

ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

**ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА
И ОБКОМА СОЮЗА МСТ**

1929

АПРЕЛЬ

№

СВЕРДЛОВСК

4

„УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

ОРГАН УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЛ. КОМИТЕТА СОЮЗА МЕДСАНТРУД

(ГОД ИЗДАНИЯ ПЕРВЫЙ).

ЖУРНАЛ ОСВЕЩАЕТ вопросы строительства здравоохранения области.

ЖУРНАЛ СОДЕЙСТВУЕТ широкому обмену работников здравоохранения их научно-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, применяя 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:

И. С. Белостоцкий (отв. редактор), Михайлов И. Н., Величкин В. И., Курдов И. К., Карнаухов М. Н., Розенгауз Ф. Т., проф. Розентул М. А. (Пермь):

Секретарь Редакции Серебренников В. С.

ОТДЕЛЫ РЕДАКТИРУЮТ:

1. Организационные вопр. здравоохранения—Величкин В. И., Коган Н. И., Шамов М. С.
2. Теоретич. и клиническая медицина—проф. Алякритский В. В., д-р Карнаухов, проф. Периханьянц Я. И., проф. Ратнер Л. М.
3. Профилактика, гигиена и санитария—проф. Цейсс А. Л., д-р Грязнов Н. И., проф. Здравосмыслов В. М., д-р Иванов Н. И., д-р Розет Г. И., д-р Серебренников В. С., проф. Шапшев Н. Н. (Пермь).
4. Обзоры мед. печати—д-р Виленский М. М., проф. Розентул М. А., д-р Серебренников.
5. Корреспонденции с мест—Лемкин Б. А. (Пермь), д-р Розенгауз Ф. Т.
6. Труд и быт медработников—Агульник М. А., д-р Кулик С. Ю.
7. Х р о н и к а—Секретарь редакции.
8. Официальный отдел—д-р Курдов И. К.

Редактирование статей по специальностям обеспечено участием д-ра Кушелевского Б. П.—(внутренние болезни), д-ра Гаврилова К. П. и проф. Пичугина П. И.—(детские болезни), проф. Кузнецкого Д. П., проф. Шамарина В. К.—(хирургия), д-ра Звягина, К. П., д-ра мед. Онуфриева В. М., проф. Пальмова А. Ф., д-ра Перетц В. Г.—(акушерство и гинекология), проф. Первушина В. П., д-ра Сегалина, проф. Шумкова Г. Е.—(психиатрия и невропатология), д-ра Замуравкина Г. И. и проф. Чистякова П. И.—(глаз. болезни), д-ра Бриль С. М. и д-ра Подсосова А. В.—(опр. здор. детей), д-ра Ляпустина В. А. и д-ра Широкова А. Ф.—(профпатология и профгигиена), инженера Кац А. В. и архитектора Голубева Г. А.—(санитарная техника). К. Ф. Архипов,—(бактериология).

Подписка принимается на срок до конца 1929 года.

В 1928 г. выходит 2 номера журнала. В 1929 г. выходит 8 номеров журнала.

За 10 номеров журнала (в каждом № 128 страниц) подписная плата 9 руб.

Допускается рассрочка: при подписке . . . 3 руб.

к 1 февраля . . . 3 руб.

к 1 июля . . . 3 руб.

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

Также на имя секретаря редакции направляются все запросы, указания, корреспонденции, заметки с мест, статьи, рефераты и т. д.

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 не 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.

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Белостоцкий И. С. (отв. редактор), Михайлов И. Н., Величкин В. И.,
Курдов И. К., Карнаухов М. Н., Розенгауз Ф. Т., проф. Розентул М. А. (Пермь)
Секретарь редакции Серебrenников В. С.

№ 4

АПРЕЛЬ 1929 ГОДА

ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ

ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВ ОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК 1929

СОДЕРЖАНИЕ.

Организационные вопросы здравоохранения.

	Стр.
<i>Величкин В. И.</i> К вопросу о пятилетнем плане уральского здравоохранения	3
<i>Коган Н. И.</i> Задачи органов здравоохранения в связи с переходом на семичасовой рабочий день	11
<i>Леринман М. И.</i> Профилактич. уклон в работе советского зубного врача	15
<i>Дубов М.</i> О переподготовке зубных врачей	20

Теоретич. и клиническая медицина.

<i>Розентул М. А., проф.</i> Криотерапия—лечение кожных болезней с помощью углекислого снега	22
<i>Шульман С. Л.</i> К вопросу об искусственном пневмотораксе	26
<i>Протопопов И. М. и Курочкин К. А.</i> Особенности кумыса как лечебно-диететического продукта	34
<i>Архипов К. С.</i> Влияние различных температур на скорость созревания кумыса и рационализация его производства	38
<i>Гейфтер С. Р.</i> О влиянии кумыса на функции щитовидной железы	44
<i>Шапатов А. В.</i> Случай профессионального эпикондилита плеча	51
<i>Барбель И. Э.</i> К вопросу об оперативном лечении косоглазия	55

Профилактика, санитария и гигиена.

<i>Костромин Н. Е., Альтшуллер Э. И. и Данилов Е. И.</i> Опыт профилактической активной иммунизации против скарлатины комбинированной вакциной	59
<i>Гитерман Г. М.</i> К вопросу о задачах изучения профпатологии	74
<i>Голишмид К. Л.</i> Профессиональное поражение кожи рук в пимокатном производстве	78
<i>Филатов Р. И.</i> Питание в студенч. столовых г. Перми	82
<i>Щеглов В. Н. и Башкевич Л. К.</i> Состояние общественного питания в Свердловском узле Пермск. ж. д.	88

Обзор медицинской печати.

<i>Фридьева-Черникова Э. И.</i> Современное положение вопроса об авертине, как наркотическом средстве в Германии	94
--	----

Корреспонденции с мест.

Из Уральского Медич. О-ва	100
Голос с того света—Величкин В. И.	103
Работа оргбюро по созыву областного научного съезда врачей—Серебренников В. С.	104
Памяти врача О. М. Брикнер-Юмшановой—С. П. Попов	107
Хроника	108
Официальный отдел	109

К ВОПРОСУ О ПЯТИЛЕТНЕМ ПЛАНЕ УРАЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В. И. ВЕЛИЧКИН.

Плановое построение народного хозяйства есть один из отличительнейших признаков социалистической системы организации общества. Только плановое ведение хозяйства может обеспечить бескризисный ход его развития, максимальную эффективность в использовании всех ресурсов страны и правильное направление развития хозяйства по социалистическому пути. Отсюда, понятно, почему вопросы планирования хозяйства были поставлены в порядок дня нашего строительства тотчас же после победы над внешней и внутренней контр-революцией.

Уже в 1920 году ВЦИК вынес постановление о необходимости научной выработки единого народно-хозяйственного плана, и в том же году был составлен план электрификации нашей страны, который был доложен на VIII и IX съездах советов. В 1921 году была организована государственная плановая комиссия (Госплан) с привлечением к ее работам крупнейших специалистов, а в дальнейшем — плановые органы и на местах. Однако, грандиозность задачи (величина СССР, пестрота хозяйственных форм, техническая и культурная отсталость), новизна дела (отсутствие научных материалов по планированию и его методологии) не дали нам возможности за первые 10 лет социалистического строительства полностью овладеть планированием. Но все же в деле планирования мы достигли уже значительных положительных результатов. От конъюнктурных сводок мы перешли к контрольным цифрам народного хозяйства в целом, при чем работа по составлению контрольных цифр позволила нам придать им такую форму, при которой они уже даются правительством, как основа для всех оперативных годичных планов наркоматов.

Уже два с лишним года работаем мы над построениями перспектив развития нашего хозяйства на ближайшее 5-летие, все время расширяя коллектив работников, трудящихся над этой проблемой, усовершенствуя единство приемов обобщения, учета и всю методологию этой работы. И в этой работе мы настолько продвинулись вперед, что XV партийный съезд уже мог дать определенные директивы по составлению 5-летнего плана развития хозяйства СССР. И даже больше того, нами подготовляется генеральный 15-летний план, составной частью которого является ближайшая пятилетка.

Я очень кратко напому директивы XV партсъезда по составлению пятилетнего плана. В основном они сводятся к следующему: реконструкция экономики СССР на основе индустриализации путем рационализации, плановости, улучшения аппарата рабочего государства, развязывания культурной революции, с учетом усиления обороноспо-

способности страны, с установкой на повышение жизненного и культурного уровня рабочих и крестьянских масс и при условии активного творчества широких масс трудящихся. На основе этих директив Союзное Советское правительство и составляет пятилетний план хозяйственного и культурного строительства, который будет рассмотрен на V Всесоюзном съезде советов, намеченном на май месяц текущего года. Задача чрезвычайно важная, ответственная, требующая большого внимания всех строителей советского государства, а в том числе, разумеется, и работников здравоохранения.

Поскольку мы, работники здравоохранения, заинтересованы в этом деле? Во-первых, имеется прямое указание на то, чтобы в пятилетку были включены вопросы социально-культурного порядка, а, во-вторых, в своей приветственной речи от имени правительства РСФСР на VI Всероссийском съезде здравоохранителей тов. Лежава, между прочим, сказал следующее:

«Работа органов здравоохранения на местах не может ни в какой мере отставать от планирования губернского или краевого хозяйства. Если вы твердой ногой не встали в Губплане, если вы не выдвинули в работе Губплана всех интересов здравоохранения, то вы этим самым не только наносите ущерб сегодняшним интересам здравоохранения, но вы его отбрасываете назад».

И в другом месте:

«Когда мы слушаем выступление вашего наркомата, то мы не видим в выступлениях и аргументациях полного участия местных органов. Если это действительно так, то примите это, как мой упрек, и примите мое пожелание, чтобы впредь этого не было, товарищи. Оставаться пассивными в деле плановой работы органам здравоохранения и дальше было бы преступным, было бы предательством ваших собственных интересов».

Наконец, реконструкция хозяйства на основе индустриализации ставит перед органами здравоохранения громадную задачу обслуживания живого фонда производительных сил—рабочий класс; здесь необходим и количественный рост медпомощи и улучшение ее качества в соответствии с развитием промышленности и ее производственными задачами и особенностями. Вопросы рационализации, плановости, улучшения аппарата, укрепления обороноспособности страны и др. являются прямой задачей и для органов здравоохранения. Мы не говорим уже о развязывании культурной революции, одною из составных частей которой является вся наша работа.

Итак,—директивы партии по составлению 5-летки являются директивами и по составлению нашего плана здравоохранения. И это вполне понятно, так как дело здравоохранения не есть что-то изолированное от всей системы нашего общества, а является одною из составных его частей. Исходя из этого, и мы на Урале приступили к составлению пятилетнего плана развития дела здравоохранения.

В соответствии с инструкцией НКЗ по составлению 5-летнего плана, опубликованной в № 10 Бюллетеня НКЗ за 1927 год, дополнениями НКЗ к этой инструкции, а также работой рабочей группы при культурно-социальной секции Уралплана, Уралоблздравотделом были разработаны следующие положения, которые легли в основу составления плана.

1. Учет хозяйственного развития Уральской области.
2. Движение населения за предыдущие годы и на предстоящее 5-летие.
3. Фактическое состояние дела здравоохранения в настоящий момент (1927-28 г.) и динамика его развития за прошлые годы.

4. Учет данных о заболеваемости населения и обращаемости его за медико-санитарной помощью.

5. Учет особенностей округов с нацменьшинствами.

6. Нормы обеспечения медпомощью населения, имеющиеся в положениях НКЗ, в литературе и установившиеся в крупнейших районах СССР.

7. Существующие распоряжения правительства об обеспечении населения медицинской и санитарной помощью.

8. Медпомощь застрахованным.

9. Обеспечение области квалифицированным медперсоналом.

10. Условия труда и быта медработников.

11. Усиление капитальных вложений на новое строительство и капитальный ремонт (прежде всего: при вновь открываемых промышленных предприятиях и в сельских районах, не имеющих больничной помощи).

12. Улучшение работы и снабжение имеющейся сети лечебно-санитарных учреждений.

13. Систематическое увеличение доли расходов на санитарно-профилактические мероприятия.

14. Увязка с транспортными ведомствами, а также с другими ведомствами и организациями (напробраз, страховорганизации, РОКК, кооперация и др.).

15. Увеличение расходов на дело здравоохранения по всем источникам финансирования, как абсолютное, так и относительное.

Сейчас мы остановимся отдельно лишь на пяти первых из указанных положений. Остальные будут освещены в процессе изложения, самого плана.

1. Хозяйственное развитие Урала нами было учтено в смысле необходимости обслуживания медпомощью рабочих вновь строящихся за 5 лет фабрик и заводов, расширения медпомощи соответственно намечаемого роста имеющихся промышленных предприятий, обслуживания сезонных рабочих, а также организации медпомощи на селе в связи с развитием совхозов, колхозов и коммун.

2. Движение населения в области на предстоящее пятилетие принято в следующем виде (без Тобольского севера):

Г о д ы	Облгород	Окргорода	Поселки гортппа	Сельские местности	Всего
1928-29 г.	154.800	585.630	868.400	5.618.900	7.227.130
1929-30 г.	163.310	615.330	922.410	5.778.790	7.479.840
1930-31 г.	172.130	646.420	980.440	5.928.700	7.727.690
1931-32 г.	181.770	680.060	1063.310	6.079.310	8.004.996
1932-33 г.	191.770	713.250	1150.670	6.246.540	8.302.250

3. Состояние дела здравоохранения за 1927-28 год мы здесь приводить не будем, так как оно всем известно, но на динамике развития за предшествующие первому году пятилетки (1928-29 г.) три года (1925-26, 1926-27 и 1927-28 г. г.) следует остановиться, так как ее изуче-

ние в значительной мере повлияло на проектировку всего плана. Анализ цифр, рисующих состояние нашего здравоохранения за указанные годы, дал нам основание прийти к следующим выводам:

а) Обеспеченность населения Урала медпомощью крайне недостаточна по сравнению с положениями и нормами, имеющимися на этот счет как в распоряжениях правительства, так и в медицинской литературе.

Иллюстрирую это положение двумя примерами: обеспечение санитарным надзором и лечебными койками. Согласно «Положения о санитарных органах Республики», для Урала надо бы иметь к 1928 г. санитарных врачей и их помощников 257 чел., а налицо их было на 1-1—28 г. 74 чел., т.е. 28 проц. Лечебных коек (из расчета: 1 койка на 100 чел. активно-застрахованных, 150 чел. членов семей застрахованных, 250 чел. прочего городского населения и 1:500 чел. сельского населения) надо было бы иметь на 1-1—28 г., примерно, 32.000, а их было 11.759, т.е. 36,7 проц.

б) Обеспеченность населения Урала медпомощью несколько ниже средних республиканских показателей и особенно по сравнению с некоторыми другими промышленными районами РСФСР. Так, в 1927-28 г. в городах РСФСР на 1.000 чел. населения в среднем приходится 6 коек, а по Уралу (считая и поселения гортипа) 4,4; в сельских местностях в среднем 0,5, а по Уралу 0,4. В то же время в целом ряде других областей коечный показатель значительно выше среднего (Северо-восточная область в городах 9,7, в Ленинградской 7,58; центрально-промышл. 6,7 и т. д.).

в) Медико-санитарная сеть Уралобласти распределена резко неравномерно между городами (считая и поселения гортипа) и сельскими местностями. Так, по данным на 1-1—28 г. в городах и поселениях гортипа с общим количеством населения в 1.524.800 ч. было: 1.056 врачей, 7.542 леч. койки, 521 акушерка, в то время как в сельских местностях с общим количеством населения в 5.509.900 чел. 198 врачей, 2.388 леч. коек, 267 акушерок. При этом надо заметить, что в 26-ти районах с 664.075 чел. населения не было ни одной койки.

г) Сеть медико-санитарных учреждений области, а также и их деятельность в абсолютных показателях непрерывно растут из года в год. Так, количество лечебных коек за три указанных года увеличилось на 1.010 (с 10.749 до 11.759), количество амбулаторий на 69 (с 808 до 877), зубкабинетов на 17 (с 80 до 97), постоянных яслей на 21 (с 34 до 55). Количество врачей возросло с 946 до 1.254, акушерок с 664 до 788.

д) Рост сети лечучреждений в городах отстает от роста городов, в результате чего мы имеем некоторое снижение показателей обеспечения населения городов коечной лечпомощью при стабильности таковой в сельских местностях. В то время, как за три изученных года в сельских местностях на 1.000 чел. населения приходилось коек по 0,43 на каждый год, в городах и поселениях гортипа мы имели снижение с 5,38 в 1925-26 г. до 4,4 в 1927-28 г.

е) Удельный вес расходов на здравоохранение в общем своде местных бюджетов недостаточен. Недостаточен он и на санитарно-про-

филактические мероприятия в общем бюджете здравоохранения; мало того, в 1927-28 году по сравнению с предыдущим годом отмечается даже некоторое снижение, при чем в этой группе мероприятий особенно отстают охрана здоровья детей и санитарно-эпидемическое дело.

ж) Уровень заработной платы медперсоналу, особенно младшей группе, низок как абсолютно, так и относительно уровня, достигнутого в других районах Союза.

з) За последние три года мы имели значительные ассигнования на капитальные сооружения (новое строительство), при чем анализ показывает, что расширение коечной помощи на Урале возможно лишь путем нового больничного строительства, так как мы не имеем жилищных фондов, которые могли бы быть использованы для этой цели.

4. Учет данных о заболеваемости населения заразными болезнями (общая заболеваемость по отдельным видам заболеваний, к сожалению, не могла быть учтена за отсутствием данных) рисует картину неблагоприятного санитарного состояния Урала по сравнению со многими другими районами Советского Союза. В то же время отмечается несомненное снижение ряда инфекционных заболеваний как за последние три года, так и по сравнению с дореволюционным временем. Обращаемость населения за медицинской помощью из года в год возрастает. Растет и коечное обслуживание населения.

5. Учет особенностей округов с нацменьшинствами выразился в проектировании дополнительных учреждений для обслуживания нацменьшинств и особых организационных форм, преимущественно для Тобольского севера (передвижные медицинские пункты, обследовательские отряды и проч.).

После этих общих замечаний переходим к изложению запроектованных на пять лет мероприятий по отдельным отраслям деятельности, а в заключение приведем сводный финансовый план и выводы. Необходимо договориться о том, что пятилетний план составлен в областном разрезе. В настоящее время идет работа по составлению контрольных цифр на 5 лет по отдельным округам, и после окончания этой работы Облздравотделом будут даны контрольные цифры к составлению пятилетки (финансовые лимиты, медперсонал, примерные коэффициенты обеспечения населения медпомощью и проч.) во все округа, с возможным учетом особенностей каждого округа.

Лечебное дело. Расходы на лечебное дело на Урале, составлявшие в 1927-28 г. 17.512.090 руб., из года в год возрастают в абсолютной сумме, достигая для 1932-33 года суммы в 31.702.052 руб. Однако, удельный вес расходов на лечебное дело в общем расходе на здравоохранение падает с 76,9 проц. в 1927-28 г. до 70,5 проц. в 1932-33 г. Снижение удельного веса на лечебные мероприятия объясняется вышеприведенной установкой на повышение расходов на санитарно-профилактические мероприятия. Сравнительно вялый темп понижения удельного веса вызывается тем обстоятельством, что в течение пятилетки намечается значительное больничное строительство, стоимость которого выше стоимости строительства санитарно-профилактических учреждений.

Проектировка лечебной сети проведена по четырем территориальным признакам: а) областной город, б) окружные города, в) поселения городского типа и г) сельские местности. Рост лечебной сети за 5 лет по отдельным территориальным признакам и по всей области виден из следующей таблицы:

Наименование мероприятий	Обл-город		Окр-города		Поселк. гортипа		Сельск. местност.		Вся область	
	1927-28 г.	1932-33 г.	1927-28 г.	1932-33 г.	1927-28 г.	1932-33 г.	1927-28 г.	1932-33 г.	1927-28 г.	1932-33 г.
1. Больничные койки (кроме психиатрических и мест заключения)	830	1355	3268	3518	3592	5500	2388	3808	10078	14181
2. Психиатрич. койки:										
а) больничные	—	—	—	—	—	—	—	—	985	1600
б) патронажные	—	—	—	—	—	—	—	—	0	350
3. Койки в местах заключен.	—	—	—	—	—	—	—	—	460	460
4. Амбулатории (считая и при-больничные), кроме зубо-врачебных	25	26	69	73	98	123	183*) 503	310 406	878	938
5. Зубоврачебная помощи:										
а) зубкабинеты	5	7	35	45	53	99	4	30	97	181
б) зубкресла	17	26	49	64	53	106	4	30	123	226
в) зуб.-тех. лабор.	1	1	12	15	7	10	—	—	20	26
6. Врачи помощи на дому	8	20	33	71	0	57	—	—	41	148
7. Пункты первой помощи на предприятиях	—	—	—	—	—	—	—	—	51	151
Из них врачебные	—	—	—	—	—	—	—	—	12	76
8. Физиотерапевтические учреждения (самостоятельные и несамостоятельные)	2	3	2	15	0	12	—	—	4	30
9. Лечебно - профилактические учреждения:										
а) невро-психиатрич. диспансеры	0	1	0	4	0	2	—	—	0	7
б) койки в санаториях д/нетуберкул.	0	80	0	160	0	250	—	—	0	490
в) диетпайки в диетстоловых	0	200	0	250	0	500	—	—	0	950

*) Числитель — врачебные участки, знаменатель — самостоятельн. фельдшерск. пункты. Из числа врачебных участков — больничных: 1927-28 г. — 134; 1932-33 г. — 171.

Приведенные цифры говорят о следующем:

а) Запроектирован значительный абсолютный рост всей лечебной сети.

б) Развитие внебольничных видов лечебной помощи запроектировано в значительно более быстрых темпах, чем помощи больничной.

в) Запроектирован ряд видов лечебной помощи, не имеющих в настоящее время (преимущественно лечебно-профилактического типа), как то: невро-психиатрические диспансеры, санатории для нетуберкулезных больных, диетологические, а также патронажные койки для психобольных.

г) Предусмотрены неравномерные темпы развития лечебной помощи (главным образом — коечной) по отдельным территориям. Такое положение продиктовано необходимостью поднятия обеспеченности населения коечной помощью в поселениях гортипа, где находятся основные массы рабочих, и в сельских местностях, где обеспеченность ничтожно мала.

Количество жителей на 1 койку изменится так:

Г о д ы	Облгород	Окргорода	Поселки гортипа	Сельские местности
1927-28 г.	183	164	233	2307
1932-33 г.	143	194	204	1667

Сравнительная с окружными городами низкая численность населения в облгороде объясняется тем, что в расчет на население гор. Свердловска вошли также койки областных учреждений, фактически обслуживающие население всей области. Относительное уменьшение коечности в окргородах является безусловно тяжелым явлением, обусловленным исключительно финансовыми лимитами. Однако, некоторым смягчением такого положения явится расширение периферической сети в поселениях гортипа и на селе, благодаря которому уменьшится приток больных из районов в окружные центры, и таким образом процент коек, занятых в окргородах их жителями, несомненно повысится.

Коэффициенты обеспечения коечной помощью (т. е. количество коек на 1.000 жителей) получаются такие:

Г о д ы	Облгород	Окргорода	Поселки гортипа	Сельские местности
1927-28 г.	5,5	6,6	4,3	0,4
1932-33 г.	7,0	5,2	4,9	0,6

Отсюда следует, что и к концу пятилетки мы будем еще далеки от выполнения имеющихся норм обеспечения населения коечной помощью.

д) Особенно высок темп развития сети пунктов первой помощи на предприятия, что при общем курсе на индустриализацию страны является вполне правильным. Проектируя такое количество пунктов, облздравотдел считает, что оно при всех условиях должно быть выполне-

но, при чем пункты эти должны быть действительно пунктами первой помощи, а не их отделенным подобием, как это имеет место в настоящее время во многих случаях.

е) Сильное развитие получает зубная помощь (главным образом, зубкабинеты и зубкресла). Это объясняется тем обстоятельством, что зубная помощь на Урале в настоящее время не только абсолютно, но и относительно слаба. Проектируя расширение зубной сети, облздравотдел исходил из неперемennого условия максимального развития профилактической работы с таким, примерно, расчетом, что там, где есть 1 зубкабинет, 3 дня в неделю он должен выполнять лечебную работу, а 3 дня профилактическую.

ж) В шесть раз возрастает количество физио-терапевтических учреждений, что ведет к повышению качества лечения. В числе этих учреждений предусмотрен физио-терапевтический институт областного значения в гор. Свердловске на 160 коек и 800 амбулаторных ежедневных посещений.

з) Значительно возрастает помощь на дому, а в поселениях городского типа она вводится, как совершенно новый институт.

и) Отсутствие в таблице развития скорой помощи объясняется отсутствием ее и в номенклатуре, по которой составлялся план. Облздравотделом в этом отношении предусматривается следующее: 1) организация в городе Свердловске института неотложной помощи (со стационаром) и 2) организация станций скорой помощи в городах: Перми, Челябинске, Златоусте, Тюмени, Надеждинске и Лысьве. Институт и станции предполагается снабдить санитарными автомобилями.

к) Количество фельдшерских пунктов уменьшается на 19 проц. (абсолютно на 97, в то время как количество врачебных амбулаторий на селе увеличивается на 127). Небольшое уменьшение количества фельдшерских пунктов объясняется, с одной стороны, трудностью реорганизации фельдшерских пунктов во врачебные (приспособление, а в большинстве случаев постройка помещения, обеспечение врачами, сравнительно высокая стоимость и т. д.), а с другой — необходимостью частичного доразвертывания фельдшерских пунктов специально для обслуживания лесорубов, рабочих на сплавах и т. д. Целесообразно этим пунктам вести особый учет, выделив их из общей группы фельдшерских пунктов на селе.

Для более полной характеристики развития лечебной сети в сельских местностях добавим еще, что количество больничных врачебных участков возрастает со 134 (1927-28 г.) до 171 (1932-33 г.), при чем к концу пятилетки не должно быть ни одного района, в котором не было бы больницы в 1927-28 г. таких районов было 26). Количество врачебных участков с 2 и более лечврачами должно возрасти со 101 (1927-28 г.) до 171 (1932-33 г.). Количество населения на 1 врачебный участок понизится с 30.109 чел. (в 1927-28 г.) до 20.544 (в 1932-33 г.). Снизится и количество жителей на 1 сельскую больницу с 41.118 чел. (в 1927-28 г.) до 37.123 чел. в последнем году пятилетки.

(Продолжение следует).

ЗАДАЧИ ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЯЗИ С ПЕРЕХОДОМ НА 7—ЧАСОВОЙ РАБОЧИЙ ДЕНЬ.

Н. И. КОГАН.

Постановление ноябрьского пленума ЦК ВКП(б) по вопросу о первых итогах и дальнейшем проведении 7-мичасового рабочего дня предлагает между прочим «СНК союзных республик обязать наркомпробы и наркомздравы усилить мероприятия по обслуживанию бытовых и культурных нужд рабочих на предприятиях, переведенных на 7-часовой рабочий день (ясли, больницы, школы), обеспечив проведение этих мероприятий необходимыми ассигнованиями». Это постановление налагает на нас обязанность еще более внимательно отнестись ко всем задачам, выдвигаемым перед органами здравоохранения в связи с переходом к 7-мичасовому рабочему дню. В то время, когда во всем капиталистическом мире происходит удлинение рабочего дня, когда в Германии в законодательном порядке отменили 8-мичасовой рабочий день и перешли на 9-тичасовой, когда вся Западная Европа, а за ней отчасти и Америка, свою реконструкцию строят в первую очередь за счет ухудшения положения рабочего класса и удлинения рабочего дня, рабочие Советского Союза решительно переходят к сокращению своего 8-мичасового рабочего дня.

Не следует забывать, что постановление ЦИК СССР, провозгласившее в ноябре 1928 г. переход всей нашей промышленности в ближайшие годы к 7-мичасовому рабочему дню, является лишь одним из этапов к осуществлению той части программы коммунистической партии, принятой на VIII съезде, которая гласит: «РКП должна поставить себе задачей установить... в дальнейшем при общем увеличении производительности труда максимальный 6-часовой рабочий день без уменьшения вознаграждения за труд...»

Сокращение рабочего дня при условии правильного его проведения не может не вызывать повышения культурного уровня рабочих и кроме того должно иметь большое экономическое значение. Изучение бюджета времени русского рабочего показывает, что при 8-мичасовом рабочем дне у рабочего уходило на культурную работу и развлечения около 1 час. 20 м. в сутки (см. Струмилин «Бюджет времени русского рабочего и крестьянина». «Вопросы труда», 1924 г.) Сокращение рабочего дня позволит рабочему расширить время, отводимое на самообразование, повышение своей квалификации и т. д. В то же время переход на 7-мичасовой рабочий день должен дать увеличение промышленной продукции и уменьшение товарного дефицита путем большей загрузки оборудования наших фабрик (переход на 3-х-сменную работу), уплотнения рабочего дня и т. п. мероприятий, а также смягчение безработицы.

Надо, однако, подчеркнуть, что недостаточно внимательное отношение ко всем вопросам, вызванным переходом на 7-мичасовой рабочий день, недостаточная подготовка к нему, могут не только не дать положительных результатов, но и вызвать отрицательный эффект, ухудшая здоровье рабочих, увеличивая промышленный травматизм, давая чрезмерную утомляемость и т. д. Не надо забывать, что все мероприятия, проводимые в связи с переходом на 7-мичасовой рабочий день, представляя собой сложный комплекс факторов, решительно влияют на санитарные условия труда, на режим рабочих, их быт (сон, отдых, питание), могут создать новые вредности труда и т. д. Поэтому в подготовительной работе хоз-органов органам здравоохранения необходимо принимать самое деятельное участие. Органы здравоохранения не должны ограничиваться только приспособле-

нием работы медико-санитарных учреждений к новым условиям труда рабочих, но, что не менее важно, совместно с санитарной инспекцией труда должны влиять на максимальное улучшение этих условий, а в дальнейшем изучать мероприятия, связанные с переходом на 7-мичасовой рабочий день, выявить те из них, которые неблагоприятно отзываются на здоровье рабочих, совместно с рабочими организациями повлиять на внесение необходимых коррективов и т. д.

В этом отношении особое внимание надо уделить следующим вопросам:

1) организации рациональной вентиляции. Опыт показал, что на некоторых московских текстильных фабриках температура в 3-ю смену в прядильных цехах при плохой вентиляции доходила до 32—34° Цельсия;

2) надлежащему искусственному освещению как в смысле количества света, так и в смысле рациональной арматуры;

3) состоянию техники безопасности. Это обстоятельство особенно важно в связи с тем, что переход на 7-мичасовой рабочий день привлекает на фабрики значительное число недостаточно квалифицированных рабочих, что требует усиления внимания к вопросам техники безопасности и инструктирования рабочих;

4) режиму рабочего времени—порядку смен, длительности обеденного перерыва и т. д. Опыт некоторых предприятий показал нерациональность непрерывной работы по 7 часов без перерыва, дающей высокую утомляемость. Необходимо добиваться получасового перерыва. На некоторых предприятиях практикуются так наз. «ломаные смены» (например, работа по 3½ часа с перерывом в несколько часов). Эти «ломаные смены», особенно при том условии, когда рабочие живут далеко от фабрики или завода, создают для них большие неудобства;

5) ночному труду женщин, особенно беременных. Нужно помнить, что работницы, желая получить большую зарплату, выплачиваемую в ночные часы, зачастую уклоняются от ухода с ночных работ, при чем замечаются случаи сокрытия сроков беременности;

6) вопросом нагрузки при работе и утомляемости. Крайне важно поставить изучение влияния 7-мичасового рабочего дня на заболеваемость, соотношение между заболеваемостью и утомляемостью, влияние распределения рабочего дня на заболеваемость, повышение травматизма и т. д. и учесть опыт предприятий, уже перешедших к 7-мичасовому рабочему дню. Большую часть этой подготовительной работы должна проводить санитарная инспекция труда, а органы здравоохранения оказывать ей помощь в этой работе.

Уже этот далеко не полный перечень задач в период подготовки к сокращению рабочего дня указывает на необходимость самого деятельного участия органов здравоохранения в подготовительной работе хозяйственных органов. Между тем отчеты с мест указывают на то, что почти во всех округах это участие отсутствовало. Так, Златоустовский Окргдравотдел пишет в своем отчете: «на 7-мичасовой рабочий день по нашему округу перешел один только Миасский напильный завод. В разработке вопроса Окргдрав не участвовал...» В отчете Свердловского Окргдравотдела читаем: «...переведен на 7-мичасовой рабочий день Каслинский завод. Подготовительной работы со стороны органов здравоохранения не производилось...» и т. д.

Следующей группой задач, стоящих перед нами, является приспособление медико-санитарных учреждений к изменившимся в связи с сокращением рабочего дня условиям работы на фабрике или заводе (введение 3-й смены, изменение часов работы и т. д.). Всю работу наших учреждений

надо перестроить таким образом, чтобы они действительно могли обслуживать рабочих. В этом отношении нужно изменить время амбулаторных приемов, при чем рабочий день врачей в некоторых местах необходимо разбить на 2 части для того, чтобы не получилось так, что рабочие одной смены будут обслуживаться врачебной, а другой—исключительно фельдшерской помощью. Работа пунктов первой помощи должна быть построена так, чтобы они функционировали и во время работы ночной смены.

В связи с тем, что часть женщин будет работать в ночных сменах, и в связи с увеличением числа рабочих, возникает вопрос о расширении существующих яслей и об увеличении числа их. Самая работа яслей и консультаций должна быть приспособлена к новым условиям не только в смысле изменения часов их работы, но и в том отношении, что в яслях необходимо будет оставлять детей на более продолжительное время в тех случаях, когда матери оканчивают свою работу ночью; при удлиненной работе яслей необходимо увеличение ухаживающего и технического персонала, изменение режима дня детей и т. д. Консультации совместно с профессиональными организациями и органами охраны труда должны взять на себя наблюдение за проведением в жизнь § 8 постановления ЦИК СССР о 7-ми часовом дне, гласящего: «в предприятиях, переведенных на 7-ми часовую рабочую день, не допускаются к ночным работам беременные женщины, начиная с 6-го месяца беременности, а также женщины, кормящие грудью в течение 5-ти первых месяцев кормления». Большой задачей является подготовка персонала для яслей в связи с увеличивающейся потребностью в нем. Работа ночных санаторий, площадок, диетстоловых и т. д. должна тоже быть приспособлена к новым условиям.

В связи с вовлечением в производство новых масс рабочих при переходе на 7-ми часовую рабочую день остро встает вопрос о жилищах для них и о новом рабочем жилищном строительстве. Органы здравоохранения должны принять деятельное участие в рассмотрении заданий для этого строительства, проектировке его, расселении рабочих и т. д. Вовлечение в производство новых рабочих ставит перед нами вопрос и об усилении санитарно-просветительной работы вообще и по вопросам личной профилактики травматизма и профвредностей в частности. В целях той-же борьбы с травматизмом, борьбы за повышение производительности труда и пр. нужно усилить борьбу с алкоголизмом.

У нас на Урале специальной правительственной комиссией разрешены к переводу на 7-ми часовую рабочую день следующие предприятия. Часть их уже перешла к сокращенному рабочему дню, часть ведет подготовительную работу.

По химической промышленности:

1. Березниковский химич. завод им. Ленина	920 ч. рабочих
2. Пермский суперфосфатный завод	193 » »
3. Шайтанский	649 » »

По угольной промышленности:

4. Штольня им. Володарского	1109 ч. рабочих
5. » № 15 Сев. рудн. Челябинской	357 » »

По металлопромышленности:

6. Миасский пиломасекательный завод	1829 ч. рабочих
7. Каслинский мет. завод	2188 » »
8. Лысьвенский металлургич. завод	3993 » »
9. » механический завод	5559 » »
10. Завод им. Колущенко (Челябин. плужной)	1176 » »

Кроме того дополнительно намечены УОСНХ к переводу в текущем году:

1. Завод «Уралсепаратор»	2500 ч. рабочих	
2. Курганский машиностроительный завод	226 »	»
3. Сарсинский стекольный завод		
4. Лялинский Комбинат КУЛ'а	1528 »	»
5. Уральская суконная ф-ка Уралтекстиля	1697 »	»
6. Камышловский кожзавод	219 »	»
7. Типография «Гранит» Уралполиграфа	379 »	»

Таким образом по основному списку переходит на 7-мичасовой рабочий день около 18.000 рабочих и по дополнительному (еще не утвержденному правительственной комиссией) свыше 6.550 рабочих, а всего около 25.000 рабочих.

Правда, больших изменений в количестве рабочих, распорядке рабочего времени и т. д. в связи с переходом к сокращенному рабочему дню на большинстве этих предприятий произойти не должно. Сокращение рабочего дня предполагается главным образом за счет уплотнения его. Все же переход этот на некоторых, крупнейших из них, ставит перед нами большие задачи. Так, на Лысьвенских заводах значительно изменяется порядок смен, количество рабочих и служащих увеличивается на 242 человека, предполагается жилищное строительство на 378.000 руб. По предварительным планам уплотнение рабочего дня на Лысьвенских заводах рассчитано на 14,3 проц. На ряде предприятий (Уралсепаратор и др.) на 1 рабочего возлагается обслуживание большего количества оборудования.

На Лялинском Комбинате КУЛ'а проектируется частый переход рабочих из одной смены в другую. Организация рабочих смен в непрерывно действующих производствах здесь предусматривает 3 1/2 смены с переходом 2-й половины в начало следующих суток, при 3-хнедельном обороте. При этом чередование смен предусматривает перемену выходов для большинства рабочих 2 раза в неделю с предоставлением всем рабочим нормального числа часов отдыха в течение месяца. Это возлагает на органы здравоохранения задачу организации для рабочих максимальных удобств при оказании медицинской помощи, а также задачу изучения влияния новых условий труда на заболеваемость рабочих и т. д.

Особое внимание нужно уделить суконной фабрике Уралтекстиля, так как здесь с переходом на 7-мичасовой рабочий день основные цеха фабрики, как ткацкий, прядильный и др. будут пущены в 3-ю смену. При проведении 7-мичасового рабочего дня на этой фабрике предполагается увеличение рабочих на 283 чел., при чем число женщин, работающих в ночное время, увеличивается в 7 раз, а именно с 18 до 126. Докладная записка треста гласит: «в связи с максимальным загрузкой и уплотнением рабочего дня приобретает весьма важное значение вопрос о перерывах в течение рабочей смены. По мнению треста, перерывы в течение рабочего дня не целесообразны» (!) (Разрядка наша Н. К.). На фабрике и сейчас имеется острый жилищный кризис.

Не надо забывать, что скоро начнется предварительная работа по подготовке к переходу на 7-мичасовой рабочий день предприятий, намеченных к переходу в 1929-30 году. Для успешного перехода на 7-мичасовой рабочий день нужна не только хорошая проработка технических и хозяйственных вопросов, возникающих в связи с этим переходом, но и надлежащая подготовка и организация мероприятий по здравоохранению. К предварительной работе организации, занятые этими вопросами, должны привлекать не только широкие массы рабочих и инженерно-технический персонал, но и врачей.

Л и т е р а т у р а.

1. Б р у ж е с и С м и р н о в. — Изучение влияния на здоровье рабочих перехода промышленных предприятий на 7-часовой рабочий день («Моск. Мед. Журн.», № 7, 1928 г.).
2. Д. Г о р ф и н. — 7-ми часовой рабочий день и задачи органов здравоохранения. («Вопросы здравоохранения», № 6, 1928 г.).
3. Б е г а м. — Охрана материнства и младенчества и 7-ми часовой рабочий день («Вопросы здравоохранения», № 14, 1928 г.).
4. Н. С е м а ш к о. — Против печутости и неповоротливости («Вопросы здравоохранения», № 18, 1928 г.).
5. Н. Е. А к и м. — Вопросы охраны труда на текстильных фабриках Московской губ. с 7-ми час. раб. днем («Гигиена труда», № 8, 1928 г.).
6. М а р к у с. — К вопросу о 7-ми часовом рабочем дне («Вопросы труда», № 12, 1927 г.).
7. И. З а р о м с к и й. — О подготовительной работе к переходу на 7-ми часовой рабочий день (там-же).
8. Д. К и р з н е р. — О 6-ти часовом рабочем дне для всех категорий подземных рабочих («Вопросы труда», № 7—8, 1928 г.).

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ УКЛОН В РАБОТЕ СОВЕТСКОГО ЗУБНОГО ВРАЧА.

М. И. ЛЕРИНМАН.

При той массовой распространенности кариеса зубов, которую мы имеем в настоящее время, охватить чисто лечебной работой сколько-нибудь значительно широкие массы населения не представляется возможным. Согласно многочисленных обследований, произведенных в разных городах и промышленных центрах нашего Союза, на одного застрахованного приходится в среднем 5,7 зубов, пораженных кариесом. При самом внимательном и добросовестном отношении к делу, даже в условиях наиболее рациональной постановки дела, зубной врач едва-ли обслужит полностью более 500 человек в год. Такие сравнительно мизерные результаты способны повергнуть работника в крайний пессимизм. С индивидуальным подходом лечебными мероприятиями будут обслужены и удовлетворены единицы, а миллионы населения будут попрежнему оставаться с разрушенными гнилыми зубами без всякой надежды на улучшение этого состояния даже в далеком будущем. Единственным выходом из этого положения является систематическая борьба не столько с последствиями, не столько с разрушениями и опустошениями, произведенными кариозным процессом в полости рта сколько, главным образом, с причинами его вызывающими. Рядом социальных и гигиенических мероприятий необходимо создать такие условия, при которых дальнейшее развитие и распространение кариеса приостановилось, или по крайней мере значительно уменьшилось бы. А там, где разрушительное действие кариеса уже началось, необходимо стремиться остановить процесс в самом начале его возникновения.

Этиологию кариеса зубов далеко нельзя еще считать сколько-нибудь изученной и установленной. Теория Миллера о химико-паразитарном происхождении его за последние десятилетия оспаривается многими исследователями. Ряд авторов приписывает главную роль в этом процессе факторам эндогенного характера, последствен-

ной конституции, деятельности эндокринных желез, составу слюны и т. д., не исключая, конечно, и влияния окружающей среды. Не подлежит, однако, никакому сомнению, что вопросы питания играют здесь первенствующую роль и главным образом в период формирования зубов, т. е. в периоде сначала утробной, а затем в первые годы жизни ребенка. Отсюда ясно, что в целях профилактики зубного кариеса одонтолог должен обратить серьезное внимание матери на ее пищевой режим еще в периоде ее беременности. Диета беременной женщины должна заключать в себе известное количество материалов для возможного отложения и накопления в организме ребенка достаточного запаса неорганических солей, идущих на образование эмали и дентина будущих зубов. Связь одонтолога с консультацией для беременных в целях установления наиболее рациональной диеты матери является, таким образом, первым этапом его работы на профилактическом поприще.

