

**ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!**

---

---

# **УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ОРГАН ОБЛЗДРАВ ОТДЕЛА  
И ОБКОМА СОЮЗА МСТ**

**1929**

**М А Й**

**№**

**СВЕРДЛОВСК**

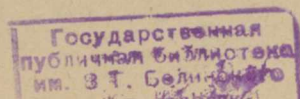
**5**

1257021

Уралобллит № 2278.

Тираж 1000.

Свердловск, «Уралполиграф», тип. «Гранит». Заказ № 4241.





## НАВСТРЕЧУ ТВОРЧЕСКОЙ ИНИЦИАТИВЕ МЕДРАБОТНИКОВ.

(К вопросам социалистического соревнования).

«Одна из самых главных задач теперь, если не самая главная, развить как можно шире этот самостоятельный почин рабочих и всех вообще трудящихся в деле творческой организационной работы».

*Ленин. «Как организовать соревнование».*

Газетные столбцы ежедневно приносят вести о нарастающей волне трудового энтузиазма рабочих масс. Завод за заводом, фабрика за фабрикой одна за другой становятся на путь социалистического соревнования. Рабочая инициатива направляется на наиболее ответственные участки сложнейшей многогранной работы по укреплению экономической мощи Союза, по скорейшему укреплению экономической базы растущего и крепнущего социализма. В огромной цепи мероприятий партии, советов и профсоюзов каждое звено полно своего особого значения, и каждый рабочий, каждый трудящийся существенно влияет на темп нашего социалистического строительства. Учет и контроль за производством, рационализация его, строгий самоконтроль-самокритика—основные лозунги нашей полосы развития. Наши материальные ресурсы, наши экономические возможности капитальных вложений в промышленность и сельское хозяйство—одна сторона вопроса. Другая—и не менее важная—качество живой движущей силы нашего хозяйства, ее рациональное использование, степень активного участия ее в жизни производства, внутренняя организационная слаженность отдельных частей аппарата и производства. И для нас совершенно несомненно, что эта вторая сторона вопроса существенно влияет на разрешение первой части вопросов нашего роста.

Максимально-производительный труд каждого из нас от чернорабочего сезонника до квалифицированного руководителя огромной отрасли хозяйства, труд, основанный не на принуждении, не на различных формах материальной личной заинтересованности, а вытекающий из глубокого всепроникающего сознания необходимости его в интересах общего дела—таково практическое требование наших дней. Чем строже требования к себе, к своему товарищу-соседу по станку, чем ярче стремление работать лучше и производительней, тем значительней результаты подлинно массового социалистического соревнования. Подлинно социалистического, ибо нет здесь моментов личной заинтересованности, есть растворение своей личности, своих скромных усилий в общем деле строительства социализма.

Производительный труд в основе своей результат двух основных условий—здоровья работающего и правильной организации его труда.

Таким образом то, что призваны охранять медицинские работники, является основой и измерителем успехов соревнования.

Интенсификация труда по почину самих рабочих факт огромного общественного значения, и этот факт требует от нас выполнения наших задач содействия социалистическому соревнованию. Рабочий вправе сжидать от нас помощи в начатом им соревновании. Мы обязаны приспособить всю работу наших учреждений так, чтобы не было никакой потери времени на обращение за медицинской помощью, чтобы эта помощь была своевременна и исчерпывающа. Надо, чтобы ничтожные травмы не перерастали незаметно в причины временной нетрудоспособности и инвалидности. Надо, чтобы оживление нашей ответственной работы по культурно-бытовому обслуживанию рабочего класса вливало новые силы, выше поднимало волну энтузиазма борцов на фронте труда.

Каждые новые ясли, каждая консультация, каждое наше санпросвет-выступление, близкое и понятное рабочему, каждый решительный шаг наш в борьбе за здоровый, трезвый быт—наш вклад в общее дело социалистического соревнования. Размеры этого вклада целиком измеряются суммой личных вкладов отдельных медработников, их инициативой, их энергией, их общественной жилкой, их смелыми рационализаторскими попытками.

Но кроме этого активного участия в соревновании индустриальных групп рабочих перед нами широкое поле соревнования нас самих друг с другом, наших учреждений между собой в стремлении укрепить, улучшить и расширить медико-санитарную помощь населению в ее целом.

В условиях несответствия нашей сети выросшим и растущим потребностям населения, четкая безотказная работа наших учреждений, максимум внимания к больному, жесткая борьба с разгильдяйством, волокитой, растратами рабочего времени, сумбуром и неразберихой—долг каждого медработника.

Нужно раз навсегда каленым железом самокритики выжечь изы равнодушного, казенно-формального отношения к делу, нужно отдать себе полный отчет в своей работе, признать, что мы можем и должны работать лучше и производительней.

«Уральский Медицинский Журнал» приветствует почин пермских медработников, начавших первыми в области социалистическое соревнование на путях культурного строительства. «Уральский Медицинский Журнал» убежден, что горячий призыв пермских товарищей найдет отклик повсюду в Уральской области. «Уральский Медицинский Журнал» надеется быть полезным в освещении успехов социалистического соревнования работников здравоохранения области.

Он вправе рассчитывать на использование себя, как трибуны массовой переклички медработников-энтузиастов.

Областное соревнование медработников началось. Вперед, навстречу творческой инициативе масс! Вперед, к новым завоеваниям на путях строительства здравоохранения!

Редакция „Уральск. Мед. Журнала“.



## К ВОПРОСУ О ПЯТИЛЕТНЕМ ПЛАНЕ УРАЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В. И. ВЕЛИЧКИН.

(Продолжение).

При проектировании развития лечебной помощи естественно возникает вопрос о ее дальнейшей специализации. Предпосылками для этого в плане являются: общее увеличение количества лечащих врачей, что повысит процент врачебных приемов, уменьшение нагрузки на одного амбулаторного врача, подбор врачей и организация приемов больных по специальностям, общий рост коек при усилении темпов развития специальных коек за счет так называемых общих и терапевтических, увеличение и улучшение медицинского оборудования лечучреждений и развитие (количественное и качественное) аптечного дела. Количество лечащих врачей по плану предполагается довести с 856 на 1-І—1928 г. до 1.629 чел. в 1932-33 г., в том числе амбулаторных до 1.033. При таком количестве врачей число амбулаторных посещений в день на одного врача (и фельдшера на самостоятельном фельдшерском пункте) должно снизиться (в 1932-33 г.) до 47 чел., что несколько превышает норму, установленную ЦК МСТ (40-45 посещ.).

Определяя общее количество амбулаторных посещений по годам пятилетки, мы исходили из динамики посещаемости за три последние года (перед пятилеткой). Изучение этой динамики показало, что в среднем за один год посещаемость увеличивается на 0,1 на одного жителя и на 0,79 на одного активно-застрахованного (включая в число посещений и членов семей застрахованных). Устанавливая такой-же рост посещаемости на все годы пятилетки (а снижать его у нас на Урале пока нет оснований, так как мы еще далеко не полно обеспечиваем население амбулаторной помощью), получаем следующие предположительные коэффициенты посещаемости:

Г о д ы	1928 - 29	1929 - 30	1930—31	1931—32	1932 33
На 1 жителя . . . . .	2,08	2,18	2,28	2,38	2,48
» 1 акт. застр. . . . .	14,43	15,22	16,01	16,8	17,59

Коэффициент посещаемости на одного незастрахованного в 32-33 г. будет равен, примерно, 1,38. Зная коэффициент посещаемости, норму нагрузки на 1 врача, количество застрахованного и незастрахованного

населения, каждый окрздрав легко может установить необходимое количество амбулаторных врачей в его округе. Естественно, что коэффициенты посещаемости неодинаковы для различных округов.

