центре своего внимания ставит изучение этиологии болезненного процесса, понимая под этим не искание единой причины болезни, а глубокий анализ эндогенных факторов (наследственность, генетика, конституция) и экзогенных влияний социальной среды (профессиональный труд с его вредностями и травмами, метеорологические условия и пр.) Анализ профессиональных вредностей имеет первенствующее значение, ибо из всех экзогенных факторов они имеют преобладающее значение в этиологии ревматизма. Понимание этиологических и патогенетических факторов в значительной степени предопределяет прогноз, профилактику и лечение каждого индивидуального случая ревматизма. Задачи врача клинициста и врача общественника в этом вопросе должны быть синтезированы. Среди многих причин ревматизма мы общими, соединенными усилиями должны рассмотреть ту, которая имеет преобладающее значение. Тогда с ее устранением «мы скорее вернем заболевшего ревматизмом к здоровью и труду»,—так открыл обсуждение проблемы председатель комитета по борьбе с ревматизмом в СССР проф. М. П. Кончаловский. Выступавший затем д-р Von-Breemen отметил некоторые очень интересные моменты в течении ревматизма. Так, он говорил, что у ревматиков раньше более имелось понижение температуры рук и ног; иногда эта разница может достигать больше 6 гр. Здесь, по мнению докладчика, играет большую роль конституция—строение капилляров, проблема, на которую фиксируют внимание французы. Отсюда плетизмография, капилляроскопия и др. способы изучения не должны забываться. Из бытовых факторов, по мнению Von-Breemen'a, в развитии ревматизма главное значение имеет сырость.

Дальше выступил с обстоятельным докладом доц. Талалаев—«О патологической анатомии острого ревматизма и ревматических заболеваний». По его мнению, самое типичное и в то же время постоянное место локализации ревматического процесса—сердечно-сосудистая система и самые типичные изменения обнаруживаются в сердце. В миокардии ревматические узелки локализуются главным образом периваскулярно, затем в эндокарде, в клапанах. Преимущественно поражается левое сердце, при этом задняя стенка его. Кроме поражения мелких сосудов, иногда наблюдается поражение и крупных, например, аорты. Таким образом в результате поражения сердечно-сосудистой системы возникают ревматические склерозы клапанов сердца (пороки), ревматические кардиосклерозы (миокардиосклерозы).

Типичная картина ревматического процесса наблюдается и при ревматических полисерозитах, главным образом, перикардитах, что служит доказательством того, что полисерозит развивается на ревматической базе.

Этого нельзя сказать относительно поражения суставов. Талалаев на большом материале ни разу не видел возникновения специфического ревматического процесса суставов, что, по его мнению, является доказательством того взгляда, что полиартрит не является симптомом основного страдания, а лишь наслоением и симптомом анафилактического порядка.

Следующим практически важным моментом, на котором остановился Талалаев, был вопрос: когда ревматика надо считать здоровым. Как известно из клинической практики, полиартрику разрешается встать с постели, говорит Талалаев, как только спадет припухлость и боли в суставах, что наступает в конце 2-го месяца болезни. К этому времени врачи признают ревматика практически здоровым и выписывают из больничного учреждения. Возвращение ревматика к его повседневной работе, по Талалаеву, на 3-м месяце едва ли допустимо: он должен быть выдержан в постели несмотря на исчезание полиартрического симптома еще не менее 3-х месяцев и 2 месяца в санаторных условиях при ограниченных движениях. Подобное заключение автор делает, судя по массовому патолого-анатомическому материалу, из которого видно, что на весь цикл ревматического процесса уходит около 6-ти месяцев, именно: высыпание новых ревматических узелков прекращается к концу 2-го месяца (и у больного снижается температура). В следующем за острым в холодном или, по Талалаеву, репаративном периоде один месяц идет на формирование узелка, два на ассимиляцию белковых масс, один месяц на рубцевание.

Процесс этот циклический и лишь через 6 месяцев в анатомическом смысле слова наступает выздоровление.

Еще одна выдержка из доклада Талалаева: «Полиартрический симптом с патолого-анатомической точки зрения есть благоприятный в прогностическом отношении симптом болезни. Отсутствие же этого симптома ухудшает прогноз в отношении тяжести анатомических изменений клапанного аппарата сердца».

С общим докладом о проблеме клиники ревматизма выступил затем проф. Л. В. Бухштаб. По Бухштабу термин ревматизм должен быть сохранен. Вся беда в том, что мы не всегда можем отделить истинный ревматизм, особенно, если перед нами немые формы.

Бухштаб полагает, что аллергия к охлаждению может дать указания на истинный ревматизм. По его данным изучение биологических реакций ревматизма на охлаждение — падение кровяного давления, падение лейкоцитоза, нарастание эозинофилии и т. д. — вот те опознавательные пункты, в направлении которых должно идти дальнейшее изучение вопроса.

Следующим докладчиком был доц. Данишевский. По Данишевскому Урал является особенно неблагоприятным в отношении ревматизма. Этот факт заставляет нас серьезно призадуматься, особенно сейчас, в период стройки Большого Урала, в период разветвления боевыми темпами социалистического строительства. Детальное изучение затронутого важного вопроса — вопрос сегодняшнего дня.

Выступавшие затем по вопросу об унификации классификационных схем проф. Кисель и Дитерихс (а в прениях Валединский, Гельман и др.) считают, что пока единой классификации еще нет. Необходимо дальнейшее накопление материала.

Отмечу здесь, что как терапевтический съезд, так и первое Всесоюзное Собрание по борьбе с ревматизмом, происходившее в Москве 25 и 26 января, не пришли к единой классификации ревматических заболеваний.

Следующим вопросом в проблеме ревматизма было лечение ревматических заболеваний. Здесь выступили проф. Гуревич, представивший с исчерпывающей полнотой лекарственное лечение, физиотерапию, механо-терапию, курортное лечение, аутогемо-вакцино-органотерпию; д-р Гербе, рекомендовавший лечение ревматизма по способу Морица, т. е. сочетанием салициловой терапии в умеренных дозах (3 — 4 гр) с гидротерапией; д-р Юрьев — аутогемотерапию при остром ревматическом полиартрите; д-р Гефтер — активную терапию тонзиллотомии с последующим вливанием collargol'a; д-р Цвиловская рекомендовала не проводить салициловую терапию в комбинации с содой, ибо сода в значительной мере ускоряет выделение салицилата; д-ра Горшков и Бобков рассматривают ревматизм на основании опытов Сперанского, как особую форму нервного дистрофического процесса и рекомендуют усиливать проникновение салицилового натрия «буксированием», — увеличением проницаемости особой защитной системы «барьера». Этот способ механический, основанный на быстрой смене колебаний давления в замкнутой костями и оболочками полости черепа и позвоночного канала (употребляется для этой операции шприц в 10 гр.). Результат превзошел все ожидания: эффективность действия салицилового натрия сильно повышалась. Часто эффект обнаруживался уже в течение первых 10—20 час. Были наблюдения, когда не только субъективные, но и объективные тяжелые явления исчезали в течение 48 час. Средний срок пребывания в больнице для острых случаев сократился больше чем на 20 проц.

Доклады Данишевского, Невраева и Охтинского об отдаленных результатах курортного лечения ревматических больных говорят, что после лечения на курортах 52

проц. лечившихся вовсе перестают в течении года терять трудоспособность вследствие ревматизма. У лиц, у которых наблюдались рецидивы нетрудоспособности после курортного лечения, длительность ее уменьшалась на 46 проц., т. е. курортное лечение, основной в настоящее время метод лечения ревматических заболеваний, — выгодно с экономической стороны. Выгодно оно и в смысле повышения производительности труда рабочих.

Таким образом, хотя работа съезда по ревматизму была громадная, внесено много интересных и практических важных указаний, предложений, но классификации пока съезд не дал, недостаточно четко наметил пути дальнейшего развертывания работ в социально-профилактическом направлении, не внес предложений как повысить участие общественных организаций в борьбе с ревматизмом, вызвать встречную волну рабочей инициативы и т. д.

Следующей программной темой была — «Пневмо-склерозы и пневмо-конйозы», освещенные проф. Рубелем, д-рами Луканиным, Шейниным и др. Третьей программной темой была — «Антагонисты туберкулеза».

Основной доклад проф. Стражеско «Сердце и туберкулез» поколебал прежнее представление о несовместимости туберкулеза легких с заболеваниями сердца. В настоящее время антагонизм между заболеваниями сердца и туберкулезом легких понимается в том смысле, что некоторые из них (стенозматрального клапана), вызывая гиперемии легких и перестройку всего организма, влияют на эволюцию туберкулезного процесса в благоприятном смысле.

Другими антагонистами туберкулеза являются наследственная артритическая конституция и те хронические инфекции, при которых, благодаря постоянному раздражению в организме мезенхимы легко наступает пролиферация соединительно-тканых элементов с последовательным склерозированием их (ревматизм, артритизм, эмфизема, сифилис). Аллергическое состояние организма при этом также является антагонистическим фактором.