С появлением ребенка на свет вопросы ухода за полостью рта, грудное или искусственное вскармливание, пищевой и световой режим, тот или другой общий гигиенический уход — не остаются без глубокого влияния на своевременное прорезывание молочных и дальнейшее формирование постоянных зубов. Важная роль одонтолога, дающего матери, кормилице и воспитательнице ребенка, необходимые указания, здесь вне всякого сомнения. Это второй и не менее серьезный и ответственный этап профилактической работы зубного врача. И если советский зубной врач, а в особенности посвятивший себя детскому и школьному зубоветеринарному, хочет быть на высоте современных научных достижений в области одонтологии и одновременно претендует, чтобы его деятельность давала сколько-нибудь ощутимые результаты в будущем, — он должен быть в курсе указанных вопросов для того, чтобы во всеоружии опыта и знания давать авторитетные и разумные указания. В этот период он увязывает свою работу с материнскими и детскими консультациями, с детскими и т. д.

Наступает период третий — дошкольный. В этом возрасте дети особенно подвержены всевозможным инфекциям. Совпадая с временем роста и развития самой челюсти и смены в ней зубов, перенесение детских инфекций оставляет здесь глубокие следы, вызывая нежелательные осложнения. Наличие аденоидных разрастаний в носоглоточном тракте тоже является фактором, влекущим за собой часто деформацию неба, сужение челюсти и возникновение всевозможных аномалий в прикусе, положении и числе зубов. Аномалии-же эти в значительной степени способствуют большому развитию кариозного процесса. Своевременно предупредить эти деформации и отклонения возможно только при бдительном надзоре за детьми со стороны сведущего одонтолога, осуществляющего необходимые мероприятия при содействии врачей специалистов. Без связи с детпрофамбулаториями, детсадами и площадками эта работа, конечно, не мыслится.

На 4-м этапе, охватывающем период школьной жизни детей от 7—8 до 15—16 лет, я останавливаться не буду. Здесь мы имеем разработанную по проф. Канторовичу систему санации, которой следует большинство наших школьных зубкабинетов. Скажу только, что школьную санацию мы должны рассматривать только как один из этапов профилактической работы. Начинать-же только с него, т. е. одонтологу брать впервые под свое наблюдение школьника в воз-

расте 7—8 лет, будет уже несколько поздно. В этом возрасте мы сталкиваемся уже с наличием кариозного процесса, как с результатом непринятых своевременно предупредительных мер. Однако, школьному возрасту, начиная с периода первой смены молочных зубов и кончая завершением этой смены в 14—15 лет, мы должны уделить сугубое внимание. Школьные массы, взятые под постоянное наблюдение, получая 2 раза в год при осмотрах пломбирование начинающегося кариеса, безусловно, могут быть доведены к окончанию ими школы со здоровыми зубами.

Одновременно с этим каждому школьнику при осмотре должна внушаться необходимость обращаться к зубному врачу не тогда, когда целостность зуба нарушена, когда имеются большие дефекты эмали и появляются самопроизвольные боли. Он должен показаться зубному врачу при малейшей чувствительности зуба к химическим и термическим колебаниям. Систематическая санация школьников прививает им на всю жизнь здоровые гигиенические навыки в отношении зубов и полости рта.

Переходя к обслуживанию зубоврачебной помощью взрослого населения, где преобладающим моментом является лечение зубов с воспаленной или гангренозной пульпой, надо сказать, что проблема лечения корней остается до сих пор не разрешенной, несмотря на самые упорные и энергичные поиски научной мысли одонтологов в этом направлении. Методы механический, химический, асептический и антисептический и всевозможное комбинирование их даже в руках опытных специалистов не дают все-же гарантии полной эвакуации содержимого каналов корней и достижения сколько-нибудь длительной их стерильности. Мало того, при их применении никогда не исключена возможность случайного навесения механической или медикаментозной травмы периодонту зуба, осложнения со стороны которого подстерегают нас на каждом шагу. Кроме того, исследования Канторовича, Фишера, Прейсверка и др. доказывают полную непроходимость корней в огромном большинстве случаев. Отсюда очевидна во многих случаях вся безнадежность наших попыток и усилий к герметическому заполнению каналов и преграждению доступа через апекс в смежные ткани и области инфицированного их содержимого. Последующее медикаментозное или хирургическое лечение возникающего хронического гранулирующего перичементита в большинстве случаев не достигает цели. Апектомия, на которую возлагалось столько надежд, далеко их не оправдала, давая рецидивы и осложнения со стороны соседних зубов. В лучшем случае вряд ли эта операция может быть применяема в таком массовом масштабе, как этого требовали бы так часто обнаруживаемые гранулемы в апикальной области зубов с девитализированной или омертвевшей пульпой. Рентгенотерапия применяется пока еще только экспериментально и рекомендовать ее еще преждевременно.

Предоставленные же самим себе такие зубы далеко не индифферентны для организма. По мнению американских исследователей они представляют скрытую, но постоянную угрозу его благополучию, являясь теми инфекционными очагами «Focal infection», которые при случайном ослаблении организма, вызванном теми или другими факторами внешнего характера, дают неожиданную вспышку и могут повлечь за собой серьезные и тяжелые заболевания самых отдаленных органов. Выдвинутое американскими авторами учение об ораль-

сепсисе с его крайними выводами о необходимости беспощадного удаления из полости рта всех беспульповых зубов оспаривается немецкими и нашими одонтологами. Последние принимают это с большими оговорками не так категорически, как это делает американская школа, и не согласны с ее крайними выводами, следование которым привело-бы, в свою очередь, к опустошению рта наших многочисленных пациентов, что даже при условии обязательного последующего протезирования вряд-ли останется без влияния на общее состояние организма.

Нам, руководителям и организаторам государственной массовой зубоврачебной помощи и практическим работникам, необходимо сделать из всего этого соответствующий вывод, вполне совпадающий со взглядами как той, так и другой школы. Не отказываясь совершенно от дальнейшего лечения зубов с воспаленной или гангренозной пульпой теми средствами и методами, которые дает нам в руки современное состояние одонтологической науки, главным образом, конечно, в случаях с однокорневыми зубами и при доступных кариозных полостях — мы все-же должны все свое внимание, все силы и средства перебросить на тот фронт, который борется за сохранение самой пульпы в зубах, не доводя ее до состояния воспаления или омертвления. Чем затрачивать средства на оборудование и содержание зубкабинетов для лечения пульпитных и гангренозных зубов, чем ставить наличную нашу квалифицированную силу и без того немногочисленную на болезненную для пациентов, кропотливую и продолжительную работу с такими слабыми надеждами на благоприятный исход, чем подвергать наших пациентов риску получить в результате подозрительные очаги и фокусы, — не лучше-ли, не целесообразнее-ли и выгоднее в экономическом отношении, — оказав пришедшему пациенту первую помощь при обнаружении воспаленной пульпы или периодонта, в первую очередь обратиться к остальным зубам с поверхностным кариесом и заняться их предупредительным пломбированием — делом, требующим затраты минимального количества времени и средств, не испытывающим долготерпения как врача, так и пациента и являющимся явно верным и надежным средством к сохранению здоровой пульпы в зубе почти во всех случаях.

Таким образом, наша установка на профилактику в зубоврачебном деле должна быть такова. Зубной врач, работающий в районной, фабрично-заводской или сельской амбулатории, где нет специально школьного или детского зубкабинета, в первую очередь берет под свое наблюдение массы детей школьного возраста, проводя систематическую санацию их зубов. Остальное время уделяется приему взрослых, но и этот прием должен быть пропитан профилактическим духом. Как мы уже выше указали, не дожидаясь просьбы самих пациентов, следует после успокоения острой боли тут-же перейти к пломбированию начинающегося кариеса на остальных зубах. Надо каждому зубврачу усвоить ту, уже очевидную для всех, истину, что одна его чисто лечебная работа дает только временный эффект мало продуктивный, что ею он в состоянии удовлетворить только весьма ограниченный круг лиц и поэтому далеко не оправдывает своего назначения. Индивидуальный подход мог преобладать в частной практике, но не при работе над обслуживанием масс. Тут надо учесть не только необходимость удовлетворения запросов и желаний отдельных лиц, а возможный результат, тот максимум, который следует

дать массам при рациональной затрате времени, сил и средств. А для того, чтобы такой подход был принят и понят правильно, не истолкован, как стремление врача уклониться от лечения пульпитных и гангренозных зубов, как от работы более продолжительной и хлопотливой, надо нам по этому вопросу энергичнее развивать санпросветработу, разъяснять и убеждать наших больных в правильности и целесообразности нашего подхода не только с точки зрения экономической, но и в согласии со взглядами на этот вопрос современной одонтологической науки.

В нашей Уральской области число зубкабинетов и работающих в них зубных врачей невелико. Если в окружных центрах приходится на 1 зубврача в среднем по 10.0000 населения, то в районах на одного зубврача падает несколько десятков, а то и сотен тысяч населения. При таком соотношении думать или говорить об индивидуальном подходе, о возможности ограничиться одной лечебной работой — не приходится. Здесь тем более перед нами встает вопрос о необходимости охвата своей работой максимума больных, а это возможно только при массовом подходе с целями и заданиями профилактического характера. Только при этих условиях работа зубного врача не потонет в неизвестности, не будет совершенно бесцельной и даст существенные результаты.

Само собой разумеется, что профилактический уклон несколько не освобождает нас, зубных врачей, от обязанности требовать значительного расширения имеющейся сети зубкабинетов и укомплектования ее зубврачами. Но нам надо открывать в первую очередь кабинеты школьно-профилактические. Мы должны учитывать не только нужды и запросы сегодняшнего дня, кричащие и вопиющие о себе, но и те пути и меры, которые дали-бы возможность уже в ближайшие годы достигнуть уменьшения процента кариозности зубов у нашего населения.

На территории Уральской области мы имеем большое число промышленных районов с преобладающим фабрично-заводским населением, занимающимся тяжелым физическим трудом при обстановке и условиях, далеко не отвечающих требованиям современной гигиены и санитарии и значительно отражающихся на состоянии его здоровья. Тут-же мы имеем ряд производств, являющихся специфически вредными для зубов и полости рта, как кислотное, мукомольное и т. д. Рабочим указанных производств зубврач-профилактик должен уделить сугубое внимание, проведя их в обязательном и плановом порядке через зубкабинет и знакомя их со всеми мерами предупредительного и оздоровительного характера.

В заключение следует признать необходимым, чтобы зубврач, отправляясь в научную командировку, или работая дома над повышением своей квалификации, уделял внимание не только этиологии и терапии отдельных патологических моментов, но знакомился-бы также с теми мерами профилактического характера, которые устраняют возможность возникновения и развития этих самых патологических случаев. Другой подход здесь немыслим.

О ПЕРЕПОДГОТОВКЕ ЗУБНЫХ ВРАЧЕЙ

(В порядке предложения),

М. ДУБОВ.

Если в деле переквалификации врачей у нас имеются значительные достижения, то имеются в то же время и значительные дефекты, главным образом со стороны количественной.

В особенности это надо сказать о переквалификации зубврачей. Наша область обслуживается в настоящее время 170-180 зубврачами (считая вместе с дорздравами и военведом). Потребность в зубпомощи, конечно, этим далеко не исчерпывается и по самым скромным расчетам это число на ближайшее время необходимо хотя-бы удвоить. Развитие хозяйства нашей области и связанный с этим рост материального и культурного благосостояния населения неминуемо влечет за собой повышение требований на медпомощь, при чем рост этих требований идет как по линии количества, так и качества: население ждет от нас в настоящее время не только медпомощи, но и к в а л и ф и ц и р о в а н н о й м е д п о м о щ и.

При заполнении штатов зубврачей, как и другого медперсонала в нашей области, мы уже и теперь сталкиваемся с значительными трудностями. Зачастую трудно залучить зубврача не только на участок, но и в городскую амбулаторию. Приходится часто мириться с незначительным стажем, недостаточной квалификацией работника и т. д. И даже при таких условиях места пустуют месяцами.

С другой стороны, советское зубоврачевание часто предъявляет к своим работникам значительно повышенные требования, которые подчас не под силу даже работникам с большим стажем, но недостаточно усвоившим принципы и основы советского здравоохранения. Зубврач как на участке, так и в промышленном центре не может быть только «пломбером», — уже в силу своей специальности он должен быть профилактиком и общественником.

Разнообразие промышленности нашей области настойчиво требует изучения ее со стороны профвредностей вообще и в частности в отношении зубной системы. С другой стороны, бытовые и климатические условия также представляют в этом отношении большой интерес. Задача изучения этих явлений настолько сложна, что она под силу только коллективу.

Если в этих условиях принять во внимание, что в существующих институтах (курсах) для усовершенствования зубврачей Уральской области предоставляется ежегодно только 4-5 мест, то станет понятно, что с вопросом переквалификации зубврачей дело обстоит у нас прямо катастрофично.

Я связываю переподготовку работающих зубврачей с подготовкой новых кадров работников потому, что в настоящее время, благодаря закрытию зубврачебных школ, что является одним из крупнейших достижений советского здравоохранения, подготовка новых работников по одонтологии идет на медфаках и не может в данное время еще поспеть за ростом требований страны на этих работников. Но у нас имеется резерв в виде зубврачей, которые в силу тех или иных условий более или менее продолжительное время не работали по своей специальности. Эти зубврачи часто обращаются в Здравоотделы с прось-

бой дать им возможность восстановить свои знания для работы по своей специальности. Многие из этих зубврачей, как это показал опыт, при известной переподготовке, представляют собой впоследствии ценных работников и заполняют пробел в кадрах зубврачей, который ощущается в частности в нашей области. В ряде городов такие зубврачи были пропущены через курсы усовершенствования.

Каков-же выход из положения для нашей области?

Конечно, Уральской области, занимающей огромную территорию с колоссальной сетью промышленных предприятий и с огромными перспективами в будущем, пристало-бы иметь специальный институт одонтологии, где наряду с научно-исследовательской работой велась-бы и переподготовка зубврачей. Но в настоящее время, к сожалению, об этом можно говорить только как о мечте, так-как даже единственная в области кафедра стоматологии далеко не окрепла. Но это, однако, не значит, что этого вопроса не надо подымать. Мы ведь видели, как в результате энергичной и самоотверженной работы из маленького родильного приюта возник в Свердловске мощный Акушерско-Гинекологический Институт. Я думаю, что начало нашему делу может и должно быть положено уже сейчас. Для этого можно одну из существующих зубамбулаторий превратить в научно-показательную, привлечь для работы в ней несомненно имеющихся в нашей области наиболее квалифицированных работников, в частности, врачей-стоматологов. В такую амбулаторию можно на первое время прикомандировать на более или менее короткие сроки работников с мест, нуждающихся в переподготовке, и здесь-же могут проходить проверочный стаж зубврачи, желающие восстановиться в своей специальности при условии, что они будут впоследствии использованы для работы в нашей области, в первую очередь на участках. Постепенно вокруг такой амбулатории, как центра, неминуемо должны будут сгруппироваться все те одонтологи, которые интересуются научной работой, и при известных условиях эта амбулатория станет зародышем будущего Уральского Стоматологического Института.

В частности, следует указать, что для многих работников с мест, особенно участковых зубврачей, оторванных от центра более или менее продолжительное время, при слабом развитии нашей специальной литературы, часто достаточно одного-двух месяцев, чтобы ознакомиться с дальнейшими достижениями хотя-бы практической одонтологии, с новыми методами профилактики и лечения. При недосыгаемости прохождения курсов усовершенствования при институтах в Ленинграде и Москве (все зубврачи нашей области при данном составе могут быть пропущены через эти курсы в течение 40-45 лет!) такая мера, пусть это будет паллиатив, все-же принесет несомненную пользу. Об этом надо подумать в порядке конкретного предложения.

КРИОТЕРАПИЯ—ЛЕЧЕНИЕ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ХОЛОДОМ С ПОМОЩЬЮ УГЛЕКИСЛОГО СНЕГА.

Профессор М. А. РОЗЕНТУЛ.

Из клиники кожных и венерических болезней Пермского Государственного Университета.

Директор проф. М. А. РОЗЕНТУЛ.

Среди большого числа больных различными кожными страданиями, направляемых из различных мест Урала к нам в клинику за лечебной помощью, попадаетея не малое количество и таких, которые с успехом могли бы лечиться на месте, в условиях даже сельского врачебного участка.

Речь идет, главным образом, о больных красной волчанкой, бородавчатым туберкулезом кожи, различного рода пеллусами, *Ulcus rodens*, розацеа, ринофимой, хлоазмой, алопеция areata, татуировкой, бородавками, келоидами, *Acanthis*, ангиомами, *lupus vulgaris*, себильными кератомами, заразительным моллюском, ангиокератомой Мибелли, кольцевидной гранулемой, красным плоским лишаем, нейродермитом и лейкоплакией языка. При всех этих формах излечение, наряду с хорошим косметическим успехом, достигается с помощью криотерапии, метода, отличающегося дешевизной, чрезвычайной простотой инструментария и техники.

Легко доступный каждому врачу-практику, к сожалению, этот метод в терапии кожных болезней у нас на Урале (по крайней мере в Перми до нашего приезда и сейчас в большом числе уральских городов) никем не применяется.

Заслуга введения в дерматологическую практику криотерапии принадлежит американским врачам *Zeisler* и особенно *Pusey*, разработавшему методику лечения в 1907 г. У нас в России криотерапия впервые была применена в 1909 году.

Жидкая углекислота продается в стальных баллонах емкостью 10 литров. Стоимость баллона углекислоты Уралмедторгом расценивается около 20 рублей; опорожненный баллон принимается в обмен при получении нового. Баллон помещается вертикально в специальную стойку в виде треножника *) (см. рисунок № 1). Отвинтив гайку, сидящую на винтиле «а» (см. рисунок № 2), обматывают вокруг него полотенце из плотного полотна, сложенное в несколько слоев или одевают на винтиль «а» замшевый кисет и, отвертывая кран «б», находящийся внизу баллона, выпускают углекислоту, струей выходящую из винтиля «а» с шумом и шипением **).

*) Изображенная на рисунке стойка изготовлена в Перми слесарем Окрбольницы т. Барановым.

**) Слышимый при отвертывании крана «б» вместо шипения свист указывает на то, что углекислота в баллоне иссякла.

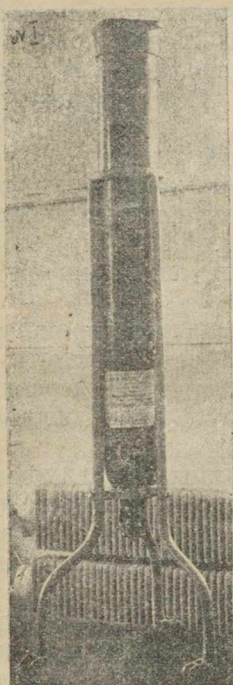


Рис. 1.

Мы не рекомендуем выпускать сразу углекислоту сильной струей, гораздо экономнее выпускать CO_2 постепенно, толчкообразно. Покидая баллон, углекислота, быстро испаряясь, замерзает и отлагается на полотенце или внутри замшевого кисета в виде рыхлого снега, имеющего температуру—70 град. С и медленно тающего при комнатной температуре.

Страх новичков перед возможностью разрыва баллона лишен всякого основания, так как стальной баллон рассчитан на давление в 250 атмосфер, в то время, как в действительности, жидкая углекислота находится под давлением всего лишь нескольких атмосфер, кроме того, баллоны



Рис. 2.

через каждые 3 года испытываются на давление 250 атмосфер.

Полученный углекислый снег для терапевтических целей должен быть точно приложен к месту поражения кожи. Для этой цели углекислый снег собирается в полые стеклянные или металлические трубочки (криокаутеры) различной формы и диаметра, в точной зависимости от величины и формы поражения кожи, и с помощью деревянного поршня спрессовывается в плотный снежный столбик (снежный карандаш) (см. рисунок № 3).

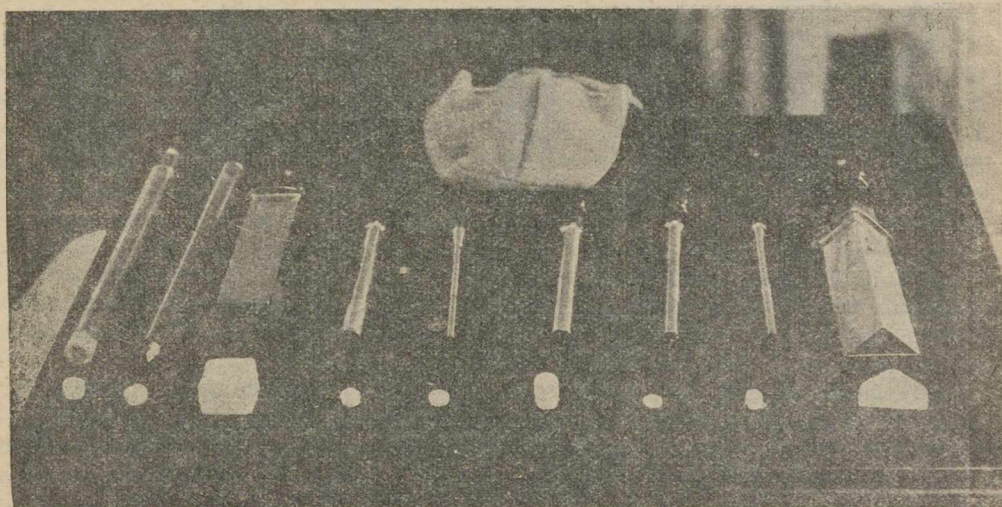


Рис. 3.

Криокаутеры можно приготовить из обыкновенных стеклянных трубок или же заказать металлические, но с обязательным условием, чтобы край трубки был ровным и тупым, во избежание порезов кожи, и не загнут кваружи; в противном случае, снег будет крошиться и не давать равномерного замораживания кожи.

Приложенный к коже без давления углекислый снег, несмотря на свою низкую температуру, не вызывает замерзания кожи, так как этому мешает образовавшийся между кожей и снегом слой газообразной углекислоты, являющейся плохим проводником. В силу этого же обстоятельства совершенно безопасно и попадание снега на руки оператора.

Для замораживания кожи, а, следовательно, и для терапевтического успеха необходимо приложить углекислый снег вплотную к коже с известным давлением, что достигается нажимом на деревянный поршень, придавливающий снежный столбик, находящийся в трубке, к больному участку кожи.

В продаже существует множество сконструированных различными авторами специальных аппаратов и приспособлений, облегчающих добычу снега, а, главное, уточняющих силу нажима и тем самым позволяющих избежать субъективной оценки давления, играющего, надо подчеркнуть, в применении криотерапии большую роль.

Рисунок № 4 изображает наиболее удачно сконструированный криокаутер доктора Zortat-Iacob. Однако, опыт — лучший судья, и мы лично не чувствуем необходимости в доротегах заграничных аппаратах, с прекрасными результатами, пользуясь вышеприведенной методикой криотерапии.

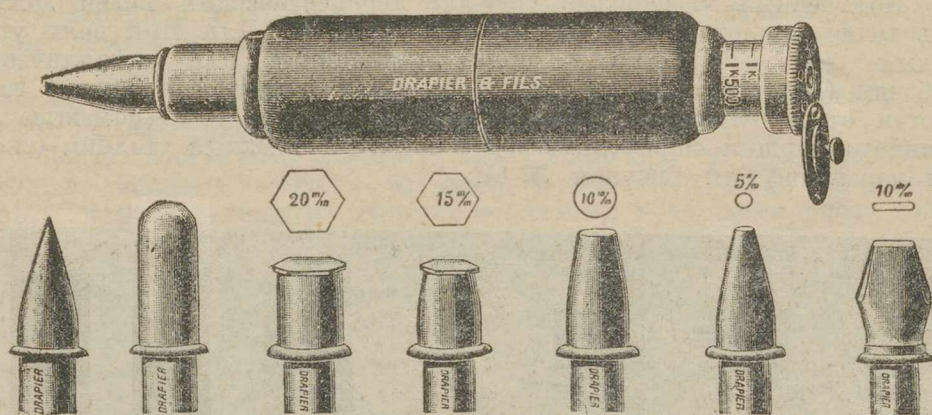


Рис. 4.

Следует еще указать, что эфир, растворяя углекислый снег, понижает температуру снега ниже 100 град. Ватный тампон, пропитанный раствором снега в эфире, придавливают к пораженной коже.

В зависимости от характера процесса пораженной ткани, от глубины поражения и его гистологической структуры устанавливается: 1) давление, т. е. сила нажима поршня на снежный столбик и 2) длительность сеанса криотерапии, т. е. время приложения снега к коже. Чем сильнее давление и продолжительнее сеанс, тем глубже промерзает кожа и тем сильнее последующая воспалительная реак-

ция. Прикладывание снега вплотную к коже, но без давления, в течение 10 секунд вызывает покраснение и легкую степень воспаления кожи; в течение 15—25 секунд — воспаление и отек кожи (*alteration caviteur*, *Spongiosis* и расширение сосудов дермы); свыше 30 секунд образование пузыря. Давление, вызывая местную анемию кожи, способствует глубокому промерзанию тканей, результатом чего является некроз эпителия, поверхностного слоя дермы, эндартерит, облитерация капилляров и замещение ткани нежным или грубым рубцом, в зависимости от длительности сеанса, силы давления, места поражения, возраста и конституции больного. Таким образом, с помощью криотерапии, мы можем получить все степени обморожения *Dermatitis e frigore* — от ознобления до образования струпа.

Аналогично тому, как не все люди одинаково переносят холод, не все одинаково реагируют на криотерапию. Поэтому первый сеанс криотерапии должен носить характер пробного испытания выносливости кожи больного и не превышать 15—20 секунд при незначительном давлении. Кожа детей, например, в 2—4 раза чувствительнее кожи взрослого. Различные ткани и участки кожи обладают неодинаковой чувствительностью. Кожа лица, стигматических поверхностей конечностей, на местах, богатых рыхлой подкожной клетчаткой, отличается особой чувствительностью к снегу CO_2 . Эпителиальная ткань более чувствительна, чем соединительная, большая или бедная сосудами ткань реагирует сильнее здоровой или хорошо васкуляризированной ткани.

При обширных или множественных поражениях мы из боязни суммированной реакции избегаем прижигать большие участки кожи за один сеанс. После сеанса криотерапии замороженная кожа кажется белой, покрытой свежей пылью, вдавленной в точном соответствии контурам рубца.

Спустя несколько секунд кожа начинает оттаивать, ее поверхности выравнивается и становится влажной, как бы покрытая росой. Полное оттаивание кожи происходит сравнительно медленно, требуя для этого времени в $1\frac{1}{2}$ —3 раза больше, чем продолжалось замораживание; таким образом, продолжительности действия холода на ткань складываясь из времени приложения углекислого снега плюс время потребное для оттаивания замороженной кожи. Последнее обстоятельство надо всегда помнить и учитывать при применении криотерапии, дабы не вызвать излишнего действия холода и тем самым не получить в результате прижигания грубый, обезображивающий рубец. При применении углекислого снега может возникнуть вторичная инфекция, во избежание которой мы рекомендуем перед сеансом криотерапии протереть кожу эфиром и после сеанса, после полного оттаивания кожи, покрыть ее *Ung. paraffini* или борным вазелином. В дальнейшем при появлении пузыря, последний стерильно прокалывается и применяется или *Ung. paraffini* или 10 проц. шарлаховая мазь. При сильной реакции можно применить аq. *plumbi* или 12 проц. резорцин. Лечение повторяется на соседних участках через 4—7 дней, а на подвергнувшихся уже действию холода по исчезновении всех воспалительных явлений. Вообще следует принять за правило, — лучше несколько раз применить CO_2 и получить хороший косметический результат, чем сразу выжечь и получить грубый, обезображивающий рубец. Применение углекислого снега почти совершенно безболезненно.

Наш личный, сравнительно большой опыт показывает, что при ряде кожных страданий результаты криотерапии превосходят все другие методы лечения.

Учитывая характер и давность процесса, его патологическую структуру, место локализации поражения, возраст больного, мы и устанавливаем давление и длительность сеанса криотерапии. Поэтому, например, при *Alopecia areata*, мы при ничтожном давлении приложим снег на 2-3 максимум 5 секунд; при *Acne rosacea* при слабом давлении на 15-25 секунд; при бородавчатом туберкулезе кожи, бородавках, ангиокартате и т. п. при сильном давлении от 40 секунд до минуты и больше, как это мы рекомендуем, например, при *ulcus rodens*. При красной волчанке, в зависимости от случая, при большом давлении прикладываем снег от 30 до 40 секунд, иногда и дольше, при чем наш опыт убеждает нас, что криотерапия лучший метод в лечении красной волчанки. При *lupus vulgaris* надо помнить, что, к сожалению, часто наблюдаются рецидивы, во избежание которых желательно комбинировать с фототерапией и общим укрепляющим лечением.

В последнее время французские авторы рекомендуют углекислый снег для лечения рентгеновских дерматитов, фурункулов, маститов и т. д. Личного опыта в отношении этих заболеваний мы не имеем.

Простая методика и дешевизна применения углекислого снега, дающая при большом числе поражений кожи и слизистых оболочек излечение на ряду с хорошим косметическим результатом, заставляет нас надеяться, что криотерапия найдет широкое применение среди врачей Уральской области.

К ВОПРОСУ ОБ ИСКУССТВЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ.

(По материалам Свердловского Показательного Тубдиспансера).

Предварительное сообщение *).

Д-р С. Л. ШУЛЬМАН.

Наблюдения мои охватывают первый период применения искусственного пневмоторакса при Свердловском тубдиспансере: с февраля 1925 г. до декабря 1926 г. (1 год 9 мес.).

Метод лечения искусственным пневмотораксом в настоящее время широко применяется во всех противотуберкулезных учреждениях, и по этому вопросу имеется богатая литература. Сущность этого метода лечения состоит в том, что в плевральную полость больного легкого вводится газ, который поджимает легкое, вызывая состояние функционального покоя. Как с точки зрения изменений лимфо и кровообращения, так и с точки зрения иммуно-биологических процессов, происходящих в больном организме, мы наблюдаем благоприятное влияние функционального покоя легкого. Патолого-анатомические вскрытия (проколы вскрытий Forlanini, Gracetz'a, Saugmann'a и др.) после применения искусственного пневмоторакса констатируют усиленное развитие фиброзной ткани, что характерно для клинического выздоровления.

*) Доклад, сделанный на заседании Уральского Медицинского Общества в 1927 году.

Что касается техники наложения искусственного пневмоторакса, то существуют, как известно, два метода наложения при первичном пневмотораксе:

- 1) метод обнажения плевры (метод разреза Murphy—Brauer) и
- 2) метод укола под контролем манометра (Forlanini-Saugmann).

Мы придерживаемся метода укола.

В качестве газа вводится воздух. Пользуемся аппаратом типа Высоких Гор; употребляем платиновые иглы, считая, что более крутой срез иглы безопаснее в смысле осложнений. В полость плевры игла вводится под контролем манометра, показаниями которого мы неуклонно руководствуемся. Наркотики применяем лишь к особо нервным больным; вообще же не считаем нужным притуплять чувствительность. Предупреждаем обычно больных о предстоящем дважды болезненном ощущении при прохождении иглы: 1) через кожу и 2) через плевру.

Врачебная мысль постоянно работает над изменением аппарата для наложения пневмоторакса. Все существующие модификации несовершенны, несовершенно устройство крана, благодаря чему у нас нет гарантий от осложнений при самом внимательном отношении. Мы, соблюдая осторожность, вводим иглу при закрытом кране, разобщая ее как с газометром, так и с манометром. Когда мы ощущаем, что прошли плевру, открываем кран, соединяя иглу с манометром; если манометр дает значительные размахи и синхроничные при вдохе и выдохе — значит мы в полости плевры соединяем иглу с газометром, впускаем газ, проверяя время от времени состояние давления в плевре. Все идет нормально. Но если игла не в плевре, допустим, в сосуде, или наткнулась на спайку, будут извращенные или неправильные колебания. Мы, конечно, не впускаем газа, но уже того минимального количества газа, которое имеется в трубке, соединяющей иглу с манометром, бывает иногда достаточно для газовой эмболии и особенно, если игла находится в сосуде.

Несовершенен также и наш метод прочистки иглы мандреном. Таким образом, мы видим, что осложнения возможны даже при самом внимательном чтении манометра, что подтверждается на нашем материале.

Всего больных, к которым применялось наложение искусственного пневмоторакса, за упомянутый период было 71.

По полу они распределяются следующим образом:

Мужчин—38 — 53,5 проц.

Женщин—31 — 43,7 проц.

Детей до 16 лет—2 — 2,8 проц.

По возрасту:

до 16 лет	— 2 — 2,8 проц.
от 16—20	— 2 — 2,8 проц.
от 20—30	— 41 — 57,8 проц.
от 30—40	— 22 — 31 проц.
от 40—50	— 4 — 5,6 проц.

По роду занятий:

рабочих	10—14 проц.
служащих	34—48 проц.
крестьян	7—9,9 проц.
дом.хоз.	11—15,5 проц.
учащихся	5—7 проц.
безработных	2—2,8 проц.
инвалидов	2—2,7 проц.

Показаниями для наложения пневмоторакса послужили: быстрое прогрессирование процесса, не поддающееся консервативным методам лечения в 50 случаях—70,7 проц.; частые кровотечения в 6 случаях—8,5 проц.; социальные показания в 15 случаях—21,1 проц.

Под социальными показаниями мы понимаем такие условия жизни больного, которые не дают никакой возможности проводить нуж-

вый режим и исполнять предписания врача: непосильный труд, неправильное питание, плохие жилищные условия, несознательности самого больного и некультурность окружающей среды.

По диагнозу больные распределяются следующим образом: по классификации П. туб-с'езда мы имеем преобладание субкомпенсированных форм В II и В III—60 случаев (84,5 проц.) Декомпенсированные формы С—11 случаев (15,5 проц.) Из всего количества больных: больные с открытой формой 55—70,4 проц., ясно выраженные каверны 22—31 проц.

Малый процент декомпенсированных форм объясняется амбулаторным составом больных, а также и тем, что часть больных, которым начат был пневмоторакс в условиях стационара (при функциональной диагностике С) поступили к нам для амбулаторного продолжения лечения в состоянии субкомпенсации.

По патолого-анатомическому характеру процесса мы имеем преобладание фиброзно-продуктивных форм приблизительно в 54 случаях—76 проц. над продуктивно-экссудативными 17—24 проц. По характеру процесса форма прогрессирующая.

Из рассмотренных нами случаев пневмоторакса не удалось наложить вследствие спаек в 8 случаях—11,3 проц. Наложено иск. пневм. на правое легкое в 31 сл.—49,3 проц. наложено иск. пневм. на левое легкое в 32 сл.—50,7 проц. Полный коляпс получен в 31 случае—49,3 проц. неполный коляпс получен в 32 случаях—50,7 проц.

Колебания манометра таковы: оставались на отрицательном давлении в 17 сл.,—27 проц. Давление до 0 в 4 сл.,—6,4 проц. Давление положительное в 42 сл.—66,6 проц. Максимальное давление, до которого мы доходили, +28 (при плеврите) Наименьшее, с которого начинали,—16—10—18—10. Общее количество вдуваний, сделанное за рассматриваемый период,—990

Мы придерживаемся метода частых поддуваний небольшими количествами, так как считаем, что при такой системе получится наименьшее количество осложнений—плевриты, обострение во 2-м легком. Неполный коляпс получен нами в тех случаях, когда полному сжатию легкого мешают сращения или же когда этому препятствует состояние другого легкого. Вообще же мы, руководствуясь данными манометра и рентгена, руководствуемся также и тем, что является индивидуальным *optimum* для данного больного.

Как говорит Muralt (манометрические наблюдения при лечении иск. пнев.). «Индивидуальный *optimum* лежит там, где больное легкое можно подвергнуть самому большому сдавлению без функционального повреждения здорового легкого и органов кровообращения. У многих больных это величина весьма скромная».

Мы не стремимся непременно добиться полного коляпса легкого, а стремимся достичь терапевтического эффекта.

Прежде чем перейти к рассмотрению результатов лечения, я остановлюсь на осложнениях, наблюдавшихся у наших больных. Мы наблюдаем осложнения во время операции и осложнения при дальнейшем течении. К первым относятся газовая эмболия, подкожная эмфизема и плевральный шок. Мы наблюдали явления газовой эмболии в 3-х случаях: в одном случае при повторном иск. пневм., в двух случаях при первичном искусственном пневмотораксе.

1) У повторного больного П., которому иск. пнев. накладывался в течение нескольких месяцев, после окончания вдувания, проходившего при обычном для больного небольшом положительном давлении (—3+4) 150 кб. см. больной вдруг сказал: «Простите, (—2+6)

мне дурно», облокотился на сестру и тут-же упал. Больной был без сознания, зрачки расширены, судороги. Через 30 мин. явления эти прошли.

2) У второй больной А. при наложении первичного иск. пнев. давление было отрицательное, но размахи колебаний были невелики, вследствие чего больной после некоторого сомнения было введено всего 5 кб. газа. Больная вскрикнула и потеряла сознание. Сознание быстро вернулось, но тут-же больная стала кричать, что ничего не видит; объективно расширение зрачков, слабый пульс. Все эти явления быстро прошли.

3) Третий случай можно лишь предположительно отнести к газовой эмболии. Больной С. наложен первичный иск. пнев. при начальном давлении — 9—6. После введения 50 кб. газа давление почти не изменилось. Вдувание прервано вследствие внезапного первого состояния больной, которая впала в полуобморочное состояние при слегка расширившихся зрачках и удовлетворительном пульсе. Через 30 мин. явления прошли.

Анализируя эти случаи, мы можем объяснить благополучный исход незначительным количеством поступившего газа. В первом случае мы имеем, очевидно, разрыв спаек. Второй случай напоминает нам о необходимости иметь отчетливые колебания при первичном наложении искусственного пневмоторакса.

Осложнение в виде подкожной эмфиземы мы наблюдали один раз. Спустя несколько часов после инсуфляции у больной появилась эмфизема в области шеи и грудной клетки, которая не причинила болезненных ощущений и прошла через несколько дней.

Явления плеврального шока в виде резкой болезненности в месте укола иглы, чувства слабости, тошноты, быстро проходящее замедление пульса — наблюдались нами несколько раз. Явления эти сменяются и быстро проходят после вынимания иглы.

Из осложнений, возникающих в процессе лечения, остановимся прежде всего на плевритах. Мы наблюдали плевриты в 15 случаях, что составляет по отношению к группе длительно прослеженных больных 26 проц., а ко всему количеству больных 21,1 проц. Из них: серозных плевритов — 13

серозно-гнойных — 1

гнойных — 1

Протекали с высокой температурой 53,3 проц.

Явления подострого плеврита 33,3 проц.

Без изменения самочувствия 13,4 проц.

Время возникновения лишь в 3-х случаях в начальном периоде иск. пнев., в остальных случаях через несколько месяцев после начала лечения. Течение их таково: в 3-х случаях рассосался самостоятельно, в 5-ти случаях произведено выкачивание с заменой газом. У больного с гнойным экссудатом применялось промывание плевральной полости раствором пода по Iessen'y: *iodi puri* 1,0, *kali jodati* 2,0, *Aq. destillatae* 200,0, которое дало прекрасные результаты. В двух случаях плеврит наблюдался у больных, которые ушли из под нашего наблюдения, в остальных случаях у больных со смертельным исходом, не вызванным плевритом.

Процент плевритов у нас меньший, чем мы встречаем у разных авторов: покойный проф. Штернберг отмечал плевриты в 20—50 проц.; по данным санатория НКЗ «Захарьино» процент плевритов, наблюдавшийся у них — 31 проц. Как говорил проф. Штернберг, «плевриты при соединяются к иск. пнев. в таком высоком проценте всех случаев, что их возникновение нельзя объяснить случайностью; приходится со-

гласиться на том, что плеврит является естественным осложнением искусственного пневмоторакса». Причина и объяснения возникновения плевритов при иск. пнев. до сих пор являются вопросом открытым, по которому существует несколько взглядов.

1) Ratz и его сторонники полагают, что специфическое реактивное воспаление прилегающих друг к другу листков плевры с последующим образованием сращений плевры ограничивает распространение инфекции. В тех же случаях, когда листки плевры разведены газом, туберкулезная инфекция свободно распространяется по плевре с последующим образованием экссудата.

2) Вторая теория объяснения плевритов, которой придерживаются Saugmann, Spengler, Muralt, Backmeister, Langgraff и др. объясняет возникновение плевритов надрывом плевральных сращений и освобождением скрытой в этих сращениях туберкулезной инфекции.

3) По мнению французской школы Barg'a, картине развития экссудативного плеврита предшествует бурная клиническая картина с большими объективными и субъективными симптомами, с резким повышением внутри-плеврального давления благодаря надрыву участка легочной ткани и присоединению спонтанного пневмоторакса.

Авторы приводимых взглядов не ставят наступление экссудативных плевритов в связь с техникой и техническими погрешностями

Обострение процесса во втором легком наблюдалось нами в 9 случаях. Из них у 4-х больных явления носили временный характер, и искусственный пневмоторакс продолжали накладывать. У больной К. был наложен иск. пнев. и на второе легкое с хорошим результатом. Увеличение явлений во 2-м легком наблюдалось у 3-х тяжело больных, для которых наложение иск. пнев. было лишь *ultimum refugium*, попыткой остановить быстро идущий процесс; усиление явлений в данных случаях нельзя ставить в связь с наложением иск. пнев. Лишь в одном случае явления во втором легком заставили прекратить иск. пнев.; от 2-х стороннего иск. пнев. больной отказался.

Результаты лечения:

Проследить результаты лечения иск. пнев. за взятый период времени удалось у 43 больных—60,6 проц.

Остальные 24 человека—39,4 проц. переехали в другой город, ушли из под наблюдения диспансера.

По отношению к результатам лечения я подразделяю больных на 4 группы. К первой группе я отношу больных с положительным результатом лечения. Сюда относится 24 человека—56 проц. Время наблюдения этих больных: максимальное—около 4-х лет, минимальное 6 мес.

Полный коляше в 17 случаях—70,8 проц.

неполный коляше в 7 случаях—29,2 проц.