При проектировании развития амбулаторной сети в городах и поселениях гортина необходимо стремиться к тому, чтобы непосредственно на заводах и фабриках оказывалась исключительно первая помощь (в несчастных случаях, внезапных заболеваниях, острых отравлениях), т. е. чтобы на заводах и фабриках были лишь настоящим образом организованные пункты первой помощи. Для оказания же амбулаторной помощи должна создаваться сеть центральных амбулаторий (поликлиник) с приемом по специальностям, с установлением нормы приема на 1 врача (по каждой специальности отдельно), с соответствующим оборудованием и небольшим радиусом обслуживания, при чем работа амбулаторий, обслуживающих рабочих промышленных предприятий, должна быть приспособлена к обслуживанию всех смен рабочих квалифицированной медпомощью.

Для оказания помощи на дому предусматривается в 1932-33 г. в городах один врач на 10.000 населения, а в поселениях городского типа с населением 15.000 и выше жителей—по 2 врача, 5.000 и выше по 1 врачу на каждый рабочий поселок. В стационарных лечучреждениях к последнему году пятилетки будет в среднем 1 врач на 40 коек (без амбулаторной работы).

Разбивка лечебных коек по отдельным специальностям для городов и поселений городского типа в последнем году пятилетки взята в следующей примерной процентировке:

Наименование коек	%	Наименование коек	%
1. Терапевтические . . . . .	15	8. Венерологические . . . . .	7
2. Хирургические . . . . .	17	9. Туберкулезные . . . . .	3,5
3. Гинекологические . . . . .	7	10. Детские . . . . .	7
4. Родильные . . . . .	15	11. Неврологическ. . . . .	5
5. Заразные . . . . .	14	12. Психиатр. (изол.) . . . . .	2
6. Глазные . . . . .	4	13. Д/хроников . . . . .	2
7. Уха, горла и носа . . . . .	1,5	14. Физиатрич. . . . .	*)

При установлении указанной процентировки мы исходили из норм, рекомендуемых НКЗ, с некоторыми поправками по местным условиям (например, увеличение процента хирургических коек и др.). Доведение соотношения коек до указанной процентировки по специальностям к 1932-33 году должно проходить путем постепенной перестройки отношений в специ койках как за счет общего прироста новых коек, так и за счет значительного сокращения числа «общих» коек и некоторого снижения терапевтических, так как часть этих больных распределится по специальным койкам.

По этим предположениям разбивка больничных коек (без больниц и мест заключения) по отдельным специальностям в городах и поселениях гортина по всей области выразится в следующем:

\*) Предполагается, что физиотерапевтические койки будут в 4-х городах промышленных округов (не считая Свердловска) по 10 коек в каждом.



Наименование коек	Количество коек		Наименование коек	Количество коек	
	1927-28 г.	1932-33 г.		1927-28 г.	1932-33 г.
1. Общие . . . . .	1603	288	9. Венерологическ.	444	692
2. Терапевтич. . . . .	752	1484	10. Туберкулезц. . . . .	83	346
3. Хирургическ. . . . .	1505	1682	11. Детские . . . . .	256	692
4. Гинекологическ. . . . .	407	692	12. Неврологич. . . . .	114	494
5. Родильные . . . . .	972	1484	13. Психиатрич. . . . .	985	1797*)
6. Заразные . . . . .	1184	1384	14. Физиатрич. . . . .	12	200
7. Глазные . . . . .	290	394	15. Для хроников . . . . .	26	197
8. Уха, горла, носа . . . . .	46	147	Всего . . . . .	8675	11973

Естественно, что каждая больница не может иметь койки всех видов специальности. Но каждый округ должен в общем иметь койки по всем специальностям примерно в указанной пропорции, при чем в небольших поселениях городского типа неизбежно останется еще некоторый процент общих коек, который нами ориентировочно принят равным 5 (считая койки только поселений гортипа).

В сельских местностях разбивка коек по специальностям не проведена. Из общего количества сельских коек (3808 в 1932-33 г.) выделены лишь в родильные и заразные койки, количество которых по годам рисуется в следующем виде:

Наим коек	Г о д ы	1928 - 29	1929 - 30	1930 - 31	1931 - 32	1932 - 33
1. Родильные . . . . .		555	600	645	700	761
2. Заразные . . . . .		337	364	440	530	658

Это объясняется тем, что в виду общего весьма ограниченного количества коек на селе в подавляющем большинстве случаев специальная помощь (кроме родильной и заразной) для сельского населения будет все еще оказываться в больницах городов и поселений городского типа. Как обязательный минимум, планом предусматривается полная организация районной больницы со всеми основными видами специализации согласно постановления ВЦИК и СНК РСФСР от 14-ХП—1925 года всего в 16 районах области (по одной на каждый округ). Часть участковых больниц будет иметь лишь общие койки, а другая часть (где будет несколько врачей) выделит лишь отдельные основные специальности.

Планируя сеть по отдельным районам, окрздравы должны считаться с особенностями каждого района по видам промышленности, по укладу сельского хозяйства, а также с бытовыми и эпидемиологическими его особенностями.

\*) Без патронажных, которые в 27-28 г. не было, а в 32-33 году будет 350.

По материалам Уралстрахкассы видно, что заболеваемость рабочих, занятых на различных видах промышленного труда, далеко не одинакова. Так, на 100 застрахованных приходилось в 1926 году случаев заболеваний по всем классам и формам:

Вид промышленности	Мужчин	Женщин	Вид промышленности	Мужчин	Женщин
Добывающая . . . .	112,1	81,1	Кожевенная . . . .	118,5	115,0
Металлургическая . .	109,0	108,4	Химическая . . . . .	127,6	191,0
Обраб. минер. вещ. .	121,5	128,5	Лесопильная . . . . .	138,5	207,4
Текстильная . . . . .	135,9	141,9	Графическая . . . . .	86,1	114,2

Исходя из изучения отдельных видов промышленности и других местных условий, окрздравы и должны распределить намечающийся по пятилетке коечный фонд (а также и другие лечебные мероприятия) по отдельным районам. Также надо планировать и специальные виды медпомощи, так как в зависимости от вида производства находится и характер заболеваемости рабочих. То же и по отношению к родильной помощи. Так, по тем же данным видно, что за 1926 год на 100 женщин было нормальных родов: у занятых в металлургии 6,6, на обработке минеральных веществ 8,8, в добывающей промышленности 9,0, лесопильной 11,4, графической 16,8, текстильной 17,4, кожевенной 18,6 и т. д. Из этого примера следует, что, проектируя развитие родовспоможения, нельзя подходить с единой меркой к обслуживанию работниц, занятых в различных производствах.

Не может быть общим подход и к планированию сельской сети. Здесь, открывая новую участковую больницу, врачебную амбулаторию, ясли и проч., Окрздравы должны исходить из необходимости первоочередного обслуживания сезонных рабочих, батрачества, совхозов, колхозов и коммун\*). Необходимо уделить должное внимание обслуживанию наименьшинств и особенностям этого обслуживания. Надо учесть также и такие факторы, как наличие хронических инфекций (туберкулез, сифилис, малярия, трахома и т. д.), а также очагов остро-заразных болезней (сыпной, возвратный, брюшной тифы, натуральная оспа, дизентерия и др.). И в зависимости от особенностей в этом отношении того или иного района или части его—развертывать те или иные учреждения и мероприятия. Развертывать сеть надо в зависимости от производственной, политической и санаторной значимости того или иного района и пункта. Механического подхода здесь не должно быть. Только при этом условии мы будем иметь максимальную эффективность в нашей работе. Само собой разумеется, что главной заботой должно быть—лучшее обслуживание индустриальных рабочих.