Проф. Эйнис указал, что наблюдаемое в клинике ухудшение функционального состояния сердечной деятельности у больного, страдающего выраженным туберкулезом, является результатом преимущественного воздействия токсических факторов на сердечно-сосудистую систему и регулирующие ее нервные и эндокринные приборы. Д-р Мейерсон о взаимоотношении сифилиса с туберкулезом отметил, что: 1) туберкулез имеет различное течение в зависимости от того, с каким периодом сифилиса он сочетается; 2) старый доброкачественно-протекающий туберкулез легких приобретает острое течение, когда к нему присоединяется люэтическая инфекция и 3) туберкулез, возникающий в организме старого люэтика, характеризуется резко выраженными склерогенными тенденциями, определяющими его течение, как фиброзного, весьма доброкачественного, торпидно-протекающего, дающего, однако нередко резко выраженные метатуберкулезные изменения.

С большим вниманием выслушан доклад проф. Минора об «ишиасе», как начальном симптоме туберкулеза легких. Минор указывает, что среди разных тревожных симптомов, дающих нам знать о каком-то патологическом явлении в организме, одно из первых мест занимает симптом боли. Так боли в пятках и самых нижних частях голени указывают на поражение шейки матки, жжение кожи темени — поражение среднего уха, жжение болеезади — поражение горла и т. д. Поражение седалищного нерва часто указывает на имеющийся туберкулез легких. Минор полагает, что циркулирующих в организме яд до оседания его в том или другом месте — легких почему-то избирательно поражает то седалищный нерв (как это имеет место при тбк), то другие части тела.

Отмечу, что съезд был необычайно загружен докладами, почему времени для прений оставалось слишком мало. Оратор мог говорить 3, редко 5 минут. В силу этого перед съездом с калейдоскопической быстротой прошли серьезнейшие выступления проф. Плетнева, Алексеева, Сперанского, Грекова, Валединского, Лепорского и др.

30 го вечером официально съезд был закрыт.

В заключительном заседании съезд обсудил новый устав Всесоюзного Общества Терапевтов, избрал президиум нового общества; наметил доклады для будущего съезда (через 2 года в Ленинграде): 1) Методологические основы химического исследования больных внутренними болезнями. 2) Грипп, его клиника, этиология, профилактика и социальное значение. 3) Гастриты, их клиника, этиология, профилактика и социальное значение. 4) Заболевание сердечно-сосудистой системы и трудоспособность.

Попытки терапевтического применения холестерина при септических заболеваниях

D-r Joaxfm Finger — Monatschrift fur geb. und gynacol. № 1/2—1931 г.

Исходя из наблюдений, что падение холестерина в крови при инфекционных заболеваниях имеет плохое предсказание, повышение же содержания—наоборот,—автор применял внутренние вливания холестерина в 37 случаях септических послеродовых заболеваний. Всего им сделано 264 инъекции. Наибольшие трудности получаются в приготовлении самого препарата. Препараты, изготовленные по просьбе автора различными германскими фабриками, все-же страдают теми или иными недостатками. При наличии бывшего сифилитического заболевания введение раствора холестерина в кровь опасно. Полученные относительно хорошие результаты от такого лечения требуют его дальнейшего испытания.

Гормональная стерилизация женского организма

ПРОФ. ХАРБЕРЛАНДТ

«Monatschrift fur geb und gynacol» № 3—1931 г.

Как известно, наличие истинного желтого тела и разрастающихся интерстициальных клеток яичника во время беременности оказывает подавляющее действие на созревание фолликулов.

Автор в течение ряда лет пытался экспериментально получить временную стерилизацию организма самки путем подкожной имплантации яичника беременной самки в организм зрелой не беременной, стремясь тем самым создать условия естественного подавления созревания фолликулов.

Удачные результаты позволили автору поставить ряд дальнейших опытов на кроликах, которым он вводил с этой-же целью яичниковый препарат (variolo-ton) путем инъекции. В дальнейшем он убедился, что вещества, подавляющие овуляцию, находятся и в плаценте. Опыты с кормлением белых мышей обоими препаратами (из яичника и плаценты) привели к временной гормональной стерилизации. За прекращением кормления покрытая самка быстро беременела, но ближайший помет был меньше обычного (3 вместо 6—10).

В течение 2-х последних лет по заданиям автора органо-терапевтическая фабрика Richter в Будапеште работает над изготовлением препарата для внутреннего употребления.

Автор надеется в ближайшем будущем выпустить препарат под именем Infecspadin для клинического испытания его, как средства, гормональным путем вызывающего временное бесплодие.

В. Перетц.

7-й Интернациональный конгресс по регулированию деторождения в Цюрихе в сентябре 1930 г.

(Zentralblatt fur Gynacologie 1931 г. № 2.

Конгресс был представлен врачами специалистами всего земного шара. Из сообщений выяснилось, что в Токио функционируют 68 консултации по регулированию деторождения; в Индии образовалась неомальтузианская лига, в Китае готовятся к конгрессу по регулированию деторождения. В Нью-Йорке с 1928 г. были обучены пользоваться противозачаточными средствами 19.000 женщин. В Англии за 9 лет (с 1921 по 1930) обучено 45.000 женщин. В течение 2-х лет в Берлине в 7-ми консултациях обучено 2.205 женщин. Ruben-Wolff сообщила, что в России пользуются противозачаточными средствами обучают каждую желающую, тем не менее рождаемость все время идет вверх, что по ее мнению, является лишним доказательством, что рационализация деторождения не должна быть идентифицирована с падением рождаемости.

Конгрессе в общем не сказал для нас ничего нового, не предложил ни одного неизвестного нам противозачаточного средства. Строгая перекрестная критика всех противозачаточных средств констатировала процент случайных зачатий при пользовании ими в среднем 2—3. Конгресс закончился открытым собранием, в котором ряд участников профессоров и врачей говорили «о мире на земле и увеличении народонаселения»?!

В. Перетц.

Из заседания акушерско-гинекологического общества в Берлине 31 мая 1930 года

Martens (Берлин), указывая, что нет пиэмии без гнойного тромбофлебита, считает, что консервативное лечение пиэмии, дающее почти 100 проц. смертности, не должно иметь места и рекомендует перевязку вен. Из 27 случаев ему удалось таким образом излечить 17 женщин. Необходимое условие: ранний диагноз и, елико возможно, ранняя операция. Для лигатуры пользоваться самым толстым шолком, дабы избежать прорезывания. Перевязка *venae Cava* или обеих *iliacae communes* переносятся хорошо; экстра периотнеальный способ перевязки имеет значительные преимущества. Принимавшие участие в прениях Schaefer Sultan Schröder и др. в общем на основании своих случаев подтверждают положения докладчика, почти всеми отмечается трудность ранней диагностики пиэмии. Немногие, и в том числе Stoessel указывают, что далеко не всегда (даже при операции) можно на основании клинической картины диагностировать тромбоз вен (и, следовательно, пиэмию).

Возможно, что многие случаи излечения обязаны тому, что пиэмия вообще не имела места. У нас нет пока возможности подвести под этот вопрос научный фундамент. Однако, мы должны постараться в интересах больных разрешить этот вопрос эмпирически; для этой цели необходимо ввести широкие показания и возможно раннюю операцию. Если бы не удалось добиться положительных результатов, то способ, предложенный Martens'ом, должен быть прекращен.

В. П.

„О Стафилококковом сепсисе“—Вильгельма Фезенталя

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Band Heft 2 1930 г.

Автор в обширной работе приводит 62 случая наблюдавшегося им стафилококкового сепсиса. В определении понятия о сепсисе он разделяет взгляд Schotmuller'a, не проводящего разницы между септикой и пиэмией. [«Сепсис, говорит Schotmuller имеется налицо, если в организме образовался очаг, из которого постоянно или периодически поступают в кровеносное русло патогенные микроорганизмы, вызывая при этом ряд субъективных и объективных симптомов». Наиболее частый возбудитель сепсиса в нисходящем порядке—стрепто стафилококк, пневмо, гонококк и другие.

Так, на 302 случая сепсиса (Bertelsmann, Canon, Leuhartz) было стрептококковых 250 и стафилококковых 52.

Автор считает, что говорить о сепсисе можно только в тех случаях, в которые повторные исследования крови обнаруживали наличие бактерий, и где клинические симптомы подтверждают диагноз. Наилучшее время для взятия крови на посев—начало зноба; после зноба в большинстве случаев кровь становится более стерильной. В то время, как для стрептококкового сепсиса входными воротами в 70 проц., является слизистая и только в 30 проц., кожа, при стафилококковом наоборот: кожа стоит на первом месте. В отношении пuerперального сепсиса количество стафилококковых значительно уступает таковому стрептококковых. Шотмюллер и Сакс на 178 случаев пuerперального сепсиса имели 13 случаев (7 проц.) стафилококкового, остальные стрептококкового. Наиболее частая причина стафилококкового пuerперального сепсиса—искусственное вмешательство, особенно при абортax. Миндалины сравнительно редко являются входными воротами для стафилококкового сепсиса, также и уретра; дентальный сепсис—обычно стрептококковый. Септический очаг независимо от локализации входных ворот может образоваться в любом органе (кроме брюшины и плевры) и по Passler'y септический очаг должен обладать способностью, во-первых, защищать бактерии от бактерицидного свойства крови и, во-вторых, находиться в столь близком отношении к кровяному руслу, чтобы патогенные микроорганизмы без дальнейшего могли легко поступать в систему кровообращения.