У данной группы больных мы наблюдаем под влиянием лечения значительное улучшение; из них в 12 случаях 70,8 проц.—клиническое здоровье, в 5 случаях—клиническое излечение. У данных больных работоспособность восстановилась в 16 случаях—66,7 проц., работоспособность сохранена в 6 случаях—25 проц., работоспособность нестойкая в 2 случаях—8,3 проц.

Температурная кривая дошла до N в 20 случаях—83 проц. Температурная кривая снизилась в 4 случаях—17 проц.

Отделение мокроты прекратилось в 5 случаях—20,8 проц.

В остальных случаях количество ее резко уменьшилось.

ВК исчезли в 45,8 проц.

Вес прибавился в 87,5 проц.

Вес без перемен в 12,5 проц.

Исследование крови дает изменения в сторону понижения РОЭ, увеличения количества Нб, лейкоцитарная формула отмечает увеличение лимфоцитов, уменьшение сдвига. Явления токсемии исчезли во всех случаях. Из 6-ти случаев наложения иск. пнев. по поводу повторных кровотечений—последние прекратились. Иск. пнев. прекращен нами в 6 случаях по достижении желаемых результатов: один, по нашему мнению, преждевременно (спустя 9 мес.), по категорическому настоянию больного.

Просматривая список больных и вспоминая шаг за шагом их лечение, я могу отметить, что наибольший терапевтический эффект получается в первый период наложения иск. пнев.: температура падает, мокроты становятся меньше, явления токсемии исчезают, появляется аппетит, больной прибывает в весе. В дальнейшем течении задача сводится к поддержанию достигнутого улучшения, и здесь требуется большая выдержка со стороны больного и вдумчивое, внимательное отношение со стороны врача. Правильный совет Voornvelda, что «иск. пнев. надо накладывать больше головой, чем руками», — относится к изучению состояния больного в течение всего времени наложения иск. пнев. Наш небольшой опыт дает нам указания, что если в первый период наложения иск. пнев. мы не наблюдаем терапевтического эффекта (главным образом со стороны температурной кривой), то обычно и в дальнейшем этот метод лечения не дает положительного результата. Если не наступает улучшения в первый период наложения иск. пнев., следует по возможности выяснить причину и поднять вопрос о целесообразности искусственного пневмоторакса.

Подробное изучение более отдаленных результатов (за последние 2 года), производится в настоящее время. Здесь же я приведу несколько примеров больных, относящихся к первой группе.

Больная Б. 26 лет. Пневмоторакс был наложен по поводу быстро вспыхнувшего туберкулезного процесса продуктивно-экссудативного характера при наличии каверны, ВК, эластических волокон в мокроте, явлений общей токсемии. Иск. пнев. накладывался в течение 1 года 3 мес., и был прекращен в июне 1926 года. Больная сохраняет полную работоспособность, кончает УПИ, при чем является одной из первых на курсе в смысле успешности. Летом 1928 г. была на практике по таксации, при чем проходила пешком в день 10—12, иногда до 15 верст.

Больная И. Иск. пнев. наложен по поводу частых кровотечений, которые прекратились после первых нескольких вдуваний. Иск. пнев. накладывался с весны (апрель) 1925 г., прекращен в январе 1927 г. Самочувствие все время хорошее; больная вышла замуж, работоспособность сохранена; кашель сухой лишь изредка, мокрота не отделяется. (У больной были ВК, э. в.). Как клиническое исследование, так и рентгеноскопия отмечают в настоящее время чрезвычайно незначительные изменения в легких.

Больная З. Иск. пнев. был наложен в течение 11 месяцев, прекращен осенью 26 года по поводу деструктивного легочного процесса при наличии ВК, э. в. в мокроте. У больной восстановлена профессиональная работоспособность (портниха.). Перенесла 2 аборта без осложнений со стороны легких; перенесла гипопизию пневмонии; те-

чение пневмонии не приняло специфического характера—ВК в мокроте не появились. Во всех этих случаях мы можем говорить о клиническом выздоровлении.

Прежде чем перейти к рассмотрению второй группы больных, я хочу отметить следующее обстоятельство. Цель иск. пнев. дать легкому функциональный покой, поставить его в наиболее благоприятные условия. Мы рассматриваем туберкулез, как общее заболевание организма. Дав функциональный покой больному органу, но не поставив весь организм в благоприятные условия, не подняв его защитные силы, мы положительных результатов не получим. Я хочу отметить, что при лечении иск. пнев. так же, как при применении прочих методов лечения туберкулеза, необходима благоприятная обстановка трудовой и бытовой жизни больного. Это подтверждается на примере больных 2-й группы, к которой относятся больные с нестойким улучшением 5 случаев—11,5 проц. Улучшение в виде восстановления трудоспособности, уменьшения мокроты, исчезновения явлений токсемии—носит нестойкий характер. Сюда относятся 4 крестьян, которым иск. пнев. был наложен в силу социальных условий, и эти же условия мешали успеху коалясотерапии. Неаккуратное лечение, утомительные переезды, отсутствие режима в некультурной обстановке, непосильный труд—все это мешало достижению стойких результатов. У больного М. наступившее было улучшение нарушилось после того, как больной принял горячее участие в летних полевых работах.

К 3-й группе 6 случаев—11,6 проц. относятся больные, не давшие изменения состояния под влиянием лечения. В двух случаях это объясняется обилием срощений, не давших возможность поджать легкие в более или менее значительной степени. В остальных случаях в виду сильного ослабления организма поднять защитные силы не удалось.

К последней 4-ой группе относятся 9 чел.—21 проц. За время наложения иск. пнев. у них наблюдалось ухудшение состояния. В настоящее время все они умерли. Ухудшение состояния нельзя поставить в связь с примененным методом лечения. Из данной группы 5 были тяжелыми ток. больными с генерализованным процессом, резкими явлениями интоксикации, сильно пониженной сопротивляемостью организма. Из них 3-е молодых девушки: 15, 19 и 20 лет. Попытка билатерального иск. пнев., примененная к двум из них—положительного результата не дала. Больной К. хорошо себя чувствовал после 8-мимесячного применения иск. пнев. В течение лета больной легкомысленно решил «отдохнуть от иск. пнев». Осенью возобновить иск. пнев. не удалось из-за срощений; процесс быстро стал прогрессировать, и больной погиб. У последних двух больных иск. пнев., возможно, косвенно повлиял на роковой исход. Больной Д. погиб от спонтанного п. Как человек мало культурный, он не был достаточно осторожен. Через несколько часов после вдвухания он купил мешок муки и пронес его на себе большое расстояние, после чего почувствовал резкую боль в области больного легкого. Был доставлен в диспансер при явлениях сильной одышки, цианоза. Показания манометра указали на большое положительное давление в плевральной полости. Выведение газа облегчения не дало. Больной погиб в течение двух дней.

Больной С. погиб от крупозной пневмонии в здоровом легком. Сжатое легкое было распущено, что не улучшило состояния больного, который погиб при мучительных явлениях.

Наши наблюдения обнимают такой небольшой по количеству

контингент больных, что на основании его не следует делать точных выводов. Мы можем говорить лишь о наших впечатлениях, создавшихся после проделанной работы. Впечатления наши таковы:

1. Искусственный пневмоторакс является ценным и в настоящее время изученным лечебным мероприятием, которое должно применяться во всех противотуберкулезных учреждениях.

2. Иск. пнев. дает положительные результаты в тех случаях, когда силы организма не сильно подорваны.

3. В случаях генерализованного, наклонного к диссимилации процесса (Ranke 11) иск. пнев. не дает хороших результатов.

4. При лечении иск. пнев. условиям жизни больного—режиму должно уделяться должное внимание.

5. Система вдуваний небольшими количествами газа дает меньший процент осложнений.

Л и т е р а т у р а

1. Иск. пнев. при тбк легких. — А. Я. Штернберг.
 2. Искусственный пневмоторакс при лечении тбк легких. А. Н. Рубель.
 3. Две модификации пневмо-аппарата.
 4. К вопросу о расширении показаний к применению иск. пнев. при тбк. легких.
 5. К патогенезу спонтанного пневмоторакса.
 6. О спонтанных пн. при первичном наложении иск. пнев.
 7. Газовая эмболия и плевральный шок при хирургических манипуляциях на легких и плевре.
 8. О лечении тбк легких у детей иск. пнев.
 9. К вопросу о применении иск. пнев. при лечении туберкулеза легких.
 10. К клинике прободного пн. — БОК.
 11. Спонтанный пн. по данным Московского Туб-Института. — Чуканов.
 12. К вопросу об осложнениях при первичных наложениях иск. пнев. — Чуканов.
 13. К вопросу об аппаратуре для искусств. пневмоторакса — Эпштейн.
 14. К патогенезу экссудативного плеврита В. А. Чуканов.
 15. Течение тбк легких в случае неудавшегося вследствие плевральных сращений иск. пнев. О. А. Чурлинская.
 16. Иск. пнев. и контроль его рентгеноскинией Э. Бляхер.
 17. Zur Theorie und Praxis des Kunstlichen Pneumotorax. Meerson.
 18. Хирургическое лечение тбк легких — проф. Дитерихс.
 19. О непосредственных и отдаленных результатах сдавления легкого. Овсянников.
 20. Амбулаторное применение иск. пнев. Сусливич и Кремнева.
 21. Полное и неполное склатке легкого при иск. пнев. — Ганненфельдт.
 22. Отдаленные результаты лечения иск. пнев. (односторонним) и показания к лечению иск. пнев. — Хольцман В. С., Верховская, Соловьева и другие статьи в «Вопросах Туберкулеза» и «Врачебном Деле».
- Равич. Щербо
Вопр. туберкулеза № 4 1926
- С. И. Мазель. Вопр. тубер.
- Керцман А. Я.
Вопр. туберк. № 2 1926
- В. Маркузон Вопр. туб. 245 и 6
А. Я. Керцман „Вопр. туб.“
1923 № 2
- Вопр. туберк. 1923 № 3-4
- Труды I сов. тубинст. Моск-
рава т. I в. I
- Труды I сов. тубинст Мос-
здравотдела т. I вып. III
- Вопр. туберк. 1928 г. № 9-10
- Вопр. туберк. 1928 г. № 11

ОСОБЕННОСТИ КУМЫСА, КАК ЛЕЧЕБНО-ДИЕТИЧЕСКОГО ПРОДУКТА.

И. М. ПРОТОПОПОВ и К. А. КУРОЧКИН (Троицк).

В связи с работой по обслуживанию производства кумыса Троицких санаторий лабораторией молочного хозяйства Окргу и Урал-курупра в г. Троицке было исследовано 79 образцов молока лошади и 177 проб кумыса.

Кумыс надлежащего качества может быть приготовлен только из молока лошади. Это молоко обладает особыми свойствами, отличными как от коровьего, козьего молока, так и от женского.

Сравнительный состав молока.

М о л о к о	Коровье	Козы	Женское	Лошади
Удельн. вес	1,032	1,033	1,032	1,0343 (1,0319—1,0359)
% сухих веществ	13,07	13,7	12,57	10,01 (7,83—11,97)
% жира	4,07	4,37	3,8	1,32 (0,1—3,4)
% молочного сахара	4,64	4,86	6,47	6,11 (5,23—6,94)
% белков	3,36	3,14	2,08	2,26 (2,01—2,66)
% золы	0,71	0,80	0,29	0,36 (0,26—0,47)
Кислотность по Тернеру	16,7	15,0	—	6,0
	По данным Ярославской лаборатории		По Баххаузу	По нашим данным

По био-химическим свойствам молоко лошади стоит ближе к женскому. Женское и кобылье молоко более жидкой консистенции, чем коровье и козье. Кобылье молоко особенно бедно жиром, и физико-химические свойства его показывают, что в нем большое количество непредельных жирных кислот (число Гюбля), мало летучих растворимых в воде жирных кислот (число Рейхерт-Мейсля), крайне низки точки плавления и застывания.

Характеристика жиров.

	Жир коровьего молока	Женского молока	Жир молока лошади
Число Рейхерт-Мейсля	21,0—33,0	2,5	4,98
„ омыления . . .	220—234	—	209
„ Гюбля (подное)	26—46	45	101
Температура плавления	27°—34°	30°—34°	19°
„ застыван.	17°—21°	19°—22,5°	11,5°
	По данным Инихова		По данным Троицкой лаборатории

Жировые шарики молока лошади, по нашим исследованиям, имеют диаметр в среднем 1,9 микрона, тогда как в коровьем молоке средний

диаметр жировых шариков составляет по многочисленным исследованиям, произведенным в разных странах, около 2,5 микрона. По данным Троицкой лаборатории жировых шариков находилось:

в процентах

	С диам. меньше 3 микрон.	От 3 до 6 микронов	Свыше 6 микронов
В кобыльем молоке . .	88,6	11,1	2,3
В коровьем „ . .	66,7	23,8	9,5

Благодаря большей мелкости жировых шариков в молоке кобылицы, чем в коровьем, наблюдается медленность отстоя сливок, и наши исследования показали, что жир при приготовлении кумыса не претерпевает резких изменений, величина шариков остается та же, и этим можно объяснить наилучшую всасываемость их кишечной стенкой при более скором омылении.

Белков в женском и кобыльем молоке меньше чем в коровьем. На 100 частей белков в коровьем молоке приходится 85 проц. казеина и 15 проц. альбумина, в кобыльем молоке 63 проц. казеина и 37 альбумина.

Lab (сычужный фермент) способен казеин коровьего молока превращать в параказеин, образуя при этом плотный сгусток в молоке (калье), кислomолочное сквашивание дает плотный сгусток простокваш; женское молоко и кобылье по их био-химическим особенностям при тех же условиях дают только рыхлые хлопья белковых веществ, которые от механического разбивания (в кумысе) дают однородную жидкость, находясь в распыленной взвеси. Молоко лошади имеет вдвое меньшее количество золы, чем молоко коровье, оно в то же время, как и женское, богаче коровьего молока сахаром. Отсюда одновременное введение большего количества углеводов допускает большее потребление жиров других продуктов, так как известно, что жиры лучше усваиваются при углеводах. При превращении молока в кумыс специфические изменения молока превосходят, говоря схематично, от двух видов брожения в нем: молочнокислого и алкогольного. В процессе этих нормальных брожений может протекать целый ряд других от могущей быть в молоке посторонней микрофлоры, меняющейся от различных причин (ухода, содержания кобылицы, добычи молока и проч.).

Бродильным началом для алкогольного брожения служат дрожжи типа *Torula*. Могут сбраживать молочный сахар в алкоголь и углекислоту также пивные дрожжи, но обязательно в присутствии молочных дрожжей (Инихов, Королев). Для молочнокислого брожения возможно применение различных разновидностей молочнокислых микробов; например, болгарская палочка, болгарская-слизистая, *Bacterium casei*, *Streptococcus lactis* и другие виды, кроме тех, которые способны, кроме образования молочной кислоты и некоторой иптонизации белков, образовывать еще масляную, уксусную кислоты и другие соединения, портящие вкус кумыса и накапливающие вредно влияющие химические образования. В работе по кумысodelию необходимо вести подбор наиболее активных рас микроорганизмов, предназначенных для применения симбиоза их как закваски. В направлении выбора различных симбиозов культур для испытания в кумысodelии сделано еще очень мало. В процессе созревания кумыса наблюдается, с одной стороны, накопление за счет молочного сахара алкоголя и углекислоты

и, с другой, молочной кислоты. Степень накопления этих продуктов зависит от условий техники производства и активности возбудителей брожения. Пример: типы кумыса по степеням разных брожений.

	Слабый по алкоголю с высокой кислотностью	Малая кислот- ность, креп- кий по алко- голю	Слабый по обоим бро- жениям	Крепкий по обоим броже- ниям	Средний по обоим броже- ниям
N по книге анализов	69	18	152	102	3
% сухого остатка . . .	8,96	3,65	9,41	5,12	7,33
% жира	1,55	0,7	1,08	1,30	2,1
% алкоголя	0,37	2,89	0,37	2,94	1,77
Кислотность	155	77	72	157	102
Удельный вес	1,0302	мен. 1,015	1,028	мен. 1,015	1,017

Расчеты, делаемые по формуле о степени разложения сахара и количества образуемых продуктов брожения, не вполне совпадают с цифрами анализа. Особенно это нужно отнести к углекислоте, которой, по теоретическим расчетам, должно быть свыше 1 проц., практически же, по нашим исследованиям, было в среднем всего лишь 0,16 проц. с пределом от 0,06 проц. до 0,26 проц. (из 14 определений углекислоты). Последнее объясняется примитивностью ухода за готовым кумысом и укупоркой бутылок, на что нужно обращать должное внимание.

В кумысе пептонизирована часть белковых веществ. Вызывается это явление деятельностью главным образом дрожжей, а также незначительно непосредственным действием молочно-кислых микробов. По данным нашей лаборатории характер состояния белковых веществ виден из следующей таблицы:

	Проба 1	Проба 2
% общего азота	0,294	0,333
% азота взвешенных белковых ве- ществ	0,097	0,188
% азота растворим. белков	0,146	0,091
% небелкового азота	0,051	0,054
% алкоголя	2,04	0,9
Кислотность по Тернеру	68°	119°

Все эти химические превращения молока в кумыс создают напиток, содержащий прежде всего белки значительно расщепленными и тем самым более подготовленными для структурного использования с наименьшей затратой энергии организма. Большее содержание альбумина, чем казеина по сравнению с коровьим молоком, еще резче усиливает это свойство. Возможность применения молока без денатурации его теплом весьма важна в смысле полноценности ингредиентов. Целесообразен также модус питья его вне приемов пищи, а быстрый переход его из желудка не создает смешения разных фаз переваривания. Существенным моментом является содержание солей Са и Р, что при обильном питье кумыса уменьшает потребности организма в незначительном NaCl, несмотря на значительное разжижение плазмы крови.

На основании исследования 177 проб обычного суточного сапаторного кумыса нельзя не отметить его нестандартности как со сто-

роны химического состава, так и со стороны его внешних физических и вкусовых свойств. Предлагаем устанавливаемый нами стандарт кумыса. Этот стандарт надо считать лишь ориентировочным для манипуляции с обоими видами брожения в отдельности.

В кумысе должно находиться сухого вещества	от 4 до 7,5 проц.
»	»	жира
»	» 0,5 до 2,5 проц.
»	»	взвешенных белков
»	» 0,7 до 1,5 проц.
»	»	алкоголя
»	» от 1,5 до 2,5 проц.
»	»	кислотности по Тернеру
»	»	от 100 до 140 град.

Удельный вес должен быть не выше 1,025.

Устанавливая стандарт, не делаем подразделений на кумыс слабый, средний и крепкий, так как эти подразделения чрезвычайно условны по многим причинам, из которых важнейшая та, что крепость кумыса понимается часто практическими работниками кумысоделия и врачами в смысле большей или меньшей степени кислотности по анализу или даже только по вкусу. В таком кумысе часто мало находится алкоголя. Далее, для возможности массового приготовления кумыса различной крепости по обоим видам брожения нужно в корне изменить хозяйственные условия добычи молока, хранения его и производства кумыса, создав условия возможности длительного хранения молока до заквашивания на холоду в асептических условиях (а не доливать его в челяки после каждой дойки раза 4—6 в день) и подготовить квалифицированных кумысоделов.

Мы считаем, что из молока лошади возможно, вообще говоря, лабораторно приготовить целый ряд лекарственных напитков, над которыми опытным путем должны поработать терапевты для учета эффекта от них. Так, например, пользуясь достижениями техники в области молочного хозяйства, можно получить кумыс с нормальным содержанием алкоголя, углекислоты, молочной кислоты и с сильно повышенным содержанием жира (сепарированием мы получали сливки из кобыльего молока с 30 проц. жира), что усилит питательную ценность кумыса. Можно эмульсировать в кобылье молоко жир коровьего молока, и из этой смеси делать кумыс. Далее, технически вполне может быть осуществимо получение сывороточного кумыса, который содержит лишь белки в растворимой форме, диабетического с уменьшенным до минимума содержанием сахара. Можно делать кумыс с увеличенным содержанием его минеральной части, например, за счет введения препаратов кальциевых и фосфорно-кислых солей. Нечего и говорить, что можно иметь целый ряд более дешевых питательных и целебных напитков из смеси кобыльего и коровьего молока для потребления их в домах отдыха, диспансерах и проч. Для проведения этого в жизнь надо иметь несколько улучшенное содержание дойных кобылиц, как базу, хорошо оборудованную мастерскую и лабораторию при ней. Эти пока теоретические соображения, основанные на проведенных анализах и отдельных экспериментах, ведут к тому выводу, что с кумысом следет манипулировать как с лечебно-диететическим продуктом, который обладает, как свежее молоко, стимулирующим свойством на рост клеток и, как пищевое вещество, не обременяет белками, улучшая их усвояемость присутствием активированных солей организма лошади. Следовательно, кумыс особенно применим в тех случаях, где причина исхудания есть неусвояемость пищи, и, во вторую очередь, где исхудание является моментом, зависящим от усиленного сгорания тканей.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТЕМПЕРАТУР НА СКОРОСТЬ СОЗРЕВАЕМОСТИ КУМЫСА И РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ЕГО ПРОИЗВОДСТВА.

Заведывающий бактериологической лабораторией Шафрановского Кумысного Курорта, Ассистент Сывороточно-Вакцинного Отдела Института Экспериментальной Медицины Д-р К. С. АРХИПОВ.

Изучение вопроса массового приготовления кумыса под контролем изменения его кислотности было одной из задач бактериологической лаборатории Шрук'а за летний сезон 27 года. Необходимость постановки такого рода опыта в производственном масштабе была совершенно ясна в связи с теми работами, которые были ранее опубликованы Бачинской, Горовиц-Власовой и другими, применявшими чистые культуры для приготовления кумыса в лабораторных условиях. Применение чистых культур для приготовления кумыса не разрешало полностью вопроса массового его приготовления на чистых культурах, ибо отдельные специфические моменты в его производстве могли изменить самое первое и основное условие—чистоту культур. Изучение методики приготовления кумыса в наших условиях диктовалось, во первых, тем, что при применении чистых культур в производстве, мастер кумысодел загрязнял эти культуры; во вторых, необходимость запечатлеть особенности методики приготовления кумыса объективными методами от старых мастеров кумысоделов, имея ввиду в дальнейшем сохранить из этой методики только то, что существенно и необходимо. Принимая все сказанное во внимание, мы должны были ближе подойти к технике массового приготовления кумыса, с тем, чтобы в дальнейшей работе по изменению методики чувствовать себя совершенно свободным от участия мастера кумысодела.

С этой целью мы взяли метод титрования кумыса, предложенный Орловым, и применили его к разрешению вопроса, связанного с методикой приготовления кумыса, одновременно выясняя этим же методом влияние t^0 на созревание кумыса. Чтобы учесть все моменты производства кумыса во время его приготовления мастером кумысоделом, мы старались фиксировать каждую отдельную производившуюся операцию путем титрования кумыса $\frac{1}{10}$ NaOH в присутствии фенолфталеина. Таким образом, мы титровали закваску до прибавления молока, после прибавления молока и после сбраживания смеси, т. е. молока и закваски оставленной для дальнейшего производства кумыса. Титрование кумыса децинормальным раствором NaOH в присутствии фенолфталеина не является точным методом, указывающим истинную кислотность кумыса, но для практических целей при наличии незначительной лабораторной аппаратуры, этот метод достаточно удобен и прост.

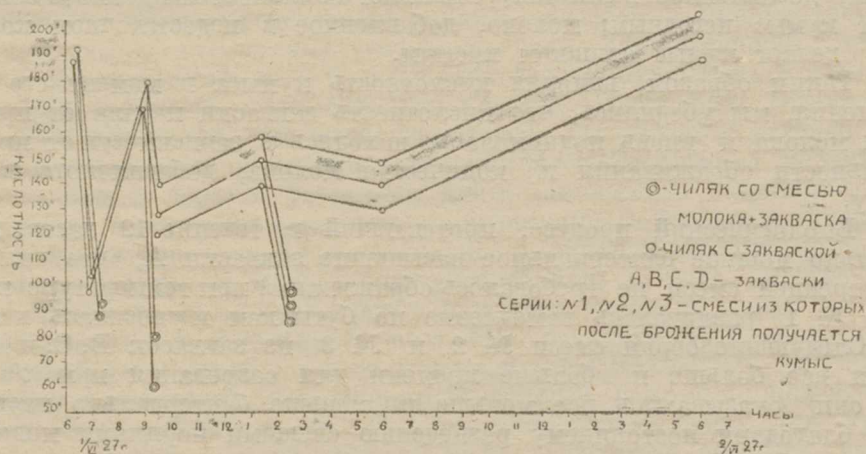
Для приготовления кумысной закваски в летний сезон 27 года, Шафрановской производственной кумысной лабораторией была выписана закваска из Оренбургского Бакинститута, которая и была употреблена для приготовления кумыса. Закваска эта постепенным доливанием молока и сбраживанием была доведена до нужного количества и после этого употреблялась в процессе производства кумыса. Примененный в 27 году метод не дал, как я говорил выше, желаемых результатов, ибо при контрольных посевах мы обнаруживали значительное количество загрязняющих кумыс непатогенных микробов.

Оставляя подробное описание методики смены заквасок, приготовленных нами в 28 году для следующего сообщения, я здесь должен указать, что приготовление закваски на чистых культурах и выделение их вполне возможно на производстве, и более целесообразно чем применение уже готовой закваски присылаемой Оренбургским Бакинститутом. Чистые культуры дрожжей болгарской палочки и палочки Лейшмана были нами выделены из многих порций кумыса кустарей киргизов в 27 году. Эти культуры сохранялись нами в течение зимы и послужили для получения закваски для сезона 28 года.

От техники приготовления кумыса зависит очень многое, почему мы и считали нужным тщательно изучить метод приготовления кумыса у старых мастеров башкир.

Техника приготовления кумыса в общем заключается в следующем: некоторое количество закваски доливалось некоторым количеством свежесвыдоенного молока на основании вкусовой пробы. После очень сильного взбалтывания в течение 15 минут эта смесь оставлялась для сбраживания при 24° , разливалась по бутылкам и в закупоренном виде выносились на 24 часа на лед. Другая часть закваски доливалась меньшим количеством свежесвыдоенного молока, на основании той же вкусовой пробы оставлялась до следующего удоя при t° лаборатории, т. е. 24° . Измерение кислотности производилось перед добавлением молока и последовательно после его прибавления по ходу созревания кумыса. Закваска кумыса А (см. крив. № 1), созревшая в течение ночи,

~1



т. е. 12-ти часов при $t^{\circ} 24^{\circ}$, дала кислотность, колеблющуюся от 170° до 185° или иначе от 170° до 185° куб. сант. децинормального раствора на 100° куб. кумыса. Прибавление кобыльего молока к данной закваске понизило ее кислотность до 90° — 85° . Полученная смесь серия №1 закваски и молока после сильного 15 минутного взбалтывания в чилияках деревянным крестом тотчас разливалась по бутылкам и уносилась на ледник для дальнейшего сбраживания, давая на следующий день кумыс средней кислотности в 140° — 150° . Часть закваски А, налитая в серию чилияков, долитая небольшим количеством молока с кислотностью 110° — 105° , оставалась для сквашивания следующих порций молока. Созревая в течение 2 часов, эта закваска давала кислотность

175°—160° и обозначена нами буквой В. Прибавляя молоко к закваске В, мы получали понижение кислотности, доходившее до 80°—60°. Приготовленная смесь № 2 закваски и молока созревала в течение получаса в температуре 24° и затем взболтанная еще раз после сбраживания разливалась по бутылкам и уносилась на лед.

Для получения закваски С к закваске В молоко добавлялось в еще меньшем количестве и кислотность закваски С колебалась от 115° до 135°. Через 3 часа созревания кислотность этой смеси равнялась 140°—160°. Прибавленное молоко к закваске С понижало кислотность ее до 90°—100° и через час созревания данная смесь № 3 после соответствующих взбалтываний разливалась и уносилась на лед.

Для получения закваски Д к закваске С было прибавлено незначительное количество молока, понизившее кислотность со 150° до 130°. Данная смесь оставалась на ночь, созревая за это время и давая свою максимальную кислотность от 180° до 220° на утро следующего дня. Перелитая на следующий день в целый ряд чилияков в зависимости от нужного количества кумыса, эта перебродившая смесь служила закваской на следующий день. Каждое прибавление молока к закваске сопровождалось сильным 15 минутным взбалтыванием смеси до того момента пока кислотность ее не понижалась на несколько градусов, после чего взбалтывание прекращалось и смесь оставлялась для сбраживания. По окончании сбраживания и перед разливкой смесь закваски и молока опять взбалтывалась в течение 15 минут. Количество молока, добавленного в закваску, определялось мастером по вкусу. Точность работы в данном случае очень важна, ибо слишком большое количество молока, добавленное в закваску, вызывает обильное выпадение казеина и делает кумыс негодным; молоко, добавленное в недостаточном количестве, делает кумыс слишком кислым.

Таким образом, измеряя кислотность кумыса в момент его приготовления, мы убедились, что кислотность закваски падала от прибавления молока и вновь поднималась, находясь в зависимости от продолжительности сбраживания и количества молока, добавляемого в закваску.

Биологический процесс, протекавший в течение 12 часов, давал настолько мощное бактериальное насыщение закваски А, что для первой утренней смеси не требовалось сбраживания при температуре в 24°. Смесь № 1 разливалась немедленно по бутылкам и уносилась на ледник. Следующие серии смеси № 2 и № 3 из заквасок В, С, и Д требовали все больше и больше времени для созревания при t° 24°, ибо они оказывались все меньше и меньше бактериально насыщенными благодаря постоянному разведению свежими порциями молока.

Употребляя слово «смесь» я хочу назвать этим наименованием массу молока и закваски не сброженную еще в t° 24° или сброженную в t° 24°, но не выдержанную на леднике, чтобы превратиться в кумыс. Постоянство данных кривых и незначительное колебание кислотности в каждом отдельном случае дало нам возможность заключить, что, пользуясь этим методом, можно без риска подойти к производству кумыса даже совершенно неопытному человеку. Приготовив неоднократно без указаний мастера кумыс, пользуясь исключительно данными кислотности закваски для определения количества прибавляемого в закваску молока, мы решили первую часть нашей задачи. Желая разрешить вторую часть ее, мы приступили к опытам применения стеклянной посуды в производстве кумыса ибо деревянный чилиак, как бы он ни был чист

никогда не мог быть простерилизован. Для применения стерильной стеклянной посуды со стерильным перемешиванием смеси молока и закваски мы должны были сконструировать соответствующий прибор. Наша работа, начатая в 27 году, продолжалась в этом направлении в 28 году. В течение этого времени нами были проработаны все посудные материалы, которые могли бы служить для приготовления кумыса. Применение стекла, во всяком случае, напрашивалось прежде всего, ибо опыты в этом направлении кое-какие сделаны были уже раньше и только затруднение со стерилизацией больших стеклянных сосудов, хрупкость их во время перемешивания находящегося в них кумыса, составляли большое неудобство. Вопрос о смешивании молока и закваски без повреждения стеклянной посуды был разрешен нами следующим образом: нами было подмечено, что башкиры во время приготовления кумыса не только перемешивают эту массу, но стараются, во время взбалтывания кумыса, вогнать в него воздух в таком количестве, чтобы вся масса смеси сильно пенилась, давая к концу взбалтывания понижение кислотности, ощущаемое на вкус и определяемое титрованием.

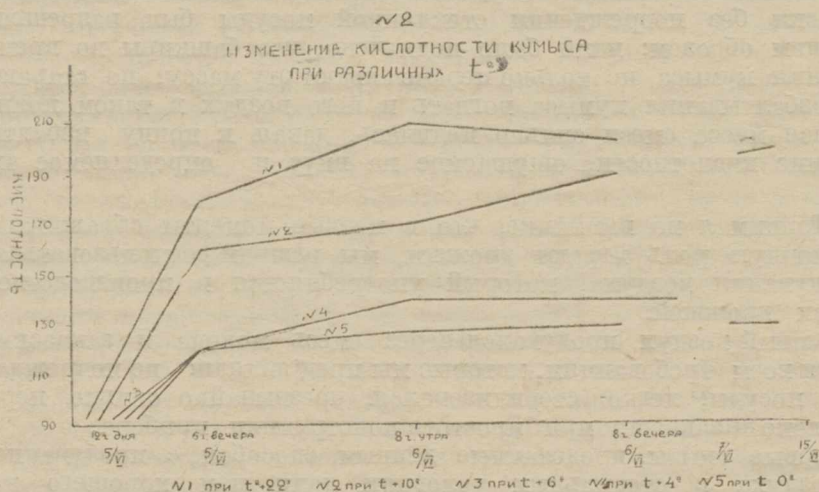
Принимая во внимание, что в первые моменты сбраживания молока главную роль играют дрожжи, мы решили воспользоваться методом вдувания воздуха, который употребляется в производстве прессованных дрожжей.

Сжатый воздух продувался через смесь молока и закваски, удовлетворяя всем требованиям, которые мы предъявляли: не повреждал стеклянной посуды, легко стерилизовался, чрезвычайно сильно перемешивал молоко и закваску при простоте конструкции прибора.

Первые опыты, сделанные данным способом, с продуванием сжатого воздуха в стерильных условиях, дали нам хорошего качества кумыс. Перенесенный в 2-х ведерную стеклянную бутылку опыт был много раз повторен с постоянным успехом. Продувание воздуха продолжалось 15 минут, что было достаточно для полного смешения закваски и молока и понижения кислотности смеси. Этот метод, не требовавший сложной и дорогой установки для механического стерильного перемешивания, давал нам возможность приготавливать кумыс в стерильной посуде при стерильном перемешивании и сильной аэрации смеси. Для вдувания воздуха в кумыс мы употребляли ручной воздуходувный насос. Приготовленный много раз таким образом кумыс давал нам те же цифры кислотности и удельного веса, как и контрольный, приготовленный в чиликах. Проработав этот вопрос в сезон 28-го года, мы пришли к такому заключению, что сконструированный нами стеклянный прибор должен был подвергнуться крупным изменениям ввиду его хрупкости и невозможности его стерилизовать. Последнее является главным дефектом. Работая в этом направлении, мы должны были, как я уже сказал, проработать возможность применения различных посудных материалов для приготовления кумыса. Вопрос этот нами разрешен в том смысле, что только хорошо эмалированная посуда может быть использована для приготовления кумыса, ибо только она не сообщает кумысу привкуса. Толстый эмалированный чугунный цилиндр, по форме напоминающий чилик, окруженный теплоизолирующим слоем для удержания постоянной температуры смеси, снабженный крышкой, привинчивающейся сверху, и отверстием для пропускания текучего пара, может удовлетворять нас во всех отношениях. Применяя такую установ-

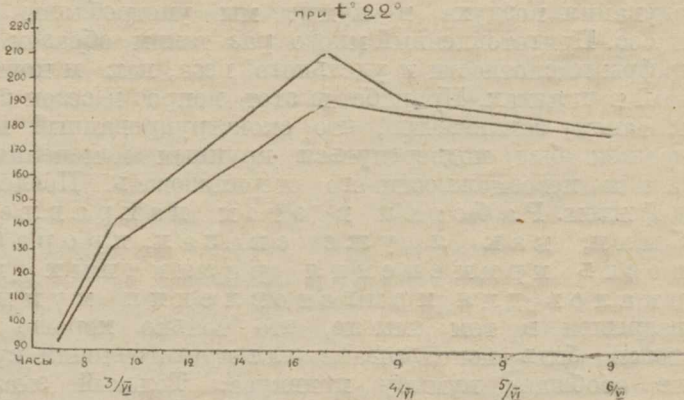
ку для производства кумыса, мы можем надеяться на максимальную чистоту посуды при производстве кумыса.

Не имея в литературе данных, указывающих на температурные границы, при которых должно храниться кумыс, мы решили поставить ряд опытов, выясняющих этот вопрос, проверяя зрелость кумыса титрованием кислотности (табл. № 2 и 3). Эта работа была необходима и по другим соображениям: Шафрановский курорт, занимая очень большую территорию, разбит на 5 отдельных, далеко лежащих друг от друга санаторий и вынужден транспортировать кумыс на лошадях в течение дня при



температуре от $+30^{\circ}$ до $+40^{\circ}$. Таким образом, прорабатывая в просвляющих температурах на созревание кумыса, мы могли бы определять и условия, в которых нужно транспортировать кумыс. К разрешению вопроса о влиянии температуры на созревание кумыса мы подошли методом титрования его кислотности. Мы думали, что, понижая температуру, мы замедлим или совершенно остановим биологический процесс в кумысе и, таким образом, получим возможность разрешить вопрос, при какой температуре нужно хранить кумыс и в каких условиях нужно его транспортировать, не рискуя ни посудой, ни качеством напитка.

№ 3
ИЗМЕНЕНИЕ КИСЛОТНОСТИ КУМЫСА
ПРИ $t^{\circ} 22^{\circ}$



Наш опыт был поставлен таким образом, что одна и та же серия кумыса оставалась одинаковое количество времени в различных температурных условиях. Кумыс, взятый для опыта, имел кислотность 95° . На-

литый в бутылки, закупоренный обыкновенной корковой пробкой, помещен в следующие T° : одна порция закопана в лед при $T^\circ 0^\circ$, вторая порция кумыса была помещена на дно ключа, T° воды которого колебалась в течение опыта от $+4^\circ$ до $+6^\circ$, третья порция была помещена в обыкновенные условия хранения кумыса, т. е. в санаторный ледник, имевший $T^\circ +10^\circ$, и, наконец, четвертая оставалась в кумысной лаборатории при $T^\circ 22^\circ\text{—}24^\circ$.

Кривые показывают, какое большое значение имеет T° на кислотность кумыса и, следовательно, как сильно влияет этот фактор на вкусовые качества кумыса. T° таяния льда в течение 6-ти часов дала ничтожное овышение кислотности, ибо моментальное охлаждение 500 грамм кумыса, которые находятся в бутылке, не могло произойти. Биологические процессы при данных условиях некоторое время продолжались и нарастание кислотности, несмотря на такое значительное охлаждение, произошло в течение первых 6-ти часов. Затем, кислотность, измеренная через каждые 2 часа, дала ничтожное повышение, дойдя через сутки до 130° , оставаясь на этой высоте в течение следующих 6-ти суток. Обратив на это обстоятельство внимание, мы проверили данный факт, дающий возможность производить кумыс в отдаленных пунктах, транспортируя его при $T^\circ -0^\circ$ на любое расстояние. Серия кумыса, помещенная в $T^\circ +22^\circ \text{C}$, в течение первых 6-ти часов дала повышение кислотности до 181° и в течение 20 часов достигла 220° , после чего она обычно понижалась в течение следующих суток. Серия кумыса, помещенная в $T^\circ +10^\circ \text{C}$, т. е. в T° санаторного ледника, в котором обычно хранится кумыс до выдачи, занимала нас больше всего, ибо очень быстрое созревание в условиях санаторного ледника делало кумыс слишком кислым, а скопившаяся углекислота разрывала бутылки, производя уничтожение большого количества бутылок и кумыса и нанося поранения осколками бутылок персоналу, обслуживающему ледник. Кривая кислотности кумыса, помещенного в $T^\circ +10^\circ$, показала, что в течение 6 ч. он превратился в средний и через 30 часов дал кислотность в 190° , т. е. сделался крепким. Быстрота нарастания кислотности и кумыса изменений показала непригодность существовавшей системы хранения кумыса, которую и пришлось изменить.

Серия кумыса, помещенная в температуру $+4^\circ$, дала повышение кислотности через 21 час до 140° . Серия кумыса, помещенная в $T^\circ +6^\circ$, дала повышение кислотности за 4 часа со 115° до 120° , а по истечении 24 часов—до 130° , оставаясь на этой высоте в течение 6 суток.

Опыт, поставленный вновь для проверки полученных результатов, подтвердил то, что было отмечено нами. Так, серия кумыса с исходной кислотностью в 90° была помещена в условиях нашей кумысной лаборатории, т. е. 24° , и подверглась измерению каждые 2 часа. На кривой N мы видим, что в продолжение 2-х часов кислотность кумыса с 90° поднялась до $140\text{—}130^\circ$, поднимаясь затем в течение 12 часов до своей предельной кислотности $210\text{—}220^\circ$. Наблюдая кривую кислотности в следующие сутки, мы убедились в постепенном падении кислотности, дошедшей до 180° (см. кривую № 3).

Думая, что в нашем случае падение кислотности не зависит от присутствия ложных микробов молочного брожения, а получается вследствие улетучивания углекислоты, мы поставили следующий опыт: серия кумыса с кислотностью в 160° была нагрета в водяной бане, в которой находились отдельные порции кумыса. T° водяной бани постепенно повышалась и была поднята до 100° . Получив желаемую T° , порция кумыса вынималась из водяной бани, охлаждалась до T° лаборатории и титровалась $\frac{1}{10}$ NaOH. Факт понижения кислотности от улету-

чивания углекислоты был подтвержден этим опытом. Давление газа, измеренное нами в бутылке с кумысом, дает после 24 часового брожения при $T^{\circ} + 10^{\circ}C$ $3\frac{1}{2}$ атмосферы, что дает некоторые данные о необходимой прочности посуды.

На основании вышеприведенных данных, мы приходим к следующим выводам:

1) Необходимо установить в Шафрановской кумысной лаборатории систематический бактериологический контроль молока, устраняя возможность его загрязнения наравне со стерилизацией посуды (ведра, бидоны) и мытьем вымени кобылиц.

2) Приготовление кумыса возможно вести в стеклянных баках, пользуясь для сменения закваски и молока сжатым воздухом.

3) $T + 4^{\circ}$ и $+ 6^{\circ}C$ превращает кумыс из слабого в средний в течение 6-ти дней, $T + 10^{\circ}C$ превращает кумыс из слабого в крепкий в течение 30 часов, $T + 22^{\circ}$ превращает кумыс в крепкий в течение 6-ти часов.

В заключение должен принести благодарность А.М. Грушко, предоставившему все возможности для научной работы лаборатории в течение 2-х лет и проявившему огромную инициативу в деле организации исследовательской работы по кумысу.

О ВЛИЯНИИ КУМЫСА НА ФУНКЦИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

(Предварительное сообщение).

Д-р С. П. ГЕФТЕР.

Из Троицкого санатория Уралстрахкассы Гл. Врач Д-р ПОГОДИН.

Учение о конституции в современной клинике завоевало себе право гражданства и подобающее место. Конституционный момент еще две тысячи лет тому назад считался важнейшей основой патогенеза. У Гиппократа и Галена уже встречается понятие о различных конституциях и предрасположении некоторых конституций к определенным заболеваниям. Средневековая медицина также придавала значение эндогенному фактору в происхождении болезней. В XVII веке вводится понятие *habitus'a*, в XIX веке учение о дискразиях.