При проектировании лекарственной помощи населению, учитывая развитие физиатрических и других специальных методов лечения, а также развитие профилактического направления в лечебном деле, Облздравотдел исходил из необходимости снижения количества рецептов на одно амбулаторное посещение. В 1927 году в среднем по области на 1 амбулаторное посещение приходилось 1,2 рецепта, при чем в городах мы имели 1,4, а в сельских местностях 1,1. К концу пятилетки предположено довести количество рецептов

\*) О принципах и методах обслуживания совхозов, смотри статью Г. Брук в № 5 „Вопросы здравоохранения“, за 29 год.



на 1 амбулаторное посещение до следующих размеров: в городах и поселениях городского типа до 0,5 рецента, в сельских местностях до 0,8—на посещение.

Количество аптек возрастает так:

Г о д ы	Облгород		Округ: ода		Пос. гортипа		Сельск. мест.		Всего
	Здравотдел	Медторг	Здравотдел	Медторг	Здравотдел	Медторг	Здравотдел	Медторг	
1927 - 28 . . . . .	4	6	29	27	82	34	176	27	385
1932—33 . . . . .	4	12	29	30	102	51	270	59	557

Кроме того, предусмотрены еще аптечки при фельдшерских пунктах, а также аптечки первой помощи на мелких предприятиях (где нет пунктов первой помощи), в местах скопления сезонных рабочих (лесорубы, сплащики леса, строители), в небольших совхозах, колхозах и коммунах, при чем подготовку к оказанию первой помощи должны взять на себя организации РОКК. В этом отношении значительные результаты может также дать наша санпросветработа. Окргздравам необходимо разработать точные планы развития аптек первой помощи, с обеспечением контроля над ними и периодического пополнения. Развитие аптечного дела на местах по линии здравоохранения должно идти в соответствии с развитием мероприятий отделениями Уралмедторга, с наибольшим использованием их аптек.

Курортное дело должно получить значительное развитие, что вызывается необходимостью максимального использования уральских курортов, как высоко ценного лечебного фактора, во многих случаях дающего в смысле лечебного эффекта для трудящихся Урала лучшие результаты, чем курорты центрального значения (Кавказ, Крым). Кроме того, более низкая стоимость уральских курортов по сравнению с южными дает возможность за те же финансовые ресурсы оказать курортную помощь большему контингенту больных. На четырех курортах областного значения («Озеро Горькое», Н.-Серги, Курьи и Троицкий кумысрайон) предполагается увеличить количество обслуживаемых больных с 2.959 чел. (1927-28 г.) до 4.527 человек (1932-33 г.), т. е. на 53 проц. При этом количество амбулаторных больных должно увеличиться с 1.089 чел. до 2.338, а коечных со 1.870 до 2.189 чел. Количество отпускаемых процедур возрастет со 144 тыс. до 216 тыс. в год. Планом предусматривается также изучение имеющихся курортов окружного значения (Ключи, Озеро Медвежье, Усолье) и научно-исследовательская работа по изучению курортных богатств Урала вообще. Развитие курортов местного значения, а также расширение возможности использования областных курортов должно быть предусмотрено окргздравами в окружных планах.

Количество рентгеноустановок в лечучреждениях области по годам пятилетки намечено такое: 34, 51, 61, 66, 71 и 76 (для 1932-33 года).

При проектировании развития протезного дела Облздравотдел исходил из такого расчета. В настоящее время на Урале мы имеем до 2.500 чел.



инвалидов войны. В течение пяти лет им необходимо будет сделать 2.500 новых протезов (каждому по 1 протезу) и 825 протезов ( $\frac{1}{3}$ ) на возобновление изношенных, следовательно, всего 3.325 единиц. Для обеспечения инвалидов труда берем установку (по НКЗ) на то, чтобы к концу пятилетки на 1.000 активно-застрахованных было обеспечено 3 протеза, что для 1932-1933 года даст примерно 1.881 единицу. Стоимость протеза в среднем равна 78 рублям, откуда не трудно высчитать необходимое количество средств на протезирование как на все пять лет, так и по годам, что окрздравотделы и должны проделать, составляя окружные планы.

Заканчивая обзор развития лечебного дела, мы отметим еще необходимость практического перехода крупных лечебных учреждений (прежде всего в крупных фабрично-заводских центрах) на диспансерный метод работы. Для обеспечения полной возможности этого перехода в плане предусмотрено следующее: специализация амбулаторной и коечной помощи, уменьшение нагрузки у амбулаторных врачей, введение в штат всех крупных амбулаторий сестер-обследовательниц, развитие института помощи на дому, развитие мероприятий по борьбе с профзаболеваемостью, организация ряда вспомогательных учреждений (санатории для нетуберкулезных больных, диетстоловые), разработка учетных данных по общей заболеваемости и проч. Необходимо только добиться эволюции врачебной мысли в этом направлении, о чем приходится упоминать в силу того, что консерватизм мышления в этом вопросе поразительный.

В области судебно-медицинской экспертизы предусматривается расширение областной судебно-медицинской лаборатории (с увеличением штатных единиц с 4 до 7), доведение штата судебно-медицинских экспертов-специалистов, работающих исключительно в этой отрасли, до 19 чел. и оплата труда врачам, не специально работающим по судебной медицине, в размере 11 ставок врачей-экспертов.

Санитарно-эпидемическое дело. Чрезвычайно низкий уровень санитарной культуры при наличии все еще высокой смертности и заболеваемости населения остро-заразными болезнями, совершенно необходимыми при современном состоянии науки, диктуют необходимость уделения большего, чем было до сих пор, внимания, больших сил и средств санитарному делу вообще и борьбе с эпидемиями в частности. В области санитарного надзора, особенно в связи с предстоящим громадным ростом городов и рабочих поселков, обусловленным индустриализацией Урала, а также с начинающейся реконструкцией сельского хозяйства, связанной с организацией мощных совхозов и коллективных форм земледелия, сопутствующей механизацией крестьянского труда и изменением бытового уклада, перед нами встают громадные задачи, разрешить которые мы обязаны, если хотим выполнить наш долг всемерного содействия строительству социализма данными гигиенической науки. Здесь прежде всего нам придется вести работу по благоустройству населенных мест (планировка, промышленное и коммунальное строительство, водоснабжение, удаление отходов, банно-прачечное дело, текущий санитарный надзор), по пищевому надзору (производство продуктов питания, общественное питание, рынки), по профессиональной заболеваемости и, наконец, по борьбе с остро-заразными заболеваниями, этим позором Урала. В борьбе с эпидемиями Облздравотделом в пятилетнем плане взята твердая установка на полную ликвидацию натуральной оспы и ликвидацию эндемических очагов паразитарных тифов. Все окрздравотделы и все медработники, вне зависимости от специальности и квалификации, должны отчетливо усвоить себе эту установку, постоянно помнить о ней и во что бы то ни стало выполнить эту задачу.



Расходы на санитарно-эпидемические мероприятия (не считая стоимости заразных коек, пунктов первой помощи на предприятиях и  $\frac{2}{3}$  оснопрививательниц, предусмотренной в расходах на лечебное дело, а также на санпросвет, выделенный отдельно) возрастают с 754.677 руб. в 1927-28 году до 1.564.700 руб. в 1932-33 году, составляя за все пять лет сумму в 5.656.735 р.