Септический остеомиелит имеет место, если инфекционный очаг находится в костном мозгу не осумкованным, при чем путем соединения с кровеносным руслом постоянно или периодически выделяет бактерии в кровь (первичный остеомиелит). Вторичный остеомиелит образуется путем метастатического заноса инфекции из имеющегося в организме септического очага. Нередко локализация септического очага находится в позвоночнике и крестцовой кости, при чем диагностика в таких случаях может быть чрезвычайно трудна. Метастазы при стафило-сепсисе крайне часты.

Так, Lenhartz наблюдал их в 92 проц., случаев (автор в 93,5 проц.), в то время, как при гемолитическом стрептококковом—в 35 проц., пневмо в 25 проц. и колибацилярном только в 22 проц. случаев. Такая частота метастазов при стафило-сепсисе по Jochmann'у объясняется свойством стафилококка вызывать первичное повреждение клеток соответствующего органа, благодаря чему создается почва для оседания бактерий.

Нельзя преуменьшать значения участия метастазов в суставах при стафило-сепсисе, при том явления со стороны суставов могут настолько доминировать, что дают повод смещения с острым суставным ревматизмом. Подобно септическому очагу и метастазы могут наблюдаться в любом органе (почки, легкие, сердце, кожа, мозг и др.).

Инкубационный период в зависимости от количества и вирулентности бактерий продолжается от нескольких дней до недель. Клиническая картина всегда тяжелая и крайне разнообразна как в зависимости от вирулентности инфекции, так и местоположения септического очага и метастазов. На коже иногда может появляться уртикариоподобная сыпь, что автор объясняет токсическим влиянием; панюфальмит исключительно редок. Zenhartz на 200 случаев общей инфекции видел 8 панюфальмитов—все не стафилококкового происхождения.

Со стороны красной крови—обычно уменьшение количества эритроцитов и содержания гемоглобина; со стороны белой—резкое уменьшение лимфоцитов; эозинофилы или резко изменены или совершенно отсутствуют.

Лейкопения дает плохое предсказание, точно так же как анэозинофилия или уменьшение эозинофилов, тогда как обратное отношение—благоприятные шансы на выздоровление.

Температура, пульс и дыхание не представляют чего-либо характерного в диагностическом отношении.

Случай сепсиса автор подвергал лечению хемо-, протеина и иммуно-терапией, получив удовлетворительные результаты от применения ортохромы и неосальварсана. Наилучшие результаты дает хирургическое вмешательство, если локализация очага делает таковое возможным; оперативное лечение септического очага в позвоночнике не спасает больного; вытяжение в этих случаях целесообразнее.

В. П.

Работа малярийного отдела Пермского бактериологического института

Малярийное отделение обслуживало г. Пермь с пригородом и районы Брединский и Магнитный.

В Брединском районе обследовано на заболеваемость малярией 1.158 человек крестьян, колхозов, коммун и поселков. В результате малярийные паразиты найдены в крови у 0,26 проц., клинические признаки малярии установлены у 4,5 проц. обследованных и на малярию в 28—30 г. дали указания при опросе 9 проц. крестьян.

Обследование г. Магнитогорска и ближайших селений показывает необходимость обратить самое серьезное внимание на организацию широких противомаларийных мероприятий. Мероприятия постоянного характера в связи с профилактикой Магнитогорска и завода.

1. Необходимо произвести регуляцию русла р. Урала на протяжении 3 км. ниже плотины, с уничтожением всех стоячих водоемов на этом протяжении.

2. На всем протяжении нижней и средней части пруда необходимо произвести исправление береговой линии, не допуская образования маленьких, защищенных от волнения или слишком мелких водных бухточек. Вновь засыпаемая часть берега должна быть тщательно укреплена.

3. В виду чрезвычайного увеличения площади пригодных для заселения малярийным комаром вод в верховьях пруда и чрезмерной дороговизны углубления или засыпки этих верховий, весь район радиусом в 3 км. вокруг верховий пруда попадает в весьма тяжелые в малярийном отношении условия. В виду этого создания каких-либо новых поселений (кирпичный завод, каменоломни) необходимо избежать.

Население г. Средне-Уральска по всей вероятности будет необходимо перевести в другое место.

Меры временного характера в районе г. Магнитогорска.

1. Регулярное истребление в районе г. Магнитогорска путем нефтевания или пульверизации парижской зеленью долины р. Урала на всем протяжении, начиная на 3 км. выше Ср.-Уральска и кончая участком на 3 км. ниже Магнитогорска.

2. Выявление маляриков и их тщательное лечение.

Научные работы отдела:

1. Проф. В. Н. Беклемишев.—О роли колоидно-дисперсных веществ воды в питании личинок Анофелес.

Паразит сб. Зоол. муз. Ак. наук СССР, 1930 г.

2. Е. И. Котляревская.—О причинах гибели личинок *Anopheles maculip*

Изв. Биол. Научн. Иссл. И-та Пермск. У-та, т. VII, в. 3.

3. Проф. В. Н. Беклемишев, д-р А. А. Брюханова и Н. К. Шипицина.

Материалы по эпидемической и профилактической малярии в Магнитогорске по данным 1930 г.

4. Проф. В. Н. Беклемишев и Н. К. Шипицина.—Количественный учет личинок Анофелес.

Кроме работы по изучению малярии и борьбы с ней, отдел производит работу по изучению пораженности глистами населения г. Перми и пригородов.

С лесозаготовок Чермозского района

С 1-го июля 1930 года я по личному желанию уехал в Чермозский район, а с 1 сентября совершенно переехал с семьей для работы и жизни в районе. Из полугодовой работы на участке в ответственном лесном фронте считаю, что я был более полезен здесь, чем в Перми, где врачей около 300 человек; кроме того, пользуясь товарищеским

ношением врачей з. Чермоза, доверием организации и населения, стоя перед самой массовой рабочей массой, считаю себя удовлетворенным и могу работать ударно, выполняя частицу пятилетки.

С 1 июля я и фельдшер Чадов содержались полностью по договору за счет Чермозского лесоучастка, а с 12 октября зав. Леспромхозом тов. Баланкин в исполнение отказался нас оплачивать и с тех пор основной оклад врачу выплачивает рик в размере 175 руб., суточные же в размере 90 руб. Чермозский лесоучасток (по прежней ставке в 3 руб., а не в 5, как говорится в договоре Ураллеса с Уралоблздравом от 2-го ноября); фельдшера целиком оплачивает Чермозский лесной участок в размере 100 р. жалования и суточные 90 руб.

Лошадей, квартиру, спец-одежду и инженерно-технический паек дают.

Таким образом обставленные медработники могут целиком выполнять возложенные на них обязанности и не думать о побочном приработке.

Первые шаги в работе и основной план действий был составлен с быв. директором Леспромхоза тов. Синициным, когда Райздрави еще не существовало. По плану осмотрена была вся живая сила рабочих и служащих летнего периода в количестве около 400 человек, из них здоровых оказалось только 25 проц., остальные найдены были больными различными хроническими недомоганиями (туберкулез, хронический бронхит, миокардиты, хронические катарры желудка, глисты, ревматизм и т. д.). 4 туберкулезных были направлены на курорты, остальным налажено амбулаторное лечение с 4-х до 6-ти часов врачом лесопромхоза добавочно от больницы.

Лесные бараки до конца ноября были пусты, в них, по нашему настоянию, проводились ремонты: сколачивание полов, потолков, конопатка, устройство форточек, ремонт бань, устройство уборных и выгребных ям, ремонт колодцев. В конце ноября и начале декабря перед вселением рабочих все бараки были продезинфицированы серой (Чермозский, Каргинский, Пожевской и Майкорский участки).

В летнее время мною были запасы кое-какие медикаменты, перевязочный, материал, дезсредства, приборы и инструменты; кроме того, санитарная литература и санвыставки за счет хозяйственных сумм Леспромхоза на сумму около 500 руб., а также прививочный материал: тиф-холера и лечебные сыворотки против дифтерии и дизентерии.

В летний период август—сентябрь, когда работы в лесах было мало, я помогал в Чермозской больнице, как терапевт и венеролог; участвовал в санитарно-просветительной и санитарно-профилактической работе района, интересуясь санитарным состоянием участка вообще. С октября месяца наша работа вплотную переносится в леса. Был составлен годовой план действий, согласованный с Лесопромхозом, Рик'ом и Райздравом (план утвержден Рик'ом, прилагается). Далее совместно с фельдшером Чадовым мы при об'езде барakov забросили аптечки-баульчики и добавочные аптечки из 27-ми названий в каждый барак (аптечки хранятся в особых шкафчиках, там-же и санитарная литература в особом отделении). Кроме того, в каждый барак заброшены кожаные небольшие санитарные сумки (зарядка: йод 20 гр., 3 бинта, 30 гр. ваты, валиеранка, 10 напатырного спирта), гидропульцы, клоповарки по одной на барак, насекомода 500, сера для ледяных вошбоек, организуемых по типу д-ра Синакевича в местах наибольшего скопления людей. Составлены подробнейшие санитарные акты барakov с наличием уже живой силы, об'ехав все участки по 3 раза, организовали здравячки и дали инструкции для их работы.