Но старое учение о конституции наряду с ценными наблюдениями и мыслями содержало не мало мистического. На смену старому учению о конституции выступает новое, опирающееся на клинические факты, морфологический и функциональный анализ. Далеко не разрешенным остается еще вопрос, что разуметь под конституцией и какое конкретное содержание вложить в это понятие. Ведутся еще неразрешенные споры об отношении к конституции приобретенных и унаследованных особенностей. Пока что проделана только большая работа, чтобы очистить понятие о конституции от тех наслоений, которые внесло повседневное употребление этого слова, но конкретное содержание его от этого не увеличилось, и дальше того, что конституция есть совокупность морфологических явлений и функциональных свойств, формальное направление пока не пошло.

Проф. А. Я. Штеренберг стоял на той точке зрения, что для клинициста и экспериментатора понятие о конституции тогда приобретает значение, если отказаться от формального толкования этого понятия. Он считал, что понятие о конституции получает конкретное содержание, если

*) Доложено на конференции врачей Ленинградского Научно-Туберкулезного Института.

статические и динамические особенности организма поставить в связь с деятельностью внутрисекреторных органов. Внутренним эквивалентом внешних конституциональных признаков А. Я. Штеренберг считал систему эндокринных желез, корреляция которых обуславливает статику и динамику организма.

Предположение, что видовые и индивидуальные свойства животных, сопротивляемость и восприимчивость к инфекции определяются состоянием их эндокринной системы и ее корреляцией, было фактически подтверждено в классической работе А. Я. Штеренберга и С. Д. Пожуровского «Об индивидуальности морской свинки и кролика». Как известно, кролик и морская свинка резко отличаются друг от друга по своему отношению к инфекции. Они оба чувствительны к туберкулезу, но кролик мало восприимчив к *T-humanus* и очень чувствителен к *T-bovinus*, а морская свинка наоборот. Морская свинка восприимчива к сыпному тифу, а кролик иммунен к нему. К сифилису кролик восприимчив, а свинка иммунна. Мысль, что особенности природного иммунитета этих животных имеют корни в особенности их эндокринных формул, была подтверждена на большом количестве кроликов и морских свинок. В этой работе авторами было установлено, что каждое из этих животных обладает индивидуальной эндокринной формулой, определяющей его отношение к той или иной инфекции, и что, изменяя искусственно эндокринную формулу, можно изменить эти отношения к инфекции.

Дальнейшими работами А. Я. Штеренберга и его школой было установлено, что и для человека существует характерная эндокринная формула, разная в разные возрастные группы. Так, для каждого возраста характерно соотношение и рост определенной группы желез; до 7-ми лет превалирует *gl. Thymus*, а щитовидная железа занимает третье место, после 7-ми лет щитовидная железа выдвигается на второе место, после 15-ти лет преобладает новая перегруппировка.

Эндокринная формула человека влияет на его отношение к той или иной инфекции. В частности, в отношении туберкулеза, эндокринная формула определяет течение и локализацию туберкулезного процесса. Туберкулез легких, как хроническая инфекция с многолетней интоксикацией, оказывает свое влияние почти на все органы и в том числе на железы внутренней секреции. Рядом работ сотрудников Ленинградского Туберкулезного Института это влияние туберкулезной интоксикации доказано по отношению к яичкам, яичникам, поджелудочной железе и щитовидной.

Влияя на железы внутренней секреции, туберкулез тем самым изменяет конституциональное состояние организма, и, как выражался А. Я. Штеренберг, человек вступает в туберкулез с одной конституцией и выходит с другой, совершенно измененной конституцией, после долгих лет болезни. В течение же длительного периода болезни под влиянием интоксикации эндокринная система претерпевает различные изменения своей корреляции. Железы внутренней секреции переживают то фазы возбуждения, то угнетения своей деятельности. А. Я. Штеренберг придавал большое значение вопросу о состоянии эндокринных желез в разные периоды туберкулеза. Он считал, что кроме большого теоретического интереса, это имеет и большое практическое значение, т. к. приближает к выяснению вопросов лечения и питания туберкулезного больного.

Функциональная диагностика желез внутренней секреции—почти не начатая глава в клинике и одно из самых слабых ее мест. Методов исследования деятельности эндокринных желез почти нет. Работы А. Я. Штеренберга внесли в эту область много нового и оригинального. В упомянутый

уже работе «об индивидуальности морской свинки и кролика» было высказано предположение, что выносимость к ядам должна стоять в зависимости от органов внутренней секреции. При изучении действия фармакологических ядов на железы внутренней секреции, это предположение было подтверждено. Был найден подход к изучению функциональной диагностики и практически выработан метод функционального исследования одной из важнейших желез эндокринной системы—щитовидной железы.

Предложенный А. Я. Штеренбергом сывороточно-атропинный титр (SAT) для определения функции щитовидной железы основан на экспериментально установленном факте нейтрализующего действия сыровотки крови на атропин и усиливающего на физостигмин в зависимости от функции щитовидной железы. Теоретически обоснованный, специфичный, достаточно чувствительный и технически доступный, SAT является очень ценным вкладом в функциональную диагностику желез внутренней секреции. При определении функции щитовидной железы SAT-ом объектом исследования является сывортка крови, реактивом атропин, а индикатором глаз кошки. Основным показателем нормы функции щитовидной железы или отклонения от нее у человека является раствор атропина 1:2000. Полный парез зрачка кошки на этот раствор указывает на пониженную функцию, расширение в 4—6 раз и меньше на повышенную. Нормой установлено считать те случаи, где расширение на раствор 1:2000 достигает 8-ми. Применяя растворы атропина более слабые и более крепкие 1:4000 и 1:500 SAT определяет не только отклонения в сторону повышения или понижения функции, но и степени этих отклонений.

Сама методика проста. Четыре части сывортки смешивают с одной частью атропина соответствующего разведения, прибавляют каплю бензола и ставят в термостат при 37 град. на сутки. Две капли этой смеси впускают в глаз кошки и следят каждые полчаса в течение четырех часов за изменением величины зрачка, сравнивательно с другим зрачком, служащим контролем. Результаты наносятся на таблицы. Плюсик обозначают расширение, а цифра стоящая рядом обозначает размер расширения. Три плюсика обозначается полный парез зрачка.

При изучении функции щитовидной железы в разные периоды туберкулезной токсемии сотрудниками Ленинградского Тубинститута Г. С. Ямпольским и В. И. Мордвикиной установлено, что в зависимости от состояния и степени компенсации туберкулезного процесса, щитовидная железа переживает фазу частого раздражения, временную обратимую гипофункцию и необратимую гипофункцию. Таким образом, функция щитовидной железы отражает состояние токсемии туберкулезного больного. Это обстоятельство имеет не только теоретическое, но и практическое значение, т. к., как упоминалось выше, оно упирается в вопросы лечения и питания туберкулезного больного.

С этой точки зрения, работая летом в 1928 г. в кумысо-лечебном районе Уральской области, я заинтересовался вопросом влияния кумыса на функцию щитовидной железы. Как известно, кумыс издавна пользуется славой хорошего средства при лечении туберкулеза. Показания для кумысо-лечения при туберкулезе легких разработаны на основании эмпирических данных, экспериментальных работ в этой области очень мало. Я поставил себе задачей выяснить, как влияет кумыс на функцию щитовидной железы и нельзя ли путем изучения этого вопроса уточнить показания для кумысолечения в разные периоды туберкулеза.

Прежде чем перейти к изложению полученных данных, несколько слов о кумысе. Кумыс, это продукт брожения кобыльего молока под влиянием кумысной закваски. Молочный сахар кобыльего молока

подвергается двойному брожению: молочно-кислому и спиртовому. Сначала происходит молочно-кислое брожение, через 3—5 часов начинается спиртовое, причем молочно-кислое еще продолжается, а потом прекращается от избытка молочной кислоты. Позже, часть молочной кислоты участвует в процессе гидролиза белков, переходящих в пептоны. Химический состав кумыса, смотря по способу приготовления, количеству закваски, свойствам кобыльего молока, температуре и продолжительности брожения, представляет большие колебания. Задерживая брожение в разных стадиях развития, получают то слабый, то средний, то крепкий кумыс; наиболее употребительный—это средний кумыс.

Химический состав кобыльего молока и среднего кумыса по данным А. Гинзберга из его работы: «Химические процессы при кумысовом и кефирном брожении».

В 1000 частях	В кобыльем молоке	В среднем кумысе
Казеин	15 частей	12
Белки: Альбумин	5 частей	4
Пептон	—	2
Другие виды белков	—	6
Молочный сахар	59 частей	23
Молочная кислота	—	6
Спирт	—	14
Углекислота	—	3
Жиры	11 частей	11

Вообще, кумыс различных кумысолечебных заведений часто очень резко отличается по своему составу и качеству. Кумыс одного и того же заведения также очень часто не обладает постоянством состава и качества, что зависит, главным образом, от способа изготовления, квалификации кумысных мастеров, чистоты культуры кумысной закваски и целого ряда других причин. Стандартизация кумыса пока представляет трудно осуществимую задачу.

Троицкий кумысолечебный санаторий Уралстрахкассы, где я проводил свои наблюдения, находится в южной части Уральской области в степной полосе. Кумыс для нужд санатория изготавливается на собственном хозяйстве, где содержатся большие табуны кобылиц. Кумыс Троицкого санатория отличался постоянством качества. Ежедневно в лаборатории определялся удельный вес, кислотность и флора осадка.

Не буду останавливаться на общеизвестных фактах о действии кумыса на организм, фактах, добытых преимущественно путем клинических наблюдений в степной или курортной обстановке. Общеизвестно и то, что эффект от кумысолечения в смысле его «альтерерирующего» дей-

ствия, усиления энергии осмотических процессов и обмена веществ, зависит не только от одного кумыса, но и от общих климатических условий степей. Не буду также говорить об общепринятых показаниях и противопоказаниях к лечению кумысом при туберкулезе, а перейду непосредственно к изложению своих наблюдений о влиянии кумыса на функцию щитовидной железы.

Один, наблюдавшийся мною в санатории случай, подсказал мне предположение, что кумыс, цовидимому, производит раздражающее действие на щитовидную железу.

Дело шло о больной М. 23-х лет, направленной в санаторию по поводу небольшого компенсированного туберкулезного процесса А II. Больная изредка давала небольшие повышения Т до 37,1—37,2°. Обращало на себя внимание видимое увеличение щитовидной железы и явления небольшого гипертиреозизма. Границы сердца в норме, непостоянный систолический шумок на верхушке и шум волчка на *bulbus v. jugularis*, пульс слегка учащен. Больной был назначен кумыс, который она пила от 2 до 3 бутылок в день. Больная, цовидимому, плохо переносила кумыс и он ей не нравился; но, считая себя серьезно больной и веря в «чудесное» действие кумыса, продолжала его пить. После 10—12 дней употребления кумыса больная стала жаловаться на сердцебиение, перебои, слабость, одышку и бессоницу. При исследовании тахикардия, пульс учащен до 120 в минуту, ясный систолический шум на всех отверстиях и экстрасистола. Щитовидная железа увеличилась в своих размерах, пульсирует, выслушивается на ней систолический шум. Небольшой экзотальмус, симптом Graefe и Mobius'a, тремор и потливость рук. После нескольких дней покоя и запрещения кумыса, субъективные ощущения, беспокоившие больную, прошли, уменьшилась тахикардия и исчезла экстрасистола, остальные объективные данные остались без перемен. Таким образом, гипертиреозизм больной перешел в выраженную форму Базедовой болезни, цовидимому, под влиянием раздражающего действия кумыса на щитовидную железу.

Этот случай побудил меня заняться изучением вопроса о влиянии кумыса на функцию щитовидной железы. К сожалению, условия курортной работы не разрешали широко развернуть исследования.

Функция щитовидной железы определялась сывороточно-атропинным титром (SAT). Всего обследовано 13 человек, причем у одной группы из 6 человек SAT был проделан по одному разу с целью выяснить совпадут ли наши данные, определяемые в условиях степного климата с данными Ленинградского Тубинститута о функции щитовидной железы в разные периоды туберкулезной токсемии. У другой, основной группы из 7 человек SAT определялся дважды, на 2—3 день после поступления в санаторий и через 20—25 дней пребывания и употребления кумыса, с целью выяснить как влияет кумыс на функцию щитовидной железы. Для основной группы подбирались больные с компенсированным процессом, употреблявшие кумыс в количестве до 5 бутылок в день. Этим больным не назначались инъекции мышьяка в виду того, что, по наблюдениям Ленинградского Тубинститута, мышьяк действует угнетающим образом на функцию щитовидной железы.

Сывороточно-атропинный титр определялся по вышеописанной методике, но за отсутствием достаточного количества кошек в степной обстановке и клеток для них, пришлось работать не со всеми тремя растворами атропина (для каждого раствора нужна кошка), а только с основным раствором 1:2000.

На таблице 1 представлены данные определения функции щитовидной железы у первой группы больных.

Таблица 1.

Часы	1 Яничко	2 Анабьян	3 Рогожни	4 Воронин	5 Зобов	6 Соколов
1/2 . . .	+ 4	+	+ 4	+ 4	+ 2	+ 6
1 . . .	+ 6	+ 4	+ 8	+ 8	+ 8	+ 8
1 1/2 . . .	+ 6	+ 4	+++	+++	+++	+++
2 . . .	+ 6	+ 4	++	++	++	++
2 1/2 . . .	+ 8	+ 6	"	"	"	"
3 . . .	+ 8	+ 6	"	"	"	"
3 1/2 . . .	+ 8	+ 6	"	"	"	"
4 . . .	+ 8	+ 6	"	"	"	"
	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000

Случай 1. Больной Я. исследован 6-VII-28 г., компенсированный туберкулез легких А II. Функция щитовидной железы соответствует установленной норме.

Случай 2. Больной А. исследован 26-VIII-28 г., диагноз А II. Прощупывается перешеек щитовидной железы, незначительные явления гипертиреозизма. SAT указывает на усиление функции щитовидной железы.

Случаи 3-4-5 и 6. Больные: Р., исслед. 31-VII-28 г., В. исследов. 4-VIII-28 г., З. исслед. 4-VIII-28 г., С. исслед. 31-VIII-28 г., диагноз у всех Турбан III субкомпенсированный. SAT указывает на угнетение функций щитовидной железы.

Таким образом, данные исследования функции щитовидной железы, полученные в условиях степного климата совпадают с данными, полученными в работах сотрудников Ленинградского Тубинститута, а именно, функции щитовидной железы в различные периоды туберкулезной токсемии различны: нормальна при компенсации туберкулезного процесса, в состоянии частого раздражения и обратимого угнетения при субкомпенсированных процессах и необратимого угнетения при декомпенсации.

Таблица II представляет ту основную группу случаев, обследование которой имело целью выяснить как влияет кумыс на функцию щитовидной железы.

Таблица 2.

Ч а с ы	№ 1 Гинурова		№ 2 Теплов		№ 3 Крокодил.		№ 4 Дубровин		№ 5 Филатов		№ 6 Гужавина		№ 7 Рядозуб.	
	Исследов.		Исследов.		Исследов.		Исследов.		Исследов.		Исследов.		Исследов.	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
1/2	+ 4	+ 2	+	+	+ 6	+	—	—	+ 6	+	+	+ 2	+ 2	+ 4
1	+++	+ 2	+ 4	+ 4	+ 6	+ 2	+ 4	+ 2	+ 6	+ 4	+ 2	+ 4	+ 4	+ 6
1 1/2	+++	+ 4	+ 8	+ 6	+ 6	+ 2	+ 6	+ 2	+ 8	+ 6	+ 4	+ 8	+ 6	+ 8
2	+++	+ 4	+ 8	+ 6	+ 8	+ 4	+ 6	+ 2	+ 8	+ 6	+ 6	+ 8	+ 6	+ 8
2 1/2	"	+ 4	+ 8	+ 8	+ 8	+ 4	+ 6	+ 2	+ 8	+ 6	+ 6	+++	+ 6	+++
3	"	+ 4	+++	+ 8	+ 8	+ 4	+ 6	+ 2	+ 8	+ 6	+ 6	+++	+ 6	+++
3 1/2	"	+ 6	+++	+ 8	+ 8	+ 6	+ 6	+ 2	+ 8	+ 6	+ 6	+++	+ 8	+++
4	"	+ 8	+++	+ 8	+ 8	+ 6	+ 6	+ 2	+ 8	+ 6	+ 6	+++	+ 8	+++
	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000	1 : 2000

Случай 1. Больная Г. Диагноз А-II. Конституционально производил впечатление гипотиреотички. Кумыс пил до 4-х бутылок в день. Состояние угнетения функции щитовидной железы (1-е исследование) через 20 дней (2-е исследование перешло к норме. Таким образом, раздражающее действие кумыса на щитовидную железу на лицо.

Случай 2. Больной Т. Диагноз А-II. Конституционально гипотиреотик. Кумыс пил до 5 бутылок в день и здесь мы имеем раздражение щитовидной железы и переход от гипофункции к норме.

Случаи 3,4 и 5. Больные: К., Д., Ф. Кумыс давался до 5 бутылок в день, диагноз А-II. Во всех этих трех случаях раздражающее действие кумыса выражено ясно.

Случай 6. Больная Г. Диагноз В-I. В этом случае первое исследование произведено на 4-й день после употребления кумыса до 2-х бутылок в день. SAT указывает на повышение функции щитовидной железы. В дальнейшем больная отказалась от питья кумыса, т. к. не переносила его (повышение общей возбудимости). Кумыс отменяется и назначается мышьяк. Спустя 25 дней (второе исследование) мы имеем понижение функции щитовидной железы. Этот случай также показывает, что кумыс повышает функцию щитовидной железы и подтверждает наблюдение, что мышьяк угнетает ее функции.

Случай 7. Больной Р. Диагноз Турбан II нестойкой компенсации и эмфизема легких. Здесь кумыс не произвел раздражающего действия на щитовидную железу. Но этот случай нужно объяснить тем, что, благодаря неустойчивой компенсации, в организме больного произошли изменения, повлиявшие угнетающим образом на функцию щитовидной железы.

Таким образом, в этой основной группе случаев 6 из 7 дают положительный результат, т. е. подтверждают мое предположение о раздражающем действии кумыса на щитовидную железу.

В заключение должен повторить, что в условиях курортной работы, особенно в кумысо-лечебном районе, не представляется возможным обработать большой материал, на основании которого можно сделать неоспоримые выводы. Пришлось поэтому ограничиться представленным здесь небольшим материалом, который все же допускает сделать следующие предварительные выводы:

1. Кумыс, повидимому, действует раздражающим образом на щитовидную железу, повышая ее функции.

2. Кумыс противопоказан при гипертиреозидизме.

3. При субкомпенсированном туберкулезе легких, идущем с раздражением щитовидной железы, назначать кумыс не рекомендуется. Субкомпенсированные же случаи, идущие с временной, обратимой гипофункцией подлежат кумысолечению.

4. Дальнейшая разработка на большом материале вопроса о влиянии кумыса на функцию щитовидной железы может уточнить показания для кумысолечения туберкулезных больных в разные периоды болезни.

Д-ру Перминовой за техническую помощь в работе приношу искреннюю благодарность.

СЛУЧАИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧА

Д-р ШАПАТИН А. В. (Свердловск).

Среди различных заболеваний области локтевого сустава есть одно, на мой взгляд, редко встречающееся заболевание мало знакомое большинству практических врачей, так как в обычных учебниках о нем или ничего не говорится, или упоминается лишь вскользь. Это своеобразное заболевание, названное эпикондилитом по месту локализации болезненного процесса, в обычной практике, повидимому, или ускользает от внимания врача, или проходит под диагнозом разнообразных артритов, периартритов, миалгий, легких травм, дисторзий и пр. Больше внимания этому заболеванию отдают врачи, занимающиеся изучением профессиональных заболеваний, и потому знакомство с ним мы можем получить лишь из литературы проф-болезней. Здесь мы узнаем, что больные эпикондилитом редко обращаются за врачебной помощью в виду незначительности болезненных явлений, и только постепенно развивающаяся слабость руки заставляет их обратиться на это внимание и искать объяснения этого явления у врача. Однако, несмотря на редкость этого заболевания, в статистике Недохлебова из Харьковского Института рабочей медицины приводится 69 случаев эпикондилитов из 390 обследованных рабочих. Он же нашел эпикондилиты у 50 проц. гонимых. В конце своей статьи об эпикондилитах плеча Недохлебов считает целесообразным ввести в систему обследования известных категорий рабочих испытания на эпикондилит. Целесообразность отыскания эпикондилитов, повидимому, диктуется тем обстоятельством, что болезнь, вначале протекающая при самых невинных явлениях, зачастую при отсутствии лечения и профилактических мероприятий ведет к глубоким расстройствам функций всей верхней конечности. Голыницкий также указывает на сопутствующие эпикондилитам атрофии мышц и воспалительно-дегенеративные изменения в эпикондилитозе. Один из случаев Недохлебова получил по эпикондилиту третью категорию инвалидности.

Из этих кратких замечаний и литературных справок следует, что эпикондилит может встретиться и в обычной амбулаторной практике, как это было в нашем случае, и что знакомство с клиникой эпикондилитов должно быть у каждого практического врача. Болезнь часто характеризуется лишь субъективными ощущениями боли в мышелке и слабостью руки, вследствие чего врач, не искушенный в тонкостях диагностики проф-болезней, может впасть в грубую ошибку при установлении диагноза, не учтя профессиональных этиологических моментов и вслед за этим причинить и больному и себе множество неприятностей в случае, если это на первый взгляд невинное заболевание приведет неожиданно больного на ВЭК.

Работая в Свердловском кабинете по изучению проф-заболеваний, я задался целью проверить на обследуемых рабочих листопрокатного цеха наличие заболевания или признаков эпикондилита. Нахождение тех или иных признаков эпикондилита у указанной категории рабочих мне казалось легким, так как работа у листо-прокатного стана или у прокаточной печи состоит из однообразных движений руками в целом или только предплечьями, т.е. сгибание и разгибание в локтевом суставе с пронацией и супинацией предплечья, следовательно, имеют место отмеченные большинством авторов «часто и долго» повторяющиеся опре-

деленные движения верхней конечности; кроме того рабочие прокатных цехов работают часто сверхурочно. Стало быть, в процессе их работы могло иметь место перенапряжение мышц, удлинение срока действия мышечной тяги у эпикондилитосов и пр.

Главным симптомом эпикондилита является боль, или самостоятельно возникающая в эпикондилитосе, или вызываемая путем надавливания, даже самого легкого на подмышечок. По исследованиям Ухтомского (физиология двигательного аппарата) «при чрезмерно частой и длительной работе наступает своеобразное болезненное чувство в работающих мышцах, длительная неспособность их работать по-прежнему»..

Следовательно, можно думать, что боль при эпикондилите зависит от переутомления мышц, прикрепляющихся на подмышечке. Но это еще не все. Нам известно также, что мышцы при помощи сухожилий прикрепляются к надкостнице мыщелка и благодаря тому, что надкостница весьма богата чувствительными нервами, появляется самостоятельная резкая боль к надкостнице. В первом случае боль сигнализирует об утомлении и как бы указывает о наступлении предела работоспособности мышц; во втором же случае, боль с надкостницы указывает на перераздражение или перенапряжение надкостницы. И так, при всяком эпикондилите должна быть прежде всего боль. Боль указывает на утомление, а утомление, как говорит Мак Дугул, есть защитная реакция организма против истощения.

Вторым симптомом эпикондилита Недохлебов считает ослабление силы давления кисти. Хотя этот взгляд и не является общепризнанным, однако мы во всех своих случаях убеждались в положительности этого симптома. Обнаружить или проверить этот симптом можно при помощи динамометра, или просто заставив больного сжимать вашу руку попеременно то правой, то левой кистью и вы простым приемом сможете убедиться в разнице силы давления и преобладании левой, менее работающей руки над правой, более развитой. У левшей, понятно, будет наоборот. Я не буду перечислять остальных симптомов. Недохлебов приводит 20 различных видов болезненных явлений при эпикондилите.

От краткого изложения понятий об эпикондилите перехожу к моим случаям, из которых один несомненно имеет профессиональную этиологию.

2 февраля 1927 года на прием по хирургическим болезням в Верх-Исетскую поликлинику явился слесарь Водкомитета Тимофеев Е. Т. 48 лет, проф-стаж 20 лет, с жалобами на боль в правом локте, усиливающуюся при сжатии руки в кулак, и слабость в руке, особенно ощутимую при поднимании тяжелых предметов. Заболевание, по словам больного, началось 10 дней назад, развивалось постепенно под влиянием работы, так что со 2-го февраля заболевший считает себя неспособным выполнять свою профессиональную работу. В течение последних 5 дней перед обращением в поликлинику больной занимался особенно тяжелым трудом, состоявшим в пробивании отверстий семи-фунтовым молотком в каменных стенах для трансмиссий.

При более внимательном исследовании больного оказывается, что боль особенно резко ощущается при нажимании на наружный мыщелок правого плеча; определяется понижение мышечной силы больной руки.

Таким образом на основании жалоб, характерного анамнеза, в котором ярко вырисовывается основной производственный фактор, способствующий развитию эпикондилита, именно известные профессиональные комбинации движений, как удары молотком, определенной

локализации болезненного процесса в мышелке, а также резкого понижения мышечной силы правой верхней конечности, — был поставлен диагноз эпикондилита правого плеча профессионального характера, и больной, получив больничный листок, указания о лечении, был направлен к кабинет по изучению проф-заболеваний. По обследовании в кабинете проф-заболеваний случай представился в следующем виде:

Жалобы те же. Анамнез: больной Т. 48 лет, слесарь с 20-ти летним проф-стажем. В детском возрасте перенес натуральную оспу, в 1901 году воспаление легких, в 1903 году — триппер. В 1927 г. почти целый год болел малярией. Изредка бывают головные боли и ломота в пояснице и ногах. Отец больного умер 65 лет от неизвестной причины, мать в глубокой старости. Алкоголь употребляет умеренно. Любо — отрицает. Нервных и психических заболеваний в семье не было. Брат больного умер 50 лет от сифилиса. В 1926 году больной лечился на курорте Курьи от парывов и нервного переутомления.

Status praesens. Рост 172 см. Вес 72,8 кил. Окружность грудной клетки при покое 95,5, при вдохе 99,5, при выдохе 95. Сила рук по динамометру — правой 10, левой 50 (правша). Емкость легких 3920. Объем правого предплечья 29,1, левого 28,8. Становая сила 140. Сила biceps'a правого 14, левого 28. Конституционный тип мышечный. RW отрицательна. Температура 36,3. Анализ крови и мочи ничего патологического не обнаружил. На коже лица рубцы от перенесенной оспы. Незначительное расширение левой границы сердца по сосковой линии. Очень глухие тоны. Кровяное давление систолическое 115, диастолическое 80. Пульс 64 в минуту, регулярный, удовлетворительного наполнения. Рентгеноскопия N. Со стороны прочих внутренних органов отклонений от нормы не отмечено. Нервная система: умеренное дрожание рук, век, красный дермографизм, ослабление грубой физической силы правой руки, изредка головные боли. Со стороны органов движения средней степени плоскостопие, сколиотическое искривление грудного отдела позвоночника вправо, хруст в коленных суставах, резкое ослабление силы давления правой кисти и резкие боли при надавливании на наружный мышелок правого плеча, боли в мышелке иррадиируют вверх по наружной поверхности плеча и вниз по предплечью. Сгибание, разгибание, пронация и супинация в правом локте и предплечьи свободны, резкоболезненны. Ринологом отмечена гиперемия слизистой носа, искривление носовой перегородки влево и изза с рубцеванием вокруг нее на правой стороне носовой перегородки. В наружных слуховых проходах серные пробки.

Рентгенограмма правого локтевого сустава изменений не обнаружила. Таким образом, в приведенном случае мы имеем: 1) резкую болезненность в наружном мышелке правой плечевой кости (epicondylus humeri lateralis dextr) при самом легком надавливании, 2) боль в области этого же мышелка при сжатии кисти в кулак; 3) понижение показателя динамометра на правой руке до 10 при 50 на левой; следовательно, на лицо определенный симптомокомплекс болезненных проявлений, характерных для эпикондилита.

Нет сомнения, что указанный симптом комплекс совершенно идентичен с описанным заболеванием т. н. epicondyl humeri lateralis, а единственный в нашем случае ярко выраженный профессиональный этиологический момент говорит за эпикондилит профессионального происхождения. В процессе обследования прокатчиков в течение одного 27 года мною были обнаружены еще два случая эпикондилитов, при чем у одного оказалась RW, и он после обследования переведен для лечения к венерологу; у другого же наряду с профессиональным характером заболевания нельзя исключить совершенно невропатическую конституцию, которая сама по себе может служить благодарной почвой для возникновения болезненных точек.

Впервые упоминание об эпикондилитах мы находим у Runge в 1873 году. Как особое заболевание, эпикондилит впервые описан в 1896 году невропатологами Ремак'ом и Bernard'ом. В 1909-1911 г. г.

хирурги Vulliet и Franke дали исчерпывающее описание болезни. Исчерпывающую сводку обширной литературы по этому вопросу приводит в 1924 году Bergmann. У Preiser'a мы встречаем описание этого заболевания под названием «теннисный локоть», Rivier и Ferret дают ему название «эпикондилит», «перитит подмышечка», Behr «паралич музыкантов».

По вопросу об этиологии эпикондилита существуют две теории: 1) теория нетравматического происхождения эпикондилита, 2) теория травматического возникновения эпикондилита. Защитники первой теории объясняют происхождение эпикондилита ревматизмом, подагрой, отождествляют его с невралгиями и проч. Большинство же авторов, писавших об эпикондилите, являются горячими защитниками его травматического происхождения. Травматические insults они разделяют на непосредственные—в виде ушибов, ударов, толчков и пр. и посредственные—в виде профессиональных перенапряжений.

В вопросе о патогенезе у различных авторов также нет единомыслия. Как анатомический субстрат заболевания, рассматривались чуть ли не все ткани, имеющие анатомическое отношение к эпикондилитису. Fischer считает причиной болей какое то болезненное состояние клетчатки под эпикондилитом. Oosgood и Schmidt доказали, что воспаление слизистых сумок может дать картину эпикондилита. Blecher имел случай разрыва *m. brachio-radialis* у места прикрепления с образованием на этом месте кисти и явлениями перитита. Bernardt и Eichler-tähr допускают, что в основе эпикондилита лежит хроническое перенапряжение мышц, разгибающих кисть и пальцы. Далее целый ряд авторов Remak, Bernardt, Bähr, Momburg, Bergmann и Blecher на основании гистологических и рентгенологических данных определенно высказываются за ограниченный перитит, зависящий от чрезмерного напряжения этого участка периоста, производимого могущественной группой прикрепляющихся на эпикондилитом мышц. Preiser, Dubr и Kaufmann рассматривают эпикондилит, как поражение гомеоро-радиального сустава на почве одномоментного или повторных ушибов сустава. Некоторые авторы находили при эпикондилите изменения в хрящах и самой кости.

Авторы, придерживающиеся невротической теории происхождения эпикондилитов, считают его невралгией, связанной с известным занятием Marschall, Winke-Worth и Jersin полагают, что в основе эпикондилита лежит неврит *n. radialis*, в результате которого является перерыв мышц, берущих начало на эпикондилитоме. Из русских авторов Голяницкий из Института им Обуха считает за причину эпикондилита профессиональное перенапряжение мышц, укрепляющихся на наружном надмышечке и суставной сумке локтевого сустава; первичным основным моментом эпикондилита считает механическое повреждение мышечных прикреплений; первые же явления и мышечную слабость, иногда сопутствующие эпикондилитам, относит к симптомам вторичного характера. Недохлебов из Харьковского института рабочей медицины основную роль в этиологии болезненного процесса приписывает мышечному аппарату, в частности группе экстензоров, прикрепляющихся на эпикондилитоме. У лиц различных профессий, как то: нагревателей на рейдерах, слесарей, швейных, утюжников и проч., по Недохлебову, может иметь место перенапряжение мышц, однако, эпикондилитическая боль не должна смешиваться с болью от перенапряжения. При эпикондилите боль резкая, строго локализованная, долго длящаяся го-

ворит за местный воспалительный процесс в периосте, особенно чувствительном к повторным мышечным напряжениям и сдвигам по отношению к подлежащим тканям.

Заключивая свое сообщение я хочу указать, что испытания на эпикондилит у листопрокатчиков ВИЗ путем измерения силы давления кисти динамометром и надавливанием на эпикондилюс правого и левого плеча не дали тех результатов, которые можно было бы ожидать (в количественном отношении). Обнаруженные случаи эпикондилитов после подробного обследования оказались несвязанными с профессиональной болезнью.

Единственный случай эпикондилита, описанный здесь и продемонстрированный на заседаниях Уральского Медицинского Общества, не вызывает сомнения в профессиональном характере заболевания.

Л и т е р а т у р а.

1. Г о л я н и ц к и й.—Хирургические профессиональные болезни органов движения.
2. У х т о м с к и й.—Физиология двигательного аппарата. Вып. I.
3. Труды Украинского Института Рабочей Медицины. Вып. V.
4. Т и м.—Заболевания от несчастных случаев.

К ВОПРОСУ ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КОСОГЛАЗИЯ ¹⁾.

Врач И. Э. БАРБЕЛЬ Завед. Глазн. Отдел. 2-й Сов. больницы в г. Златоусте.

Оперативное лечение косоглазия не является новым вопросом, но в Златоусте до 1927 года оно почти не проходило.

По имеющимся у меня сведениям, до 1923 года Златоуст не имел специальной окулистической помощи; в 1923 и 1925 г. не было произведено ни одной операции косоглазия; в 1924 и 1926 годах было сделано по 2 операции (тенотомия внутрен. прямой мышцы)²⁾. Поэтому я позволю себе подвести результаты проведенных мною за 2 года работы в г. Златоусте (1927 и 1928) у 44 больных 71 операции косоглазия.

Данные о виде косоглазия, степени его, возрасте больных и о проведенных операциях приведены в таблице № 1.

Таблица № 1.

	Число больных	Из них мужчин	Из них женщин	Возраст			Степень косоглазия			Сделано операций			
				До 14 лет	От 14 до 27 л.	Свыше 30 л.	До 15°	От 20° до 30°	От 35° до 50°	Пересадка мышц	Укорочен. мышцы	Тенотомия	Всего операций
Сходящ. содруж. косоглаз.	31	10	21	1	27	3	3	13	15	27	7	12	46
Расходящ. содр. косоглаз.	12	7	5	1	11	—	2	6	4	12	1	8	21
Всего . . .	43 ³⁾	17	26	2	38	3	5	19	19	39	8	20	67

¹⁾ Доклад на заседании научной ассоциации врачей г. Златоуста 2/I—29 г. с демонстрацией больных и фотографий.

²⁾ Цифровые данные получены из годовых отчетов 2-й Сов. больницы.

³⁾ В это число не включена больная со strab. surs. vergens, история болезни которой приведена ниже.

За неимением периметра, измерение косоглазия производилось при помощи страбометра Лоуренса, принимая 1 мм. линейного отклонения равным 5 градусам¹⁾.

С момента получения нами периметра угол косоглазия и угол Кашви определяются при его помощи так, как это описано у Landolt²⁾.

Как видно из таблицы, я применяю 3 способа операций: ослабление сильной мышцы (тенотомия) и усиление антагониста (пересадка мышцы — «vorlagerung» или укорочение ее — raccourcissement³⁾).

Операцию пересадки мышцы я провожу точно так, как она описана у Meller⁴⁾, лишь с небольшой модификацией: Я применяю дугообразный разрез, предложенный Duverger при операции укорочения мышцы⁵⁾; этот разрез представляет большие удобства, давая возможность легко и быстро найти мышцу; для соединения его краев не требуется специальных лигатур: швы, наложенные на мышцу, замыкают и конъюнктивальную рану.

За неимением пинцета Prince'a я не могу делать операцию «raccourcissement» так, как ее описывает Duverger⁶⁾. Я модифицирую ее следующим образом, сочетая с ней некоторые моменты операции пересадки: разрез дугообразный; отсекаю мышцу, беру ее на 2 крючка; на известном расстоянии от прикрепления к склере (в зависимости от степени косоглазия) проводятся через мышцу 2 кетгутовых лигатур. В отличие от пересадки, полученные петли затягиваются узлом. Эта маленькая деталь представляет большое удобство, исключая всякую возможность соскальзывания петли. Нужный участок мышцы отсекается, лигатуры проводятся через эписклеру у места первоначального прикрепления и затягиваются хирургическим узлом; конъюнктива соединяется 2—3 шелковыми швами.

Операция raccourcissement (даже в моей модификации) технически значительно проще, чем vorlagerung: к созданию, отсутствию тонких NёNё кетгута лишает меня возможности часто ее делать.

Кроме того, я вынес впечатление, что эффект этой операции слабее, чем при пересадке; это объясняется, отчасти, вероятно, тем, что кетгутовые нити, начиная рассасываться, несколько ослабевают раньше, чем мышца успеет прирости.

При проведении тенотомии я руководствуюсь указанием А. Грефе «отсекаровывать» сухожилие непосредственно у его склерального прикрепления⁷⁾; благодаря этому длина мышцы не уменьшается и сумма движений глаза от этого выигрывает.

Иногда при тенотомии я применяю способ Bielchowsky⁸⁾, накладывая предварительный шов на мышцу, что дает возможность дозировать эффект операции.

Тенотомию, как самостоятельную операцию, я никогда не делаю, а применяю ее исключительно в качестве подсобной операции. Даже при слабых степенях косоглазия, я предпочитаю операции на антагонисте, конечно, осторожно их дозируя.

При strab. converg. consom, даже сильных степеней, я никогда не начинаю с тенотомии и не делаю ее одновременно с операцией пересадки. Сделав vorlagerung или raccourcissement и выждав известный срок (для определения окончательного эффекта), я добавляю, если это требуется, тенотомию. При strab. diverg. cons. тенотомия, за редкими исключениями, является необходимым дополнением к пересадке, а часто я провожу ее и одновременно с последней.

У 22 больных (из них у 4-х со strab. diverg.) сделана лишь одна операция (пересадка или укорочение мышцы); у 3 больных сделано по 3 операции (пересадка на обоих глазах и тенотомия на косящем глазу); у остальных 18 — по 2 операции в различных комбинациях (пересадка и тенотомия, пересадка на обоих глазах и прол.).

Я считаю нужным остановиться на 2 больных — 10 и 12 лет; исключение из общего правила — не оперировать до 14 лет — я допустил, руководствуясь указанием Крюкова⁹⁾, что при strab. diverg. можно оперировать в лю-

1) Головин С. С. Клиническая офтальмология III 1, ч. III. 1925 г.

2) E. Landolt. Диагностика расстройств движения глаза 1911 г.

3) J. Meller. Глазная хирургия 1912 г.

4) Duverget et Velter. «Thérapeut. chirurg. ophtalm». 1926 г.

5) Арх. офтальм. т. IV, ч. 1 1928. Неезе. «А. фон Грефе, его жизнь и заслуги в новой офтальмол.»

6) Bielchowsky. Пост. подвижн. и аномал. полож. (в руков. по глаз. бол. 1911 г.)

7) Крюков А. А. Курс глазных болезней 1917 г.

бом возрасте; при сходящемся же косоглазии он рекомендует до 13 лет оперировать лишь при высоких степенях, оставляя при этом часть косоглазия не исправленным. В соответствии с этим у моей больной (strab. conv. composit. уг. косоглазия равен 40 град.; 10 лет) я сделал лишь пересадку m. rect. ext., оставив некорригированным 20 град.

Переходя к результатам операций, я могу целиком присоединиться к мнению Fuchs'a, что операции косоглазия «принадлежат к тем, за которые пациенты (особенно женский пол, бывают наиболее благодарны»¹⁾.

Как операция, так и послеоперационный период протекали совершенно гладко, безо всяких осложнений. Лишь в одном случае была диплопия, длившаяся около месяца, но 15-I—29 г. я получил от этой больной сообщение, что диплопия совершенно исчезла и что самочувствие ее прекрасно.

Ни разу не пришлось мне столкнуться с гиперэффектом; в этом, полагаю, преимущество пересадки: при тенотомии, как известно, это осложнение иногда бывает²⁾.

Не ограничиваясь результатами, полученными при гипсии, я написал всем больным, предлагая жителям Златоуста явиться на осмотр, а приезжих прося написать, довольны ли эффектом операции и в каком состоянии находится оперированный глаз.

Из всех опрошенных 10 не ответило, и о них я могу привести лишь данные, полученные при выписке из больницы (см. таблицу № 2).

Таблица № 2.

	Результаты			Всего
	Прекрасн.	Хорош.	Удовлет.	
Strab. conv. conc.	5	2	1	8
Strab. diverg. conc.	1	1	—	2
Итого	6	3	1	10
В процентах	60	30	10	100

К прекрасным результатам я причисляю те случаи, где косоглазие становится почти, или даже совсем, не заметным и уг. косоглазия остается в пределах от 0 град. до 5 град.; к хорошим—где уг. косогл. от 5 град. до 10 град. и к удовлетворительным—с уг. косогл. 10 град.—15 град.

Все остальные больные или известили меня письменно или явились лично; таблица № 3 дает полученные у них окончательные результаты.

Таблица № 3.

Результаты	При сходящемся косоглазии.	В проц.	При расходящемся косоглазии.	В проц.	Всего	В проц.
Прекрасный	18	78,3	5	50	23	69,6
Хороший	5	21,7	4	40	9	27,3
Удовлетворительный	—	—	1	10	1	3,1
Всего	23	100	10	100	33	100

¹⁾ Fuchs E. Руководство к глазн. болезн. 1910 г.

²⁾ Адамов Е. В. «Офтальмологич. наблюден.», выпуск IV, 1880 г.

Продолжительность наблюдения этих случаев видна из таблицы № 4.

Таблица № 4.

Продолжительность наблюдения	1 мес.	2 мес.	6—11 м.	1—2 г.
Количество случаев . .	3	6	10	14

На истории болезни больной со *strab. sursum vergens*, о которой указано выше, я остановлюсь более подробно, так как оперативное лечение вертикального косоглазия производится, сравнительно, редко.