Рост сети сан-эпид-учреждений и мероприятий по области виден в следующей таблице:

№№ по пор.	Учреждения и мероприятия	1927-28 г.	1928-29 г.	1929-30 г.	1930-31 г.	1931-32 г.	1932-33 г.
1	Бакинституты . . . . .	2	2	2	2	2	2
2	Сан.-лаборатории . . . . .	15	16	17	18	20	21
3	Дезостанции . . . . .	2	2	3	4	5	6
4	Дезопункты . . . . .	0	5	8	12	14	17
5	Изоляционно-пропускные пункты . . .	0	0	1	2	2	2
6	Малярийные станции . . . . .	3	3	3	4	5	6
7	» отряды . . . . .	2	2	2	3	5	8
8	Пастеровские станции . . . . .	2	3	3	3	3	3
9	» пункты . . . . .	13	13	14	14	15	17
10	Институт по профзаболеваемости . .	0	0	1	1	1	1
11	Профдиспансеры . . . . .	3	3	4	5	5	5
12	Профконсультации . . . . .	0	1	3	5	8	10
13	Профотряды . . . . .	2	2	2	3	3	3
14	Санитарные врачи . . . . .	67	78	91	112	136	158
15	Пом. сан. врачей . . . . .	27	32	42	53	63	71
16	Оспопрививат. при сан. врачах . . . .	—	53	73	93	113	122*)
17	Дезинфекторов » » » . . . .	18	18	28	38	48	58
18	Заразные койки . . . . .	1438	1451	1600	1733	1842	2042

В виду того, что при запроектированном количестве заразных коек нужда в коечном аппарате при эпидемических вспышках далеко не будет покрыта, в плане предусмотрены ассигнования в эпидемический фонд (за счет государственного, областного и окружных местных бюджетов) в размере 160.000 руб. для первого и 260.000 руб. для последнего года пятилетки. Помимо оборудования и содержания временных заразных барачков эти кредиты должны пойти также на содержание эпидемических отрядов, прививочных отрядов и на снабжение пораженных эпидемией округов дополнительными дезосредствами и аппаратурой, а также сыворотками, вакцинами, хинином и т. д.

\*) Сверх предусмотренных в штатах больниц.

Помимо количественного роста сети учреждений предусматривается также расширение объема работы и повышение ее качества в имеющихся учреждениях. Так, бакинституты должны расширить имеющиеся отделения по выработке сывороток и вакцин, а также эпидемиологические отделения. Кроме того, в задачи бакинституты включается руководство окружными и районными лабораториями в части изучения эпидемий и санитарно-гигиенических обследований. Также меняется объем и направление работы санитарно-бактериологических и санитарно-гигиенических лабораторий: клинические анализы, составляющие в настоящее время в большинстве лабораторий главную их работу, передаются в клинические лаборатории при леч-учреждениях. За счет этого санитарные лаборатории расширяют и углубляют работу по изучению эпидемий и санитарным анализам.

Чрезвычайно важным является вопрос о кадрах санитарных работников и прежде всего санитарных врачей. По нормам «Положения о санитарных органах Республики» уже в этом году Уралу надо иметь свыше 200 санврачей, а между тем к концу пятилетки запроектировано количество их в 158 чел. (вместе с работающими в аппаратах здравоохранения), что составит лишь около 50 проц. нормы. Такие скромные расчеты мы были вынуждены сделать исключительно в силу очень ограниченного количества врачей санитарной специальности. Тем настойчивее и полнее мы должны выполнить намеченное планом количество, а в этом у нас не будет уверенности, если окрздравотделы также равнодушно, как до сих пор, и впредь будут относиться к санитарному делу вообще и в частности к привлечению санитарных врачей и к созданию нормальных условий для их работы. Для этого планом предусматриваются следующие мероприятия: 1) повышение к 1932-33 г. зарплат санитарным врачам до 250-275 р. в месяц, в зависимости от их квалификации; 2) обеспечение каждого санитарного врача транспортом; 3) организация при каждом санвраче небольшой гигиенической лаборатории и библиотеки; 4) наличие при санитарных врачах их помощников, оспопрививательниц, дезинфекторов, а также дезинфекционных установок, приборов и средств; 5) обеспечение санврачей соответствующими квартирами. Только при выполнении этих условий, а также при рационализации труда санврачей, мы сможем более или менее удовлетворительно разрешить проблему обеспечения области авторитетным и действенным санитарным надзором. К созданию этих условий необходимо приступить теперь же.

Из общего количества санитарных врачей (158 чел.) намечено иметь специалистов по жилищной санитарии 9 и по пищевой 4 чел. Показатель количества жителей на 1 санврача значительно изменится: так, в 1927-28 г. всего по области на 1 санврача приходилось 105 тыс. жителей, а в 1932-33 г. с учетом прироста населения их будет 52,5 тыс.

Необходимо стремиться к развитию консультационной деятельности санитарных врачей по вопросам оздоровления труда и быта населения.

Чтобы выполнить задание о ликвидации натуральной оспы, мы должны проводить оспенные вакцинации и ревакцинации в следующих размерах: на каждую тысячу жителей 1928-29 году 400; в 1929-30 г. 400, в 1930-31 г. 220, и в два последних года по 120.

Заканчивая освещение вопроса об общем санитарном надзоре и о борьбе с эпидемиями, мы должны еще раз подчеркнуть ту мысль, что санитарно-эпидемическое дело не является прерогативой исключительно санитарных врачей. Районные врачи помощи на дому, участковые, амбулаторные и др. лечащие врачи тоже несут ответственность за это дело, и оно в их сознании должно получить большее, чем до сих пор, значение и вызвать соответствующую активность в этой части их деятельности.



В области изучения профзаболеваемости и борьбы с ней первенствующее внимание мы уделяем металлургии, этой основной отрасли промышленности Урала. Рабочих, занятых в этой промышленности, должны обслуживать и клиника и профдиспансер (кабинеты). На втором месте стоит каменно-угольная промышленность (в частности — Кизел). Научно-практическое руководство этим делом предполагается поручить Уральскому Институту профболезней. На периферии будут работать к 1932-33 году 5 профдиспансеров (в Златоусте, Перми, Н.-Тагиле, Челябинске и Кизеле), 3 профотряда и 10 санитарных врачей специалистов по профессиональной гигиене (профконсультации). Естественно, что совместно со специальными учреждениями по профзаболеваемости, вся лечебная организация, и прежде всего пункты первой помощи на предприятиях, диспансеризованные амбулатории и обслуживающие их стационары должны вести работу по профзаболеваемости, в частности по учету профотравлений, профтравматизма и борьбе с ними, а также путем периодических осмотров рабочих вредных производств.

**Борьба с социальными болезнями.** Расходы на борьбу с туберкулезом и венерическими болезнями, равные в 1927-28 г. 1.536 тыс. руб., в 1932-33 г. возрастают до 3.852 тыс. руб., составляя за все пять лет 13.207 тыс. руб. А удельный вес их в общих расходах на здравоохранение повышается с 6,8 до 8,6 проц.

Рост количества противотуберкулезных учреждений виден в следующей таблице:

№ № по пор.	Наименование учреждений	1927-28 г.	1928-29 г.	1929-30 г.	1930-31 г.	1931-32 г.	1932-33 г.
1	Диспансеры . . . . .	18	21	22	25	28	30
	Койки при их вспомог. учрежд. . . .	508	555	660	750	870	1000
2	Пункты . . . . .	1	2	4	7	10	12
3	Санаторные койки . . . . .	364	465	565	615	668	838*)
4	Люпозории . . . . .	0	1	1	1	1	1
	Койки в них . . . . .	0	30	30	30	30	30**)

Кроме этого, как указано выше, предусматривается увеличение коек для туберкулезных больных в больницах с 92 до 346, при чем в больничных отделениях должны быть созданы соответствующие условия не только для изоляции, но и для лечения таких больных.