Ведется строгое наблюдение за здоровьем людей, принимаются все меры предохранительного характера, проверяется выполнение указаний по устранению санитарных недочетов, даются новые указы и новые сроки выполнения. В обязательном порядке проводятся санбеседы, пополнения сан-литературы, организация сануток, передвижных санвыставок: по туберкулезу, венерическим болезням, первой помощи, алкоголизму, физкультуре и заразным болезням. Гидропульцы и клоповарки приготовлены на месте в мастерской Леспромхоза. После трехкратного об'езда, тщательной обработки своих 4-х участков (Чермозский, Каргинский, Майкорский, Пожевской) я, по желанию Леспромхоза с согласия рик'а, ездил для связи в Куровский, Кудымкорский и Ошибский лесные участки. По об'езде и обследовании всего Леспромхоза мною были схематически нанесены на карту бараки и другие учреждения всего Леспромхоза. С Кудымкорским Здравоотделом налажена живая связь, заключен письменный договор, по которому Здравоотдел с 15 января обещал выделить для обслуживания лесозаготовок 2-х врачей; необходимо отметить, что Облздравотдел до сих пор не перевел необходимых средств для оплаты медработников в Чермозский и Кудымкорский рик'и, вследствие чего медицинские работники оплачиваются неаккуратно, или совсем не оплачиваются, происходят трения между рик'ами и лесными организациями, от этого страдает дело и медработники не чувствуют себя твердо, — необходимо этот вопрос срочно урегулировать.

Считаю своим долгом отметить прекрасную работу фельдшера Беглова на Ошибском участке, который, несмотря на отсутствие добавочной оплаты труда, успевает не

только обслуживать весь свой участок в медицинском отношении, но и с честью выполняет наше лесное дело по обслуживанию 6-ти барачков Эрны, 2-х барачков Горлинских и 5-ти различных куреней. Он посетил все барачки троекратно, продезинфицировал их, снабдил санитетками и ведет санпросветработу, осмотры и амбулаторное лечение, а также содействует санитарно-гигиеническому улучшению этих барачков, имеющих около 800 человек рабочей силы. О работе тов. Беглова мною поставлены в известность Кудымковский Окргдрав, Ошибский участок, Чермошский леспромхоз и рик. Труд его за все время необходимо оплатить суточными в размере 3-х рублей по фактическому разъезду, премировать выдачей сукна на костюм, выпиской ему необходимых журналов и книг и считать его действительно ударником.

И. Голубев.

КО ВСЕМ МЕДРАБОТНИКАМ УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Уважаемые товарищи!

Работая летом 1930 г. в составе паразитологического отряда Облздравотдела в Троицком округе, в восточной его части в июне месяце мне встретился случай миаза среднего уха человека личинками живородящей мухи Вольфарта, причинившей больному сильные мучения.

Крайне заинтересованный в связи с расселением этой мухи, ее распространением в Уральской области, а также частотой миаза ее личинками человека—обращаюсь ко всем медработникам с просьбой сообщить о всех случаях (с кратким описанием) миаза какими либо личинками человека и присылать изгнанных личинок (фиксируя их в 70% винном спирту) для диагностирования,—по адресу: Свердловск, Вайнера 4, Паразитологический Отдел Санитарно-Бактериологического Института.

Энтомолог Л. Попов.

В полукилометре от станции Заводоуковской вблизи соснового леса расположена туберкулезная санатория на 30 коек, находящаяся в ведении Ялуторовского Райздравотдела. Жизнь в санатории размечена по часам. Занесена в клетки расписания, где все подчинено требованиям отдыха.

За 1930 год санатория пропустила 141 чел. с туберкулезом легких и плевры, 8 чел. с тбк прочих органов, 7 чел. с тбк бронхиальных желез и 16 чел. не туберкулезных. Продолжительность пребывания выражалась до 30 дней 63 чел., до 60 дней 82, до 90 дней 26 чел., до 120 дней 10 чел. и до 150 дней 1 чел. Результат пребывания в санатории следующий: восстановление трудоспособности 79 чел., понижение трудоспособности 79 чел. и утрачена трудоспособность 22 чел., среднее добавление веса 4,5 кг.

Помещение санатории содержится в должной чистоте. Отношение врача к больным внимательное, осмотр больных проводится регулярно в установленные для этой цели дни. При санатории имеется небольшая лаборатория.

Санатория имеет ряд существенных недостатков: социальный состав больных совершенно бесспорно неудовлетворителен: рабочих 17 проц., колхозников 20 проц., а остальные служащие и члены семей застрахованных. По смете предусмотрено на питание 1 руб. 50 коп. койка в день, фактически же расходуется один рубль. Хозяйственной части Облздравотдела необходимо срочно урегулировать вопрос со снабжением санатории дефицитными продуктами, для какой цели добиться соответствующих нарядов, так как вопрос с питанием в таком положении не терпит больше ни одного дня. Коммунистические формы труда (соц ревнование, ударные бригады) развиты очень слабо в виду того, что администрация и местком не сумели возглавить эту работу. Критика и самокритика отсутствуют, стенгазета не выходит. Закрепившихся до конца пятилетки не было.

17-III на общем собрании сотрудников санатории был поставлен доклад о задачах и целях месячника «За реконструкцию здравоохранения» и «охрану здоровья детей», был принят ряд практических мероприятий по улучшению работы санатория, принят план работы санатории и закрепилось до конца пятилетки 7 человек.

Б. Воробьев.

➤ По докладу зав. участка (Пирожкова) о состоянии медпомощи в районе, президиум Артинского Райисполкома 4 октября вынес ряд следующих практических решений.

В целях лучшего медобслуживания рабочих и крестьян открыть в Могильяновском с.-совете в 1930—31 б. г. амбулаторию, предусмотреть сметой 1930—31 б. года Райфо на новое больничное строительство 13.500 руб., п.-совету забронировать в коммунальных домах квартиры для медперсонала.

Перед Облздравотделом возбуждено ходатайство направить для работы в район трех врачей и предоставить места на курсах по переподготовке среднего медперсонала.

Зав. участком усилить руководство над медучреждениями района по линии наибольшего обслуживания, четко отражая классовую линию; организовать ударные бригады, социалистическое соревнование между отдельными медучреждениями, а также медработниками с целью улучшения постановки дела здравоохранения в районе, наладить систематическую профилактическую работу среди населения.

➤ В Перми на-днях открывается платная поликлиническая амбулатория. В качестве консультантов привлекается местная профессура.

➤ В Сивинском районе Уральской области в Завьяловском и Конопотническом сельсовете очень распространен сифилис, но борьба не ведется за отсутствием врача-специалиста. Райорганизации ходатайствуют об открытии в Сивинском районе венерологического пункта. Необходимо срочно принять меры и помочь району в борьбе с сифилисом.

➤ Иногда текучести на строительстве способствуют сами медработники. В медицинских справках появляется болезнь «тоска по родине», как «научная» основа освобождения от работы. Подобного рода справку получил чернорабочий постройщик Андрей Шаталин, в настоящее время он страдает неврастенией (тоска по родине) (!), поэтому его просьбу отпустить к месту жительства надо признать необходимой для него. На этом документе значится: «фельдшер Соколов».

➤ Врач Лушников имеет 14 лет врачебной практики, из которых 7 лет непрерывно служил в Красной армии, в 1917 году в гор. Сарапуле был первым организатором сов. здравоохранения. Зимой этого года получил научную командировку по усовершенствованию врачей в Ленинградский университет, где работал ассистентом под руководством проф. Ловцкова и Мандельштама, усовершенствовался по циклу сердечных болезней, вернувшись в Сарапул с твердым убеждением приложить свои знания и клинический опыт, но, несмотря на поданные им в Горздравотдел 6 заявлений, ему была предложена лишь чисто профилактическая работа.

Случай с врачом Лушниковым заслуживает общественного внимания. Интересно знать, чем вызван отъезд целой группы врачей: Потеряевой, Князевой, Домрачевой, Свешниковой, Сапожниковой, Крюковских и др.— Не требуют ли Горздравотдел и Союз Медсантруд энергичного внутреннего лечения?—Диагноз немедленно должен быть поставлен.

ТЕЛЕГРАММА ИЗ ПЕРМИ

Свердловск, Облздравотдел — Коновалову

Торжественное собрание, посвященное открытию первой на Урале стоматологической клиники приветствует организатора и руководителя здравоохранения на Урале, активно содействовавшего создать большевистскими темпами остро необходимую прекрасную клинику.