Бруншкова А. Б. 16 лет, поступила в глазн. отделение в декабре 1927 года в следующем состоянии: правый глаз резко отклонен вверх, так что роговица почти целиком прикрывается верхн. веком (*strabism. sursum vergens os. dex*); правый глаз одновременно отклонен и внутрь, так как имеется контрактура внутренней прямой мышцы и паралич наружной; в остальных направлениях движения глаз нормальны.

vis os. dex—0,1 не корр.

vis os. sin—0,9.

Дно глаза—норма.

По словам больной, неправильность положения отмечалась с раннего детства. Больной сделаны 3 операции: 10-XII—27 *verlagerung m. r. inf. os. d.*, 21 -XII *vorlager. m. rec. ext. os. dex* и 31-XII—27 *tenotomia m. r. super. os. d.* Эффект получился удовлетворительный, но не полный.

Вторично больная поступила в декабре 1928 г.; положением глаза в вертикальном направлении она довольна, но хотела бы исправить остающееся сходящееся косоглазие (уг. косогл. —10 град.). 22-XII ей сделана *tenotomia m. rec. interni os. dex*. Эффект получился прекрасный; глаз стоит совершенно прямо; больная очень довольна результатом операции, который и сейчас, месяц спустя, держится без изменения. *Vis os. dex* поднялся до 0,2; движения глаза во все стороны сохранены, лишь кнаружи движение правого глаза, как и раньше, отсутствует.

Незначительное, сравнительно, количество проделанных мною операций косоглазия не позволяет мне делать окончательных выводов. Все же умения создается определенное впечатление, что операции пересадки мышцы (или укорочение ее), хотя и сложнее технически, имеют много преимуществ перед тенотомией, давая лучший и более стойкий эффект; при *strab. conv. conc.* тенотомии следует применять лишь, как подсобную операцию; при *strab. diverg. conc.* она является, в большинстве случаев, необходимым дополнением к операциям на антагонисте.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ СКАРЛАТИНЫ КОМБИНИРОВАННОЙ ВАКЦИНОЙ В Г. ПЕРМИ *).

Д-р Н. Е. КОСТРОМИН, д-р Э. И. АЛЬТШУЛЛЕР и д-р Е. И. ДАНИЛОВ.

Из Пермского Бактериологического Института, директор—проф. В. М. Зара-
вомыслов и из сан.-эпид. п-о. Пермского Окргздрава, инсп. д-р Г. И. Розет.

I.

Вопрос о мерах личной профилактики против скарлатины, в связи с бактериологическими поисками за скарлатинным возбудителем, сводится в конечном итоге последнего времени к двум течениям: 1) к активной вакцинации убитыми телами скарлатинозного стрептококка и 2) к иммунизации его токсином. Каждый из этих двух способов, в свою очередь, дает дополнительные варианты как в методике приготовления вакцин и токсинов, так и в способах их применения.

В основу первого течения были положены изыскания многих авторов еще конца прошлого столетия (Holt, Osler, Багинский, Зоммерфельд, Пиякуе, Вюрте, Габричевский и др.), впервые признававших за стрептококком роль виновника скарлатины. По почину д-ра Габричевского, с 1905 г. начала вырабатываться противострептококковая вакцина, которая, особенно в земской участковой практике, нашла себе широкое применение. Через 5 лет (к 1910 году), судя по литературе того времени, количество вакцинированных ею детей достигло 100.000 чел. Однако, за-границей эта вакцина массового распространения не получила. Да и у нас в России отзывы о ее профилактическом значении были довольно противоречивы (Ланговой, Никитин, Успенский, Розанов, Ростовцев, Кисель, Алексеев и мн. др.). Наряду с горячими сторонниками такой вакцинации находилось не мало врачей, которые, если не совсем отрицали ее значение, то во всяком случае, скептически относились к ее профилактической ценности. И лишь в одном все авторы сходились—что прививки эти совершенно безвредны.

Главными пунктами возражений против нее, из которых большая часть не утратила своего значения и для настоящего времени, с л у ж и л и:

1. Вакцинация не влияла на ход и распространение эпидемии скарлатины.
2. Не было собрано достаточного статистического материала относительно посемейной вакцинации и учета случаев заболевания скарлатиной среди этих групп вакцинированных, что, в случае положительных результатов, могло бы подтвердить ценность этой профилактической меры.
3. Не всегда производилась полноценная 3-х кратная прививка вакцины, нередко же ограничивались 2-х кратной и даже однократной прививкой, а это далеко не создавало иммунитета.
4. Не учитывалась сезонность прививок, тогда как скарлатина поражает население, главным образом, в осенне-зимний период (октябрь, ноябрь, декабрь).
5. Не принимался во внимание возраст детей: наибольшая поражаемость скарлатиной свойственна детям 3—5 летнего возраста, и в обе стороны от него заболеваемость падает, тогда как в статистический материал входила преимущественно вакцинация детей школьного возраста, уже несколько менее уязвимого скарлатиной.

*) Доложено на заседании Совета Пермского Бактериологического Института 8-ХII—1928 г.

6. Из эпидемиологических факторов не было в должной мере учтено влияние домашнего и школьного быта привитых, внешней обстановки их жизни и работы.

7. Оставался открытым вопрос о длительности иммунитета у вакцинированных.

8. Наконец, разные серии вакцин обладали неодинаковой силой и действительностью.

В силу этих соображений профилактическая ценность вакцины Габричевского подвергалась большому сомнению, а количество ее сторонников с каждым годом становилось все меньше и меньше.

На смену этому течению выступило второе, несколько новое направление, в связи с американскими работами последнего времени супругов Д и К о в. Эти авторы определенно считают возбудителем скарлатины особого гемолитического стрептококка, а самое заболевание ею рассматривают как токсэмию. Что же касается стойкого иммунитета, наступающего после перенесенной скарлатины, то Dick объясняет его тем, что иммунитет этот при скарлатине имеет анитоксический, а не бактерицидный характер. Поэтому стрептококки и не уничтожаются в организме, несмотря на накопление анитоксина, и может вызвать очаговые процессы в разных тканях, вплоть до септицемии. Даже больше того, стрептококковый токсин во время болезни облегчает стрептококку и другим патогенным микробам, гнездящимся в зеве, проникновение в ткани больного, вызывая различные осложнения скарлатины. И так, по толкованию американских авторов (Dick, Ziegler, Tunnicliff, Dochez, Gordon, Bliss) скарлатина есть общий токсикоз, вызываемый специфическим стрептококком, локализирующимся преимущественно в зеве. Отсюда вытекает, что личная профилактика против скарлатины должна сводиться к активной иммунизации скарлатинозным токсином с целью получения анитоксического иммунитета. Так именно и поступают американские авторы.

Стрептококковый токсин был получен ими путем 5-ти суточного выращивания гемолитического скарлатинозного стрептококка при 37° С на бульоне с прибавлением кровяной сыворотки лошади, барана или человека. Токсин этот вызывает у восприимчивых к скарлатине людей специфическую кожную реакцию при интракутанном его введении. Сила токсина определяется количеством этих кожных доз. Напр., токсин, разведенный в шестьсот раз физиологическим раствором NaCl и дающий реакцию при интрадермальном введении от 0,1 к. с., такого разведения содержит 6000 кожных доз в 1 кб. с.

По Hupboon'у токсическое вещество в токсине Дика не принадлежит к глобулинам, но осаждается с высшей альбуминовой фракцией. Оно не является, по видимому, и ферментом.

Для целей активной иммунизации токсин по Цингеру вводился подкожно в три приема: детям до 5 лет по 250, 500 и 1000 кожных доз, а детям старше 5 лет—по 500, 1000 и 2000 кожных доз.

В дальнейшем, дозировка токсина в руках различных авторов, судя по литературным данным, колебалась в весьма широких пределах, достигая однократной максимальной дозы до 10000 кожных доз, при максимальном общем количестве введенного токсина до 33000 кожных доз.

Последующие видоизменения в этом направлении касаются уже чисто технических деталей, а именно: способов приготовления токсина, очищения его от белков, применения неочищенного токсина, уменьшения его ядовитости путем применения формалина, аналогично апатоксинам по Ramon'у и т. д.

Таким образом, из двух основных методов противоскарлатинозной вакцинации,—один, в качестве материала, продолжает до сих пор пользоваться телами убитых стрептококков как фиксаторогенным антигеном, желая создать у вакцинированных антимикробный иммунитет, а другой,—расчитывая создать чисто анитоксический иммунитет, применяет в качестве антигена только один токсин гемолитического скарлатинозного стрептококка без непосредственного присутствия последнего, как микробного антигена.

Однако, весьма трудно провести строгую границу между этими двумя обособленными видами иммунизации, пользуясь отдельно как тем, так и другим вакцинирующим материалом. }

С одной стороны, типичная вакцина Габричевского, приготовленная по оригинальному методу, все таки содержит, хотя и минимальное, количество токсина.

А, с другой стороны, вакцина типа Dick'a, помимо превалирующего содержания в ней токсина, несомненно представляет собою еще и аутолизирующую культуру стрептококка, благодаря длительному выращиванию последнего на бульоне.

А потому как в первом, так и во втором случаях при иммунизации возможно одновременное образование в организме двойного рода антител с ха-

рактором специфических фиксаторов: и противомикробных, и противотоксических—разница лишь количественная.

Отсюда и исходят дальнейшие попытки модифицировать скарлатинозные вакцины.

Если для вакцины Габричевского подвергать стрептококковую культуру выращиванию в продолжении не 2-х суток, а 5-ти, как это имеет место, например, в Пермском Бакинституте, при пользовании свежее-выделенными скарлатинозными гемолитическими стрептококками, то в такой вакцине гарантировано накопление токسينа от нескольких сот кожных доз в 1 кв. с. до 1200 и даже 2000 кожных доз.

Если же к обычной эмульсии стрептококков в вакцине Габричевского добавлять особо токсин Dick'a, то в такой комбинации можно уже определенно учитывать содержание как микробных тел, так и количество кожных доз вводимого токسينа.

Мы не будем подробно останавливаться на всех этих модификациях—их имеется в настоящее время довольно много. Наше внимание останавливает на себе главным образом активная иммунизация посредством комбинированной вакцины с дополнительным 4-м впрыскиванием токسينа, предложенная проф. С. В. Коршуном и д-ром А. А. Спириной. Рациональная по своему теоретическому построению, такая иммунизация и практически даст ободряющие результаты, судя по наблюдениям указанных авторов, уменьшая заболеваемость скарлатиной в 10—16,7 раз при совершенном отсутствии смертных случаев среди заболевших—привитых, и создавая иммунитет длительностью не менее одного года.

Наряду с такой, ясно наметившейся точкой зрения на специфическую активную иммунизацию за последнее время выступает несколько противоречивое направление некоторых авторов, правда, далеко не новое, именно—предложение применять неспецифическую вакцинацию. Так С. Минервин и В. Бельке, отрицая специфичность иммунитета, сделали попытку провести профилактическую вакцинацию против скарлатины путем прививок детям брюшнотифозной вакцины и получили при этом благоприятные результаты. Мало того, при такой иммунизации у детей положительная реакция Дика в большинстве случаев перешла в отрицательную. Однако, незначительный материал, обработанный этими авторами, не поколебал основного положения, что мы увидим ниже из постановлений XI Всесоюзного съезда бактериологов.

Заканчивая общую часть нашего сообщения, остановимся вкратце на положениях выработанных по данному вопросу за-границей и у нас в России.

Германско-русский конгресс по скарлатине, бывший в Кенигсберге 11—15 июня 1928 года принял, между прочим, нижеследующие резолюции:

- 1) стрептококк в патогенезе скарлатины играет исключительно большую роль;
- 2) что касается практического значения реакции Дика, то, за малым исключением, ее значение для выявления иммунитета **признано относительным**;
- 3) применение активной иммунизации на практике еще подлежит дальнейшей научной разработке.

Что же касается нашего XI Всесоюзного съезда бактериологов в Ленинграде 21 мая 1928 года, то здесь была принята резолюция более определенного характера относительно активной иммунизации, а именно — она признана **методом достаточно проверенным и научно-обоснованным**, а потому была рекомендована как одна из мер профилактики скарлатины. Остался лишь открытым вопрос о наилучшем типе прививочного материала, хотя и здесь, на основании представленного съезду материала, была дана положительная оценка прививкам, проведенным при помощи смешанной вакцины (тела бактерий и токсины), чистым токсином и анатоксином.

В отношении же неспецифической вакцинации было высказано мнение, что положительные результаты, полученные при помощи неспецифической вакцины, еще не **доказывают недействительности вакцин специфических**.

II.

Принимая во внимание вышесказанное, Пермский Окраздравотдел, в виду надвигающейся скарлатинозной эпидемии осенью 1927 г. решил провести комбинированную вакцинацию в г. Перми в Мотовилихе среди организованного детства, представляющего довольно внушительную по своим размерам цифру. Руководство прививочной кампанией было поручено Пермскому Бакинституту.

Организация означенных прививок вкратце была такова:

Сформировано было Окраздравотделом 5 прививочных отрядов, в составе каждый из 1 врача и 1 сестры. Из этих отрядов один был выделен и передан всецело в распоряжение Бакинститута, как научно-опытный отряд.

Кроме того, Пермской жел. дор. санитарной организацией, независимо от того, был сформирован свой отряд, в таком же составе.

Работа каждого отряда должна была продолжаться не менее 2-х месяцев.

Для регистрации прививок и отчетности Окраздравом были заготовлены индивидуальные карточки и сводные ведомости по формам, опубликованным в Бюллетене НКЗ, № 24, за 1926 г.

Через школьно-санитарных врачей был произведен предварительный отбор детей, подлежащих прививкам, составлены на последних списки и заполнены индивидуальные карточки соответствующими данными.

Бакинститут, взявши на себя руководство прививочной кампанией, предварительно инструктировал отряды, снабдив особо выработанной инструкцией каждого врача отряда, наблюдал за ходом прививок, контролировал реакцию у привитых и давал все необходимые разъяснения и указания во время работы.

По окончании всех прививок каждый отряд составлял сводный отчет особо по каждому детскому учреждению.

Врачи и персонал детских учреждений были связаны обязательством доводить до сведения Санэпида Окраздрава о каждом случае заболевания скарлатиной среди привитых детей, а Санэпид, в свою очередь, уведомлял о сем Бакинститут. Кроме того, окружная заразная лечебница, со своей стороны, извещала готовность и давала подробные сведения о течении скарлатины у вакцинированных, отмечая степень ее тяжести и осложнения.

Предварительная и последовательная дикция прививаемого детского населения, в виду оспариваемой за последнее время ценности реакции Дика, была признана необязательной, и при учете результатов иммунизации было решено руководствоваться исключительно эпидемиологическими данными.

Прививочный материал изготовлялся Бакинститутом в виде комбинированной вакцины, со держащей в 1,0 куб. с. 1 миллиард стрептококков и 2.000 кожных доз неочищенного (недиализованного) токسينа Дика.

Первые три инъекции детям производились комбинированной вакциной, а четвертая (дополнительная) — одним токсином.

Интервалы между первыми тремя инъекциями равнялись 7 дням, а между 3-й и 4-й прививкой — 10 дням.

Схема иммунизации по возрастным группам была принята следующая:

В о з р а с т	Вакцина в кубич. сантиметрах			Чистый токсин	
	I впрыск.	II впрыск.	III впрыск.	IV впрыскив.	
От 6 мес. до 1 года	0,1	0,2	0,4	2500	кожн. доз
„ 1 „ 3 лет	0,15	0,3	0,6	3500	„
„ 3 „ 5 „	0,2	0,4	0,8	5000	„
„ 5 „ 10 „	0,25	0,5	1,0	6000	„
10 лет и старше	0,3	0,6	1,2	8-10000	„

Перед прививкой и во время ее дети термометрировались; если после прививки T^0 оказывалась нормальной, то дальнейшее измерение ее прекращалось, в противном же случае измерение продолжалось дальше до прекращения лихорадки.

На основании совокупности данных 4-х кратного вспрскивания производилась общая оценка реакции:

- 1, реакция отсутствует, если нет ни местных, ни общих явлений;
- 2) реакция слабая, — если при отсутствии общих явлений T^0 не выше $37,5^0$, а местно — небольшая краснота и припухлость, исчезавшие через 1 сутки;
- 3) реакция средняя, — если есть слабые общие явления с повышением T^0 до $38,0^0$ или без нее, при местных явлениях более выраженных, продолжавшихся 2—3 дня;
- 4) реакция сильная, — если T^0 выше $38,5^0$, или тяжелое общее состояние при более низкой T^0 ; сюда же включаются случаи с ангиной, сыпью и рвотой.

Противопоказаниями против вакцинации служили: нефрит, активный туберкулез, декомпенсация сердца и острые инфекции.

III.

Техника приготовления комбинированной вакцины в Бакинституте была следующая:

Свеже-выделенные штаммы гемолитического стрептококка, полученные из крови сердца скараlatinозного тупа первой, или, в крайнем случае второй генерации, засеивались на телачий бульон с 0,5 % глюкозы в литровые бутылки, которые помещались в термостат на 2 суток при $37,5^0$ C.

После бактериоскопического контроля каждой бутылки на чистоту, из полученной 2-х суточной культуры стрептококка удалялся бульон осторожно сифоном, а оставшийся на дне осадок стрептококков приблизительно $\frac{1}{3}$ -объема жидкости из каждой бутылки сливался особо в отдельную общую бутылку сифоном. Полученная густая эмульсия стрептококков инактивировалась при 60^0 C в течение $1\frac{1}{4}$ часа, после чего прибавлялся фенол в количестве до 0,5 %. Затем производился контроль вакцины на ее стерильность. Стандарт уст наливался по бактериальному стандарту Гос. Контрольного Института с содержанием 2 миллиардов бактерий в 1 кб. с. В виду того, что бульонная вакцина имела желтоватый цвет, который затруднял стандартизацию, мы поступали так: из тщательно взболтанной вакцины отмеривали по 5,0 кб. с. в две центрифужные пробирки и после центрифугирования жидкость над осадком сливали, прибавляли вместо нее такое же количество физиологического раствора NaCl, осадок с ним взбалтывали и снова центрифугировали. Отмытые таким путем 2 раза стрептококки давали совершенно бесцветную эмульсию без желтоватого оттенка, которую теперь более точно можно было стандартизировать, разбавляя соответствующим образом до требуемой концентрации.

Стрептококковый токсин приготавливался исключительно из местных штаммов гемолитического скарлатинозного стрептококка, которым засеивался также телличий бульон с прибавлением 0,5 % дефибринированной крови барана. После 5-ти суточного роста при 37,5° С бульон фильтровался через свечу Chamberland¹. Дальнейшему очищению от белков наш токсин не подвергался.

Титр токсина нами устанавливался путем проведения интракутанной пробы на детях, не болевших скарлатиной, возрастом от 1½ до 4-х лет (в Доме Ребенка). Были испытаны 3 серии токсинов на 23-х детях. Одновременно были поставлены на тех же детях контроли со стандартным токсином, полученным из Москвы от Института им. Мечникова, содержащим в 1 кб. с. 7000 кожных доз, и контроли с грейными токсинами как Пермского Ин-та, так и Московского. В результате этой проверки выяснилось, что одна серия нашего токсина содержала в 1 кб. с. 4000 кожных доз, а две серии токсина—по 6000 кожных доз в 1 кб. с.

Для комбинированной вакцины требуемое соотношение устанавливалось с таким расчетом, чтобы в 1 кб. с. получаемой смеси содержался 1 миллиард стрептококков и 2000 кожных доз токсина. Если, например, стрептококковая эмульсия по стандарту содержала в 1 кб. с. 2 миллиарда бактериальных тел, а титр токсина равнялся 4000 кожных доз в 1 кб. с., то при сочетании такой вакцины с токсином в равных объемах получалась комбинированная вакцина, каждый кубический сантиметр которой равнялся 1 миллиарду стрептококков и 2000 кожных доз токсина.

Для дополнительной 4-ой инъекции прививочные отряды применяли как пермский токсин, так и московский, причем прививаемые дети и в том и в другом случае реагировали на токсин совершенно одинаково.

Для всей прививочной кампании Бакинститут было выработано 2 серии комбинированной вакцины—15½ литров и неочищенного токсина Дика три серии—21 литр.

Израсходовано было комбинированной вакцины 9920 кб. с. и токсина—4680 кб. с. (для одного только 4-го дополнительного вырыскивания).

IV.

Прививочная кампания началась с 1-го октября 1927 г. и закончилась к 14 февраля 1928 г. Следовательно, прививки производились как раз в период обычного повышения кривой заболеваемости скарлатиной, а не перед ней, что с бытовой точки зрения могло явиться минусом в текущей работе отрядов.

Всего было вакцинировано по г. Перми и Мотовилихе, независимо от числа инъекций,—4391 чел., из них вполне законченных (4 кратных) прививок у детей было сделано 2991.

Общий цифровой материал прививочной кампании распределялся следующим образом:

	Колич. учрежд.	Число привитых				Всего при- витых
		1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	
I отряд	11	40	56	85	798	979
II »	5	31	54	98	327	510
III »	15	82	112	205	623	1022
IV »	6	34	72	87	455	648
V »	4	49	57	102	301	509
Жел.-дорожн. отряд	9	76	78	82	466	702
Неорганизованные дети	—	—	—	—	21	21
	50	312	429	659	2991	4391

В частности, распределение привитых отдельно по г. Перми и Мотовилихе было следующее:

	Количество учреждений	Число привитых				Всего привитых
		1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	
В гор. Перми	43	252	332	460	2206	3250
В Мотовилихе	7	60	97	199	785	1141
	50	312	429	659	2991	4391

Количество всех привитых детей по учреждениям видно из нижеприводимой таблицы:

	Количество учреждений	Число привитых				Всего привитых
		1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	
Детясли	1	1	3	0	11	15
Детсады	7	30	49	52	94	225
Детдома	9	20	12	35	215	282
Школы	33	261	365	572	2650	3848
Неорганизованные дети	—	—	—	—	21	21
	50	312	429	659	2991	4391

Из этой таблицы явствует, что прививки главным образом охватывали школьное детство (из всех 50 детских учреждений на школы падало 33, т. е. 66 проц.).

Соответственно этому и возрастные группы организованного детства оказались далеко неравномерными, представляя преобладающее количество детей двух старших групп, и небольшие цифры двух младших возрастных групп, что показывает также следующая таблица:

Распределение вакцинированных по возрасту.

Название учреждений	Возраст привитых				Всего
	От 1—3 л.	От 3—5 л.	От 5—10 л.	От 10—14 и старше	
Детясли	15	—	—	—	15
Детсады	8	43	174	—	225
Детдома	5	—	126	151	282
Школы	—	—	1508	2340	3848
Неорг. дети	4	6	3	8	21
	32	49	1811	2499	4391

Следовательно, младшие группы, возрастом до 5 лет, обычно наиболее поражаемые скарлатиной, в нашем опыте составляли всего только 1,8 проц. к общему количеству привитых детей; такое возрастное соотношение, конечно, является значительным минусом в нашем опыте. Но этот минус будет еще резче выраженным, если мы возьмем процентное соотношение данной группы привитых детей (81 чел.) к общему числу всего детского населения до 5-ти летнего возраста Перми и Мотовилихи (10.007 чел.): оно составит только лишь 0,8 проц.

Что касается реакции на прививки, то, согласно принятой номенклатуре, все результаты на основании 4 кратных произведенных вспрывкиваний, мы сводим к следующим 4 группам:

Реакция на прививки.

В о з р а с т	Всего привит.	Реакция отсутствует		Реакция слабая		Реакция средняя		Реакция сильная	
		Число	В проц.	Число	В проц.	Число	В проц.	Число	В проц.
От 1—3 лет	32	4	12,5	25	78,1	2	6,25	1	3,1
„ 3—5 „	49	13	26,5	32	65,3	2	4,0	2	4,0
„ 5—10 „	1811	296	16,3	1307	72,1	166	9,2	42	2,3
„ 10—14 „	2438	507	20,7	1687	69,2	188	7,7	56	2,3
„ 15 и старше	61	6	9,8	51	83,6	3	4,9	1	1,6
	4391	826	17,16	3102	73,65	361	6,5	102	2,66

Таким образом, отсутствие реакции после инъекций (17,16 проц.) и слабая реакция на месте укола (73,65 проц.) составляли во всех наших случаях 90,81 проц.; реакция средней силы была в 6,5 проц. случаев, и сильная реакция дала всего лишь 2,66 проц.

Под сильной реакцией мы разумеем, помимо повышения T° выше $38,5^{\circ}$ С, еще и общие явления, каковые наблюдались в виде головных болей, общей слабости, тошноты (иногда рвота в первые дни) и, наконец, в единичных случаях—легкой ангины. Суммарную же картину типичного скарлатиноида (T° , боль в горле, рвота, сыпь, шелушение) мы ни разу не наблюдали.

Возрастные группы реагировали на прививку почти одинаковым образом. Можно лишь отметить, что сильная реакция наблюдалась чаще среди младших групп (от 1—3 лет и от 3—5 лет), давая здесь больший проц. (3,1 проц.—4,0 проц.) по сравнению со старшими двумя группами (2,3 проц. 1,6 проц.).

Осложнений на месте инъекций не было, за исключением единственного случая, когда на месте укола на другой день развилась сильная краснота и припухлость с появлением мелких водянистых пузырьков (с просеянное зерно), вскоре же присохших от применения индифферентной присыпки (случай в отряде д-ра Э. И. Альтшуллер).

Занятия в школах во время прививок протекали обычным порядком, лишь в очень редких, исключительных случаях, отсутствовали дети с сильной реакцией, с перерывом на 2—3 дня.

Здесь следует еще указать на один случай, когда после первой же прививки у 4 летнего мальчика развились явления сердечной слабости, пациент был направлен в заразную лечебницу, где констатированы были токсические явления в связи с прививкой. Случай окончился полным выздоровлением (Кутелин Василий, Детдом № 2).

Осложнений со стороны почек после прививок также не было, кроме одного случая, когда после 2-й прививки у девицы 17 лет было констатировано врачом раздражение почек, быстро исчезающее.

Прежде чем говорить о результатах активной иммунизации, коснемся общих статистических данных о количестве детского населения и эпидемиях скарлатины в местах проведения прививочной кампании.

V.

Общее количество всего детского населения в г. Перми и Мотовилихе в 1927 г. к началу прививочной кампании составляло 23.086 чел.

Чтобы судить о ходе скарлатинозной эпидемии, обратимся к анализу цифр заболеваемости и смертности от скарлатины за последние 4 года (1924—1927 г.г.):

Возрастные группы	1924 г.		1925 г.		1926 г.		1927 г.	
	Забол.	Умер.	Забол.	Умер.	Забол.	Умер.	Забол.	Умер.
От 0 до 1 года	10	2	14	11	30	13	33	11
„ 1 5 лет	77	23	171	34	422	92	440	63
„ 5 10 „	62	5	112	10	209	15	171	10
„ 10 14 „	23	—	38	1	69	—	70	2
„ 15 л. и старше	19	1	45	5	78	7	52	3
Итого	191	31	380	61	808	127	766	89
	16,20%		16,05%		15,7%		11,6%	

Из этой таблицы можно вывести следующие заключения:

1) Кривая эпидемии поднималась постепенно, давши наибольшую цифру заболеваемости в 1926 г. и весьма незначительно снизившись в 1927 г.

2) Как правило, скарлатина обнимала главным образом детскую группу возрастом от 1 до 5 лет, понижаясь в обе стороны от этой группы.

3) Процент смертности среди заболевших был особенно высоким в первые три года эпидемии (от 16,2 проц. до 15,7 проц.) и лишь на 4 год (1927 г.) снизился до 11,6 проц.

Помесячные цифры заболеваемости скарлатиной за те же годы дали следующую картину:

М е с я ц ы	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.
Январь	9	15	48	105
Февраль	6	28	61	88
Март	17	9	58	58
Апрель	13	15	63	73
М а й	12	12	61	62
Июнь	11	19	47	41
Июль	10	32	46	53
Август	26	38	68	65
Сентябрь	17	35	69	54
Октябрь	29	67	88	53
Ноябрь	21	43	130	49
Декабрь	20	67	69	65
Итого	191	380	808	766

Здесь также подтверждается общее положение, что скарлатина ежегодно дает максимум заболеваний в осенне-зимние месяцы; в 1924 г.—октябрь; в 1925 г.—октябрь—декабрь; в 1926 г.—ноябрь и лишь для 1927 г.—январь—февраль.

В топографическом отношении эпидемии скарлатины по Перми и Мотовилихе отличались разбросанностью очагов в различных домах, и определенной характеристики здесь наметить не представляется возможным.

Что же касается влияния социально-бытовых, экономических и жилищных факторов на контингент заболевших скарлатиной, то, в виду отсутствия полных сведений в Октябре, мы лишены возможности дать свое заключение по этому вопросу.

VI.

Переходим к результатам активной иммунизации.

В настоящий момент мы имеем возможность дать сведения за годовой период эпидемиологических наблюдений над результатами прививочной кампании (с октября 1927 г. по сентябрь 1928 г.).

Всего заболевших скарлатиной среди привитые было 25; смертных случаев среди них не было ни одного.

По количеству полученных инъекций заболевшие привитые дети распределялись так:

	Заболели	Из общего числа при- витых	В процентах
Получивш. 1 привив.	3	312	— 0,95
„ 2 „	4	429	— 0,93
„ 3 „	4	659	— 0,6
„ 4 „	14	2991	— 0,46

Отсюда мы видим, что однократная и двукратная прививка дала, повидимому, наименьший предохранительный эффект (заболеваемость 0,96 проц. — 0,93 проц.), тогда как полновременная 4-кратная вакцинация снизила заболеваемость до 0,46 проц.

Промежутки времени, протекшие между днем окончания прививки и началом заболевания скарлатиной у этих привитых были следующие:

До истечения 2 недель	9 чел.
После 1 месяца	2 »
» 2 »	5 »
» 3 »	3 »
» 4 »	2 »
» 5 »	3 »
» 9 »	1 »

Среди привитых в школах и детдомах заболеваемость носила спорадический характер, давая лишь единичные случаи: 21 случай на 5204 организованных детей в 50 детских учреждениях с общим проц. заболевших 0,4 проц. (за исключением школы № 21, где было 4 случая на 455 учащихся), тогда как среди непривитых детей в аналогичных же детских учреждениях заболеваемость в данную эпидемию была равна 2,0 проц., а именно: 101 случай на 5023 организованных детей в 29 детских учреждениях.

Но, чтобы правильнее судить о результатах вакцинации, необходимо обратиться к сравнительной оценке цифр заболеваемости соответствующих возрастных групп, учитывая при этом неодинаковую восприимчивость к скарлатине детей разного возраста. Однако, как мы уже упоминали выше, ничтожные цифры привитых детей до 5 летнего возраста в нашем случае не дают нам никакого права сделать выводы за или против проделанного опыта активной иммунизации в отношении этой группы, так как эти цифры подавляются огромным количеством детей старших групп, что видно из нижеприведенных данных:

Возраст	Число при- витых	Из них заболело	Проц.	Число не привитых	Из них заболело	Проц.
От 1 до 5 л.	81	3	— 3,5	9926	306	— 3
От 5 до 14 л.	4310	22	— 0,5	8769	208	— 2,3

Сюда безусловно необходимо будет внести корректив для будущей массовой вакцинации детей, охватив, главным образом, младшую группу, что и предположено уже сделать в текущем году.

Общая же годовая и помесичная заболеваемость и смертность от скарлатины среди непривитых всех вообще детей по г. Перми и Мотовилихе за это же время видна из следующей таблицы:

Месяцы	Возрастные группы								Всего	
	От 0 до 1 г.		От 1 до 5 л.		От 5 до 10 л.		Старше 10 л.			
	Забол.	Умер.	Забол.	Умер.	Забол.	Умер.	Забол.	Умер.	Забол.	Умер.
1927 г. Октябрь . .	4	—	26	2	18	—	1	—	49	2
Ноябрь . .	3	—	26	2	15	1	4	—	48	3
Декабрь . .	—	—	33	6	16	1	8	—	57	7
1928 г. Январь . . .	7	2	32	5	25	1	9	—	73	8
Февраль . .	5	—	32	11	14	—	3	—	54	11
Март . . .	3	1	24	5	15	—	2	—	44	6
Апрель . .	4	1	28	6	13	2	3	—	48	9
Май . . .	4	3	21	1	17	—	3	—	45	4
Июнь . . .	1	—	14	4	16	—	1	—	32	4
Июль . . .	—	—	15	4	10	2	—	—	25	6
Август . .	1	—	4	2	11	1	—	—	16	3
Сентябрь . .	—	—	19	3	3	—	1	—	23	3
Итого . .	32	7	274	51	173	8	35	—	514	66

Таким образом, если взять массовые соотношения заболеваний среди вакцинированного и невакцинированного детства за годичный период наблюдений, то они будут таковы: на общее количество непривитого детского населения Перми и Мотовилихи в 18.695 чел. заболело 514, и из них умерло 66, т. е. заболеваемость = 2,75 проц. (в Москве 2,03 проц.), а смертность 12,8 проц., среди же вакцинированных 4391 чел. (независимо от числа прививок) заболело 25, и ни одного смертного случая, т. е. заболеваемость 0,57 проц., а смертность = 0. Если же принимать в расчет среди иммунизированных только получивших 4 кратные прививки, и по истечении 14 дней со дня последней инъекции, то таких заболевших оказалось только 10 чел., т. е. = 0,33 проц. Расценивая этот факт, можно пока безотносительно сказать, что иммунизация комбинированной вакциной с дополнительной инъекцией токسينа понизила в нашем опыте заболеваемость скарлатиной в 8 раз.

По социальному положению заболевшие привитые дети (25 чел.) распределялись таким образом:

Дети служащих	14 чел.	56 проц.
» рабочих	5 »	20 проц.
» кустарей	2 »	8 »
» безработных	1 »	4 »
» детдомов	2 »	8 »
» прочих	1 »	4 »
	25 чел.	

Реакция на прививку у этих 25 заболевших привитых была такова:

Слабая реакция у	9—36 проц.
средняя » »	12—48 »
сильная » »	4—16 »

Следует отметить, что у некоторых привитых заболевших вскоре после прививки, обнаружено было резкое побледнение и отсутствие сыпи на коже в месте инъекции, диаметром в 7—8 сант. (феномен Шульце—Чарльтона).

Интересен также еще один факт: в одной семье, у двух девочек и одного мальчика была обнаружена сильная реакция на прививки одинаковая у всех, эти три заболевших затем скарлатиной, перенесли осложнение со стороны почек (у двух—нефрит и у одной даже уремия).

Что же касается вообще формы скарлатины у заболевших привитых, то любезно предоставленные нам данные заразной лечебницы дают возможность подвести такие итоги:

Легкая форма	5 сл.	20 проц.
Средняя	19 сл.	76 »
Тяжелая	1 сл.	4 »

Наконец, из осложнений, сопутствующих скарлатине у этих 25 привитых, необходимо отметить:

Nephritis	2
Nephroso-nephritis	3
Lymphadenitis	1
Uraemia	1
Angina necrotica, Otitis media, Lymphadenitis	1

8

Таким образом, общий процент осложнений = 32.

Если сравнить результаты, касающиеся формы скарлатины и ее осложнений у непривитого детства в эту же эпидемию по г. Перми и Мотовилихе за тот же период времени, то получим такие процентные соотношения: Легкая форма = 8,0 проц., средняя форма — 73 проц и тяжелая форма — 19%. Осложнения у них наблюдались в 47,6 проц. случаев.

В ы в о д ы.

1. В качестве профилактической иммунизации детей против скарлатины можно рекомендовать комбинированную вакцину, содержащую в 1 куб. один миллиард убитых стрептококков, выделенных из крови сердца скарлатинозных трупов, и 2000 кожных доз токсина Дика, с дополнительным выпрыскиванием одного токсина. Последний возможно употреблять в неочищенном виде, не освобождая его от белков.

2. Желательно проводить полноценную 4 кратную вакцинацию, так как при таком способе иммунизации получаются наилучшие результаты (в нашем опыте 0,43 проц. заболеваемости).

3. Как правило, означенная вакцинация не дает никаких особых, неприятных осложнений у прививаемых.

4. Реакция на прививки была в громадном большинстве случаев слабой (90,81 проц.); средняя реакция отмечалась в 6,5 проц. случаев, а сильная всего лишь в 2,66 проц. случаев.

5. Различная степень реакции, повидимому, не оказывает влияния на выработку иммунитета.

6. Как профилактическая мера, вакцинация в нашем опыте хотя и не являлась абсолютным средством предохранения от заболевания скарлатинной, однако, она уменьшила заболеваемость в 8 раз при полном отсутствии смертных случаев среди заболевших привитых, но в то же время она не оказала особого влияния на осложнения при скарлатине.

7. К означенной оценке результатов следует отнестись очень осторожно, имея в виду то обстоятельство, что в нашем опыте было охвачено прививками ничтожное количество детей восприимчивого возраста (до 5 лет) и преваляровали привитые дети школьной группы, что, конечно, нельзя сравнивать.

8. Возможно, что отчасти благодаря этому проделанная прививочная кампания не оказала заметного действия на угасание и обрыв эпидемии скарлатины в Перми и Мотовилихе.

9. Продолжительность иммунитета после прививок определить пока трудно. Наш опыт дает, до некоторой степени, основание полагать, что длительность иммунитета сохраняется более 1 года.

10. С бытовой точки зрения предохранительные прививки желательнее всего проводить заблаговременно до начала эпидемических месяцев скарлатины, дабы не дискредитировать эту меру в глазах населения.

11. Необходимо продолжать дальнейший опыт активной иммунизации комбинированным методом, включив сюда, главным образом, детские группы до 5 лет.

В заключение, считаем долгом выразить благодарность: проф. В.М. Здравосмыслову за его ценные указания и руководство, проф. Г. В. Флейшеру—за предоставленные им в наше распоряжение материалы заразной лечебницы, и д-ру Г.И. Розет—как организатору прививочных отрядов Сан. Эпидем. Пермского Окргздрава—за его всемерное содействие при проведении прививочной кампании.

Л и т е р а т у р а.

1. **А. Коневич.** „Наблюдения над противоскарлатинозными прививками по Габричевскому-Златогорову“. Профил. Мед. 1926 г., № 4, апрель.
2. **В. Д. Краснов.** «К вопросу о профилактическом действии противоскарлатинозной вакцины». Профил. Мед. 1926 г., № 4, апрель.
3. **Проф. С. В. Коршун и д-р А. А. Спирина.** «Опыт активной иммунизации против скарлатины». Гигиена и Эпидемиология, 1926 г., № 10.
4. **Проф. С. В. Коршун и д-р А. А. Спирина.** «Дальнейшие наблюдения над вакцинацией детей против скарлатины». Гигиена и Эпидемиология, 1927 г., № 11.
5. **А. Н. Коневич.** «Итоги двухлетнего опыта противоскарлатинозной вакцинации». Профил. Мед. 1927 г., № 12, декабрь.
6. **Проф. И. И. Степанов-Григорьев.** «К вопросу об активной иммунизации против скарлатины и дифтерии». Гигиена и Эпидемиология, 1927 г., № 12.
7. **И. И. Бортлотти.** «К вопросу об активной иммунизации против скарлатины комбинированной вакциной и токенином». Моск. Мед. Журн., 1927 г., № 4.
8. **Проф. С. И. Златогоров.** «Германско-русский конгресс по скарлатине в Кенигсберге». Русско-немецкий Мед. Журн., 1928 г., № 6, июнь.
9. XI Всесоюзный съезд бактериологов, эпидемиологов и санитаров 21—26 мая, 1928 г.
10. **Проф. Г. Д. Белоновский и д-р А. А. Миллер.** «Опыт местной профилактической иммунизации против скарлатины». Врач Газ., 1927 г., № 1.
11. **Проф. Г. Д. Белоновский и д-р А. А. Миллер.** «К вопросу о местной специфической профилактике против скарлатины». Гиг. и Эпид., 1928 г., № 1.
12. Расширенное Сывороточно-Вакцинное Собрание. Гиг. и Эпид., 1927 г., № 3, март.
13. Соединенное заседание Центральной и Московской Комиссии по изучению скарлатины. 11-IV 1927 г. под председ. проф. С. В. Коршуна. Гиг. и Эпид., 1927 г., № 5, май.
14. **John A. Tomney, R. M. Fullerton und M. E. Kishman.** «Профилактика скарлатины». (Amer. Journ. of dis of Children. March 1927). Цит. по «Врач Газ.», 1928 г., № 1.
15. **А. И. Пыжев:** «Необходимые коррективы при оценке результатов вакцинации против скарлатины». Гиг. и Эпид., 1928 г., № 6, июнь.
16. **Д-р Белявцев.** «Опыт приготовления анатоксической противоскарлатинозной вакцины и результаты ее применения». Гиг. и Эпид., 1927 г., № 8.
17. **Д-р Панчулидзе.** «Опыт прививок по Габричевскому в г. Тобольске». Микроб. Журн., 1927 г., т. IV, вып. 3.
18. **Д-р Морейнис.** «Массовый опыт активной иммунизации против скарлатины». Профил. Мед., 1927 г., № 8-9.
19. **Ю. Б. Лютинский.** «Опыт массовой местной иммунизации против скарлатины». Врач. Газета 1928 г., № 20.

К ВОПРОСУ О ЗАДАЧАХ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФПАТОЛОГИИ.

(Из Свердловского стационарного отделения по изучению профессиональных болезней).

Д-р Г. М. ГИТЕРМАН.

Настоящее сообщение имеет целью дать обзор работы Свердловского стационарного отделения по изучению профболезней, указать на задачи, которые оно поставило перед собой, и на пути, по которым идет разрешение этих задач.

Облздравотдел, сознавая назревшую необходимость в открытии такого научного учреждения, где изучались и разрабатывались бы вопросы профпатологии, выделяя для этой цели при Областной Хирургической больнице 10 коек.

Через стационарное отделение прошло 328 рабочих, которые по предприятиям распределяются следующим образом:

работе Верх-Исетского завода	148
» Хромпикового завода	81
» Асбестовых рудников	30
» других предприятий	69.

Рабочие В.-Исетского и Хромпикового заводов и Асбестовых рудников в громадном большинстве поступают в плановом порядке, в порядке систематического изучения вредности этих производств, рабочие же других предприятий направляются врачебно-экспертными, врачебно-контрольными комиссиями, кабинетами профболезней для диагностических целей, для разрешения вопроса о дальнейшей работоспособности, для определения инвалидности и т. д.