Как видно из таблицы, сеть противотуберкулезных учреждений сильно растет. Однако, она будет все еще слабой в смысле охвата населения специальной тубпомощью. Так, исходя из данных статистики, зарегистрировавшей за 1926 г. на 10.000 населения 156 больных туберкулезом

\*) Без туберкулезных коек в санаториях Уралкузупра и Уралстрахкасы.

\*\*) Кроме того—70 мест в колонии для люпозорных больных.

легких и 56 больных туберкулезом прочих органов, получим общее количество больных легочным туберкулезом на Урале (по населению на 1 января 1927 года) равным 110.100 чел. При самой скудной норме в удовлетворении койками 7 проц. всех больных (не считая коек вспомогательных учреждений), получим, что надо предоставлять ежегодно туберкулезные койки 7.700 больным, т. е. иметь годовых санаторных и больничных коек 1.284. Кроме того, исходя из заболеваемости населения туберкулезом прочих органов (56 : 10 т. населен.), получим больных прочими формами туберкулеза 38 тыс., из которых, как указывают литературные данные, до 20 проц. падает на костных, т. е. 7.600 чел. Если взять минимальный процент госпитализации костно-туберкулезных больных (10 проц.), то, принимая во внимание пропускную способность койки равную 0,6 в год, получим, что надо иметь еще 1.266 коек. Сюда надо еще прибавить койки для прочих туберкулезных больных (не легочных и не костных), количество которых равно 38.046 — 7.600 = 30.446 чел. Исчисляя для них количество коек по такому же методу, как для легочных больных, получим еще дополнительно 354 койки, а всего таким образом количество туберкулезных коек должно было быть уже сейчас 2.904. Мы же будем иметь к 1932-33 г. 1214 койки (838 + 346 + 30). Если учесть туб-санаторные койки Уралкурпра, которых будет 175 и Уралстрах-кассы 160 коек, то всего мы будем иметь 1.549 коек, т. е. 53 проц. от приведенного выше расчета, при чем в этом расчете мы не принимали во внимание прирост населения и исходили из предположения, что роста заболеваемости туберкулезом не будет.

Отсюда следует, что тубдиспансеры и пункты должны максимально развить работу по оказанию помощи туберкулезным больным на дому, что в настоящее время имеет очень небольшие размеры. Значительную помощь в этом деле окажут дневные и ночные санатории, количество коек в которых удваивается (с 508 до 1000). Кроме того, необходимо поставить на должную высоту дело изоляции больных-бацилловыделителей. Необходимо также озаботиться большим обеспечением больных костным туберкулезом соответствующими протезами.

В деле борьбы с венерическими заболеваниями запроектировано увеличение вендиспансеров с 17 до 28, венотрядов с 4 до 8 и венпунктов с 10 до 24. Количество больничных коек, как было уже указано, возрастает с 433 до 692. Для борьбы с проституцией намечается организация трех профилакториев (в Свердловске, Перми и Челябинске) с общим количеством мест на 150 чел.

Борьба с алкоголизмом, помимо общих санитарно-просветительных мероприятий, будет проводиться 7 невро-психиатрическими диспансерами. Предусматривается также выделение коек для алкоголиков и организация для них лечебно-трудовой колонии.

Санитарное просвещение должно занять значительное место в общей системе наших оздоровительных мероприятий. Расходы на санпросвет возрастают со 126.478 руб. (в 1927-28 году) до 450 тыс. руб., составляя за 5 лет 1.878.491 руб. Удельный вес расходов на санпросвет на все годы пятилетки устанавливается в размере 1 проц. от всего расхода на здравоохранение (считая с капитальными вложениями). Количество Домов Санпросвета возрастает с 7 до 11, постоянных выставок (как самостоятельных учреждений) с 14 до 28 единиц в окружных городах, где не будет ДСП и во всех крупнейших поселениях городского типа. Кроме того предусматриваются расходы на научную и культурно-просветительную ра-



боту в стоимости содержания коечного аппарата, и это должно способствовать развитию санпросветработы в стенах наших лечебных учреждений, где санпросвет в соединении с воспитательным влиянием режима и условий больничной обстановки может дать при правильной постановке особенно ценные результаты.

Охрана материнства и младенчества. Расходы на мероприятия и учреждения по охране материнства и младенчества возрастают с 1.359.201 руб. (1927-28 г.) до 3.842.332 руб. (в 1932-33 г.), составляя за все пятилетие сумму в размере: 14.185.986 руб. При этом удельный вес расходов на Охматмлад в общем расходе на здравоохранение повышается с 6,0 проц. (27-28 г.) до 8,1 проц., составляя в расходах за все пять лет в среднем 8,5 проц.

Рост сети учреждений виден из следующей таблицы:

№ № по пор.	Наименование учреждений	1927-28 г.	1928-29 г.	1929-30 г.	1930-31 г.	1931-32 г.	1932-33 г.
1	Детские консультации . . . . .	103	110	124	136	150	164
2	Консультации для женщин . . . . .	29	32	38	44	50	54
3	Постоянные ясли . . . . .	55	68	75	85	100	115
	Мест в них . . . . .	1480	1850	2250	2650	3190	3720
4	Дома ребенка . . . . .	6	6	6	6	6	6
	Мест в них . . . . .	245	225	225	225	225	225
5	Дома матери и ребенка . . . . .	10	10	11	13	15	16
	Мест в них . . . . .	420	420	480	600	720	780

Основная установка—развертывание учреждений открытого типа и патронажной деятельности. При построении сети по охране материнства и младенчества Облздравотдел исходил из следующих положений:

1. Среднее количество населения на 1 консультацию по РСФСР равно примерно 38 тыс. чел., а на Урале (в 1927-28 году) 42.355 чел. Чтобы снизить количество населения на 1 консультацию по городам и поселениям городского типа к фактически установившемуся в РСФСР (38 тыс., теоретическая же норма 20 тыс.), необходимо иметь к концу пятилетки 54 консультации, что и предусмотрено. На 1 сельскую консультацию приходилось на Урале в 1927-28 году 110.198 жителей. Мы ставим задачей уменьшить количество жителей вдвое, т. е. берем расчет в 1932-33 году иметь на 1 сельскую консультацию 55 тыс. населения, что дает с учетом прироста населения 110 консультаций. А всего таким образом мы будем иметь 164 консультации.

2. Учитывая, что количество детей ясельного возраста равно, примерно, 20 проц. количества женщин, что в яслях нуждается 75 проц. детей рабочих, что на 1-VII—27 г. на Урале было занято на производстве 26.254 жен.

щины, считаем, что количество ясельных коек на 1927 год должно было быть 3.936 (а мы имели фактически 1.200). Предполагая, что количество женщин-работниц за 5 лет возрастет примерно на 50 проц., получим потребность в ясельных койках равной 5.904. Однако, финансовые перспективы и лимит медперсонала не дают возможности запроектировать выполнение этой нормы полностью, поэтому мы установили количество коек в 3.500, что составит 61 проц. нормы. Кроме того, прибавляем 20 проц. потребности в ясельных койках для детей женщин-служащих (которых было 6.383 чел. и рост которых предполагаем на 15—20 проц.), что составляет 220 коек, и таким образом получаем общее количество коек в постоянных яслях городов и поселений городского типа для последнего года пятилетки равным 3.720, как и указано в таблице.