Президиум профессор Алякритский

Для медобслуживания посевной весенней кампании 1931 года Уралоблздравотделом созданы 60 бригад (каждая из 1 врача, 2 студентов 3 курса Мединститута или 2 медсестер); каждая бригада снабжена аптекой. Указанные бригады должны прибыть к месту своей работы не позднее 15-IV на срок 1½ месяца.

Уралмедторгу была дана контрольная цифра на изготовление 6000 тысяч аптечек кожных, заготовлено же и направлено в районы 10.000 аптечек.

По имеющимся сведениям НКЗ направляет 40 врачей, по прибытии их будут организованы еще дополнительно 40 бригад и направлены в районы.

ХРОНИКА МЕСЯЧНИКА РЕКОНСТРУКЦИИ

Смотр лечебных учреждений показал, что состояние медико-санитарного дела в отдельных районах возмутительно скверно. В Тавде больница по внутреннему состоянию своему представляет исключительный по яркости пример: беспорядочности, вследствие чего эта больница изобилует вшами, клопами, тараканами, грязью и беспорядком, тюфяки положены на койки без досок и это происходит в Тавде, где лиственным лесом завадено все кругом.

Врачи города Ялutorовска (2 врача на 45 тыс. населения), несмотря на свою перегруженность работой, составили проект обязательного постановления горсовета об оказании помощи на дому и передали таковой в ноябре 1930 года секретарю горсовета. Проект до сих пор горсоветом не рассмотрен и не утвержден, несмотря на то, что врачи несколько раз просили ускорить рассмотрение его. Ответ всегда один — «успеете, у нас более важная работа, зайдите в другой раз». Секция горсовета г. Ялutorовска не работает (ни разу не собиралась). Общественной поддержки нет совершенно и был день, когда, за отсутствием дров, несмотря на бесконечное хождение в горсовет и другие организации, амбулатория гор. Ялutorовска не работала.

Воткинский завод. В чугуно-литейном цеху завода выписан новый титан, но он стоит без действия и его заменяет ржавая кадушка с сырой водой. Санврач завода своевременно предписывал устранить это немедленно, но завод был глух, со стороны заводоуправления не предпринималось твердых мер по отношению к цеховой администрации, да их и трудно было пробить какой либо пулей. В листокавальном цехе сразу вас ударит от гниющих нечистот как палкой по лбу: здесь прямо таки помойка, в ближайшие дни тут все поплывет — и мусор и, скорлупа и навоз. В мартеновском цехе тоже красуется титан, но он стоит, как украшение, и рабочие пользуются им вместо зеркала.

Катавский район. Райпартсовещание отмечает крайне недостаточное, а местами и полное отсутствие руководства делом здравоохранения со стороны местных партийных организаций. Этим в значительной мере объясняется отсутствие профессиональной массовой работы и ряд других недостатков в деле здравоохранения.

Калатинский район. Врач хирург Калатинской больницы Яновский посетил только одно совещание по реконструкции здравоохранения, а потом отказался принимать участие в нем.

Невьянский район. Райком ВКП(б) не принимал никакого участия в месячнике за реконструкцию здравоохранения. Как РИК, так и райком ВКП(б) отнеслись к месячнику безразлично.

Абатский район. Рядом колхозов был организован субботник по перевозке в Абатское дома для больничной кухни: мобилизовано было 78 подвод и дом перевезен.

Сысертский район (врач Шепаваленко). Больница на 45 коек. Налицо удивительный порядок — чистота, внимательное отношение со стороны всего медперсонала к больным, проведено радио, в каждой палате имеется по 4—5 напильников. Имеется большое количество запаса дров, продуктов, белья (3 комплекта); своими силами сеют овес и проводят сенокос для нужд больницы. Медработники занимаются подготовкой в порядке общественной работы сестер и сельских работников со сроком обучения в 6 месяцев, уже выпустили более 200 человек. Курсы организовали бригады по проверке бюллетенчиков, которые работают систематически при активном участии врача Шепаваленко; результаты получились положительные. Соцсоревнование и ударничество среди медработников поставлены не плохо, издается стенгазета, имеется живгазета, которой пользуются и другие организации района. Классовая линия в амбулатории и в больнице проводится твердо. Установлен определенный порядок очереди приема больных: в первую очередь идут ударники рабочие. По вывешенным спискам лишенцы в амбулатории и в больнице принимаются в последнюю очередь и за известную плату. В аптеке врачев. участка редкая чистота и порядок, отделения аптеки (моечное и другие) застеклены и работа в них протекает на глазах ожидающих лекарства. По словам Шепаваленко, это мероприятие поднимает производительность труда аптекарских работников; очереди за получением лекарств не бывает.

БОЛЬНИЧНОЕ СТРОИТЕЛЬСТВО В СОЛИКАМСКЕ

В Соликамске, как в центре калийной промышленности, строится больница на 350 коек. На рудниках будут функционировать пункты первой помощи, а в рудничных поселках единые диспансеры с койками первой помощи. В текущем году строится больница на 125 коек и диспансер в поселке первого рудника. Райисполком постановил поставить вопрос об организации в Соликамске медицинского техникума. Больница будет одновременно клиникой техникума, а врачи больницы — преподавателями.

Решения I Обл. совещ. раб. здравоохранения пром. районов

Заслушав доклад Заведующего Уралоблздравотдела тов. Коновалова о состоянии дела здравоохранения, I Областное совещание медработников промрайонов и рабочего актива постановляет:

1. Констатировать ряд крупных достижений в деле здравоохранения на Урале за последний год, именно: а) орабочение аппаратов здравоохранения (в областном аппарате работает 8 рабочих; до 60 проц. состава районных инспекторов здравоохранения — рабочие; во главе наиболее крупных лечсанучреждений стоят рабочие); б) принятие шефства со стороны рабочих над аппаратами и учреждениями здравоохранения в ряде мест; в) установление четкой пролетарской классовой линии в руководстве здравоохранением; г) начало перестройки работы в ряде крупнейших: массовых медицинских учреждений области; д) развитие новых методов работы (бригадные обследования и помощь местам, соцсоревнование, ударничество), е) значительный рост ассигнований на дело здравоохранения (с 26 милл. в 1928—29 г. до 37,6 тыс. руб. в 1929—30 г.), что дало возможность расширения сети медико-санитарных учреждений; ж) резкий перелом постановки работы по подготовке кадров (увеличение приема учащихся в медвузах с 200 чел. до 800 чел. и в техникумах с 200 чел. до 2.400 чел.; развертывание сети курсов-школ подготовки сестер и т. д.); з) в отдельных районах отмечен переход на диспансерное медобслуживание (Мотовилиха, Надеждинск, Тагил, ВИЗ).

2. Отметить, что наряду с указанными несомненными достижениями имеется и целый ряд крупных недостатков:

а) дело здравоохранения на Урале все еще чрезвычайно отстает от темпа развития всего хозяйства Урала и особенно на новостройках, угольно-промышленных районах и др.;

б) до сих пор в практике работы многих лечсанучреждений отмечаются случаи оппортунизма и примиренчества к нему, выражающиеся в нечетком проведении классовой линии, в неумении или нежелании поставить на должную высоту лечебно-хозяйственную работу учреждения путем рационализации, мобилизации внутренних ресурсов, правильной организации труда, поднятия труддисциплины, укрепления единоначалия и т. п.;

в) не вовлечена в работу массовых медучреждений и в дело здравоохранения в целом рабочая общественность;

г) до сих пор массовые лечсанучреждения не перестроили свою работу по методу диспансеризации, что не дает возможного эффекта от всех проводимых мероприятий по здравоохранению;

д) заработная плата и бытовые условия медперсонала продолжают оставаться на низком уровне;

е) хозорганы не участвуют в соцсоревновании и ударничестве, учет результатов соцсоревнования не налажен;

ж) производственные планы отсутствуют;

з) слаба связь с предприятиями.

3. Отметить недостаточное внимание к Уралу по линии здравоохранения со стороны центральных органов, выражающееся в незначительных ассигнованиях по госбюджету (мединституты, психиатрическая помощь), по фондам медпомощи, по ссудам в недооценке необходимости развития научно-исследовательской работы на Урале в недооценке значения уральских курортов, в недоучете огромного дефицита в квалифицированной рабочей силе и пр.

4. Считать правильным взятый Облздравотделом темп дальнейшего развития дела здравоохранения на Урале (контрольные цифры на 1931 год и пятилетний план пересоставленный применительно к развитию Большого Урала).

5. Органом здравоохранения Урала решительно провести перестройку самой системы организации здравоохранения, исходя из необходимости первоочередного обслуживания основных промышленных районов, своевременного и максимально полного обслуживания всех хозяйственных кампаний (борьба за выполнение промфинплана, лесозаготовки), полной ликвидации эпидемических очагов острозаразных болезней.