Изучение профболезней состоит в том, чтобы определить ту реакцию организма, которой он отвечает на профвредности. Трудность изучения профболезней усугубляется еще и тем обстоятельством, что организм в одно и то же время находится под постоянным влиянием и со стороны других этиологических факторов, неблагоприятно отражающихся на нем и часто приводящих к тем же явлениям, что и профвредности; а потому определение реакции организма в зависимости только от данной вредности является весьма трудным и не всегда возможным. Трудность разграничения влияния на организм проф-факторов от этиологических моментов не профпроисхождения часто приводит к тому, что в общей картине заболевания организма мы первенствующее значение придаем целому ряду этиологических моментов не профессионального характера, профессиональную же этиологию мы или совершенно не учитываем, или в лучшем случае отводим ей последнее место.

Бытовые, социальные условия, явления конституционального характера, возрастные изменения, перенесенные инфекционные болезни, хронические отравления—алкоголь, табак—все эти факторы часто или совершенно затушевывают картину профвредности, или в такой степени изменяют реакцию организма на данную вредность, что установить заболевание от непосредственно вызвавших его этиологических факторов представляется весьма трудным. Для правильной и должной оценки профзаболевания важно и необходимо определить степень влияния профвредности на организм, найти удельный вес этой вредности в связи с другими вредно-действующими этиологическими моментами не профхарактера.

План работы, который проводится в настоящее время в стационарном отделении, был выработан совместно с Свердловским кабинетом профболезней.

Работа эта ведется по двум направлениям:

1) изучение рабочих Хромпикового завода со стороны влияния хромпиковой пыли на состояние дыхательных органов;

2) влияние работы в горячих цехах на сердечно-сосудистую систему у рабочих В.-Исетского завода.

При разрешении вопроса о влиянии хромиковой пыли на состояние дыхательных органов задача сводится к тому, чтобы при оценке вредности этого производства выявить:

1) основное страдание, т. е. те изменения в легких, которые происходят под влиянием хромиковой пыли.

2) частоту присоединения к основному страданию туберкулезных процессов, ибо только разрешение второго вопроса может нам дать право говорить о вредности или безвредности этого производства, так как при оценке профвредности на легочную ткань принято руководствоваться большей или меньшей частотой присоединения туберкулезных процессов к основному страданию.

При изучении вопроса о влиянии хромикового производства на легочную ткань в смысле присоединения туберкулезной инфекции, мы исходили не только из одних физических симптомов, решающих обыкновенно вопрос о диагностике туберкулеза, но должны были учесть целый ряд других факторов по следующим обстоятельствам: наблюдение над рабочими хромикового производства установило, что физические явления у них в громадном большинстве случаев идентичны с такими-же физическими явлениями, которые принято считать за проявление туберкулезной инфекции, и если исходить из оценки одних только физических симптомов, то всех рабочих в громадном большинстве случаев нужно было-бы подвести под рубрику туберкулезных. Вопрос об оценке физических симптомов у рабочих пылевых профессий приобретает особое значение в связи с докладом профессора Рубеля в Уральском Медицинском Обществе осенью 1927 года.

Проф. Рубель, состоя консультантом Троицкого кумысолечебного курорта, пришел к заключению, что до 70 проц. больных, посылаемых на курорт, как туберкулезных, таковыми не являются *). Этих больных, по мнению проф. Рубеля, нужно трактовать как пневмоконкотики, ибо те явления в легких, которые рассматривались врачами при отборе больных как проявления туберкулезной инфекции, на самом деле представляют собой явления пневмосклероза на почве пылевых профессий. Такая постановка вопроса проф. Рубелем, затрагивающего диагностику туберкулеза, с одной стороны, и проблему изучения и трактовки явлений на почве пылевых профессий — с другой, стороны, заставила подойти к решению этого вопроса с сугубой осторожностью.

Для решения этого вопроса требуется продолжительное наблюдение, поэтому за частью рабочих, у которых физические явления в легких особенно выражены, устанавливается повторное наблюдение в стационаре, а также принимаются меры, чтобы такое-же наблюдение велось и на самом производстве.

Именно таким образом можно объективно подойти к решению вопроса о природе этих физических изменений в легких.

Пока-же на основании имеющихся данных наше мнение отчасти склонится к тому, что во многих случаях физические явления, которые принято считать за проявление туберкулезной инфекции, можно отнести к явлениям пневмокониоза, как последствию проф-

*) Категорическое указание профессором Рубелем столь большого % ошибочно диагностируемых больных встретило ряд возражений и требует поправок (см. № 2 «Уральск. Мед. журнала» Сборн. деятельности Уральского Научно-Медиц. О-ва, стр. 150). Ред.

вредности, но от окончательного суждения до окончания работы приходится воздерживаться.

Следующая работа, которая ведется в стационаре,—это выяснение вопроса о влиянии работы в горячих цехах на сердечно-сосудистую систему. Этот вопрос является наиболее трудно-разрешимым в профпатологии. Вредность работы в горячих цехах обуславливается тремя основными факторами,отягощающими работу сердца:

- 1) Высокой температурой.
- 2) Тяжестью самой работы.
- 3) Громадным количеством употребляемой жидкости.

При изучении этого вопроса, конечно, нужно иметь в виду, что из всех органов нашего тела сердце—наиболее ранимый орган, на котором чаще и скорее всего отражается целый ряд этиологических факторов. Инфекционные болезни, болезни обмена веществ, возрастные изменения, хронические отравления—алкоголь, табак и целый ряд наследственно-конституциональных моментов—все эти факторы в той или иной степени отражаются на состоянии сердечно-сосудистой системы.

Отсюда а priori можно сказать, что реакция со стороны сердечно-сосудистой системы в ответ на работу в горячих цехах должна выразиться в целом ряде изменений: основная задача,—выявить эти изменения, обобщить их, указать на зависимость их от работы в горячих цехах,—но одно констатирование этих изменений еще не решает вопроса о вредности данной профессии; не менее важно для суждения о профвредности дать в связи с этими изменениями и представление о работоспособности сердца. До сих пор все наше учение о сердце, все методы его исследования основывались на подходе к больному органу, и в этих случаях анатомические изменения обуславливают понимание,—и самой болезни, и в связи с нею и утерянной функции этого органа. Другое дело, когда мы подходим к изучению сердца практически здорового человека, у которого хотя этот орган представляет целый ряд отклонений от нормы, но работоспособность его не нарушена.

Здесь в виду полного несоответствия между анатомическими изменениями в сердце и его функцией должно или возникнуть сомнение в правильном понимании и объяснении этих отклонений, или необходимо различное толкование одних и тех-же данных в зависимости от того, определяются-ли они у больного, или у практически здорового человека.

Такие выводы напрашиваются, когда при обследовании рабочих горячих цехов мы находим, что в громадном большинстве случаев имеются объективные данные, указывающие на изменение со стороны миокарда, клапанов, на изменение со стороны сосудов, но в дальнейшем оказывается, что эти анатомические изменения не только не отражаются на нормальной работоспособности сердца, но даже не служат препятствием к выполнению повышенных требований.

Спрашивается, чем мы должны руководствоваться при суждении о вредном влиянии, оказываемом на сердце работой в горячих цехах, и какова должна быть оценка анатомических изменений, если считать, что эти последние появились в итоге данной работы.

Если-бы анатомические изменения, констатируемые в сердце, могли-бы в одно и то же время дать представление о его работоспособности, то решение этого вопроса не представляло-бы больших затруднений, но так как анатомические изменения не только не отражают работоспособности сердца, но часто даже дают противоречивые представления

о его состоянии, то очевидно, что базироваться для решения вопроса о состоянии работоспособности сердца на основании данных анатомических изменений не всегда представляется возможным; клиника давно отметила это несоответствие, а потому центр тяжести стремится перевести с господствующего патолого-анатомического направления на определение его функциональной деятельности, но и этот способ в виду не точности предлагаемых методов тоже не может давать определенного и ясного представления о работоспособности сердца.

Таким образом, ни анатомические изменения сердца, ни применение функциональной диагностики не могут служить критерием для суждения о работоспособности сердца. Всякое уклонение от нормы принято считать за проявление патологического характера, и найденные анатомические изменения в сердечно-сосудистой системе у рабочих горячих цехов следовало-бы, очевидно, отнести к явлениям патологическим, но отсутствие субъективных жалоб, нормальная и даже повышенная работоспособность сердца в течение целого ряда лет позволяют смотреть на эти изменения не с точки зрения патологии, а как на проявления приспособления функции этого органа в измененных условиях, смотреть, как на защитную реакцию его в ответ на предъявляемые повышенные требования; да и трудно думать, чтобы орган, к которому предъявляются повышенные требования, не отвечал-бы на это какими-либо реактивными изменениями, но эти изменения являются необходимым актом, благоприятным фактором, имеющим целью защиту и приспособление данного органа.

Если с этой точки зрения подойти к вопросу о влиянии работы в горячих цехах и считать анатомические изменения реактивными свойствами, являющимися по существу не болезненным процессом, а защитным рефлексом, актом приспособления к данной вредности, то в чем сущность вредного влияния этой работы на сердце. Вредность работы в горячих цехах, как отмечено выше, складывается из факторов, являющихся по своему действию на сердечно-сосудистую систему механическими возбудителями, отягощающими работу ее. Сердечно-сосудистая система, подвергаясь в течение целого ряда лет механическому воздействию, отвечает на это реактивными явлениями, частью анатомического характера, частью, возможно, и функционального характера, и пока организм и, в частности, сердечно-сосудистая система в состоянии приспособляться к этой работе, противостоять повышенным требованиям своими запасными силами, до тех пор работа эта, если и является вредной, то в том смысле и значении, что она требует постоянного физического напряжения: в этом периоде сердечно-сосудистая система находится как-бы на границе между болезнью и здоровьем, но с течением времени под влиянием напряженной работы организм начинает уставать, его регулирующие свойства постепенно слабеют, установка его, позволяющая экономно и целесообразно израсходовать свою энергию, становится уже неустойчивой,—все это в первую очередь сказывается на сердце: оно слабеет, его запасные силы начинают истощаться, его реактивные приспособления начинают терять характер устойчивости и защиты, и в дальнейшем работа в горячих цехах является уже абсолютно-вредной, истощающей организм и ведущей к полнейшей его инвалидности.

Предвидеть на основании объективных данных период истощения запасных сил сердца даже незадолго до его наступления не всегда представляется возможным. Наоборот, мы почти постоянно констати-

руем уже такое состояние сердечно-сосудистой системы, когда работа для нее в дальнейшем оказывается невозможной, а потому вопрос о вредности работы в горячих цехах должен свестись к выработке определенных норм продолжительности труда в этих цехах; выше этих норм, за пределами их работа должна считаться недопустимой, как действующая на организм и, в частности, на сердечно-сосудистую систему разрушающим образом и ведущая к окончательной его инвалидности.

Так как нормы эти, очевидно, должны находиться в прямом соотношении с условиями труда и тяжестью работы, с одной стороны, и с конституциональными свойствами организма, с другой, то в основу этих норм должно быть положено тщательное изучение всех вредных факторов, действующих на организм, изучение закономерности естественного профессионального отбора и соотношения между формами конституции и профессией, что даст возможность предохранить организм от окончательной инвалидности и сохранить его трудоспособность на другой, но менее вредной работе. В данном обзоре воздействие лучистой энергии рассматривалось в связи с другими факторами, отягощающими работу сердца, между тем как вопрос о влиянии высокой температуры на организм должен стоять особо, должен быть изучен, как самостоятельный вид профвредности, ведущей к перегреванию организма, к сложным физио-химическим процессам в его тканях, к реакции его биологических сил.

Наблюдаемое у рабочих горячих цехов понижение кровяного давления нужно, очевидно, всецело отнести к воздействию лучистой энергии, так как у рабочих негорячих производств при тяжести самой работы понижения кровяного давления не отмечается. Является ли это понижение кровяного давления болезненным проявлением на почве анатомических изменений, или оно представляет собой функциональное изменение, защитный рефлекс со стороны организма на воздействие высокой температуры—вопрос, который до настоящего времени не может считаться решенным.

Заканчивая свой обзор, я хочу указать, что профпатология, как самостоятельная дисциплина, стала изучаться совсем недавно, нет еще правильно выработанных методов исследования, и что только теперь намечаются вехи и прокладываются пути для ее изучения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ РУК В ПИМОКАТНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ *).

Д-ра К. Л. ГОЛШМИД.

Из Клиники кожных и венерических болезней П. Г. У.

Директор профессор М. А. РОЗЕНТУЛ.

Профдерматозы, как правило, развиваются в результате отдельного или комбинированного действия разнообразных агентов (химических, термических и механических) типичных для того, или иного производства. Возникающие кожные поражения на всегда укладываются в рамки существующих дерматозов. Разнообразие и тяжесть кожных поражений у рабочих различных производств, а также необходимость принятия профилактических мер, заставляет практического

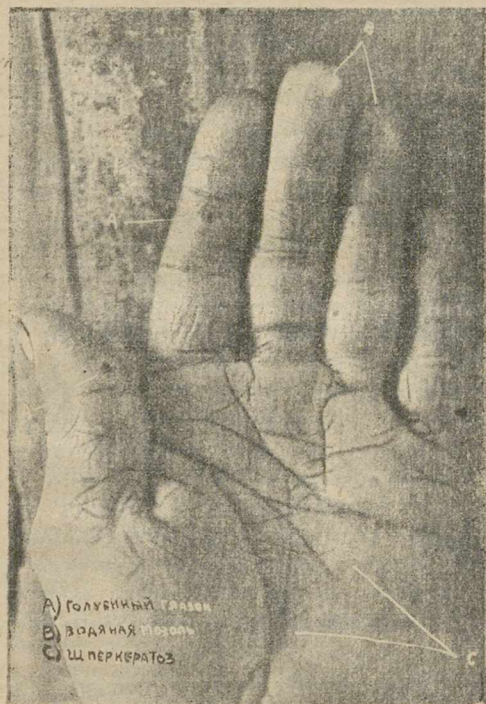
*) Доложено с демонстрацией больных в Научной Конференции Кожно-Венерической Клиники П. Г. У. 28 февраля 1927 г.

врача и органы охраны труда ближе познакомиться с этими заболеваниями. Исходя из этих соображений, мы решили опубликовать свои наблюдения над профдерматозом, связанным с пимокатным производством.

Пимокатное производство особенно развито в северных губерниях и областях Р.С.Ф.С.Р., где имеется шерсть для выработки и большой спрос на валяную обувь, благодаря холодному климату. Так, например, в одном Барнаульском округе занято около 3.000 рабочих (В. В. Бэргунов). В Пермском округе и прилегающей Вятской губернии преобладает кустарное производство валяной обуви. Этим ремеслом преимущественно занимается крестьянское население в зимнее время в качестве побочного промысла. Выработка пима производится чаще всего кустарным способом и, к сожалению без соблюдения элементарных санитарно-гигиенических требований. Инвентарь мастерской легко изготавливается домашними средствами и при падобности легко транспортируется. Работа производится ручным способом. Вначале заготавливается шерсть, из которой скатывается войлок. Последнему после ряда манипуляций придается форма пима, далее такой пим помещается в «квасы» (раствор серной кислоты, разведенный на глаз) на несколько часов, после чего он лучше скатывается. Пим, выпущенный из «квасов», разворачивается, поливается кипятком. Таким образом, мокрый валянок завертывается незащищенными руками в трубку и валяется несколько раз. После валяния пима переходит к стирке, при этой работе кустарю приходится делать такие же движения, как при стирке белья. Для выкатывания голенища кустарь пользуется металлическим «прутком» (при этой работе особенно легко травмируется кожа ладоней). Заготовленный пим помещается для просушки в русскую печь на ночь, на другой день подвергается очистке немзой, слегка подпаливается на огне, после чего пим готов к носке.

Описанная работа производится чаще всего одним лицом. При выполнении ее имеется налицо сочетание одновременного действия термического, механического и химического факторов. Пимокат в течение производства пима почти непрерывно травмирует ладони при изготовлении войлока, валянии и стирке, а при добывании пима из квасов незащищенными руками получают ожоги от серной кислоты. При процессе валяния войлок поливается кипятком и в результате длительного контакта кожи рук с влажной массой пима происходит мацерация кожи. Отсюда становится вполне понятным, что сочетание действия ряда факторов довольно быстро ведет к поражению рук у пимокатов. Обычно в первые дни, а иногда и часы, отмечается легкая гиперемия кожи ладонной поверхности, в особенности на мякоти пальцев концевых фаланг, где в дальнейшем развиваются водяные мозоли (Pemphigus traumaticus), величиною с горошину, окруженные небольшим воспалительным ободком (halo). Иногда покров пузырька нарушается и обнажается ярко-красная мокнущая эрозивная поверхность. В дальнейшем на выпуклости 2—3—4 и 5 пальцев появляются довольно глубокие, болезненные, трудно подживающие трещины. На ладонях, чаще на правой, чем на левой, развивается резкий гиперкератоз, который располагается под пястнофаланговыми сочленениями в виде валиков разной формы и величины. Иногда гиперкератоз ладони становится сплошным. Рисунок кожи сглажен за счет плохо выраженных гребешков и борозд кожи. Наобо-

рот, кожные складки ладоней выражены чрезвычайно рельефно. Пого-
отделения на участках, пораженных гиперкератозом, усилено, кожа
имеет глянцевый вид. Чаще всего на тыльной поверхности пальцев
обоех рук встречаются почти круглые образования, величиною с мел-
кую горошину, которые покрыты компактными роговым черно-корич-
невого цвета струпом, сидящим в центре, благодаря чему получается
картина поразительно напоминающая голубиный глаз (Pigeonpau).



А) Голубиный глазок
В) водяная мозоль
С) гиперкератоз

Рис. 1.

научной Конференции Кожно-Венерической Клиники.

«Голубиный глазок», по на-
шим наблюдениям, встречается и
при других профдерматозах, как
результат работы с кислотами.
Довольно часто на пред-
плечьях появляются пузырьки,
наполненные гнойным содержимым,
и ссадины—в некоторых случаях
и там встречаются «голубиные
глазки». Ногти теряют нормаль-
ный цвет, покрываются продоль-
ными трещинами, становятся хруп-
кими и ломкими, часто наблюда-
ются панариции. Описанная нами
клиническая картина, а именно на-
личие мозолей на мякоти пальцев,
трещин, гиперкератозов ладони, го-
лубиных глазков, усиления потот-
деления и поражения ногтей явля-
ются в сумме характерными сим-
птомами профдерматоза пимокатоз,
так как некоторые симптомы могут
наблюдаться по отдельности и при
других профдерматозах. Для иллю-
страции приведем истории болезни
двух больных, которые в свое
время были демонстрированы в

Больной Ш. Ф.С. (рис. № 1), 28 лет, женатый, рабочий, об-
ратился в Кожно-Венерическую Клинику по поводу бородавчатого
туберкулеза кожи на правой стопе, которым он болен около 20 лет.
Отец больного в детстве болел золотухой, мать умерла 36 лет, вскоре
после родов. Сифилис и алкоголизм в семье отрицает. Одновременно
больной ждался на поражение рук, которое мешает ему работать
в пимокатном производстве, где работает около 12 лет. Условия
работы в этом производстве тяжелые, в течение 10—12 часов при-
ходится заниматься стиркой и каткой валяной обуви незащищенными
руками в мало гигиеническом помещении. Инспекция труда редко
посещает производство.

St. praesens. На обеих ладонях резко выраженный ги-
перкератоз, расположенный под пястно-фаланговыми сочленениями
разной формы, некоторые участки достигают величины с квадратный
сантиметр, на ладони, в особенности на правой, гиперкератоз вели-
чиной с серебряный рубль. Кожа здесь сглажена, потливость резко
выражена. Чувствительность на месте гиперкератоза понижена, зуд
отсутствует. На выпуклости мякоти 2—5 пальцев водяные мозоли,
величиной с горошину, окруженные воспалительным ободком, на
двух пальцах мозоли травмированы. На тусклых, ломких ногтях
продольные трещины. На правом указательном пальце панариций.

Масса голубиных глазков на обеих кистях. Отдельные расчесы и глазки на правом предплечье и незначительный фолликулит.

Реакция Пирке — положительная с туберкулином (*humanus*), *bovinus* — отрицательная. R. W. дважды отрицательная.

К р о в ь: Нв — 65 проц., эритроцитов — 5.800.000, лейкоцитов — 8.200.

Лейкоцитарная формула:

лимфоцитов мал.	41 проц.
больш.	25 »
нейтрофилов сегмент.	18 »
палочк.	13 »
моноцитов	3

Больной Б.Ф.А. 23 лет, холост, рабочий, пимокат (ист. болезни № 307). Поступил в Кожно-Венер. Клинику по поводу врожденного сифилиса (*Syphilis congenita tarda*).

При обследовании больного было отмечено поражение рук профессионального характера. Пимокатом работает 5 лет.

St. praesens. На коже ладоней гиперкератотические валики желтого цвета, расположенные под пястно-фаланговыми сочленениями, кожа блестящая, сильно влажная на пораженных участках. На мякоти концевых фаланг имеются глубокие продольные трещины черного цвета. Ногти бесцветные, покрыты трещинами. Все кожные поражения на правой руке выражены интенсивнее. На большом пальце левой руки голубиный глазок, величиною с горошину. R. W. резко положительная.

Кустарное пимокатное производство имеет свой сезон, который обычно начинается осенью. В первые дни работы после летнего перерыва обычно начинают болеть руки почти у всех рабочих, однако профдерматоз развивается не у всех, что по всей вероятности, зависит от индивидуального предрасположения и малой способности кожи сопротивляться различным раздражителям. Чаще всего описанный дерматоз встречается у кустарей-одиночек, которым всю работу приходится лично выполнять, в то время как у кустарей, где введено чередование отдельных процессов труда, профдерматоз встречается реже. Вначале кожа рук грубеет, рисунок кожи сглаживается, кожа становится сухой и появляются глубокие трещины, которые становятся очень болезненными при внедрении кислоты, пемзы и других раздражающих веществ. Естественно, что при наличии входных ворот быстро возникает инфекция, появляется импетигиозная сыпь и очень часто панариции. При таких условиях рабочий бывает вынужден оставить работу на весьма продолжительное время, что, конечно, сильно отражается на бюджете кустаря одиночки. Длительное наблюдение за этой категорией рабочих показало, что одними лечебными мероприятиями трудно добиться уменьшения профдерматозов среди пимокатов. Здесь необходимы широкие профилактические мероприятия, организация артелей кустарей пимокатов. Путем создания мощных артелей пимокатов удастся механизировать производство и тем самым резко понизить процент профдерматозов среди пимокатов. В настоящее время желательно было бы ввести следующие мероприятия по охране труда, при наличии которых можно рассчитывать на уменьшение количества профдерматозов, а именно:

1. снабжение рабочих прозодеждой (непромокаемые перчатки, которые закрывали бы и предплечье).

2. Частые осмотры рабочих перед работой, как это делается на англо-американских заводах, что безусловно даст понижение процента профдерматозов.

3. В случае наличия даже начальной стадии профдерматозов таким рабочим выдавать бюллетени, используя отдых для закаливания кожи (горячие ванны с марганцевоокислым кали).

4. Введение «жирования рук» ланолиновым кремом резко понизит процент профдерматозов.

5. Установление чередования отдельных процессов труда в циментном производстве.

6. Установление стандартной крепости растворов H_2SO_4 , но не выше 6—7 проц.

7. Механизация отдельных моментов производства.

Литература.

1. Проф. Г. И. Мещерский. Профессиональный дерматоз у катальщиков валенок. Демонстрация 6-го. Р.В.Д. 1926. № 2, Стр. 181.

2. Проф. В. В. Иванов. Демонстрация 6-ных с профессиональным заболеванием кожи кистей ркд. Р.В.Д. 1926. № 9. Стр. 872.

3. В. В. Бергунов. «Некоторые данные о вредностях циментного производства». Гигиена труда. 1928. № 7. Стр. 82

ПИТАНИЕ В СТУДЕНЧЕСКИХ СТОЛОВЫХ Г. ПЕРМИ.

Сан-врач ФИЛАТОВ П. И. (г. Пермь).

В 1928 году с апреля по декабрь мне пришлось заниматься обследованием питания основного ядра студенчества, обедающего в студенческих столовых. В среднем в ноябре месяце обедало в столовых около 2.420 студентов всех учебных заведений, возрастной состав которых колеблется от 16 до 40 лет; средним возрастом нужно считать 20-25 лет. Состояние здоровья студентов не обследовалось. Столовые обследовались по несколько раз, выяснялось санитарное их состояние, бралась раскладка продуктов. Затем производились вычисления калорийности, количества питательных веществ: белков, жиров, углеводов, солей, витаминность, брались пробы для лабораторных исследований, велась беседа со студентами, подмечались их жалобы и пр.

Санитарное состояние столовых таково: 1-я студенческая столовая имеет среднюю посещаемость 1.270 чел. в сутки. Она находится в нижнем этаже каменного двух-этажного здания и состоит из двух обеденных зал и кухни. Площадь пола около 350 кв. м. и в кухне около 118 кв. метр. Световой коэффициент 1:11 и 1:9. Пол как в залах, так и в кухне, из метлахских плиток. Стены и потолки оштукатурены и выбелены; отопление центральное водяное, вентиляция форточная, имеются водопровод и канализация. На кухне из механических приспособлений имеются хлебо-резка, картофелечистка, картофелемойка, корнерезка. Уборка помещения производится несколько раз в день влажным путем и один раз мытьем. Из подсобных помещений есть ледник и кладовая, удовлетворительно оборудованные.

2-я столовая ВУЗ'а на Займке обслуживает до 300 человек и состоит из одного общего помещения, где отгорожены кухня и кладовая. Площадь пола кухни 31,49 кв. метр., а обеденного зала 61,6 кв. метр. Пол везде асфальтовый, стены сводчатые, оштукатурены и выбелены как и потолок. Отопление центральное, вентиляции нигде нет. Естественное освещение в зале 1:32, а в кухне 1:34,9, работают с искусственным электрическим освещением. Имеются водопровод и канализация. Из подсобных помещений есть две кладовые, обе не оборудованные.

Столовая Совпартшколы пропускает 270 студентов и состоит из обеденного зала и кухни. Находится в нижнем этаже каменного дома; площадь пола обеденного зала 112 кв. мтр. при высоте 3 мтр.; естественное освещение 1:12. Пол асфальтовый, стены и потолок оштукатурены. Вентиляция форточная. Кухня имеет 18 кв. мтр. площади пола при той же высоте; естественное освещение 1:6. Пол асфальтовый, стены и потолок оштукатурены. Зал отапливается голландскими печами. При столовой имеется водопровод. Из подсобных помещений имеется кладовая с полками, она же служит и канцелярией. Есть гард-мапже, обитое оцинкованным железом, и ледник.

Столовая Педтехникума пропускает 150 учащихся в день, имеет обеденный зал и кухню. Находится в подвальном этаже каменного дома; площадь пола обеденного зала 60 кв. мтр., а кухни 70 кв. мтр. при высоте 2,5 метра. Естественное освещение обеденного зала 1:9,5, кухни 1:15. Пол асфальтовый, стены и потолки оштукатурены и выбелены. Вентиляция — круглые форточки. Отопление голландской печью. Водоснабжение из водопровода, имеется канализация. Из подсобных помещений есть одна кладовая.

Столовая Промышленно-Экономического Техникума пропускает 145 студентов, находится в одноэтажном каменном здании, имеет обеденный зал и кухню. Зал имеет 56 кв. мтр. площади пола с высотой 3 м., кухня 25,44 кв. мтр. с высотой 2,8 м.; естественное световое освещение в зале 1:9, в кухне 1:11. Пол в обеденном зале асфальтовый, а в кухне деревянный, крашенный. Стены и потолки оштукатурены и выбелены. В кухне круглая форточка, в обеденном зале вентиляции нет. Отопляется зал голландской печью. Имеется водопровод. Из подсобных помещений есть кладовая.

Столовая Земтехникума пропускает ежедневно до 205 человек и находится в подвальном помещении каменного здания. В санитарном отношении столовая неудовлетворительна. Имеется обеденный зал со сводчатым потолком. Под столы занята только часть, отделенная колоннами, с площадью пола в 64 кв. мтр. с высотой 4 мтр. Хотя общий световой коэффициент 1:7, но вблизи окон имеется стена, затемняющая свет, и в помещении недостаточно светло. Кухня имеет 37,5 кв. мтр. площади пола с высотой 3,5 м. и естественным освещением 1:12,5. Стены и потолки оштукатурены, но штукатурка ветхая, обносилась и давно не беленая. Пол каменный с выбоинами. Отопление центральное, но радиаторы плохо действуют и тепла недостаточно. Вентиляции в зале нет, в кухне есть форточная. В кухне плита без зонта; столы для приготовления пищи грязные, щелеватые и покосившиеся. В обеденном зале столы грязные, щелеватые, покрыты рваными клеенками; ножей и вилок нет. Имеется водопровод, канализации нет. Кладовая не оборудована, служит в то же время и складным местом для различных предметов.

Столовая Уральской областной школы огнестойкого строительства обслуживает 78 студентов; имеет площадь пола зала 27 кв. мтр., а кухни 21,76 кв. мтр. Пол деревянный, стены и потолок оштукатурены, стены в кухне окрашены масляной краской. Отопление русской печью и плитой, которые служат и для приготовления пищи, вентиляции форточная; имеется каменный ледник.

Во всех столовых обеденные столы покрыты клеенкой, посуда состоит из эмалированных чашек для первого блюда и таких же тарелок и кружек. Ложки алюминиевые, за исключением столовой Земтехникума, где они деревянные. Кухонная посуда алюминиевая, оцинко-

ванная, жестяная или медная. Мытьё посуды в большинстве производится на кухне. На кухне имеются кипяtilьники для приготовления пищи, котлы и бак алюминиевые, оцинкованные или жестяные. Имеется каменный ледник.

Исходя из норм НКЗ, на каждого человека в обеденном зале нужно иметь 1,4 кв. мтр. и считая на обед минимум 45 минут (норма 1 час), за три часа в столовой ВУЗ'а № 1 можно пропустить 1.000 человек. столовая же пропускает большее количество. В столовой ВУЗ'а № 2 за то же время можно пропустить 176 чел., Совпартшколы 320 (пропускает в 1-2 часа 270), Педтехникума 200 человек (пропускает 150), Промэкономтехникума 160 чел. (пропускает в 2 часа 145), Земтехникума 184 чел. (205 ч. в 1½ часа), школы огнестроительства 60 чел. (в 2 часа 78). Большое количество одновременно обедающих студентов объясняется тем, что занятия почти везде кончаются в одно и то же время; это и служит причиной больших очередей, скученности столоующихся и загрознения обеденного зала.

Все столовые получают продукты на день или на несколько дней из кооперативной организации или от крестьян так, мясо, крупы, сахар, приправы и вкусовые вещества из ЦРК, иногда из Уралторга, а овощи, масло и молоко от крестьян на рынках. Сорт продуктов не везде первый, но продукты свежего качества. Столовые снабжаются хлебом из пекарни Окороно, хотя некоторые берут его у частных пекарей, получая муку в Союзхлебе и отдавая ее выпекать. В начале 1928 года меню всех столовых было устойчивое, но в сентябре 1928 года, благодаря некоторым перебоям в снабжении оно изменилось в худшую сторону и хотя и менее устойчиво, о все же к ноябрю оно выравнилось.

Стоимость дневного пайка в столовой ВУЗ'а 56 коп. в сутки, из них 30 коп., обед. Совпартшколы 48 коп., из них обед 25 коп., Педтехникума 32 коп., Промэкономтехникума 38 коп., Земтехникума 30 коп., школы огнестойкого строительства 45 коп. полный паек. Не имея возможности привести меню всех столовых, ограничимся лишь 2-мя столовыми (ноябрь 28 года).

В столовой ВУЗ'а и Рабфака: понедельник: завтрак — фруктовый кисель; обед — мясная лапша, битки; ужин — рулет. Вторник: завтрак — кофе; обед — суп крестьянский, гуляш; ужин — котлеты. Среда: завтрак — фруктовый компот, чай; обед — суп перловый, битки с кашей; ужин — котлеты, кофе. Четверг: завтрак — кофе, обед — борщ, рулет; ужин — говядин. жареная, чай. Пятница: завтрак — кофе; обед — щи, тушеное мясо; ужин — макаронник, чай. Суббота: завтрак — кофе; обед — суп перловый, гуляш; ужин — антрекот с макаронами, ч.й. Воскресенье: завтрак — кофе; обед — суп с вермишелью, битки; ужин — рулет, чай.

В столовой Педтехникума: понедельник: завтрак — кофе с молоком; обед — суп с капустой, котлеты. Вторник: завтрак — кофе с молоком; обед — суп с вермишелью, мясные фрикадельки, морковное пюре. Среда: завтрак — кофе с молоком; обед — суп с картофелем, беф строганов. Четверг: завтрак — кофе с молоком; обед — суп с вермишелью, мясо тушеное с капустой. Пятница: завтрак — кофе с молоком; обед — суп с капустой, тушеное мясо с картофелем. Суббота: завтрак — кофе с молоком; обед — суп с вермишелью, котлеты с картофелем. Воскресенье: завтрак — кофе с молоком; обед — суп с капустой, компот.

Как видно из предыдущего, пищу студентов нельзя назвать разнообразной, на вкус же студенческие обеды сравнительно удовлетворительны. По мнению студентов, обеды столовых не всегда дают насыщение.

Для определения питательной ценности дневного пайка бралась общая раскладка за день на каждого студента в течение нескольких недель. Вычислялось, сколько и каких продуктов падает на день на каждого

студента в среднем, и определялось количество белков, жиров и углеводов на каждого студента и калорийность каждого продукта. Вычисление производилось принимая во внимание процентное количество отбросов и усвояемость по таблице ЦСУ СССР (под редакцией проф. Леонтовича «Нормы, состав и пищевое значение продовольственных продуктов» Москва. 1925 г.). Приводим результаты наших исчислений по трем столовым.

Студенческие столовые № 1 и № 2. Мясо: белков 61,41, жира 16,28, углеводов 2,07, калорийность 339,12. Сало: белков 0,05, жиров 13,22, калорийность 132,50. Лук: белков 0,12, углеводов 0,98, калорийность 3,94. Крупчатка: белков 0,93, жиров 0,12, углеводов 7,20, калорийность 34,49. Картофель: белков 1,62, жиров 0,23, углеводов 22,66, калорийность 76,25. Морковь: белков 0,07, жиров 0,02, углеводов 0,82, калорийность 3,39. Капуста: белков 0,39, жиров 0,05, углеводов 1,48, калорийность 7,78. Масло: жиров 5,09, калорийность 46,02. Сметана: белков 0,33, жиров 1,97, углеводов 0,12, калорийность 20,22. Помидоры: углеводов 0,10, калорийность 0,49. Брюква: белков 0,03, жиров 0,01, углеводов 0,27, калорийность 1,17. Картофельная мука: белков 1,26, жиров 0,14, углеводов 4,13, калорийность 23,47. Крупа: белков 1,26, жиров 0,31, углеводов 10,72, калорийность 19,65. Макароны: белков 2,77, жиров 0,15, углеводов 21,98, калорийность 103, 05. Лапша: белков 0,92, жиров 0,05, углеводов 7,32, калорийность 34,35. Хлеб: белков 55,04, жиров 3,12, углеводов 361,44, калорийность 1736,00. Итого: белков 126,27, жиров 40,76, углеводов 440,29, калорийность 2581,89. Из них животных: белков 61,79, жиров 36,56, углеводов 2,19; растительных: белков 64,48, жиров 4,20, углеводов 439,10.

Педтехникум. Хлеб: бел. 68,80, жир. 3,90, углев. 451,80, калор. 2170,00. Мясо: бел. 31,98, жир. 8,60, углев. 1,08, калор. 177,12. Капуста: бел. 1,12, жир. 0,15, углев. 4,22, калор. 19,89. Картофель: бел. 3,12, жир. 0,42, углев. 41,80, калор. 140,62. Морковь: бел. 0,17, жир. 0,06, углев. 1,78, калор. 3,55. Вермишель: бел. 0,92, жир. 0,05, углев. 7,32, калор. 34,35. Масло: жир. 6,87, калор. 60,55. Компот: бел. 0,08, углев. 2,35, калор. 10,02. Молоко: бел. 3,12, жир. 3,49, углев. 4,94, калор. 65,50. Картофельная мука: бел. 0,32, жир. 0,03, углев. 1,06, калор. 6,02. Сахар: углев. 31,32, калор. 128,37. Итого: бел. 109,64, жир. 23,57, углев. 547,75, калор. 2823,31. Из них: животных: бел. 35,10, жир. 18,96, углев. 6,02; растительных: бел. 74,64, жир. 4,59, углев. 541,73.

Приводимая ниже таблица показывает сравнительную среднюю ценность дневного пайка по всем столовым:

Наименование столовых	Белки			Жиры			Углеводы			Калорийность
	Животные	Растительн.	Всего	Животные	Растительн.	Всего	Животные	Растительн.	Всего	
Студ. стол. № 1 и 2	61,79	64,48	126,27	36,56	4,20	40,76	2,19	439,10	440,29	2581,89
Совпартшколы	43,30	76,42	119,72	32,39	10,03	42,42	21,16	493,23	514,39	2822,72
Педтехникума	35,10	74,64	109,64	18,96	4,59	23,57	6,02	541,73	547,75	2823,31
Пром. Эконом. Техн.	41,82	70,26	112,08	14,16	6,01	20,17	1,26	512,52	519,72	2718,82
Земтехникума	15,99	72,62	98,61	14,11	4,50	18,61	0,54	499,40	499,94	2539,98
Обл. школы огнест. стр.	61,41	61,42	122,83	40,84	3,94	44,78	2,07	441,59	444,66	2636,96

Для проверки из каждой столовой брались обеды для лабораторного исследования в санитарно-гигиеническом отделении Пермского Бакинститута. Выемки обедов и ужинов брались мною во время раздачи обедов и ужинов студентам из порций, уже выданных студентам. О дне выемки пробы ни администрации, ни поварам не было известно.

При лабораторном исследовании отмечался общий вес мяса, вес приправы, бульона, количество жира, сухого остатка золы, калорийность бульона, мяса, приправы и общая калорийность. Исследования делались д-ром Процеровым по способам, указанным в руководстве проф. Экземплярского. В виду невозможности привести результаты всех исследований, приводим для примера калорийность по одному из каждой перечисленных выше столовых.

Наименование столовой	Которое блюдо	Наименование блюда	К а л о р и й н о с т ь						
			Мяса	Бульона	Приправы	Гарнира	Соуса	Компота	Всего
1. Столовая ВУЗ'а .	1-е	Борщ флотский . .	102,5	203,5	145,4	—	—	—	451,4
"	2-е	Рулет	186,9	—	—	—	54,3	—	241,2
"	Ужин	Биток с гарн. (рис и соус)	197	—	—	252	—	—	449 "
2. Стол. Совпартшкол.	1-е	Щи русские . . .	80,02	42,12	107,7	—	—	—	229,84
"	2-е	Манная каша . . .	—	—	—	—	—	—	202,0
"	Ужин	Биток мясной с карто- фелем	181,5	—	—	255,1	—	—	436,6
3. Стол. Педтехник.	1-е	Суп картоф. . . .	63,26	46,73	42,2	—	—	—	152,19
"	2-е	Горошиница	—	—	—	—	—	—	262
4. Стол. Земтехник.	1-е	Суп картоф. . . .	76,9	114,55	105,9	—	—	—	297,35
"	2-е	Компот	—	—	—	—	—	106,7	106,7
5. Ст. Промэкономтех.	1-е	Суп картоф. . . .	37,85	47,5	104,1	—	—	—	188,91
"	2-е	Компот	—	—	—	—	—	216,8	216,8

Сравнивая питательность обедов и ужинов по вычислениям и лабораторным исследованиям, мы имеем в среднем следующее: столовая ВУЗ'а по вычислениям 845,89 калорий, по лабораторным исследованиям 935,69 калорий; Совпартшколы по вычислениям 958,35, по лабораторным исследованиям 868,44; Подтехникума по вычислениям 544,94, по лабораторным исследованиям 414,191; Промэконом-техникума по вычислениям 354,32, по лабораторным исследованиям 405,71; Земтехникума по вычислениям 331,08, по лабораторным исследованиям 404,05 калорий. Необходимо отметить, что при сравнении не входили сахар и хлеб. Кроме того следует иметь в виду, что в столовых Педтехникума, Земтехни-

кума и Промэкономтехникума обеды исследовались по одному разу, а потому их нельзя считать средними.

Но основании обследования закрытого питания студентов необходимо прийти к следующим заключениям. Прежде всего, все столовые открывались без предварительного согласования с санназором, благодаря чему сразу же сделано было много ошибок: помещения некоторых из них совершенно непригодны или малы, а также антисанитарны. К антисанитарным помещениям принадлежит столовая Земтехникума, которую следует закрыть; столовую же огнестойкого строительства нужно расширить. К числу общих недостатков надо отнести: 1) отсутствие моечных помещений во всех кухнях, а также заготовочных, что является причиной загрязнения кухонь; 2) недостаточно тщательно промывание посуды: необходима механическая очистка, мытье с содой или мылом, промывка в чистой воде и осушка на решетках; 3) нед стоек в ножах и вилках столовых техникумов, наличие деревянных ложек, что является совершенно недопустимым; 4) плохое оборудование помещений для хранения продуктов, отсутствие комнатных ледников, и т. д.; 5) недостаточность кухонной посуды в некоторых столовых; 6) недостаточность, а в некоторых помещениях и отсутствие вентиляции; 7) отсутствие разделения в части столовых как для столоующихся, так и для обслуживающего персонала; 8) допущение курения в кухне и в обеденном зале во всех столовых; 9) недостаток плевательниц.

Принимая во внимание недостаточное освещение столовой ВУЗ'а № 2, кухни Педтехникума, неудовлетворительное санитарное состояние столовой Земтехникума, отсутствие столовых Фармтехникума, Медтехникума, Худтехникума, перегруженность столовых ВУЗ'а, мы должны идти по линии расширения существующей столовой ВУЗ'а № 1 за счет соседних помещений, несколько переоборудовав кухню с подсобными помещениями, кроме того, поставить вопрос об организации столовой для техникумов, которая бы обслужила всех учащихся.

По калорийности нужно отметить недостаточность питания во всех столовых. Можно признать более близким к норме питание студентов ВУЗ'а, но и оно мало, считая общее потребление по Фойту (118 грамм белков, 56 гр. жиров и 500 гр. углеводов), в особенности, если сравнить с пайком, выработанным в 1920-21 г. Комиссией КУВУ в Ленинграде для представителей умственного труда (119,6 белков, 73,4 жиров и 544 гр. углеводов).