Что касается постоянных яслей в деревне (при совхозах, колхозах и коммунах), то определенного их количества в областном плане не предусмотрено. Разработкой этого вопроса должны заняться окрздравы по договоренности с соответствующими организациями, при чем содержание таких яслей (кроме совхозов) должно идти за счет тех хозяйств (коммун, колхозов), которые их будут иметь. Дело окрздравов—быть инициатором и помощником в этом деле и там, где это необходимо, частично субсидировать ясли. При совхозах же ясли должны развертываться и содержаться за счет средств органов здравоохранения.

3. Количество летних сельских яслей доводится в последнем году пятилетки до 422 из такого расчета: каждый рай, а их в области 211, должен иметь на своем бюджете 1 сельские ясли и денежный фонд в размере стоимости тоже 1 яслей для дотации к средствам организации и населения, ассигнуемым на ту-же цель. Таким образом намеченное в плане количество летних яслей обеспечивается из средств местного бюджета. Кроме этого мы предусматриваем дополнительное развертывание 385 летних яслей по области из других финансовых источников:

№ по пор.	Наименование организации	1927-28 г.	1928-29 г.	1929-30 г.	1930-31 г.	1931-32 г.	1932-33 г.
1	Р. О. К. К. . . . . .	—	30	40	45	50	60
2	Кооперация . . . . .	—	35	50	60	70	80
3	Деткомиссия ВЦИК . . . . .	—	35	60	70	80	90
4	Колхозы и коммуны . . . . .	—	16	20	30	50	60
5	Население . . . . .	—	60	70	85	95	95

Каждый окрздрав должен договориться с упомянутыми организациями, чтобы в их планах было предусмотрено обеспечение такого развития летних яслей. Что касается количества таких яслей по отдельным округам, то здесь исходя из областных показателей, надо будет подсчитать количество населения, количество колхозов и коммун, количество пайщиков в кооперации и т. д.



Улучшение родовспомогательной помощи населению планом предусматривается такое: 1) количество родильных коек в городах и поселениях городского типа возрастает с 972 до 1.484, а на селе с 555 до 761. 2) Количество акушерок должно быть таким, чтобы количество населения на 1 акушерку снизилось в городах и поселениях городского типа с 2.735 чел. до 2.500 чел. (норма НКЗ), а в сельских местностях с 20 тыс. до 12.500 чел. Насколько обеспечим мы население родильной помощью? Трудно высчитать точно, но некоторое представление об этом мы можем иметь хотя-бы на основании следующих расчетов. Всего населения на Урале в 1927 году было 6.794 тыс. чел. Рождаемость за тот-же год была 43,1 на 1.000 населения. Следовательно, количество родов равнялось 292 т. Чтобы обеспечить акушерской помощью все эти роды, надо было бы иметь 1 акушерку на 2.326 жителей, а мы будем иметь через пять лет, как указано выше: в городах 2.500, а на селе 12.500 жителей. Возможно, что в связи с понижением смертности и повышением культурного уровня населения, рождаемость к концу пятилетки несколько снизится, однако разрыв между потребностью и возможностью все-же будет большой. То-же и по родильным койкам. Для обслуживания 292 тыс. родов надо иметь (считая по 6 дней пребывания роженицы на койке) 7.800 коек, 1 койку на 1.145 жителей, а мы будем иметь: 1 : 3.696 жителей. Правда, и здесь надо учесть возможное понижение рождаемости, а также некоторый процент неизбежных родов на дому, но и то удовлетворение родильными койками вряд-ли превысит 40 проц. приведенной нормы. Принимая во внимание чрезвычайно слабую организацию медицинской помощи в прошлом, такое положение уже является большим шагом вперед. Подобные же расчеты на полный охват нам необходимы для того, чтобы отчетливо представлять себе перспективы развития дела здравоохранения, которое, естественно, будет развиваться не только в ближайшее пятилетие. Мы это должны иметь в виду, как наметку для генерального плана, и при том, разумеется, наша плановая мысль должна идти дальше рамок только текущей пятилетки не только по линии матмлада, но и по всем другим отраслям здравоохранения.

Охрана здоровья детей. По данным переписи населения за 1926 год, грамотного детского населения в Уральской области было 705.575 человек. По данным органов народного образования к концу пятилетки это количество организованных детей должно возрасти примерно на 26 проц. Чтобы обеспечить всех детей сетью учреждений по ОЗД по нормам, предусмотренным совещанием по ОЗД при НКЗ, необходимы такие финансовые ресурсы и такое количество квалифицированных работников, какими мы не располагаем; поэтому, планируя сеть учреждений по ОЗД, Облздравотдел исходил из того общего положения, что дело охраны здоровья детей на Урале, как впрочем и в большинстве других районов Союза, стоит на недопустимо низкой ступени развития по сравнению с другими отраслями здравоохранения. Получается провал в наших заботах об охране здоровья населения. Учитывая это, мы и запроектировали в пятилетнем плане наибольший темп развития для мероприятий по охране здоровья детей по сравнению с другими мероприятиями. Так, расходы по ОЗД, составлявшие в 1927-28 г. 412.881 руб., к 1932-33 году возрастают до 2.319.200 руб., т. е. увеличиваются более чем в 5 раз в то время, как весь расход на здравоохранение увеличивается в 2 раза. Удельный вес расходов на ОЗД повышается с 1,8 в 1927-1928 году до 5,2 в 1932-33 г.

Развитие сети мероприятий по ОЗД по годам пятилетки видно из следующей таблицы:



№ № по пор.	Наименование мероприятий	1927-28 г.	1928-29 г.	1929-30 г.	1930-31 г.	1931-32 г.	1932-33 г.
1	Проф. амбулатория . . . . .	4	6	13	14	16	18
2	Пункты по ОЗД . . . . .	14	16	12	19	25	30
3	Вспомогат. койки при амбул. и пунктах	65	90	140	215	315	445
4	Койки в постоянн. учрежден. по ОЗД:						
	а) для нерво псих. аномалий . . . . .	50	50	50	100	100	150
	б) для физич. аномалий . . . . .	30	30	80	150	200	240
5	Койки в санаторных колониях для рабочих подростков . . . . .	38	54	70	100	150	200
6	Мест для юных пионеров в санатор. лагерях и детских санаторных колониях . . . . .	101	110	120	130	140	150
7	Врачи по О. З. Д. . . . .	53	63	75	95	120	137

Таковы мероприятия по ОЗД. Необходимо иметь в виду, что они могут быть выполнены лишь в том случае, если руководители делом здравоохранения на местах осознают всю важность оздоровительной работы среди детского населения и отрешатся от того взгляда, который к нашему стыду, еще имеет место, что ОЗД, это что-то второстепенное, какое-то баловство, на которое можно расходовать средства «постольку, поскольку». Развивая мероприятия по ОЗД из бюджетных средств, мы также должны для их расширения привлекать средства Деткомиссии ВЦИК, профсоюзов, РОКК, кооперации и населения.

Научно-исследовательская работа должна охватить собою целый ряд вопросов, из которых важнейшими являются следующие: изучение влияния экономических и климатических условий на заболеваемость населения Урала, географическое распространение заболеваний, изучение детской и общей смертности и причин их; изучение эндемических очагов острозаразных болезней, особенностей заболеваемости населения Урала по сравнению с другими частями Советского Союза, ряда проблем по профессиональной заболеваемости, природных лечебных факторов Урала и т. д. Для повышения всей этой работы и для большего приближения науки к практике советского здравоохранения, в плане предусматривается расширение в этом направлении деятельности имеющихся учреждений, большая увязка в работе с Медфаком П. Г. У. и проведение подготовительной работы к организации на Урале Института Социальной Гигиены.