6. В виду тяжелого санитарного состояния Урала, совещание считает основной задачей здравоохранения — поднятие санитарной культуры, в первую очередь в главных индустриальных центрах области, вот почему установление и проведение санитарного минимума на ближайший период времени должно стать боевой революционной задачей для всех органов здравоохранения, всех его учреждений и всех без исключения медицинских работников. С полным учетом конкретной обстановки должны быть установлены самые необходимые, самые неотложные мероприятия по санитарному оздоровлению каждого рабочего поселка, каждой рабочей казарме с обязательным вовлечением в разработку и проведение санминимума широких рабочих масс. Добиться обеспечения активного участия санитарных организаций в разработке всех планов нового строительства как коммунального, так и предприятий. Никакой мягкотелости, никакой половинчатости, никакого оппортунизма не должно быть допущено при проведении этого важнейшего мероприятия — этого требуют интересы рабочего класса, интересы строительства социализма.

7. Одновременно с изменением системы работы должны быть изменены и методы работы. Со стороны органов здравоохранения должно быть усилено живое, конкретное, дифференцированное руководство, задача которого должна состоять не столько в обследовании, сколько в практической помощи местам. Оправдавший себя метод посылки бригад для помощи в наиболее слабые участки здравоохранительского фронта должны найти в себе в дальнейшем еще более широкое применение. Органы здравоохранения должны стать штабами, быстро реагирующими на все запросы социалистического строительства, умеющими быстро, на ходу, перестроить свою работу, произвести перегруппировку сил, своевременно включиться своими силами и средствами в выполнение важнейших политических и хозяйственных задач, выдвигаемых авангардом рабочего класса ВКП(б) и советским правительством. Точно также и все медучреждения должны решительно покончить со старыми, отжившими, неподвижными формами своей работы. Каждое учреждение, все медработники, работающие в нем, должны стать чуткими, зоркими передовыми отрядами здравоохранения, быстро воспринимающими задачи текущего момента и отвечающими на них полным выполнением своих обязанностей с максимальным напряжением сил и средств (борьба за выполнение и перевыполнение промфинплана, лесозаготовки, перевыборы советов и пр.).

8. Считая правильным взятый облздравотделом твердый курс на переход массовых учреждений на диспансерные методы работы, совещание считает обязательным в течение 1931 года широкое проведение диспансеризации, для чего мобилизовать внимание всех медработников на выполнении настоящего решения, а органам здравоохранения обеспечить необходимые условия для возможности его реализации.

9. Совещание объявляет решительную борьбу со всеми проявлениями оппортунизма в практике органов и учреждений здравоохранения, а также и примиренчеству к нему. Социалистическое здравоохранение требует неуклонного проведения четкой пролетарской классовой линии во всех мероприятиях по здравоохранению, большевистской настойчивости в преодолении трудностей в выполнении мероприятий по охране здоровья трудящихся. Старым земским, либеральным методам работы и традициям должна быть объявлена решительная война и они должны быть сданы в архив истории.

10. Перестройка здравоохранения на основе решения ЦК о медпомощи рабочим и крестьянам и на основе постановлений Уралобкома партии и Облздравотдела по докладу Облздравотдела не может быть проведена без самого непосредственного и активного участия широких масс трудящихся во всей работе по здравоохранению. Поэтому развитие всех форм и видов массовой работы среди рабочих, работников по линии здравоохранения должно стать важнейшей задачей в работе органов и учреждений здравоохранения. Необходимо сейчас же приступить к организации советов здравоохранения, комиссий по оздоровлению труда и быта, здравячеек и санитарных комиссий. Советы здравоохранения должны стать штабом пролетарской общественности, стимулирующим и направляющим развитие здравоохранения в каждом районе. Здрав'ячки на предприятиях должны явиться подлинными аванпостами здравоохранения на производстве, мобилизующими рабочую общественность вокруг вопросов борьбы с повышенной заболеваемостью, профзаболеваемостью, с травматизмом и проч. Санитарные комиссии при рабочих общежитиях, в совхозах, колхозах должны стать проводниками санитарного минимума, ударными бригадами самих трудящихся по оздоровлению быта.

Шире должен быть развернут рабочий контроль за работой аппаратов и учреждений здравоохранения путем развития шефства рабочих, бригадных обследований с привлечением печати, постановки отчетных докладов всех звеньев здравоохранения на рабочих собраниях и т. п.

11. Актуальнейшей задачей в работе здравоохранения должна быть мобилизация внутренних ресурсов на основе рационализации, упорядочения всего дела, правильной организации труда. Должна быть организована работа по составлению

производственно-финансовых планов каждым учреждением. Во всей этой работе должна быть широко развернута самодеятельность всех медработников путем оживления работы производственных совещаний, развития массовой работы, развития соцсоревнования и ударничества.

Совещание призывает всех медработников Урала к массовому переходу на социалистические формы труда — социалистическое соревнование и ударничество, широко развернутые уже пролетариатом Советского Союза и дающие блестящие результаты в борьбе за преодоление трудностей, за выполнение пятилетки в четыре года.

Органы здравоохранения, с своей стороны, должны широко развернуть систему премирования ударников, установив специальные фонды (денежные средства, натуральные фонды — курортная помощь и проч.)

12. Считая вопрос о кадрах одним из самых узких мест в развитии здравоохранения, съезд одобряет план мероприятий Облздрави по подготовке кадров и предлагает всем профорганизациям МСТ принять ближайшее и активное участие в этой работе. Обеспечение приемов в медвуз'ы и медтехникумы пролетарской молодежи, колхозников, лучшей части медработников, развертывание сети курсов по подготовке среднего и переподготовке технического медперсонала, широкое развертывание заочного обучения — должны стоять в центре внимания органов здравоохранения и профорганизаций МСТ; борьба за кадры должна стать одной из важнейших задач в их работе.

Наряду с этим необходимо добиться улучшения материальных и бытовых условий медперсонала.

13. Необходимо в дальнейшем добиваться расширения финансовой базы дела здравоохранения на Урале, для чего помимо увеличения ассигнований по местному бюджету и фонду медпомощи должны быть значительно увеличены средства из центральных источников (госбюджет, центральные фонды медпомощи, средства Главсоцстраха); а также средства промышленности.

14. Отмечая значительный рост ассигнований на больничное строительство в 1930 году по сравнению с предыдущими годами, совещание все-же считает эти ассигнования совершенно недостаточными и не соответствующими ни в какой мере капиталовложениям в хозяйство Урала. Поэтому необходимо добиваться резкого повышения средств на новое строительство, одновременно с чем принять все меры к своевременному и полному обеспечению больничного строительства стройматериалами и упорядочению организации этого дела. Вокруг больничного строительства должна быть мобилизована советская общественность, усилив рабочий контроль над ним.

15. В связи с решениями XVI съезда и ЦК ВКП(б) об Урале, обратить внимание Наркомздрави на необходимость большей помощи Уралу со стороны центра как в части увеличения отпуска средств так и в части пополнения кадрами и развития научно-исследовательской работы.

16. Совещание целиком присоединяется к решению Облздрави о быстрейшем развитии научно-исследовательской работы на Урале, как необходимой предпосылке для правильной и наиболее рациональной организации дела здравоохранения и повышения качества медпомощи трудящимся. Совещание считает необходимым усилить работу по подготовке кадров для научно-исследовательской работы.

17. Развитие медсанпомощи на новостройках поставить в исключительно благоприятные и преимущественные условия, не отставая в темпах развертывания медпомощи от роста рабочей силы на новостройках.

18. В связи с огромным вовлечением женской рабочей силы в производство, Съезд считает необходимым принятие совершенно реальных мер для развертывания в 1931 году достаточной сети детских ясель.

19. Отмечая, что во многих районах инспектора здравоохранения до сих пор не назначены, принять меры к быстрейшему окончанию формирования райздравотделов путем, во первых, назначения райинспекторов и, во-вторых, проведения райинспекторов здравоохранения не врачей через областные курсы.

РЕЗОЛЮЦИЯ

по докладу т. Широкова и содокладам т. т. Лапустина, Логинова, Серебrenникова, Архипова и Збандутто— „Организация, задачи и методы работы медпунктов на предприятиях“

Учитывая важную роль медпунктов в деле борьбы за сохранение рабочей силы и придавая им значение аванпостов здравоохранения на производстве, которые должны осуществлять задачи по оздоровлению условий труда рабочих и активно содействовать выполнению промфинплана,—совещание постановляет:

1. В 29-30 году имеются отдельные моменты перестройки работы медпунктов на предприятиях, количество врачебных медпунктов за год с 28 увеличилось вдвое, в связи с чем несколько улучшилось качество работы. Вместе с тем совещание отмечает:

а) все еще крайне недостаточно привлечено внимание общественности и хозорганов к работе пунктов, слабо мобилизована рабочая масса на борьбу по предупреждению заболеваний и коренного перелома в работе нет;

б) слабо развита профилактическая работа медпунктами, в ущерб которой выпячивается лечебная деятельность;

в) до настоящего времени не все предприятия, на которых должны быть медпункты, охвачены таковыми, в частности отсутствует потребное количество врачей на заводах с большим количеством рабочих (Надеждинск, Лысьва, Златоуст, Мотовилиха и т. п.) и на отдельных медпунктах пустуют должности единственных врачей;

г) средний медперсонал пунктов в громадном большинстве случаев по-прежнему остается малоквалифицированным (ротные фельдшера и медицинские сестры с кратковременной практической подготовкой); в отдельных районах области отмечается тенденция назначать на медпункты менее квалифицированный средний персонал;

д) не редко на медпунктах наблюдается текучесть медперсонала, зависящая отчасти от неблагоприятных условий работы и в некоторых случаях от неудовлетворительных бытовых условий (зарплата, жилищный вопрос, коммунальные услуги);

е) на отдельных медпунктах наблюдается дефектура в отношении инструментария, нет некоторых приборов, и перебои в медснабжении, в частности на фельдшерских пунктах и в цеховых аптечках;

ж) в громадном большинстве случаев помещения медпунктов не соответствуют своему назначению и специальный транспорт для перевозки травматиков не налажен.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДПУНКТОВ

2. Признать необходимым в 31 году полностью обеспечить медпунктами промышленные предприятия области в соответствии с пятилетним планом развития здравоохранения на Урале, для чего Райинспекциям и Горздравам предусмотреть в сметах кредиты на организацию новых медпунктов и улучшение существующих согласно норм, предусматриваемых проектом нового положения.