Необходимо отметить, что студент ВУЗ'а имеет большее количество белков и меньшее количество жиров и углеводов. Студент Совнаршколы получает норму белков и углеводов и мало жиров; в питании Педтехникума белков около нормы, углеводов больше нормы, но мало жиров. В Промэкономтехникуме мало жиров и белков, норма углеводов. Студент Земтехникума получает мало белков, жиров и достаточно углеводов. Питание школы огнестойкого строительства имеет норму белков, мало жиров и углеводов. Считая, что необходимо иметь одну треть животного белка и принимая во внимание минимальное содержание 33 грамма животного белка, нужно отметить, что все студенты, кроме учащихся Земтехникума, имеют норму животных белков; только последние имеют всего лишь 15,99 гр. Во всех столовых животных жиров больше, чем растительных, но полноценных жиров, содержащих витамины, также недостаточно.

Принимая во внимание, что студент ведет умственную работу, следовательно имеет усиленный распад мозговых белков (нуклеинов), повышение фосфорной кислоты крови (Кестнер и Книппинг), и кроме того, продолжающийся рост части студенчества, необходимо постановку питания студентов улучшить, введя в рацион студенческого питания яйца, молоко в большом количестве, сметану, сливочное масло, сыр, овсяную крупу и вообще пищевые вещества, богатые как фосфорными белками, так и жирами, содержащими фосфор (фосфатиды и лецитины). С другой стороны, возможно уменьшить растительную пищу в части столовых, так как пища, богатая крахмалом и клетчаткой, отвлекает у организма слишком много сил на процесс переваривания пищи. Что касается витаминности, то необходимо отметить малое количество витамина А, что также возможно восполнить введением указанных жировых веществ в пищевой рацион.

Мною указывалось, что пища студентов однообразна, быстро приедается, а вместе с тем ослабляется и питание, благодаря развитию однообразной флоры в кишечном тракте; особенно это относится к столовой техникумов. Постоянные очереди и недостаточное время, уделяемое на обеды и прожевывание пищи, играет большую роль в появлении той или иной формы желудочно-кишечных заболеваний в более позднем возрасте. Части техникумов принимают пищу один раз в день, ограничиваясь утренним и вечерним чаем, и здесь следует добиться устройства завтраков или ужинов.

В заключение надо сказать, что калорийность полного пансиона студенческой столовой в 1926 г. в среднем была 2670 калорий в день, в мае 1927 года она достигла 2995 калорий, а в настоящее время — опять снизилась. Что касается общего санитарного состояния, то за последний год нужно констатировать улучшение его: часть столовых отремонтирована, улучшено отопление в них, вентиляция, увеличено количество посуды и пр., но это только первые шаги к созданию удовлетворительных в санитарном отношении столовых.

Считаю необходимым выразить благодарность проф. К. Н. Шапшеву за сделанные указания по данной статье.

СОСТОЯНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ НА СВЕРДЛОВСКОМ УЗЛЕ ПЕРМСКОЙ ЖЕЛ. ДОР.

Врач В. Н. ЩЕГЛОВ и врач Л. К. ПАШКЕВИЧ.

Целый ряд профессий ж. д. транспорта в силу особенностей своей работы нуждается в организации для них общественного питания, в первую очередь: кондукторские и паровозные бригады, которые для выполнения своих служебных обязанностей вынуждены периодически отрываться от привычных условий жизни, и в течение продолжительного времени находится в постоянном передвижении, во время которого у них резко изменяется весь уклад их жизни и питания. И, действительно, если мы обратимся к рассмотрению заболеваемости за 26-27 год по отдельным видам болезней данной группы работников в Пермской ж. д., то мы увидим, что как раз эта категория рабочих, имеющая специфические условия своего труда, оказывающие неблагоприятное влияние на ее питание, и является наиболее напряженной в отношении желудочно-кишечных заболеваний.

Заболеваемость этой группы различного рода болезнями выражается в следующих цифрах:

	1927 г.	1926 г.
Болезни органов пищеварения	8113	2245
» кожи и подк. клетчатки	5027	1062
Травмат. повреждения	3894	887
Болезни органов дыхания	3144	849

и т. д.

У целого ряда других профессий ж.-д. транспорта заболевания органов пищеварения также стоят довольно высоко.

В пределах 2 санитарного района до ноября месяца 1927 года столовой общественного питания в прямом смысле слова не существовало. На Свердловском узле до ноября 1927 г. железнодорожные рабочие и служащие пользовались буфетом ст. Свердловск, где получали обед, предназначенный для пассажиров с 50 проц. скидкой. Начиная с 1927 г. на Свердловском узле открываются столовые общественного питания в ноябре в паровозных бригадных комнатах, а в мае 1928 при правлении дороги. Из них первая предназначена для обслуживания паровозных и поездных бригад, рабочих депо и других служб, а вторая для служащих Правления дороги. Часть рабочих и служащих пользуется буфетом ст. Свердловск, как столовой общественного питания. Рабочие Монетки пользуются первым блюдом — супом, привозимым к обеденному перерыву в термосах из столовой Правления дороги. Все столовые находятся в ведении ТПО Пермской ж. д.

Контингент лиц, обслуживаемых всеми столовыми выражается в цифре 6451 чел. Не представляется возможным выявить число рабочих и служащих, пользующихся преимущественно той или другой столовой, так как прикрепления таковых к определенной столовой не существует. Все же нужно указать, что столовой Правления дороги по преимуществу пользуются служащие Правления (941 чел.) и рабочие-сезонники, число которых неопределенно.

Работа столовых характеризуется следующими цифрами: из буфет ст. Свердловск отпускается в среднем в месяц 8.933 обеда; из них со скидкой 6.567 и без скидки 2.366 (26,5 проц.).

Из этих цифр видно, что буфет ст. Свердловск является в большей мере столовой общественного питания.

По столовой Правления дороги и бригадным комнатам цифры объединены, так как отдельного учета не ведется. В среднем отпускается 4800 завтраков (исключит. служащим Правления) и 8994 обеда, из которых 3297 приезжающим бригадам.

Из произведенной выборочной проверки по буфету ст. Свердловск оказалось, что 20 проц. обедов со скидкой отпускается рабочим и служащим не Свердловского узла, а проезжающим железнодорожникам по тем или иным надобностям. Таким образом по буфету ст. Свердловск исключительно рабочим и служащим Свердловского узла отпускается в среднем ежемесячно 5254 обеда и 576 порционных блюд; общее количество отпускаемых железнодорожникам обедов, завтраков и порционных блюд по всем 3 столовым, выражается цифрою 16327, из коих 10.951 обедов, 4.800 завтраков и 576 порц. блюд.

Ежедневно же обедами по всем трем столовым пользуются в среднем 365 человек, завтраками 200 чел. и порционными блюдами 19 человек, а всего 584 работника Свердловского узла. При чем эта цифра выявлена из расчета работы столовой Правления 24 дня в месяц, а буфета и столовой бригад-

ных комнат 30 дней в месяц. Прог. охвата общественным питанием (обедами) железнодорожников Свердловского узла выражается в 5,7 проц.

Рассматривая имеющиеся материалы по работе столовых при Правлении дороги и бригадных комнатах мы видим, что ежемесячно происходит нарастание пропускной способности столовых. Так было отпущено по этим столовым в мае 13.809, в июне 22.228, и в августе 27.170 блюд.

Если мы сравним прог. охвата общественным питанием по наиболее крупным индустриальным цифрам Украины (материал Адамовой), то получится следующая картина:

По Артемовскому округу прог. охвата 4, по Сталинскому 1,95 по Луганскому 2,12. По г. Харькову 6,1 проц., Одессе 3,6 проц., Киеву 6,6 проц., Днепропетровску 5,5 проц., по Свердловскому узлу 5,7 проц.

Следующим интересующим нас вопросом является вопрос о питательности отпускаемой из наших столовых пищи. По имеющимся научным данным весь суточный пищевой паек при распределении его между обедом, завтраком и ужином распределяется следующим образом: на обед должно идти 46 проц. суточного пайка, на завтрак 20 проц. и на ужин 34 проц. Принимая во внимание, что ж. д. рабочего можно отнести к группе лиц (по Кесснеру и Книгину) с более напряженной мускульной работой, каковая требует приблизительно 3400 калорий в сутки, мы имеем, что на обед ему необходимо 1.700 кал., работнику же умственного труда по тем же авторам требуется на день 2600 кал., т. е. на обед 1300 к., на завтрак 520 к. и на ужин 780 к. При контроле питательности отпускаемой пищи из всех 3 столовых выявились следующие данные: всего было произведено 50 анализов нашей подвижной дорожной санитарно-гигиенич. лабораторией, которые подразделяются следующим образом:

Обедов из столовой Правления дороги	— 4
Завтраков	— 17
Обедов из буфета 1 класса	— 10
» » 3 »	— 8
» из бригад. комн.	— 10
Первое блюдо на «Монетке»	— 1

Результаты анализов следующие:

Обед из 2-х блюд из стол. Правл. дороги	от 953 кал. до 1414 кал.
» » » в среднем	1219 »
З а в т р а к и » » » от 332 кал. до	557 »
» » » в среднем	445 »
Обед из буфета 1-го класса » » » от 470 кал. до	1087 »
» » » в среднем	770 »
Обеды бригад. комнат. » » » от 620 кал. до	937 »
» » » в среднем	750 »
Первое блюдо Монетки	434 »

Если к этому присчитать калорийность хлеба, даваемого без отчисления и каковой идет по столовой Правления дороги на завтраки в среднем 150,0, на обед 300,0, по буфету 1 класса ст. Свердловск на обед 300,0, по бригадным комнатам 400,0, получим следующие цифры:

Обед по Правлению дороги в среднем	— 1870 кал.
Завтрак » » »	— 770 »
Обед по буфету 1 класса	— 1421 »
» » бригадным комнатам	— 1618 »
1 блюдо на «Монетке»	— 868 »

Из сравнения полагающегося по выполняемой работе калорийности питания с фактически получаемой калорийностью получим следующее:

По бригад. дому полагается	1700,	дается	1618	
По буфету 1 класса со смешан. потребит.	1300—1700	»	1421	
Обед по Правлению дор.	»	1300	»	1870
Завтрак	»	»	520	» 770
» на «Монетке»	»	800	»	868

Эти цифры говорят за то, что калорийность обедов и завтраков, отпускаемых в столовой Правления дороги и на «Монетке», достаточна и вполне соответствует тем нормам, которые предъявляются в зависимости от работы, выполняемой потребителями. Что же касается буфета ст. Свердловск, то здесь предъявляемая буфету в договоре норма калорийности обедов без хлеба в 1000 каллорий не выполняется и обед дается значительно ниже этой нормы, т. е. в 770 калорий.

Стоимость питания для низко-оплачиваемых групп рабочих и служащих остается все еще довольно высокой как вследствие дороговизны продуктов, так и благодаря большому накладным расходам, которые по буфету ст. Свердловск равны 50 проц., а по столовой Правления и бригадным 38 проц. Такие большие накладные расходы зависят от большого штата обслуживающего персонала и полного отсутствия механизации производства. Стоимость обеда из двух блюд в столовой Правления дороги 45 к., завтрака 27 коп., обеда в бригадных комнатах 35 к., обеда в буфете вокзала 35 коп.

Переходя к санитарному состоянию столовых Свердловского узла, нужно отметить, что усиленный отпуск обедов и завтраков из этих столовых, благодаря несоответствию их помещений и оборудования, не может не отразиться на их общем санитарном состоянии. Из 3-х столовых общественного питания, в 2-х, т. е. в столовой при Правлении дороги и при бригадных комнатах нет самых необходимых вспомогательных помещений, необходимых в каждой столовой общественного характера: отсутствуют специальные кладовые, ледники, погреба, отдельные оборудованные мойки для посуды, гардеробы, разделочные и ряд других. Помещение самих кухонь и оборудование таковых является совершенно не удовлетворительным: отсутствует какая бы то ни было механизация производства во всех столовых. Обеденные залы тесны и не соответствуют пропускаемому количеству обедающих, комнат для прислуги также нет. Общее санитарное состояние этих столовых оставляет желать много лучшего. Нужно указать на полное отсутствие во всех столовых умывальников для посетителей с мылом и полотенцем, а также недостаточно внимательное отношение администрации столовых к поддержанию необходимой чистоты. Несколько лучше обстоит дело с буфетом ст. Свердловск. До мая месяца 1928 г. положение этого буфета было приблизительно таким же, как описанных двух столовых. Начиная с мая месяца по август означенный буфет, по требованию саннадзора, подвергся капитальному переустройству. Было расширено помещение обеденного зала за счет переноса стойки буфета на место комнат для приезжающих. Обеденный зал от ожидающих пассажиров отделен барьером. Устроена специальная мойка для столовой посуды в непосредственном соседстве с залом. В мойку проведен водопровод с горячей водой, установлен специальный очаг для кипячения посуды и сетки для ее сушки. Выделено специальное помещение под склад белья; устроены специальная разделочная и мойка для кухонной посуды, котлера переведена в изолированное помещение.

Недостатками буфета 1-го класса является — нахождение кухни во 2-м этаже и отсутствие приспособленного овощехранилища. В отношении оборудования необходимым инвентарем буфет 1-го класса находится в более благоприятных условиях по сравнению с 2-ми другими столовыми. Все служащие столовых в достаточной мере снабжены необходимой спец-одеждой и подвергаются ежемесячному медосмотру. Таково в общих чертах санитарное состояние всех 3-х столовых Свердловского узла.

Следующим интересным для нас вопросом является качество отпускаемого питания. В буфете вокзала и бригадных комнатах обеды готовятся по раскладкам Нарпита, вкусовые свойства обедов не вполне удовлетворительны. Кроме того нужно отметить по столовой бригадного дома чрезмерное однообразие пищи, выражающееся в почти ежедневном отпуске на 2 блюдо рубленого мяса и полное отсутствие молочных и рыбных блюд. Обеды и завтраки, отпускаемые из столовой Правления дороги, и по своему качеству значительно лучше, нежели в двух других столовых. Здравоотделом были пересмотрены существовавшие раскладки по этой столовой и соответственно изменены и повышены. При чем калорийность обедов из 2 блюд доведена в среднем до 1000 кал., а завтрак до 500 кал. Введены для желающих, как постоянные в каждом обеде, молочные и рыбные блюда, увеличена витаминность пищи, а из завтраков совершенно изъяты супы.

По новым раскладкам взаимоотношения между составными частями пищи выражаются в среднем следующей таблицей:

	Белки	Жиры	Углеводы
Обед из 2 блюд с хлебом (мясн.)	79,78 гр.	54,8 гр.	264,76
» из молочн. второго и мясн. супа	64,37	49,27	274,76
Мясной завтрак с хлебом	32,81	33,62	169,1
Молочн. » »	28,4	28,92	179,1

Если считать, что на обед идет 50 проц. суточного пайка, то наши нормы значительно выше норм Фойта, по которому для средней работы полный суточный паек должен состоять из 118,0 белка, 56,0 жира и 500,0 углеводов, и приближается к норме Отватера, широко принятой в Америке.

В зависимости от повышения качества и калорийности питания пришлось увеличить и расценку. К сожалению, необходимо отметить, что выработанные раскладки не всегда точно выполняются, о чем свидетельствуют результаты лабораторного контроля, по которым оказалось, что некоторые блюда дают меньшую калорийность, что происходит в силу замены предусмотренной раскладкой гарнира, не соответствующим ему по питательности.

В заключение необходимо сказать, что общественное питание на Свердловском узле за последнее время обнаруживает значительный и постепенный рост. Вместе с тем нужно отметить почти полную необорудованность столовых, особенно при Правлении дороги и бригадных комнатах, чрезмерные накладные расходы, благодаря которым значительно удорожается стоимость питания, невысокие вкусовые качества обедов в буфете вокзала и бригадных комнатах и полное отсутствие охвата членов семей железнодорожников столовыми общественного питания, вследствие его дороговизны и отсутствие скидки для членов семей.

В целях улучшения постановки общественного питания и вовлечения все больших масс населения и в частности членов семей, необходимо в ближайшее время провести нижеследующие мероприятия:

1) По отношению к имеющимся столовым: разгрузить столовую при Правлении дороги от сезонников, — передав их питание в специально оборудованную для них столовую. По столовой бригадного дома и буфету вокзала проработать, в целях повышения питательности пищи, новые раскладки, и пересмотреть меню в отношении его разнообразия.

2) Стремиться к всестороннему снижению накладных расходов, механизации производства и удешевлению стоимости питания, чтобы сделать его доступным для более широких масс.

3) Столовую Правления дороги перевести в более подходящее и приспособленное помещение, так как с теперешним можно мириться только как с временным.

4) Столовую при бригадных комнатах, при открытии вновь выстроенной столовой, закрыть, как расположенную в совершенно непригодном для столовой общественного питания помещении.

5) Принять все меры к скорейшей постройке в районе вокзала специальной столовой по последнему слову техники.

6) При постройке новой столовой придать ей характер базы общественного питания для снабжения готовыми обедами столовых, организованных при отдельных предприятиях.

7) Организовать при новой столовой диет-питание.

8) При проведении диспансеризации рабочих ж. д. транспорта поставить учет нуждающихся в диет-питании.

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВОПРОСА ОБ АВЕРТИНЕ,
КАК НАРКОТИЧЕСКОМ СРЕДСТВЕ В ГЕРМАНИИ.

Э. И. ЧЕРНИКОВА-ФРИДЬЕВА.

Среди новейших средств за последние $2\frac{1}{2}$ года в Германии особое внимание уделено ректальному наркозу авертином и в то время, как там с 27 марта 1926 г., когда его впервые применил при операции Butzengieger в Elberfeld'e и до настоящего времени его уже использовали в 16.185 случаях; в русской литературе до сих пор, за исключением небольшой статьи проф. Зильберберга и нескольких мелких рефератов, нет ничего, что-бы дало возможность русскому врачу ближе познакомиться с этим вопросом.

Авертин это органический препарат брома Tribromethylalkohol, выпущенный сначала под фабричной маркой «E107», найден был проф. Willstätter'ом и Duisberg'ом младшим и представляет собою кристаллическое вещество, плотное при комнатной температуре и плавящееся при t в 80° . В воде, нагретой до 38° , растворяется при 3 проц. разведении, в результате-же разложения вследствие перегревания выше 45° или вследствие долгого стояния происходят реакции, ведущие к отщеплению бромоводорода, при чем препарат делается фармакологически недействительным, а образующийся при этом dibromazetaldehyd настолько ядовит, что даже в маленьких количествах может причинить большие повреждения в кишечнике.

Относительно влияния его на сердце, кровообращение и дыхание исследования проводились преимущественно на кошках и кроликах, и результаты Strant'a, совпавшие с результатами Eschhalz'a и подтвержденные впоследствии клиницистами, говорят за то, что наркоз сердца наступает только после очень больших доз авертина; кровяное давление незначительно падает на 10,0-20,0 мм. не только при поверхностном, но даже и при глубоком наркозе и только при дозировке выше дозволенной, наблюдается сильное падение его; что касается дыхания, то при поверхностном наркозе, когда только начинают исчезать рефлексы, влияние его незначительно, при глубоком-же наркозе оно требует сугубого внимания.

Техника применения ректального наркоза чрезвычайно проста. Количество авертина, потребное для этой цели, исчисляется из расчета 0,06-0,15 на 1 K° веса в зависимости от желания получить полный наркоз или только базу, но не больше 8,0 для женщины и 10,0—11,0 для мужчины (цифры установлены Nordmann'ом) и в виде 3 проц. раствора, подогретого до 40° , вводится в прямую кишку с помощью сконструированного специально для этой цели Butzengieger'ом аппарата с твердым рукавом, а через 10 минут больной спящим переносится в операционную, и если наступает наркоз, то он в среднем продолжается $1\frac{1}{2}$ —2 часа, а общая продолжительность сна равна 6-12 часам.

Одними из первых вслед за Butzengieger'ом, широко применившими ректальный наркоз были проф. Ernst Unger и Н. Neuss. С сентября 1926 г. по февраль 1927 г. они провели 304 самых разнообразных операции, из ко орых 159 прошли исключительно под авертином, 76 с добавлением небольшого количества эфира (10-80,0 43 потребовали от 100, 6-250, гр., а 24 человека вследствие неполучения у них необ-

ходимой анестезии и расслабления пришлось целиком перевести на ингаляционный наркоз. В отношении пульса, кровяного давления и дыхания их наблюдения вполне совпали с данными Strana'a, и они видели ровный медленный пульс даже в таких случаях, когда имелось на лицо перерождение сердечной мышцы и постоянная аритмия. Кровяное давление, падавшее всегда на 20-30 мм., повышалось только при неглубоком сне, в особенности при потягивании за брюшину или брыжейку. Три раза наблюдали они такую сильную остановку дыхания, что не помогали обычные средства как lobelin, Hexeton, coffein и т. д. и пришлось обратиться к искусственному дыханию и углекислоте, какое-то обстоятельство очень понижает ценность авертина. К числу недостатков они относят продолжительный послеоперационный сон не менее 4-х час., а иногда продолжающийся и по 12 час. и требующий все время наблюдения за больным, так-как вследствие западания языка может произойти асфиксия, при большом-же количестве больных это не всегда бывает возможно. Замечено ими было, а впоследствии подтверждено и другими авторами, что авертин оказывает неодинаковое действие на разные возрасты и самые неудачные случаи падают на возраст от 20 до 35 лет, а самые удачные на 35—45. Потаторов и наркоманов они никогда не могли довести до полного наркоза. Как на большое-же достоинство авертина они указывают на то, что больные засыпают без рвоты, кашля и удушья и просыпаются не только без голодной боли и рвоты, но даже без боли и совершенно ничего не помнят, что с ними было. Никакого плохого действия ни на легкие, ни на сердце, ни на почки они от авертина не видали, благодаря чему они имели возможность подвергнуть тяжелым операциям людей старых и больных, к которым нельзя было применить обычный ингаляционный наркоз.

Проф. Lobenhaffer, испытав действие авертина на материале в 200 человек, из которых 60 проц. всех случаев он провел исключительно при его помощи, а в 40 проц., составлявших преимущественно операции брюшной полости, вынужден был добавить эфир в различных количествах, считает, вопреки мнению предыдущих хирургов, продолжительный послеоперационный сон не недостатком, а, наоборот, громадным достоинством, ибо такой сон освежает больных, и, просыпаясь, они не ощущают остроты боли свежей раны, ибо она успевает за это время несколько притупиться.

Otto Roeth, в течение 25 лет бывший верным scopulam-morph, как введению к наркозу, изменил ему, встретившись с авертином, при чем пользовался он им исключительно при крупных операциях. Из 300 случаев 60,7 проц., прошли исключительно под ректальным наркозом, в 31 проц. потребовался эфир в количестве не более 25 см. или salosthon до 10 см., 7,9 проц., в число которых вошли и такие, которые вообще не могли удержать клизму, потребовали большого количества эфира. Из осложнений, заслуживающих внимания, он отмечает только частое падение кровяного давления, быстро выравнивающееся или само по себе, или с помощью ephebron'a, так что опасного в этом он ничего не видит. В начале наркоза наблюдается довольно сильный, но быстро проходящий цианоз лица. Рвота во время наркоза никогда и очень редко при пробуждении, но только в тех случаях, когда давали добавочно ингаляционный наркоз.

Проф. Amersbach, (директор ринологической университетской клиники в Праге), применив E 107 в 150 случаях, не имел ни одной смерти и ни одного серьезного осложнения кроме незначительного моторного беспокойства после операции в одном случае и поноса в течение 2-х дней в другом.

W Nass, у которого среди 270 операций, прошедших с прекрасным результатом, было 12 глазных, рекомендует делать вливание в прямую кишку, лежа на левом боку, затем положить больного на спину с приподнятым тазом и так его оставить, пока он не уснет крепко. В начале операции довольно часто наблюдал клинические судороги жевательных мышц в течение нескольких минут. Считает,

что у больных с повышенным мозговым давлением, а также с опухолями мозга авертин не должен иметь места,

Schöning говорит, что клиника проф. Schmieden'a смотрит на новый наркоз как на обогащение и пополнение. Полный наркоз с помощью авертина у них получился в 50 проц., при операциях брюшной полости он служил как введение к эфирному наркозу, а во всех других случаях достаточно было несколько капель эфира или chloralhydrat'a. Из 100 случаев ни одного тяжелого осложнения. при падении кровяного давления впрыскивание epinephrin'a. Считает он большими заслуги авертина при Basedow'sкой болезни и в особенности у больных с хирургическим туберкулезом, ибо, просыпаясь всегда свежими, без рвоты и тошноты, они сразу после операции начинают хорошо питаться и значительно быстрее поправляются. Противопоказаниями считает: заболевания печени, кровяное давление ниже 100 RR и острое заболевание брюшной полости, как Hens и Peritonitis.

Neufelder считает, что на основании 260 в течение 1/2 года операций под ректальным наркозом он имеет право сказать, что нет такой болезни, при которой авертин был-бы противопоказан, ибо даже операции с тяжелыми страданиями печени, а их было у него 22, как, например, эмпиэма желчного пузыря, проходили вполне благополучно, а у больных с тяжелыми сердечными и легочными заболеваниями он даже улучшал прогноз.

Florescu и O. Mucș на свои 180 случаев не имели никаких серьезных осложнений за счет авертина ни во время операции, ни после нее. Так-же, как и Unger, подметили в моче ацетон. Говоря о больших достоинствах авертина, они того мнения, что если у некоторых и наблюдаются неудачи, то, во всяком случае, лучшие результаты отмечаются у тех, кто располагает наибольшим количеством материала, а для врача и персонала в возможности провести рабочий день в обстановке чистым воздухом, а не насыщенном ядовитыми газами, видят большое счастье.

Gossmann от имени Мюнхенской детской клиники выражает чрезвычайное удовлетворение авертином, при котором исключается все, как психическая травма, так-к к дети, не зная, что их готовят к операции, думают, что им делают обыкновенную клизму, к чему они относятся более или менее спокойно. Из 500 операций две трети, даже тяжелые лапаротомии прошли исключительно под ректальным наркозом, остальная треть по требовала добавочного эфира.

Carl Greming заметил, что при гинекологических операциях наркоз наступает быстрее, повидимому, потому, что благодаря приподнятому тазу жидкость попадает в более высокие части кишечника, чем увеличивается всасывательная поверхность и укорачивается продолжительность всасывания, поэтому он стал своих больных перед всякой операцией класть в trendelenburg'sкое положение. Большим плюсом для больных автор считает возможность спокойно, незаметно уснуть, что сохраняет им душевное и телесное спокойствие, а также и уменьшение осложнений пневмоний и бронхитов; для операционного персонала автор так-же, как и Försman, видит большое преимущество авертина перед отравляющим воздухом ингаляционным наркозом.

И, действительно, в то время, как представители одних клиник высказываются вполне благоприятно об авертине, а некоторые даже с восторгом, (проф. Mühsen, например, по его собственным словам, уж не в состоянии от него отказаться), другие-же, наоборот, относятся к нему чрезвычайно сдержанно и даже враждебно как проф. Förschner, который, считая большим достоинством авертина вызываемый им спокойный сон в течение нескольких часов и полную анестезию, находит, что этого еще недостаточно, что от нового наркотического вещества в первую очередь требуется, чтобы оно не представляло для больных большей опасности, чем ингаляционные средства, чего как раз про авертин нельзя сказать, ибо здесь нет возможности точно регулировать наркотическое вещество, в один прием

поступающее в организм, и воля наркотизатора—оборвать его действие в необходимый момент—бессильна.

В таком-же духе высказывается и Koliam на основании собранного им материала в 3.746 случаях, среди которых очень много всякого рода осложнений и 16 смертельных исходов.

Проф. Nordmann, горячий поклонник нового наркоза, проведя с ним в течение $1\frac{1}{2}$ лет 1.000 операций, того мнения, что введение авертина в практическую медицину есть одно из крупнейших достижений нового времени и произвел по этому поводу в медицинской литературе опрос, на который откликнулись многие видные хирурги, гинекологи, ларингологи и даже психиатры. Сам он говорит, что, обсуждая вопрос о новом наркозе, надо стать на точку зрения как хирурга, так и больных, и вот последние-то, все без исключения, в восторге от него, в особенности те, которые раньше познакомились с эфиром или хлороформом; неудачи-же автор объясняет неправильной дозировкой в ту или другую сторону, несоблюдением всех правил, предписанных фабрикой и другими ошибками в таком-же духе.

Проф. Benthin, испытавший E107 в акушерстве и гинекологии, пришел к заключению, что в 1-й области он не оправдал надежд, ибо в виду невозможности точно предсказать срок родов трудно выбрать время вливания, и успех бывал только в тех случаях, когда от этого момента до конца родов проходило не более 4-х часов. К этому присоединяются еще и технические трудности, ибо, если головка стоит в середине таза, или на дне его, то клизма или совсем невозможна, или несовершенна, так как жидкость с каждой схваткой или потугой выливается. Кроме того операции у беременных требуют всегда спешности, а при ректальном наркозе надо иметь в своем распоряжении много времени. Затем он подметил какую-то причинную связь между авертином и наблюдающимся при нем преждевременным отслоением детского места. Что касается оперативной гинекологии, то преимущества ректального перед инталационным наркозом, в особенности перед люмбальной анестезией, бесспорно велики. Как у большинства других авторов, так и у него 60% из его 277 операций прошли исключительно под ректальным наркозом и 40 проц. с добавочным инталационным, при чем сон наступал всегда через 3-5 мин.; через 10-12 мин. он становился глубоким и полнейшая толерантность наступала через 20-30 мин., из каковых соображений он и рекомендует с началом операции не торопиться. Первые $1\frac{1}{2}$ года в его клинике авертин давал небольшие осложнения, в течение же последних 9-ти месяцев только один раз пришлось обратиться к помощи лобелина.

R. Mey, делясь своими впечатлениями об авертине в акушерстве, говорит, что сумеречное состояние, вызванное им, достигает цели при соблюдении следующих условий: подлежащая часть должна пройти через тазовый вход, и родовая деятельность должна быть хорошей.

Ernst Rude называет ректальный наркоз самым гуманным наркозом. На 250 операций у него не было ни одного тяжелого осложнения. В одном случае тяжелой эклампсии ему удалось в периоде открытия прекратить припадки, повторявшиеся раньше каждые $\frac{1}{4}$ часа, и закончить роды рождением живого ребенка. Им замечено, что воздух, выдыхаемый больным, находящимся под авертиновым наркозом, имеет неприятный запах, напоминающий ацетон.

Д-г Conrad не видал никаких тяжелых осложнений от ректального наркоза и объясняет это тем, что в дозировке всегда придерживался цифр, указанных Nordmann'ом, а при употреблении препарата—всех требований, указанных фабрикой. Большинство оперированных под авертином были гинекологические больные, но от применения авертина при родах ему пришлось отказаться, так как при первой-же схватке роженица выталкивает обратно всю жидкость вместе с баллоном и трубкой, что загрязняет белье и инструменты, и создается опасность для асептики. Из 160 оперированных только 40 проц. получили добавочно эфир—3-е больше чем по 100,0 гр., остальные в очень маленьких количествах.

Prof. Polano к началу 1928 года употребил ректальный наркоз при 447 операциях и 103 гинекологических исследованиях. На основании такого большого материала у него выработался принцип—стремиться с помощью авертина вызвать не полный наркоз, а только сон, ибо далеко небезопасно употреблять его в большом количестве, при чем считает очень полезным сочетать маленькие количества его с маленькими дозами scopolamin'a, eukodal'a, pantapon'a, medinal'a и др.

Sennenwald долгое время не мог найти подходящей дозы, годной для заглушения родовых болей и бывшей-бы в то-же время безвредной; доза в 0,1 на 1 кило веса вызвала у рожениц довольно глубокий сон, но зато ослабевали схватки, а иногда даже совсем прекращались и роды сильно задерживались.

Hornung из клиники Stoschel'a не в таком восторге от ректального наркоза, как большинство его коллег. Из 100 случаев у него 74 дали хороший результат в смысле успокоения болей, в 24-х обезболивающее действие оказалось недостаточным, а у 2-х получилось очень сильное возбуждение.

В противоположность Sennenwald'у, не выдавшему от авертина послеродовых кровотечений, Hornung имел их у себя в 27 проц. Также не согласен он ни с ним, ни с Benthin'ом, ни с Conrad'ом относительно применения нового наркотика при эклампсии и считает, что тут нужна сугубая осторожность.

Hammerschlag, выступавший на одном из заседаний акушерско-гинекологического общества в Берлине, высказался против авертина в акушерстве, ибо самые сильные боли роженица испытывает в последние часы периода открытия, а ректальное применение его в это время затруднено, прямо невозможно. При гинекологических-же операциях, несмотря на большое количество смертных случаев, описанных Killian'ом, он на основании материала Nordmann'a считает дальнейшее его применение очень желательным уже потому, что с ним устранена та психическая травма, которая связана с применением маски.

Sachs предостерегает от употребления авертина при эклампсии. Явления раздражения, о которых говорили Sennenwald и Hornung, являются, по его мнению, результатом недостаточной дозировки. Чтобы избежать недостатков, связанных именно с ректальным способом употребления авертина, Sachs пробовал применять его через рот, и хотя результаты оказались много обещающими, он не мог еще прийти к окончательному результату и вынес только впечатление, что дозировка его при употреблении per os должна быть на 20-30 проц. выше ректальной.

Fléssa, располагающий материалом из Мюнхенской гинекологической поликлиники в 500 случаев и Kohler со 100 случаями высказываются об авертине весьма благоприятно, Sievers, отвечая в числе других на опрос Nordmann'a, всецело присоединяется к его мнению.

На 52-м заседании немецкого хирургического общества в Берлине В. Martin знакомит коллег со своей схемой пользования ректальным наркозом, состоящей в следующем.—Накануне операции клизма и пища, не дающая остатков, за $\frac{1}{2}$ часа до операции впрыскивание в одно шприце 0,00025 scopolamin'a и 0,03 пагкорфон'a. В день операции никакой слабительной клизмы. За $\frac{1}{2}$ часа до операции авертин в 3 проц. водном растворе из расчета 0,125—0,5 на кило веса. Этот А. N. S. наркоз дал 96 проц. полного наркоза при операциях на больных в возрасте от 13-ти дней до 76 лет. В 4 проц. потребовалось добавление эфира в маленьких количествах, при чем продолжительность полного наркоза у него равна $1\frac{1}{2}$ —2 часам.

Bonder в своих «Клинических и экспериментальных работах относительно наркоза авертином» говорит, что вследствие падения кровяного давления понижается возбудимость дыхательного центра, поэтому обычные, возбуждающие его средства, как lobelin, не достигают цели, если одновременно не будет улучшено кровообращение. Введением-же в организм глюкуроновой кислоты или виноградного сахара можно способствовать быстрейшему обезвреживанию и выведению авертина.

Проф. Гесске с целью избежать неожиданного наводнения организма наркотиком дает авертин в виде капельной клизмы, которую можно прекратить тотчас-же по наступлении наркоза из специально для этой цели устроенного аппарата.

В психиатрии авертин также начинает понемногу завоевывать большие симпатии. Д-р Blume сообщает, что больные, которых едва удавалось привести для того, чтобы ввести им авертин и которые с воплями и шумом отбрасывали несколько крепких сиделок, через несколько минут начинали зевать, а через 15 минут уже крепко спали на своих постелях. Сон бывал разной продолжительности от 1-16 час. Испытавши это средство в 52 случаях, Blume пришел к тому заключению, что действие его особенно ценно тогда, когда немедленно надо оборвать тяжелый приступ возбуждения, и что этого легче достигнуть с клизмой, чем со шприцем в руках, которого так боятся больные.

Та-же фабрика, которая выпустила E 107, предложила теперь испытать действие его в комбинации с amylenhydratом, наркотическое действие которого вдвое слабее первого, но зато в противоположность его парализующему действию на дыхательный центр, оказывает на него возбуждающее влияние. В литературе о результатах этих испытаний имется только одно сообщение Walter'a Schulz'a из Hamburg'a, который пишет, что в то время, как 300 операций под чистым авертиновым дали 2 проц. осложнений в виде падения кровяного давления и замедления дыхания,—на 100 операций под авертино-амиленгидратнаркозом не только не было ни одного осложнения, но даже не было цианоза. В начале применения ректального наркоза много было противников его, но с течением времени число их сильно уменьшилось, и некоторые особенно резко восстававшие раньше против него, открыто теперь заявляют о перемене своего мнения.

Вieg еще в октябре 1927 года писал об авертине, что ему принадлежит безусловно большая будущность, но что средство это должно еще проделать детские болезни.

Если, резюмируя все впечатления, вынесенные из работ немецких авторов, исключить острые заболевания кишечника и паренхиматозное воспаление почек, как считающиеся противопоказанными для употребления авертина, а также отказаться от него при родах в периоде открытия, ибо он оказывается в это время совсем не полезен, то можно все-таки сказать, что нет области, а также и возраста, когда-бы он был противопоказан, и возможно, что с изучением и дальнейшим усовершенствованием его он вытеснит ингаляционный наркоз, к которому как к более опасному, можно будет прибегать только в крайних случаях.

ИЗ УРАЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА

ТОРЖЕСТВЕННОЕ ЗАСЕДАНИЕ О-ВА СОВМЕСТНО С ОБЛОРГБЮРО НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ И ВРАЧЕБНОЙ СЕКЦИИ ПО ПОВОДУ XXV-ЛЕТНЕГО ЮБИЛЕЯ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФ. В. К. ШАМАРИНА.

5 января 1929 года.

Президиум О-ва пополняется т. т. Агульник (Уралпрофсовет), Ершовым (Терокруг), д-ром Липкиным (Свердловский гарнизон), д-ром Коган (Облаздравотдел), д-ром Одинцовым (Обл. Хирургическая б-ца) и почетным членом О-ва д-ром мед. Онуфриевым.

Присутствует 98 человек.

1. Д-р **М. Н. Карнауков** знакомит с биографией юбиляра и характеризует его, как специалиста, научного, административного и общественного работника.

2. Заслушиваются приветствия от союза медработников (т. Агульник), от дивизионной призывной комиссии и терокруга (т. Ершов), зачитывается приказ по терокругу с благодарностью юбиляру от Красной армии (д-р Липкин), от облздора (д-р Коган), от врачебной секции (д-р Серебренников) и от целого ряда лечебных учреждений г. Свердловска, иногородних клиник и врачей, а также больных юбиляра.

3. Д-р **В. Е. Одинцов**.—Принципы организации Института скорой помощи в г. Свердловске (см. «Ур. Мед. Журнал», № 3).

Прения. Проф. В. К. Шамарин.—Проведенная докладчиком работа имеет огромное значение для областной хирургической больницы, иллюстрируя, как современное положение дела дезорганизует работу больницы, призванной обслуживать ряд округов области специальной хирургической помощью. Потребность в реформе этого дела на изложенных докладчиком принципах неотложно назрела. Гинзбург.—Количество вызовов скорой помощи неизменно растет, достигая в декабре 1928 года—363. Г. С. Мышкин предлагает передать этот вопрос здравсекции горсовета. И. К. Курдов.—В виду затруднений в размещении данного учреждения, лучше на ближайшие годы увязать его со строящейся горбольницей.

М. Н. Карнауков.—В связи с исключительным ростом населения в городе Свердловске, количества стационарных коек и в строящихся лечучреждениях будет chronически не доставать. В организации такого учреждения заинтересован и РОКК.

Докладчик в заключительном слове говорит, что хирургическая больница буквально задыхается от неотложных случаев. Дальше будет еще хуже. Положение грозит стать невыносимым. Жизнь выдвигает определенные требования, и в происходящем больничном строительстве необходимо учесть и предоставить определенное место организации скорой помощи.

Председательствующий **М. Н. Карнауков**, резюмируя прения, констатирует блестящее отсутствие на данном заседании представителей лечебных отделов Обл. и Окраздра, которые, казалось бы, должны были принять участие строительства здравоохранения. Соглашаясь с принципами докладчика, предлагает О-ву создать специальную комиссию для проработки и продвижения данного вопроса.

В комиссию избираются: Одинцов, Шамарин, Гинзбург, Красовский, Карнауков и представитель горчасти здраводела и гинекологического института.

ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА СОВМЕСТНО С ОРГБЮРО НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ

15 января 1929 года.

1. **И. Ф. Констатинов** (завод Касли)

1) демонстрация больного, оперированного по поводу тяжелого сведения нижней челюсти,

2) опыт применения Филатовского стебля в 5 случаях пластических операций.

Демонстрирует больного, страдавшего абсолютным анкилозом обоих челюстных суставов. Оперативное лечение—поперечное рассечение восходящих ветвей нижней челюсти вблизи суставов дало восстановление функций ротовой полости на 100 проц.

Сообщая о своих 5 случаях пластических операций по Филатову, демонстрирует один из них и делает вывод, что этот способ самый лучший из всех современных способов.

Прения. Проф. В. К. Шемарин.—Успех пластических операций в значительной мере зависит от личных качеств хирурга—особой любви к этому делу, терпения в этом кропотливом и капризном деле.

А. Н. Скобунова.—По последней анкете хирургов СССР процент удач при применении Филатовского стебля равен 75. Успех, полученный докладчиком во всех 5 случаях, объясняется тем вниманием, которым он окружал своих больных и лоскуты.

Председатель М. Н. Карнаухов, поздравляя докладчика с успехом, выражает желание, чтобы докладчик в будущем продемонстрировал что-либо из своих неудач.

2. **М. М. Виленикий.**—О работе III Всесоюзного совещания по изучению труда медработников при ЦК МСТ (см. «Уральск. Мед. Журнал», 1929 г., № 3). Отчет вызвал ряд вопросов.

3. **Г. С. Мышкин** делает сообщение о II международном съезде рентгенологов в Стокгольме. Доклад вызвал много вопросов.

ЗАСЕДАНИЕ ОБЩЕСТВА СОВМЕСТНО С ОБЛБОРГБЮРО НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ.

29 января 1929 года.

1. **В. А. Ляпустин.**—Теория и практика профдиспансера. С начала XX столетия стало очевидно, что медицина не может уложиться в лечебный и санитарный методы, и наметился новый метод диспансерный. Если первый метод является индивидуально-профилактическим, а второй универсально-профилактическим, то диспансерный метод занимает среднее место. Предлагаемый докладчиком профдиспансер складывается из следующих учреждений: 1) медпункты на производстве, 2) периодические медицинские обследования определенных категорий рабочих, 3) диетстоловые и 4) ночные санатории. Докладчик, базировавшись на неудачном опыте диспансеризации лечебных заведений Москвы, приводит ряд возражений против замены профдиспансера диспансеризацией существующих лечебных учреждений. Такой диспансер должен ослабить существующий нажим на лечебную сеть. В заключение докладчик формулирует свою мысль, что диспансер есть метод, а не уклон.