Кроме разработки отдельных научно-медицинских вопросов, на этот институт в будущем должна быть возложена чрезвычайно важная задача по выявлению подбоающего места здравоохранения в нашем социалистическом строительстве, по установлению оптимальных отношений между отдельными отраслями здравоохранения на основе изучения социально-гигиенических условий существования населения Урала, а также по изучению других общих проблем здравоохранения. Социализм—организация общества, по-



---

строенная на началах науки, а потому и гигиеническая наука должна получить широкое применение в строительстве социализма. А для этого надо, во-первых, поставить на должную высоту разработку проблем молодой науки—социальной гигиены, и, во-вторых, добиться полного вращивания идей здравоохранения во все поры хозяйственной и культурной жизни страны.

От постройки и работы заводов-гигантов до состояния и работы мастерской кустаря; от организации работы мощных совхозов и колхозов до труда и быта отдельного крестьянина бедняка и средняка; от проектировки города-сада до постройки крестьянской избы; от обороны страны до повышения физической культуры каждого трудящегося и т. д. и т. п., словом—от широких санитарно-профилактических мероприятий обще-социального порядка до индивидуального труда и быта каждого рабочего и крестьянина— все должно быть просмотрено с точки зрения социальной гигиены и в процессе общей социалистической перестройки перестраиваться в полном соответствии с нею. Весь цикл человеческой жизни, все ее важнейшие моменты, как трудового коллектива в целом, так и отдельных его индивидуальностей, должны войти в круг неустанных забот здравоохранения на основе растущего культурного уровня масс, их активности и творчества.

От совета при вступлении в брак, через консультацию беременным, через роды в гигиенической обстановке с врачом и акушеркой, через детскую консультацию к яслям, детскому саду, школе, также организованным на началах современной гигиены и педагогики; через научный выбор и организацию работы к здоровому труду; через оздоровление труда и быта к максимальному сокращению заболеваний, но к доступному для всех трудящихся, высококвалифицированному лечению в случае заболевания,—все это также является заботой и предметом социальной гигиены и ее прикладной отрасли—органов и учреждений здравоохранения.

Высокий уровень экономического благосостояния и культурности населения при всестороннем воздействии гигиенической науки на всю жизнь и деятельность как всего общества, так и каждого отдельного человека, приведет к резкому снижению общей и детской смертности, снижению общей заболеваемости и полному прекращению заболеваний, зависящих от социальных и бытовых условий существования населения, к повышению рабочего возраста, удлинению срока жизни и к такой смерти, которая будет гармоническим завершением полноценной, здоровой и трудовой жизни, а не преждевременным ее прекращением, как это бывает в огромном большинстве случаев и до сих пор.

Такое глубокое влияние здравоохранения немыслимо без широкого развития всех звеньев здравоохранительской работы и в первую очередь ее санитарно-профилактического сектора. Твердость в проведении принципиальных установок, стройное пропорциональное потребностям социального коллектива развитие дела здравоохранения при наиболее рациональной постановке и высоком качестве всей работы—в значительной степени будут ускорять процесс влияния гигиенической науки на все стороны народно-хозяйственной жизни. Таковы, как нам кажется, основные задачи Института Социальной Гигиены и его значение в практике здравоохранения.

*(Окончание следует).*



## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В В.-КАМСКОМ ОКРУГЕ\*).

Д-р И. К. КУРДОВ.

В.-Камский округ занимает 70 тыс. кв. клм. на северо-восточной части Прикамья с населением 215,6 тыс.; плотность населения 2,9 на кв. клм. Лесистость округа превышает 80 проц. Округ разделен на 7 районов, имеющих 1.376 населенных пунктов, из коих 18 селений городского типа. Округ богат каменным углем, солью, калиевыми солями, имеются железные руды, золото и платина. Добыча ископаемых, развитие химической промышленности, использование лесных богатств служат основой для развития хозяйства округа, но для земледелия условия мало благоприятны. Преобладающая национальность—русская, 2-е и 3-е место занимают татары (2,5 проц.) и пермяки (1,5 проц.). 33 проц. населения относятся к жителям городов и фабрично-заводских поселков и 12,6 проц. жителей округа занято по найму; активно застрахованных 24,2 тыс.

Лечебное дело. С осени 28 г. лечебным инспектором состоит школьный фельдшер (он же зам. зав. окрздравом), произведший за это время обследование учреждений Кизеловского района и Усолья. Из совещаний созывалось одно по вопросам снабжения расходования медикаментов. Амбулаторная помощь в округе бесплатная для всех, стационарная и медикаментозная для всех, кроме нетрудового элемента. Врачебных участков 17 (все они больничные), из них 3 в сельских местностях; врачебных амбулаторий 18, из них 3 со специальными приемами. Фельдшерских пунктов 28, из них 24 в сельских местностях; акушерских пунктов 24, из них 9 сельских. Пунктов первой помощи на предприятиях 7 (все фельдшерские), пунктов помощи на дому 3, станций скорой помощи 2, зубоврачебных кабинетов 7 и зублабораторий 2. В округе 21 больница (вместе с приемными покоями) с 573 койками, из коих 5 с 45 койками находятся в сельских местностях. Из 14 больниц, имеющих по 10 и более коек, заразные отделения имеются только в 4 на 70 коек. Рентгеновских аппаратов 3, ВЭК 3, аптек 19, в том числе 3 Уралмедторга. Средняя величина врачебного участка в 28 году определялась площадью в 4,3 тыс. кв. килом., радиусом в 37 килом., 81 селением, 12,5 тыс. населения и 34 койками. Обеспеченность лечучреждений медикаментами за немногими исключениями удовлетворительная, и имеющиеся перебои зависят от дефектуры в окротделении Уралмедторга. Питание в больницах, как по количеству продуктов, так и калорийности в общем удовлетворительное. Из специальных видов помощи оказывается хирургическая, гинекологическая и глазная в Кизеловском, Усольско-Ленвенском и Чердынском районах; хирургическая и гинекологическая в Соликамском, в остальных специализации нет. Рабочим на лесозаготовках помощь подается ближайшими врачебными и фельдшерскими пунктами. В текущем году в Верх-Яйве открывается для лесорубов раз'ездной фельдшерский пункт, а в Верх-Язьве предложено для них же реорганизовать существующий фельдшерский пункт во врачебный с приемным покоем. Весною для сплавщиков леса предполагается открыть временные фельдшерские пункты в Чердынском районе и с. Орле. Врачей-лечебников в округе 40, из них 1 в сельской местности, 7 в г. Усолье и 32 в поселках городского типа. Из общего числа гинекологов 7, хирургов 6, окулистов, венерологов, фтизиатров и одонтологов по 1; врачей других специальностей кроме терапевтов, в лечучреждениях нет. В 28 году командировки на курсы усовершенствования

\*) Настоящий очерк составлен по материалам произведенного в феврале 1929 г. обследования состояния лечебного дела и учреждений Охматмлада и Оздравдета.



имели 8 врачей, из коих 2 из окр. города. Курсов для повышения квалификации среднего и младшего персонала окрздрав не организовывал.

Рост сети лечучреждений за 26—28 г. г. виден из следующей таблицы:

	Врачебные участки	Фельдшерск. пункты	Амбулатории	Зубкабинеты	Станции скорой помощи	Пункты помощи на дому	Первая помощь на предприятиях	Больницы (без приисланных покоев)	Лечебные койки	Аптеки	Койки заразных отделений	Койки родильных отделений
1928 г. . . . .	17	28	46	7	2	2	7	14	573	19	70	99
1926 г. . . . .	9	38	50	5	1	1	—	11	487	13	79	75
Разность . . . . .	+ 8	-10	- 4	+ 2	+ 1	+ 1	+ 7	+ 3	+86	+ 6	- 9	+24

Сокращение фельдшерских пунктов есть результат, с одной стороны, реорганизации фельдшерских пунктов во врачебные, а с другой переименования некоторых из них в медпункты первой помощи, уменьшения амбулаторий от той же причины. Общее число персонала увеличилось на 12,7 проц., в том числе врачей на 12 чел. (лечебных на 10), зубврачей на 2, акушерок и фельдшеров по 7.