3. Обязать руководителей амбулаторий, поликлиник обеспечивать систематическое врачебное наблюдение за деятельностью фельдшерских пунктов п. п. Считать необходимым в цехах, выделяющихся повышенным травматизмом, или наиболее территориально удаленных от заводского медпункта, организовать сестринские пункты первой помощи.

4. В целях дальнейшего приближения деятельности медпунктов к работам горной промышленности с подземными выработками, считать необходимым организацию в 31 году подземных пунктов в Кизеле, Губахе дополнительно к существующим и новых в Челябинске и других разработках.

5. Райинспекциям и горздравам предусмотреть в 31 году увеличение кредитов на улучшение оборудования и на снабжение медпунктов; кроме того для врачебных пунктов предусмотреть ассигнование на проведение научно-исследовательских работ и для всех—на литературу и статкарты.

6. Поручить УГИПНОТ и УФИ выработать в месячный срок штандарты оборудования медпунктов необходимым инструментарием, приборами и медикаментами в соответствии с видами промышленности.

7. Принимая во внимание, что в большинстве случаев цеховые аптечки находятся в беспорядочном состоянии, перевязочный материал и медикаменты расходуются нерационально—врачам пунктов организовать систематический надзор за аптечками, их содержанием; пользоваться и пополнением, мобилизуя вокруг работы аптечек общественный красно-крестный актив.

8. Признать необходимым в строительный сезон 31 года провести строительство новых помещений для медпунктов согласно намеченного Облздравом списка.

Райинспекциям и Горздравам в месячный срок выявить на местах необходимость проведения неотложных ремонтов существующих пунктов, о чем договориться с хозяйственными организациями на местах. Материалы о состоянии медпунктов представить в Облздрав к 1 февраля 1931 года.

9. Просить УОСНХ предложить трестам обеспечить медпункты надлежащим хозяйственным оборудованием и специальным транспортом (санитарные автомобили, санитарные повозки в зависимости от местных условий).

10. Просить Облздравотдел поставить вопрос перед Наркомздравом о командировании на Урал 40 врачей для работы на медпунктах.

11. В целях обеспечения части медпунктов подготовленными врачами, поручить Институту Патологии и Гигиены провести в 31 году краткосрочные курсы для врачей медпунктов. Считать целесообразным командирование отдельных врачей медпунктов в институт Патологии для практического инструктажа сроком на один месяц.

12. Мединститутам области необходимо усилить внимание к вопросам подготовки врачей к работе на медпунктах, используя последние, как базу, для практической подготовки студентов к этому важному виду профилактической деятельности.

13. Впредь до подготовки среднего медперсонала в медтехникумах области временно ввести частичную передвижку из лечучреждений общего типа более квалифицированного среднего медперсонала на пункты; производить на местах переквалификацию среднего медперсонала пунктов.

14. В целях улучшения материально-бытового положения врачей медпунктов и среднего медперсонала признать необходимым увеличение ставок врачам наравне с санврачами и среднему медперсоналу, как заведующим самостоятельными фельдшерскими пунктами и обеспечение квартирами и коммунальными услугами медперсонала.

15. Среднему медперсоналу, проработавшему на заводских медпунктах непрерывно в течение 3-х лет, оказывать предпочтение при поступлении в мединститут на профилактический цикл.

Врачам при непрерывной работе на медпункте в течение двух лет предоставлять научные командировки.

16. Поручить делегации возбудить вопрос на съезде в Москве об обеспечении администрацией предприятий соответствующей спецодеждой врачей, среднего медперсонала и санитарок медпунктов.

От обл. бюро научной ассоциации к врачам Уральской области и всем членам МСТ

УВАЖАЕМЫЕ ТОВАРИЩИ!

Эпоха великих работ по осуществлению пятилетнего плана Народного хозяйства, в том числе и народного здравоохранения, в четыре года, требует от врачей правильного понимания генеральной линии партии, сознательного и активного участия врачей в борьбе за промфинплан, ясный и четко выраженной классовой установки в повседневной работе их не только как граждан СССР, но и как организаторов дела здравоохранения Большого Урала.

Отсюда логически вытекает необходимость подведения под естественно-научные знания врачей прочного фундамента диалектического материализма, дабы на базе последнего суметь дать научный анализ очередных вопросов здравоохранения в перспективах развития народного хозяйства. Наконец, сама практика Советского здравоохранения неизбежно приводит врача к усвоению пролетарской идеологии.

Профилактический характер советской медицины, глубокая связь ее с рабоче-крестьянскими организациями выдвигают перед врачом роль и значение внешней среды как основного причинного фактора заболеваемости населения.

В связи с этим особое значение приобретает направление работы по удовлетворению культурных запросов советского врача. Задачей всех отделений союза Медсантруд, от МК, Райотделения, Областка до ЦК и всего профсоюза в целом является широкое содействие врачам в организации научных кружков, их объединений и ассоциаций, имеющих целью: самоусовершенствование, под'ем квалификации и освещение современных проблем медицины и идеологии с точки зрения материалистически-диалектического мировоззрения.

Врачебная общественность Урала пошла по этому пути и за последние 2 года мы отмечаем значительное оживление общественно-врачебной мысли почти во всех окружающих центрах и рост научно-исследовательской работы. Упразднение округов потребовало переустройства организационных форм научных ассоциаций и кое-где это прошло с успехом, но в большинстве районов удовлетворение научно-культурных запросов советского врача не получило должного оформления.

Целью настоящего письма служит напоминание районам о необходимости организации районных научных ассоциаций (Н. А.) со всеми правами бывших окружных научных ассоциаций.

Первичной ячейкой научного объединения врачей является научная конференция участковых врачей на укрупненных участках или межучастковых объединений. Научные конференции городских медучреждений или научные кружки, возникшие по признаку специальности (хирургический, терапевтический, туберкулезный, венерологический, одонтологический и т. п.) или по признаку тематичности (кружок диалектического материализма, текущей политики и т. п.).

Членами научной конференции или научного кружка имеют право быть не только врачи, но и все интересующиеся члены союза Медсантруд. Первичные научные объединения города и деревни (научные конференции и научные кружки) вливаются в районную научную ассоциацию Медсантруд при Райкомитете, Райгруппкоме нашего союза. Возглавляется районная научная ассоциация общим собранием всех членов Н. А., которое выбирает Райбюро Н. А. из 3—5 врачей, в зависимости от местных условий. Райбюро Н. А. избирается на 1 год.

Научные конференции при лечебных учреждениях, участковых, межучастковых и городских, а также и научные кружки для систематической связи с райбюро и сбора членских взносов избирают одного уполномоченного Н. А. от 10 врачей. Членские взносы в размере 2-х рублей в год с каждого члена поступают в райбюро на выпуск научной литературы и на организационные расходы.

Райбюро отчитывается перед общим собранием о всей работе Н. А. и о поступлении и расходовании средств.

Райбюро научной ассоциации составляет план научной работы, руководящей работы научного объединения и ведет обмен протоколами с Облбюро Н. А., отчитывается перед последним раз в год (не позднее 10 февраля).

В городах обще-городские научные собрания врачей (городская научная ассоциация) устанавливаются Райбюро Н. А. не реже 2-х раз в месяц — участковые и межучастковые научные объединения (кружки 2 конференции) заседают не реже одного раза в месяц, под председательством уполномоченного Н. А.

В крупных промцентрах области с количеством врачей свыше 100 чел., Окфр Н. А. объединяет врачей специалистов в особые ассоциации (Н. А. врачей материалистов, хирургов, терапевтов, туберкулезников, венерологов, санитарно-профилактики и т. п.) на правах секции общегородской научной ассоциации.

В городах, имеющих свыше 100 врачей, соответствующие районные Н. А. помимо Н. конференций организуют научные кружки. Например, по материализму, одонтологии, рентгенологии, физкультуре, санитарно-профилактический и т. д.