Прения. М. Н. Карнаухов.—Необходимо внести ясность в понятие диспансеризация и диспансер, которые докладчиком запутаны. Первое есть метод, а второе—учреждение, работающее этим методом, сочетающее в себе и лечебные и санитарные функции, проводящее и общественную и индивидуальную профилактику. Время для организации профдиспансера еще не пришло, так как кроме сатурнизма, остальные профболезни недостаточно изучены и не имеют общепризнанных лечебных и профилактических мероприятий. В настоящих условиях имеется лишь необходимость диспансеризации наиболее вредных производств через лечебные заведения, организующийся институт по профзаболу и тубдиспансер.

М. Л. Шапиро-Аронштам также возражает против определения понятия диспансеризации, даваемого докладчиком, и недоумевает, сколько же потребуется профдиспансеров, если они будут объединять рабочих по принципу вредности.

Лукашин считает постановку вопроса о профдиспансере вполне своевременной.

Докладчик в заключительном слове настаивает на освобождении лечебной сети от работы по диспансеризации, считая, что незнание с некоторыми профболезнями не может служить препятствием к организации профдиспансера.

Председатель Л. М. Ратнер, резюмируя прения, считает, что вопрос остается открытым и нуждающимся в дальнейшей проработке.

2. **Г. М. Гитерман.**—Реакция Вассермана и клиническая оценка ее по данным стационара по изучению профзаболеваний.

Докладчик при обследовании 224 рабочих горячих цехов и хромпикового исследовал у них RWa (в Свердловском Бакинституте) в порядке обще-клинического обследования. Из них в 23 случаях результат оказался положительным: в 17 + + + + и + + +, в 7 случаях + + при положительной реакции Мейнике и Sg и в 14 случаях результат сомнительный. Положительный анамнез был лишь в 3 случаях. Из объективных изменений у положительно реагирующих внимание докладчика остановила наблюдавшаяся в нескольких случаях у рабочих горячих цехов вместо обычной для них брадикардии—тахикардия, что он склонен связать с люэтической инфекцией. В 4 случаях наблюдался анацидотос. У некоторых рабочих хромпикового завода он склонен объяснять и наблюдавшуюся у них миалгию люэтической инфекцией. Если при обследовании практически здоровых получено так много + результатов (1 на 7,7 отрицательных) то можно думать, что при погодовном обследовании больных процент этот будет еще выше, что заставляет серьезно задуматься о распространении сифилиса.

Прения. В. А. Ляпустин сообщает о случае, где случайное обследование на RWa дало + + + при отрицательном анамнезе и полной невозможности найти клинические проявления люэса.

Дмитриева сообщает аналогичный случай, где источником положительной реакции являлась малярия.

Б. П. Кушелевский часто встречал положит. RWa при отсутствии люэтической инфекции, кроме малярии при затяжных септических эндокаритах и сообщает о казуистическом случае рака желудка, где положительная RWa + + + + побудила к проведению курса специфического лечения, оставшегося без эффекта как в отношении желудочных явлений, так и в отношении RWa. Положит. RWa при отсутствии люэса в анамнезе можно считать лишь при наличии + + + + или + + +. С другой стороны отрицательный результат реакции не исключает люэса, особенно висцерального Schlesinger на огромном материале в $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ случ. висцерального люэса имел стрипат. RWa. Относить тахикардии, ахилии и миалгии к проявлениям висцерального люэса на основании положит. RWa, как это делает докладчик, рискованно, так как для диагноза органичного люэса необходимо руководствоваться всей клинической картиной в целом.

М. Л. Шапиро-Аронштам на основании 4-летней работы с этой реакцией считает, что резко положительный результат говорит всегда за люэс и иллюстрирует свое положение случаем, где заболевание люэсом у врачей супругов было установлено RWa, произведенной по поводу смерти ребенка от подозрительного по люэсу заболевания.

М. Н. Карнаухов не разделяет пессимизма докладчика в отношении распространения люэса, считая, что положительная реакция не говорит с несомненностью за люэс, как отрицательная против него и иллюстрирует примером.

М. Г. Пыльковский.—Никому не запрещается иметь две болезни, из которых одна будет люэс. Положительный результат, несмотря на отсутствие проявлений, обязывает к специфическому лечению.

В. Я. Поляков.—Сама по себе RWa слишком капризна + + без положительных осадочных реакций Sg и М и клинических данных не позволяют диагностировать люэс. Резко положительный результат при таком же Sg и М говорит за люэс. На ряду с указанными оппонентами болезнями — результат часто получается при беременности. Несомненно, что положительная неспецифическая реакция встречается, но редко. — должны рассматриваться лишь, как подозрительные по люэсу. Ведь и диагноз ex juvantibus также не абсолютно верен, так как иод и мышьяк помогают при целом ряде болезней.

Докладчик в заключительном слове еще раз указывает, что им обследованы лишь практически здоровые, что дает основания для пессимистических выводов.

Председатель Л. М. Ратнер, подчеркнув интерес вопроса, считает полезным дальнейшие сообщения в обществе по данному вопросу и просит В. Я. Полякова сделать доклад о клиническом значении RWa.

НА МЕСТАХ.

ГОЛОС С ТОГО СВЕТА.

На происходившем 8-11 марта с.г. в г. Тюмени окружном съезде врачей в прениях по докладу зав. Окрадравом о состоянии здравоохранения в Тюменском округе среди ряда ценных критических замечаний и предложений раздался одинокий голос, прозвучавший как эхо речей, произносившихся чуть-ли не четверть века назад на земских собраниях.

Сей замогильный голос возвестил истину о том, что единственный способ улучшения здравоохранения на селе есть установление пятикопеечного сбора за каждый выдаваемый больному рецепт, как это практиковалось «в доброе старое время» в ряде земств.

Голос остался одиноким. Но вопрос, поднятый им, настолько принципиально важен, что следует ему ответить так, чтобы было слышно всем Уральским врачам, т. е. в нашем журнале.

Во-первых, надо напомнить то обстоятельство, что рецептный пятак взимался даже не во всех земствах.

Во-вторых, все передовые, лучшие представители земской медицины вели борьбу против этого пятачка, считая одной из отличительных черт русской земской медицины ее бесплатность.

В-третьих, одним из основных принципов советской медицины является бесплатность лечения всех трудящихся, и нет никаких оснований для пересмотра и отмены этого принципа.

В-четвертых, предлагаемая «пятикопеечная реформа» приведет к сокращению обращаемости населения за медицинской помощью, т. е. к прямому вреду для нашего дела, а тем самым и для самого населения.

В-пятых, по кому ударит предлагаемое мероприятие?—Прежде всего по бедняку, затем—по середняку. Для кулака же оно принесет даже некоторое удобство (меньше ожидать в очереди, а пятак для него—ничего не стоит). Такое положение совершенно не соответствует всей политике социалистического строительства, строительства и советской медицины, являющейся в настоящее время по своей сути—классовой медициной, при том не буржуазно-классовой, а пролетарски классовой. По виду невинное предложение,—по пятачку со всякого, яко бы со всех поровну, по сути дела отнюдь не является таковым, так-как естественно, что пятак для того, кто имеет один рубль, и для того, кто имеет сто рублей,—величины не равноценные, составляя в первом случае 5 проц. со всего дохода, а во втором случае лишь 0,05 проц.

В-шестых, нет никакой надобности в таком «надклассовом» налоге, когда крестьяне платят уже налоги, часть которых идет и на организацию медицинской помощи, да кроме того у нас имеется еще самообложение, часть средств которого тоже идет на наше дело. Но разница та, что налоги у нас, а равно и самообложение, имеют именно советски-классовый характер. Известно, например, что до 35 проц. всех крестьянских хозяйств (бедняцкие и маломощные хозяйства) вовсе освобождены от сельхозналога в то время, как зажиточные и кулацкие хозяйства платят львиную долю его, а благами от налога пользуются все и даже там, где дело правильно поставлено, в первую очередь преимущественно батрак, бедняк и середняк.

Видимо, тот товарищ, кому принадлежал воспроизведенный мною голос,—не ясно представляет себе сущность советской медицины, а также природу и задачи советской власти, составной частью которой является наша медицина.

Остается только пожелать об этом, так как срок для усвоения основ нашей политики был весьма длительный (одиннадцать лет) и пожелать, чтобы некоторые товарищи врачи были более восприимчивы к потребностям и задачам современности. Тогда не будут раздаваться голоса о пятачках и о тому подобных «достижениях» земской медицины, голоса, которые мы не можем назвать иначе, как голосами с «того света».

В. Величкин.

РАБОТА ОРГБЮРО ПО СОЗЫВУ ОБЛАСТНОГО НАУЧНОГО СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ.

Первое заседание оргбюро проведено 20-II—29 г. Председателем оргбюро избран д-р **Карнаухов М. Н.**, зам. председателя д-р **Величкин В. И.**, секретарем д-р **Серебренников В. С.** Адрес для всей переписки по вопросам съезда: г. Свердловск. Облздравотдел, д-ру Серебренникову В. С. Руководящая работа по организации работ секций съезда распределена следующим образом:

а) по секции социальной, профессиональной и экспериментальной гигиены д-р **Иванов Н. П.**,

б) по секции хирургической проф. **Ратнер Л. М.**,

в) по секции терапевтической д-р **Кушелевский Б. П.**,

г) по секции санаторно-курортной д-р **Розенгауз Ф. Т.**

Предварительная заявка об участии в съезде должна сопровождаться представлением автореферата. Срок для представления автореферата 20-IV—с. года.

Второе заседание состоялось 25-II. Важнейшие решения: смета по созыву съезда запроектирована в 6.200 руб. с установлением членского взноса в сумме 3 рубля. От выплаты суточных делегатам съезда постановлено отказаться. Обеспечить всех делегатов бесплатной квартирой. Для обеспечения участия в съезде участковых врачей выделить средства на оплату проезда в Свердловск и обратно 75 участковых врачей. Принять в следующем виде регламент съезда:

1. Заседания съезда происходят
утренние с 10 до 12 и с 12¹/₂ до 3-х
вечерние с 5 до 7 и с 7¹/₂ до 9 ч. веч.

2. Заседания открываются точно в назначенное время независимо от количества собравшихся участников. Опоздание докладчика к назначенному времени влечет за собой снятие доклада с программы заседания.

3. Докладчикам предоставляется при докладе на программную тему 40 минут, содокладчикам на программные темы 15 минут. Докладчикам на внепрограммные темы 15 мин.

4. Время для участия в прениях — 5 минут. При предоставлении слова в порядке предварительной записи с представлением до съезда автореферата 10 минут.

5. Слово по личному вопросу для фактической справки и т.п. в конце заседания — 2 минуты

6. Слово по порядку ведения заседания — 1 минута.

7. Вопросы после докладов подаются в письменной форме: ответы на эти вопросы докладчики учитывают в своем заключительном слове (заключительное слово для докладчика на программную тему 20 минут, остальным 5 минут). Для ведения прений в каждом заседании строго фиксируется определенное время. Прения открываются по заслушивании цикла однородных докладов.

8. Авторефераты докладов представляют к 15-му апреля. Непредставление авторефератов к сроку влечет за собой снятие с программы съезда.

9. Предварительная запись для участия в прениях производится в случае представления автореферата к 20-му апреля. Лица, выступающие в прениях, обязаны сдать секретариату автореферат своего выступления не позднее следующего очередного заседания.

10. При съезде организуется выставка. Организацией выставки руководит выставочная комиссия под председательством д-ра Курдова И. К. Участники съезда, желающие иллюстрировать свои доклады, или имеющие материал по программе выставки, сообщают перечень своих экспонатов с одновременным точным указанием потребной площади не позднее 1-го мая.

11. Для облегчения работы съезда издается проспект с отпечатанным регламентом, указанием места и времени работ пленума и отдельных секций, перечнем включенных в программу занятий съезда докладов и по возможности с основными положениями (тезисами) докладов на программные темы.

12. В порядке работы съезда выделяются редакционная и мандатная комиссии.

Для докладов по костному туберкулезу принято решение просить участия в съезде проф. Краснобаева и для доклада по профпатологии проф. Левицкого (Москва).

Активное участие пермских научных сил в организационной работе по съезду обеспечивается созданием орггруппы в Перми в составе представителей Пермского Окр. Бюро научной ассоциации, Пермского Государственного Университета и Пермского Окраздрава.

На третьем заседании Оргбюро (14-III) утверждены следующие рекомендуемые для работ секций темы:

а) по хирургической секции:

- 1) Зоб на Урале.
 - 2) Послеоперационная смертность.
 - 3) Каменная болезнь на Урале.
- б) По терапевтической секции:
- 1) Консервативное лечение язв.
 - 1) Гриппозная пневмония.
 - 2) Ревматические заболевания.

Программа работ санаторно-курортной секции ориентировочно принята в следующем виде:

На пленуме съезда поставить доклад «Значение Уральских курортов в общей системе лечебных мероприятий и эффективность лечения на Уральских курортах».

На заседаниях секции:

- 1) Естествен.-историч. очерк Уральск. курортов (проф. М. О. Клер).
- 2) Климат Уральских курортов (Директор Свердл. Обсерв. — Ситнов).
- 3) Химизм источников на курортах Урала (проф. Ефремов).
- 4) Грязелечение на Урале (д-р Коц).
- 5 и 6) Два доклада по части, вопросам бальнеологии (Куры и Н.-Серги).
- 7) Опыт зимнего санаторного лечения в Курьях (Морозкин).
- 8) Кумысолечение в Троицком районе (Протопопов и Березовский).
- 9) Клиника пневмоторакса — д-р Шапшал.
- 10) Доклад от Обл. Деттубсанатории.
- 11) Доклад от Косебродск. санатория д-р Яковлев.
- 12) Основные вопросы питания на курортах и в санаториях.
- 13) Вопросы отбора на курорты и учет результатов лечения — Ефман А. М.
- 14) Санпросвет и культработа в общей системе санаторного режима.

Примечание: В скобках даны фамилии предполагаемых докладчиков; часть их дала свое предварительное согласие. Окончательное конструирование повестки будет проведено по получении всех заявок и по просмотре авторефератов.

Принято циркулярное письмо к Окраздравам о подготовке к съезду и разверстка мест на съезде, исходя из общей цифры 400 участников с выделением мест Пермскому Государственному Университету, Уралстрахкассе и Дорздравотделу. (См. таблицу на след. стр.).

На четвертом заседании бюро от 21-III были рассмотрены вопросы взаимоотношений с Пермским орг-бюро по созыву съезда, специальным письмом заявившим протест против недостаточно налаженной связи с ним, неучета отдельных пожеланий Перми, недоучета Пермского Государственного Университета в подготовительной работе к съезду и требовавшим работы Пермским орг-бюро на паритетных началах с областным.

Постановлено обратиться в Пермь со специальным письмом, которое было утверждено в пятом заседании орг-бюро (22-III). Разногласия с Пермью в большей своей части устранимы, ряд организационных дефектов как со стороны Перми, так и оргбюро частично ликвидирован немедленно, частично должен быть урегулирован путем личной договоренности с представителями Пермского орг-бюро, вызванными на заседание орг-бюро в Свердловск. Основная принципиальная линия оргбюро, положенная в основу всей работы в Свердловске и Перми, формулирована следующим образом:

«Оргбюро считает Пермское бюро филиалом организационного комитета, проводящим совместно и дружелюбно подготовительную работу, но признает обязательную работу по единому плану и отрицает необходимость существования 2 паритетных организующих центров;

программа съезда в ее основной принципиальной части является окончательно утвержденной. Конкретное же содержание программных докладов, дополнительный список рекомендуемых тем и выделение докладчиков от Перми в направлении, указанном программой и рекомендуемыми темами, предоставляется определить Пермскому окрбюро».

Разверстка мест на Обл. Научный Съезд врачей.

Мест всего:	400	
И з н и х:		
Для раб. Пермск. Госуд. Универ.	50	
Для врач. Дорздравотдела . .	30	
Для врач. Уралстрахкасы . .	20	
Для врачей г. Свердловска . .	100	
Для врачей, наход. на службе окр- здоров и прожив. вне Сверд- ловска	200	Из них: участковым врачам с оплатой дороги за счет Облздора 75.
И з н и х:		
В.-Камскому окрздрав	9	5
Златоуст. »	16	6
Ирбитск. »	6	2
Ишимскому »	10	4
К.-Пермяц. »	3	2
Кунгурск. »	8	4
Курганск. »	8	2
Пермскому »	40	11
Сарапульск. »	8	4
Районы (вердл. окр.	17	9
Тагильск. окр.	20	9
Тобольск. окр.	6	2
Троицкского окр.	10	2
Тюменского окр.	15	4
Челябинск. окр.	12	2
Шадринск. окр.	12	7

- Примечания.** 1. Разверстка сделана на основе имеющихся в Облздоре данных о количестве врачей в округах.
2. При данном расчете одно место приходится приблизительно на 6 врачей округа.
3. При данном расчете оплату проезда Облздрав берет в отношении восьмой части врачей на участках.

Состав оргбюро в Свердловске пополняется 2 представителями Пермского оргбюро.

На шестом заседании бюро (6-IV) с участием проф. Алякритского В.В. и проф. Розентула М.А., новых членов оргбюро по созыву съезда, установлена полная договоренность по всем принципиальным и практическим вопросам (отчет об этом заседании в след. № журнала).

На заседании 21-III утверждена была ориентировочная программа работ секции социальной, профессиональной и экспериментальной гигиены:

1. Эпидемиология брюшного тифа на Урале.
2. Опыт предохранительных прививок против скарлатины.
3. Глистные инвазии на Урале.
4. Туляремия.
5. Промышленный травматизм на Урале.

Рекомендуемые темы: Травматизм на В.-Исетском заводе.

Хромиковые ограждения и проч.

6. Детская смертность на Урале.

Рекомендуемые темы: Роль консультации в борьбе с детской смертностью.
Роль населения в борьбе с детской смертностью.

7. Социальные болезни и вопросы оздоровления труда и быта:

- а) Вопросы питания населения.
- б) Жилищный вопрос.
- в) Снабжение молоком городов и заводов.
- г) 4-х-летний опыт санации зубов школьников Свердловска.
- д) Психоневрологическая профилактика детского возраста.
- е) Физическое развитие населения области по данным призывной комиссии.

ж) Сифилис на Урале.

з) Туберкулез на Урале.

По вопросам подготовки выставки на съезде приняты следующие решения:

1. План выставки, представленный д-ром Курдовым, в основном утвердить.

2. Приступить к заготовке экспонатов, иллюстрирующих санитарное состояние области: эпидемическую заболеваемость, сеть учреждений, рождаемость и смертность населения.

3. Поручить И. К. Курдову сформировать выставочную комиссию из представителей отдельных секций.

4. Поручить ему же обратиться через оргбюро с письмом во все округа с предложением проработать формы и размеры участия округов на выставке съезда.

5. Считать необходимым наличие в числе экспонатов:

а) картограммы по климату Урала,

б) материалов по этнографии Урала,

в) картограммы плотности населения,

г) диаграммы пятилетнего плана по здравоохранению.

6. Развернуть на выставке отделы рентгенологический и патолого-анатомический.

7. Выставочной комиссии разработать конкретную смету по организации выставки (выставочное оборудование и экспонаты).

Для обеспечения участия в съезде рентгенологов признать необходимым предложить руководителям секции разработать практические вопросы участия рентгенологов в освещении отдельных вопросов программ, выдвинуть для них рекомендованные темы.

Необходимо отметить, что организационная работа развивается интенсивно лишь в Свердловске и Перми, а отклики из других округов крайне малочисленны. Видимо, ни Окргздравы, ни окргбюро научных ассоциаций врачей не подошли еще вплотную к вопросам организации практического участия в съезде, что ставит вопрос о возможности перенесения съезда на осень. Организационная работа на местах не менее важна работы в центре и ее развитие должно обеспечить полноценность предстоящего съезда.

В. Серебrennikov.

ПАМЯТИ ВРАЧА О. М. БРИКНЕР-ЮМШАНОВОЙ.

4 февраля с.г. в Мотовилихе от эклампсии скончалась врач Ольга Матвеевна БРИКНЕР-ЮМШАНОВА, 31 года от роду.

Покойная родилась в 1897 году в семье ремесленника в зав. Чермоз, Пермского округа. Весной в 1924 году окончила Медфак Пермского Государственного Университета. Студенческие годы О. М. провела в материальной нужде. По окончании Университета О. М. поступила 2-м врачом в Сергинскую районную больницу. Здесь О. М. всецело отдалась служению страждущим, ведя тяжелую, самоотверженную работу участкового врача. Чуткая, отзывчивая к нуждам населения, она за сравнительно короткий период пребывания в Сергинском районе сумела приобрести всеобщую любовь и уважение населения и сослуживцев по больнице. За время участковой службы О. М. принимала активное участие в общественной и санитарно-просветительной работе, в особенности среди меньшинств. В 1925 году во время ночного вызова в район к больному О. М. простудилась, в результате чего приобрела хроническое заболевание почек. В декабре 1927 года по семейным обстоятельствам О. М. переехала в Мотовилиху.

Бессмысленная смерть вырвала О. М. из рядов врачебной семьи Пермского округа. Память о ней, как о добром человеке, чутком враче, добро-совестном, скромном работнике навсегда сохранится у тех, кто ее знал.

От 3-го выпуска врачей П. Г. У. 1924 года **С. П. ПОПОВ.**

Троицкий округ.

В связи с заболеваниями сыпным тифом в Н.-Увельском районе (3 случая) развернут заразный барак на 5 коек. Население детдомов подвергнуто санитарной обработке. Среди переселенцев, водворенных в район, прочтено 25 лекций по сыпному тифу. Кинопередвижка санпросвета облздрави обслужила ряд районов округа, вызывая повсеместно живейший интерес крестьянства и казачества. (Фильмы «Правда жизни», «Аборт», «Десять лет советского здравоохранения»).

Для санпросвет-бесед использовано радио.

Златоустовский округ.

Детские комнаты в г. Златоусте, организованные на время перевыборов советов, пропустили 2534 детей. К созданию их привлечены были средства, собранные делегатками и отпущенные общественными организациями.

Шадрицкий округ.

Окраздравом разработан детальный план оспопрививания населению округа с расчетом провести в течение года 210.000 прививок. На территории округа оказалось до 40.000 старообрядцев, 50 проц. их перенесло натуральную оспу.

План оспопрививания систематически нарушается риками и сельсоветами, недостаточно внимательно относящимися к выполнению обязательного постановления облика и окрика. Загруженность низовых советских органов различными ударными кампаниями

создает задержки в получении необходимых для работы оспопрививательниц сведений. Вопросы транспорта оспопрививания не урегулированы.

Со стороны отдельных врачей округа имеет место недооценка работы по оспопрививанию: недостаточное использование имеющихся оспопрививательниц, поручение им другой работы по участку, отсутствие необходимой связи по вопросам оспопрививания с риками.

За полную бездеятельность окраздрав был вынужден снять 4-х оспопрививательниц и с большим трудом заменить их новыми.

К санпросветработе среди старообрядцев привлекаются исключительно врачи.

В ближайшее время требуется изыскать не менее 1.900 руб. на развертывание оспопрививания, не предусмотренных местными кредитами.

Верхне-Камский округ.

Президиум Кизеловского райисполкома по докладу районного санитарного врача вынес ряд практических решений, облегчающих работу санорганизации. Укреплено влияние санитарного врача на городское благоустройство, предусмотрен ряд оздоровительных мероприятий. Оттенена роль пунктов первой помощи в общем оздоровлении условий труда в горной промышленности с поручением им разработки практических мероприятий в этом направлении для последующего проведения через органы труда. Обеспечено согласование всех проектов новых жилищ с райсанназором.

О Ф Ф И Ц И А Л Ь Н Ы Й О Т Д Е Л

Облздравотделом предложено всем округам приступить к организации постоянных яслей в коммунах и колхозах. Ясли в коммунах открываются при наличии не менее 20 детей до 4-летнего возраста, при условии предоставления коммунами помещения под ясли, принятия ими на себя расходов по питанию, хозяйственных расходов, частичного оборудования и обмундирования яслей, выделения 3 коммунарок для работы в них с выплатой содержания. Ясли открываются при наличии врачебного участка на расстоянии не дальше 15 километров.

Окргздравы, совместно с Окрколхозсоюзами, отделом работниц и крестьянок, намечают колхозы, в которых нужно развернуть постоянные и летние ясли согласно вышеприведенных условий. Вместе с тем они дают подробные указания этим коммунам о выделении соответствующего помещения, продуктов питания, средств на детскую одежду и белье, на оборудование помещения, подбор и посылку на курсы ясельных работников, наиболее грамотных коммунарок, с обеспечением командированных стипендиями и проездными.

При организации постоянных яслей окргздравы командируют в коммуны одну опытную по работе в яслях сестру, взяв на себя содержание ее до конца бюджетного года, снабдив ясли необходимым инструментарием, медикаментами, игрушками, кроватками, ваннами, ночными горшками, тазиками, детской посудой, постельным бельем, клеенками, халатами для персонала и детей. Кроме того, Здравотдел прикрепляет ясли к определенному врачебному участку, приняв меры к тому, чтобы врач взял на себя руководство работой в открытии яслей, провел смотр детей и беседы в коммуне о значении и работе яслей, а в дальнейшем имел наблюдение за постановкой дела в яслях. (Из Цирк. Облздрави об организации постоянных яслей в коммунах и колхозах).

Отв. ред. *Белостоцкий И. С.*

Заразная заболеваемость по округам Урал

№№ по порядку	Название округов		Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возвратн. тиф		Неопред. тиф		Малярия		Оспа натурал.		Борь	
			Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
	Уралобласть	27 г. 1145 470 28 г. 737 343	128 72 223 183	40 5 20 5	309 49 282 48	4040 117 3762 81	92 21 33 7	4178 231 2307 70								
1	В.-Камский окр.	27 г. 27 26 28 г. 5 4	20 12 10 10	— — — —	— — 2 1	68 1 33 4	— — — —	407 — 149 —								
2	Златоустовск. окр.	27 г. 38 23 28 г. 81 62	2 1 2 1	2 — — —	5 3 — —	443 15 537 28	3 — — —	769 15 101 —								
3	Ирбитский "	27 г. 11 6 28 г. 12 9	9 8 3 3	2 — — —	8 2 13 4	40 — 36 —	12 3 — —	28 — 28 —								
4	Ишимский "	27 г. 155 28 28 г. 119 25	5 — 8 2	1 — — —	33 6 20 —	154 5 201 6	7 2 5 —	23 6 143 —								
5	К.-Пермяцк. "	27 г. 10 10 28 г. 6 6	— — 9 9	— — — —	— — 2 1	— — 10 —	— — — —	136 5 — —								
6	Кушгурский "	27 г. 50 26 28 г. 32 13	7 4 11 7	— — — —	7 — 5 —	133 5 72 2	13 2 1 —	158 39 22 —								
7	Курганский "	27 г. 174 44 28 г. 81 34	4 2 9 8	8 1 6 —	34 2 27 —	260 3 220 7	4 — 2 —	223 9 97 1								
8	Пермский "	27 г. 106 79 28 г. 63 45	11 9 117 106	— — — —	25 1 51 1	282 24 154 7	8 — 1 —	717 89 281 21								
9	Сарапульский "	27 г. 49 29 28 г. 15 12	3 3 14 7	2 — 6 2	11 4 11 1	282 6 244 2	— — 2 2	363 18 161 6								
10	Свердловский "	27 г. 77 39 28 г. 71 34	10 9 12 12	6 1 — —	31 13 17 6	305 8 266 6	13 13 4 4	499 23 129 1								
11	Тагильский "	27 г. 55 33 28 г. 47 37	7 8 10 9	2 1 — —	11 — 9 —	148 7 127 2	6 — 4 1	219 1 473 7								
12	Тобольский "	27 г. 13 6 28 г. 16 6	13 1 2 2	1 — — —	5 2 5 —	75 3 68 2	4 — — —	10 — 255 31								
13	Троицкий "	27 г. 30 11 28 г. 17 6	1 1 1 —	4 — 2 —	11 — 11 —	720 4 485 —	— — — —	99 — 110 —								
14	Тюменский "	27 г. 78 6 28 г. 51 11	3 1 6 1	4 — 3 —	26 1 18 6	142 3 180 5	4 — — —	72 1 128 —								
15	Челябинский "	27 г. 157 41 28 г. 57 17	12 7 2 2	2 — 1 1	57 3 29 4	799 21 864 6	14 — 1 —	375 — 77 2								
16	Шадринский "	27 г. 115 63 28 г. 64 22	21 6 7 4	6 2 2 2	45 12 62 24	189 12 265 3	4 1 13 —	110 20 153 1								

области за ноябрь месяц 1927 и 28 годов.

Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Г р и п п		Дизентерия		Трахима		Туберк. легких		Туберк. пр. орган.		Сифилис I, II, III		Гоноррея	
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
960	445	1565	5	224	60	29513	963	339	29	4740	128	8546	429	3021	82	2650	246	4536	123
924	489	3026	3	203	82	33381	907	242	19	3739	120	7439	420	3006	130	2264	341	4261	137
44	35	13	—	2	2	1117	70	5	—	112	1	243	9	86	3	36	3	115	3
44	32	147	—	3	3	1412	64	9	—	78	3	378	12	100	4	63	1	81	6
51	16	145	—	13	4	2170	63	44	3	172	8	530	13	128	3	127	1	209	1
54	21	164	—	12	1	2990	84	13	—	177	4	412	24	189	1	110	7	188	6
25	4	34	—	7	—	1351	36	19	1	109	4	377	7	106	2	39	7	128	2
33	15	133	—	1	—	1731	44	5	—	138	1	271	7	84	7	41	9	120	2
37	1	49	—	37	—	672	24	18	1	239	3	258	7	132	1	146	18	191	3
64	4	175	—	26	1	782	22	20	—	3	—	225	10	168	8	139	16	192	8
38	13	13	—	—	—	320	7	5	—	210	9	98	10	47	2	45	11	53	3
2	2	8	—	1	—	337	35	—	—	84	7	71	10	94	13	16	6	39	8
31	15	63	—	6	—	1355	57	10	4	564	30	373	20	210	7	170	13	250	6
11	6	69	—	4	—	2574	49	6	2	556	8	429	19	133	3	99	9	232	4
25	3	102	—	5	1	1438	24	21	1	368	—	479	27	236	1	345	2	496	6
24	8	172	—	10	6	1438	25	25	—	479	17	347	27	204	2	251	25	444	15
181	106	269	—	25	19	3495	196	31	2	398	15	844	70	227	16	241	49	519	11
167	98	280	—	28	15	4012	145	39	3	308	13	666	63	343	37	267	52	547	27
7	3	122	—	6	2	1146	34	11	—	533	—	531	6	92	1	174	17	338	—
41	22	135	—	10	5	1440	23	8	2	446	8	366	8	90	3	117	13	265	2
218	151	159	5	48	28	5859	209	70	7	377	13	1569	102	445	14	276	43	646	22
209	173	245	—	47	33	5408	183	27	—	260	23	1116	103	402	15	266	48	670	20
129	53	91	—	8	1	4112	107	19	4	222	7	814	47	167	11	246	31	366	19
58	37	454	2	13	9	3982	112	23	6	100	13	625	44	178	11	208	46	325	30
26	15	81	—	3	—	444	8	14	1	85	2	195	8	109	—	91	—	93	1
12	5	131	—	1	1	525	2	10	—	43	2	91	4	48	2	20	3	47	2
16	6	60	—	9	—	1274	13	20	1	256	2	353	10	59	7	152	3	155	2
71	2	137	—	7	1	1293	6	13	—	135	—	370	6	57	2	90	3	129	—
78	—	77	—	21	—	1170	14	11	—	317	6	577	13	253	5	200	1	389	15
116	59	304	—	16	3	1189	29	18	—	216	9	509	18	197	5	166	9	337	2
24	10	180	—	18	—	1822	55	35	2	517	24	563	36	314	2	98	1	254	13
8	1	259	1	15	3	1780	17	16	2	402	—	612	34	294	9	88	46	234	2
30	14	107	—	16	3	1768	46	6	2	261	4	742	44	410	7	264	46	334	9
10	4	213	—	9	1	2488	67	10	4	314	12	951	31	425	8	323	48	411	3

Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов	Брюшн. тиф		Сыпн. тиф		Возвратн. тиф		Неопред. тиф		Малярия		Оспа натурал.		Корь	
		Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело	
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Уралобласть	27 г. 1312	421	164	89	51	4	307	55	4070	111	264	44	4575	199
	28 г.	812	456	313	269	17	4	311	64	4029	116	37	6	2435	60
1	В.-Камский окр.	27 г. 22	20	26	15	—	—	1	1	75	3	—	—	427	19
	28 г.	25	25	2	2	—	—	1	1	38	4	—	—	77	—
2	Златоустовск. окр.	27 г. 37	19	3	—	4	2	4	1	424	18	11	—	554	5
	28 г.	81	110	3	2	9	2	21	5	585	25	3	2	139	—
3	Ирбитский "	27 г. 37	19	19	8	—	—	7	4	90	1	49	18	12	—
	28 г.	7	5	1	1	—	—	14	3	48	—	—	—	52	—
4	Ишимский "	27 г. 267	31	12	2	2	—	25	7	151	7	21	1	60	3
	28 г.	103	16	11	—	—	—	25	—	157	8	4	1	143	2
5	К.-Пермский "	27 г. 8	5	—	—	—	—	3	—	22	—	—	—	117	5
	28 г.	3	—	23	23	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—
6	Кунгурский "	27 г. 51	33	9	4	8	—	6	1	114	6	51	3	136	9
	28 г.	35	21	38	38	—	—	—	—	71	1	4	—	50	1
7	Курганский "	27 г. 137	21	4	4	8	—	24	3	214	5	10	—	118	2
	28 г.	88	25	4	2	4	—	31	2	240	4	4	—	163	4
8	Пермский "	27 г. 220	90	19	18	—	—	25	—	321	8	49	—	639	108
	28 г.	117	102	137	115	1	—	48	4	125	18	—	—	276	20
9	Сарапульский "	27 г. 57	22	5	1	2	—	17	1	246	4	4	2	385	4
	28 г.	48	14	44	35	—	—	29	10	303	4	2	2	176	1
10	Свердловский "	27 г. 45	29	6	5	4	2	21	7	307	15	22	19	866	32
	28 г.	46	33	23	22	—	—	11	4	301	7	5	1	177	5
11	Тагильский "	27 г. 52	34	18	13	—	—	10	1	148	12	10	—	552	8
	28 г.	40	26	10	9	—	—	7	4	116	9	2	—	402	1
12	Тобольский "	27 г. 8	7	12	1	1	—	8	3	58	2	—	—	11	1
	28 г.	10	5	2	1	—	—	6	—	62	8	—	—	261	13
13	Троицкий "	27 г. 21	6	—	—	6	—	6	—	636	7	4	—	125	1
	28 г.	29	7	1	1	—	—	7	—	563	1	—	—	151	—
14	Тюменский "	27 г. 63	14	8	7	5	—	14	7	256	4	4	—	109	—
	28 г.	46	22	5	5	1	—	6	6	165	1	—	—	129	—
15	Челябинский "	27 г. 180	19	12	1	6	—	93	—	804	16	9	—	300	1
	28 г.	70	23	2	9	—	—	43	1	970	23	—	—	86	6
16	Шадринский "	27 г. 107	52	11	10	5	—	43	19	204	3	20	1	164	1
	28 г.	64	2	7	4	2	2	2	24	265	3	13	—	153	1

области за декабрь месяц 1927 и 28 годов

Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Г р и п п		Дизентерия		Трахима		Туберк легких		Туберк. пр. орган.		Сифилис I, II, III		Гоноррея	
Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.	Заболело	Госпитал.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1084 1161	576 566	1666 3604	5 5	174 276	69 104	35596 42605	1004 1112	379 198	23 15	5587 4269	140 109	10461 8823	466 510	3573 3602	91 106	2869 2666	359 338	4756 4694	153 126
82 52	58 48	13 239	— —	— 8	— 7	1468 1958	80 96	7 5	— —	117 80	8 3	326 365	19 7	88 115	3 5	39 42	3 —	91 124	1 5
57 45	5 19	123 107	1 1	7 9	— 2	2535 3432	65 90	31 17	4 —	171 194	1 5	474 377	26 44	119 226	4 7	130 129	1 7	171 207	5 5
45 55	31 8	32 198	— —	12 4	2 1	1639 2548	32 67	35 8	1 —	151 59	— 3	452 316	13 14	138 98	3 3	59 25	14 15	128 123	— —
32 112	3 4	84 183	— —	16 14	2 1	805 1055	24 25	8 19	— —	404 17	6 —	340 354	14 50	148 109	— 6	229 177	19 24	320 271	7 14
29 3	11 3	7 117	— —	— 5	— —	350 639	18 29	3 1	— 1	218 320	16 21	97 135	8 16	81 133	2 5	46 20	14 11	69 58	6 6
22 46	10 1	63 130	— —	8 21	1 —	2144 2101	90 61	9 5	— —	890 106	41 —	430 490	25 9	230 167	8 4	162 113	21 6	246 202	9 —
9 37	— 16	107 260	— 3	9 19	1 5	1383 1942	33 27	9 28	1 1	501 492	10 9	499 585	18 25	257 246	3 9	389 369	47 21	531 558	8 10
236 188	154 126	240 265	2 —	23 36	19 18	3536 4955	169 138	34 17	2 —	350 326	10 3	1039 864	73 63	298 409	17 7	247 284	29 18	465 511	15 13
13 129	4 48	147 204	— —	4 8	2 2	1287 2320	2 38	18 8	1 1	674 705	1 11	666 509	8 12	142 140	3 6	252 158	20 18	339 311	1 —
240 219	159 189	324 282	— 1	46 67	27 43	7146 7751	238 204	94 44	4 2	389 384	8 21	2241 1451	108 98	679 392	15 9	405 281	54 48	710 646	3 30
91 57	64 31	101 460	— —	12 12	4 5	5441 4851	113 143	28 9	2 3	213 106	5 9	930 783	38 69	214 202	8 16	188 245	34 39	353 343	26 26
55 44	35 12	32 199	2 —	1 3	1 3	526 611	10 4	12 2	3 2	104 66	4 2	194 142	9 15	102 72	2 3	75 27	5 3	132 103	1 3
34 84	4 15	48 62	— —	11 27	1 4	1187 1210	14 5	11 5	— —	305 135	— —	299 157	17 —	44 66	7 —	131 148	8 —	159 133	1 —
79 72	19 32	108 345	— —	6 18	3 9	1755 1686	13 40	15 7	2 —	346 284	13 10	816 500	30 19	246 290	6 3	175 160	2 6	381 378	15 8
24 8	7 4	124 340	— —	9 16	— 3	2257 3058	32 78	48 13	— 1	432 681	1 —	826 844	34 38	383 512	1 15	128 165	48 73	263 315	9 3
36 10	12 4	113 213	— —	10 9	6 1	2137 2488	71 67	17 10	3 4	322 314	16 12	832 951	26 31	404 425	9 8	214 323	40 48	398 411	15 3



Курорты Уральского Санаторно-Курортного Управления

Грязелечебный бальнеологический курорт „Озеро Горькое“,

Челябинского округа, в 7-ми километрах от ст. Алакуль, Омской жел. дор. Богатейшие залежи иловой грязи высокой целебной ценности. Озерная рапа обладает слабительным действием. Павильоны для жилья расположены в березовом парке. Жаркое лето, с небольшим количеством осадков и теплыми ночами.

Грязелечение, лечение рапой, электро-свето-механо-лечение. Рентген, лаборатория для медицинских анализов, зубо-врачебный кабинет.

Нижне-Сергинский бальнео-питьевой курорт.

Расположен в живописной горной местности, в 500 метрах от ст. Н.-Сергинская Западно-Уральской ж. д.

Чистый лесной воздух. Красивые горные виды. Источник относится к категории щелочно-серно-соляной, близко подходя по составу к Ессентукскому № 17. Минеральные ванны источника и внутреннее употребление воды. Электро-свето-механо-лечение (диатермия, 4-х камерная ванна, рентген, лаборатория, зубо-врачебный кабинет и т. д.).

Климато-бальнеологический курорт „КУРЬИ“,

Шадринского округа, в 4-х километрах от ст. Кунара, Пермской жел. дор. Курорт расположен в очень красивой местности на высоком, покрытом сосновым лесом, берегу живописной реки Пышмы.

Климат мягче, чем на других курортах Урала. Наибольшее количество солнечных дней на Урале. Курорт защищен от пыли и холодных ветров.

Железистые и углекислые ванны. Все виды водолечения (Шарко, шотландский, Мантиль и т. д.). Электро-свето-лечение. Климатолечение. Физкультура. Солярий и терренкур.

Все бальнеологические курорты Уралкурупра электрифицированы. Высоко квалифицированная медпомощь. Повышенное питание под наблюдением особого совета по питанию. Повара хорошей квалификации.

Троицкий кумысолечебный район (в окрестностях г. Троицка).

Три санаторных группы. Здоровая, сухая ковыльная степь. Березовые и сосновые рощи. Чистый степной воздух. Обилие жарких солнечных дней. Климат континентальный, со всеми особенностями степного климата.

Климато-гелио-аэро-терапия под наблюдением врачей-специалистов. Лечение кумысом, получаемым от собственных табунов дойных кобылиц киргизской породы и приготавливаемым особыми специалистами под наблюдением врачей и контролем лаборатории. При санаториях парк. Гигиено-диететический и санаторный режим. Лечебная физкультура.

При всех курортах широкое амбулаторное лечение. Развлечения: постоянное кино, спектакли, экскурсии, библиотека, шахматы, шашки и т. д.

Продолжительность сезона: на бальнеологических курортах — 31½ месяца — с 1-го июня по 15 сентября, в кумысрайоне — с 26-го мая по 23-го сентября.

Арендная стоимость: на бальнеологических курортах, за курс лечения в 35 дней, на Горьком — 147 руб., Н.-Сергинском — 145 и Курьинском — 145 руб.

В Троицком районе: курс лечения 40 дней, стоимость — 178 руб.

Заявки направлять по адресу: г. СВЕРДЛОВСК, УЛ. РОЗЫ ЛЮКСЕМБУРГ, 34.

ЦЕНА 1 РУБ.

16478

СВЕРДЛОВСК, „УРАЛПОЛИГРАФ“,
ТИП. „Г Р А Н И Т“. ЗАКАЗ № 3452.
УРАЛОБЛЛИТ № 1158. ТИРАЖ 1000.