Наряду со специальными рефератами, обзорами, докладами, демонстрациями и т. п. Н. А. заслушивает отчеты соответствующих леч. сан. учреждений, планы перспективного развития здравоохранения в гор. и районном разрезе, разрабатывают материалы леч. проф. учреждений в целях намечения путей к снижению заболеваемости и смертности и принимает непосредственное участие в изучении района в соц. гиги. отношении с особым акцентом на изучение краевых заболеваний. Прилагая при настоящем письме план Облбюро Н. А. ждем от Вас критики нашего плана и встречный план Вашей работы, а равно срочной регистрации Вашего научного объединения для выполнения текущей работы по связи пользуется аппаратом Райкомитета Медсантруд. Все научные объединения должны быть зарегистрированы Облбюро Научной ассоциации.

За пред. Областкома Пустынских. Пред. Облбюро Н. А. Карнаухов

П Л А Н

работы Областного Бюро научной Ассоциации медсантруд
за первую половину 1931 года

1. Оформление городских и районных научных ассоциаций (письмо, регистрация и единый устав).
2. Произвести перерегистрацию членов Н. А. по единообразной форме во всей области.
3. Поручить городским и районным Н. А. ликвидировать задолженность членских взносов на 1 января 1930 года.
4. Созвать в январе 1931 г. Областной психо-неврологический съезд.
5. Заслушать отчетный доклад Уральского Медицинского журнала.
6. Продолжить работу по рассмотрению учебных планов медицинских институтов в Перми и Свердловске с точки зрения увязки их с практическими задачами

здравоохранения на Урале и обеспечения воспитания политически сознательного, марксистски мыслящего врача и с точки зрения типа специалиста.

7. Проработать вопросы усовершенствования и специализации врачей на базе мединститута, областных научно-исследовательских институтов и областных больниц.

8. Создать редакционное Бюро по изданию трудов 2-го Областного Научного съезда врачей и просить периферию отчислить не менее 1 проц. со всех поступлений Н. А. в счет подписки на это издание.

9. Оформить порядок пользования членами Н. А. библиотеки, читальни Облздрави.

10. Организовать комиссию систематической связи с Н. А. нашего союза (фармацевтический, ветеринарный), с секцией научных работников и отделениями Варнитсо на Урале.

11. Разработать вопрос об организации квалифицированных комиссий при Н. А.

12. Заслужать отчет Свердловской, Пермской и Кыштымской Н. А.

13. Обслужить научными докладами периферию (не менее 2-х докладов).

14. Организовать Бюро содействия изобретательству в области медицины и рационализации.

15. Кооптировать состав Областного Бюро Н. А. представителями Свердловского Мединститута, Физинститута, Ин-та профпатологии и вновь организуемых институтов Туб. Вен. и ОММ. Ввести представителя от Всесоюзной рентгенологической ассоциации и от психоневрологов, по выбору областного съезда.

16. Заслужать доклад НКБ.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

1. Начать работу по изучению знахарства на Урале.

2. Суммирование и изучение врачебных ошибок.

3. Научный анализ очередных вопросов здравоохранения.

4. Изучение заболеваемости и смертности в нацменовских районах, в частности: а) детская смертность, б) сыпной тиф среди народностей Севера.

5. Изучение состояния ревматизма на Урале и в частности в промышленном и социалистическом секторе сельского хозяйства.

6. Проблема рака на Урале.

7. Участие в изучении глистных миазов на Урале.

8. Участие в изучении зоба на Урале.

9. Туберкулез и сифилис на Урале.

10. Оспа на Урале.

11. Проблема и методы отбора призываемых в Красную армию, особенно по сердечно-сосудистым заболеваниям (на базе работы прикомиссий).

12. Изучение применения научно-диалектического метода в медицине (в порядке соцсоревнования между научными ассоциациями).

13. Разработка форм и методики учета научных достижений в порядке соцсоревнования по отношению к научно-практической работе лечебно-профилактических и научных учреждений.

14. Изучение состояния травматизма в промрайонах и социалистическом секторе сельского хозяйства.

15. Принципы организации детского сектора в Соцгородах.

16. Стандартизация норм физического развития уральских детей по возрастным группам.

17. Рахит на Урале.

18. Менингиты у детей на Урале.

19. Курорты Урала.

Примечание: Научно-исследовательская работа проводится по линии научно-исследовательских институтов: физинститута, Туб. и Вен., ОММ, ОЗД, Бакинститута, должна быть обеспечена подробно-разработанными программами, проекты которых институты представляют в Облбюро Н. А. для согласования.

В отношении коллективной разработки и методики суммирования материалов социально-гигиенических тем, Облбюро берет на себя, привлекая в каждом случае соответствующих специалистов.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА

1. Изучение методики преподавания профилактического уклона в мединститутах и медтехникумах.

2. Изучение методики проведения производственной практики студентами мединститутом.

3. Изучение вопроса о формах и системе повышения квалификации врача.

4. Изучение состояния вопроса о среднем медобразовании на Урале.

Председатель Областного МСТ. Куроедов
Председатель Облбюро Н. Карнаухов.

Отв. редактор К. А. Коновалов.

ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА НА 1931 ГОД

„УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

ОРГАН УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЛ. КОМИТЕТА СОЮЗА МЕДСАНТРУД

(ГОД ИЗДАНИЯ ТРЕТИЙ).

ЖУРНАЛ ОСВЕЩАЕТ вопросы строительства здравоохранения области.

ЖУРНАЛ СОДЕЙСТВУЕТ широкому обмену работников здравоохранения их научным, практическим и организационным опытом.

ЖУРНАЛ СОДЕЙСТВУЕТ социально-гигиеническому изучению области и правильному развитию производительных сил области на основе оздоровления труда и быта населения.

ЖУРНАЛ СОДЕЙСТВУЕТ перестройке мировоззрения медицинских работников области, применения диалектический метод в освещении основных современных проблем биологии, медицины и практики здравоохранения.

ЖУРНАЛ ОСВЕЩАЕТ условия профессионального труда и быта медицинских работников.

ЖУРНАЛ ОБЛЕГЧАЕТ каждому работнику здравоохранения его повседневную работу, обеспечивая консультативную помощь специалистов в научных, научно-практических и организационных вопросах.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Ионовалов Н. А. (отв. редактор), Величкин В. И., Курдов И. К., Карнаухов М. Н., Куроедов А. Д., Розентул М. А. (Пермь).

Секретарь Редакции Серебренников В. С.

ОТДЕЛЫ РЕДАКТИРУЮТ:

1. Организационные вопросы здравоохранения — Величкин В. И., Ионовалов Н. А.
2. Теоретич. и клиническая медицина — проф. Алякритский В. В., д-р Карнаухов М. Н., проф. Ратнер Л. М.
3. Оздоровление труда и быта — проф. Розентул М. А., д-р Розет Г. И., д-р Серебренников В. С., д-р Бриль С. М.
4. Обзоры мед. печати — д-р Виленский М. М.
5. Професс. жизнь — Куроедов А. Д.
6. Корреспонденции с мест.
7. Хроника.
8. Официальный отдел.

Редактирование статей по специальностям обеспечено участием д-ра Гитерман Г. М. (Кушелевского Б. П. (внутренние болезни), д-ра Гаврилова К. П. и проф. Цичугина П. И. (детские болезни), проф. Кузнецкого Д. П., проф. Шамарина В. К. — (хирургия) д-ра мед. Онуфриева В. М., проф. Пальмова А. Ф., д-ра Перетц В. Г. — (акушерство и гинекология), проф. Первушина В. П., д-ра Сегадина, проф. Шумкова Г. Е. — (психиатрия и невропатология), д-ра Замуравкина Г. И. и проф. Чистякова П. И. — (глазные болезни) и д-ра Ляпустина В. А. и д-ра Широкова А. Ф. (профилактика и профгигиена), инженера Кац А. В. — (санитарная техника), доц Горбачева И. Ф. (физиотерапия), проф. Мезерницкого П. Г.

Годовая подписная плата — 8 рублей.

Для индивидуальных подписчиков, работников участковой сети и студентов-медиков подписная плата — 6 рублей в год.

Подписную плату, с точным указанием своего адреса направлять по след. адресу: редакция „Уральского Мед. Журн.“, Облздравотдел, г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, № 34.

Все запросы, указания, корреспонденция, заметки с мест, статьи, рефераты и т. д. направляются на имя секретари редакции.

Материал, направляемый для печати, должен быть переписан на машинке на одной стороне обыкновенного писчего листа с полями для редакционных изменений (при невозможности использования машинки материал представляется написанным от руки, но четко и разборчиво). Редакция оставляет за собой право сокращения статьи и внесения редакционных изменений принципиального характера. Предельный размер статьи — 15 тыс. знаков. Принятый к печати материал оплачивается.

Рукописи, не принятые редколлегией к печати, возвращаются автору по желанию пересылкой за его счет.

Редакция и Издательство „Уральского Медицинск. Журнала“
г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, № 34.

ЦЕНА 1 р. 25 к.

Свердловск Уралполиграф.
Тип. «Гранит». Заказ № 5626.
Уралобллит № 712. Тир. 1000