Приходилось в среднем жителей (в тысячах):

Г о д ы	На амбулаторию	На больницу	На лечебную койку	На врача вообще	На акушерку
1928 . . . .	4,6	10,1	0,361	4,1	5,4
1926 . . . .	4	18,1	0,409	5,5	6,6
Разность . .	+ 0,6	- 8	- 0,48	- 1,4	- 1,2

Одна родильная койка в 26 году приходилась на 2,6 тыс. населения, а в 28 году на 500 чел. Если принять во внимание, что все медпункты являются амбулаториями обычного типа и причислить их к последним, то вместо увеличения получится сокращение среднего числа жителей на амбулаторию в 28 г. до 3,9 тыс.

Обращаясь к росту деятельности лечучреждений нужно сказать, что в то время, как за 26-28 г. г. население округа возросло на 7 проц., первичные обращения в амбулаториях (без медпунктов 1-й помощи) увеличились на 17 проц., коечные больные на 29 проц., а рецепты на 45 проц. В общем числе первичных амбулаторных больных фельдшерские приемы составили в 28 г. 64 проц., в частности, по Усольско-Ленвенскому району 46 проц., Кизеловскому 58 проц., Соликамскому 66 проц. и Березовскому 100 проц. (не было врача). Средняя занятость коек по округу 87 проц., смертность 2,6 проц. На 100 первичных обращений приходится 201 посещение. Застрахованные составляли 57,6 проц. амбулаторных посещений и 70 проц. коечных больных. Оказано родовспоможений в процентах к общему числу родившихся 27 проц. в 26 году и 32 проц. в 28 году. Количество пломб

возросло на 48 проц., а число зубных протезов на 10 проц. На 1.000 населения приходилось в среднем:

Г о д ы	Первичные больные	Всего посе- щений	Посещения зубкабинетов	Вакцинации	Ревакцина- ции	Всего при- витый
1928 . . . . .	1586	3047	165	59	124	184
1926 . . . . .	1383	2748	125	62	89	151
Разность . . .	+ 203	+ 299	+ 40	— 3	+ 35	+ 33

В 28 году произведено оспопрививаний в размере 49 проц. задания Облздравотдела. За трехлетие число рецептов в среднем на 1 посещение увеличилось с 1 до 1,3.

Вышеприведенными сравнительными данными устанавливается за последние 3 года значительный рост врачебных участков, больниц, лечебных и родильных коек, зубных кабинетов, врачей и акушеров. В связи с этим отмечается рост обращаемости в амбулатории стационарных больных, рецептов, родовспоможений и ревакцинаций; вместе с тем наблюдается сокращение заразных коек.

О х м а т м л а д. В аппарате здравотдела Охматмладом временно заведует врач-педиатр с 2-х летним стажем. Организованы окружной и районные ясельные комитеты из представителей заинтересованных организаций, но в сельских местностях летней кампанией фактически руководили рик'и. В 28 году были устроены 3-х месячные курсы подготовки заведующих сельскими яслями на 45 чел., но, благодаря недостаточной подготовке слушательниц, отсутствию пособий при чтении лекций и слабой постановке практической работы, число слушателей постепенно сокращалось, и только 6 женщин были признаны пригодными к работе. Часть заведующих были из Пермского медтехникума. Борьба с беспризорностью не ведется. Уголки «Мать и Дитя» имеются в трех кооперативах. В округе 5 полных консультаций и в 5 врачебных участках введены консультационные дни и часы. Консультациями принято в 28 г. первично 4413 детей и 3.496 женщин, при чем на одно первичное обращение приходится посещений детских 2,4 и женских 2,2. Консультационная работа 4 участков дала всего за год 539 детских и 550 женских посещений. Постоянных яслей 5 на 110 детей, при чем 4 работали круглый год, а одни 2½ мес. Средняя занятость яслей на 25 детей 17—19 в день. Временных яслей летом 28 года открыто 16 на 320 детей, через них прошло 510 детей, все они кроме 3-х яслей были нагружены полностью и даже сверх штата.

О з д р а в д е т. Делом охраны здоровья детей ведает городской школьно-санитарный врач с 1½ летним специальным стажем. Школьно-санитарные врачи имеются, кроме Соликамска, в Кизеле и Усолье (вакансия). В Усольской профтехнической школе и в Чердынском детском городке нет специальных врачей, и работу по совместительству несут от окроно местные больничные врачи. Школьно-санитарные врачи ведут текущий надзор, занятия со школьными санкомиссиями, работу в школьных кружках первой помощи и т. п. Пункт ОЗД имеется только в Соликамске, который ведет наряду с лечебной работой контроль над физкультурниками. Имеется летняя санколония для рабочих подростков в с. Орле на 20 чел., через которую



в 28 году за два месяца прошли 71 чел. Участковые врачи и пунктковые фельдшера ежегодно производят осмотры школьных зданий и учащихся, а некоторыми участками проводится санпросветработа в школах и осмотры физкультурников. В 28 году всеми школьными и участковыми врачами и фельдшерами произведено 18.064 осмотра детей, из которых 15.547 учащихся школ 1 и 2 ступени (всего учащихся 15.992), 682 пионера, 640 физкультурников, 456 детей детских садов и площадок, 401 рабочий подросток и 309 учащихся профтехнических школ. На Соликамском пункте сделано за год 3.724 посещения, из коих 80 проц. лечащимися.

**Бюджетные сведения.** Бюджет здравоохранения в 27-28 г. выразился в 775,2 т. руб., в том числе 399,8 тыс. руб. по местному фонду и 375,4 тыс. руб. по фонду «М». Местный бюджет здравоохранения составлял 16,7 проц., к общему бюджету округа. Выполнение бюджета по фонду «М» на 101 проц., а по местному 96,3 проц., при чем окружной бюджет выполнен на 114 проц., городской (Усолье и Кизел) на 98,9 проц., поселковый на 96,7 проц., районный на 93,3 проц. и сельский на 62,6 проц. Средняя стоимость в 27-28 году койко-дня по г. Усолью 2 руб. 99 коп., по поселкам городского типа 2 руб. 28 коп. — 2 руб. 50 коп. и сельским местностям 1 руб. 90 коп. — 2 руб. 18 коп. Средняя стоимость питания коечного больного в Усолье 45,6 коп., в поселках городского типа 36,1—42 коп. и в сельских местностях 28—36,9 коп. В 28-29 г. по данным бухгалтерии Облздравотдела ассигновано на здравоохранение В.-Камского округа по местному бюджету 467,2 т. р., по фонду «М» 406,6 тыс. рублей, а всего 873,8 тыс. руб., или более предыдущего года на 12,7 проц. Средняя ставка врачей городских 160 руб., сельских 150 руб., зубных врачей 120 р., фельдшеров 47—52 р., фармацевтического персонала 42 р. Из фонда «М» выдаются следующие дотации: по зарплате врачей 50—60 руб. (кроме Ныробского), на питание 16 коп. (в сельских больницах 13 коп.), в районах рабочих центров по расчету на койку-год на медикаменты 26 р. 50 коп., инвентарь 16 руб. и хозрасходы 12 руб.

Строительство медсанучреждений в В.-Камском округе за время образования Уральской области значительно двинулось вперед. По преимуществу на кредиты центра построены в г. Кизеле здания тубдиспансера и поликлиники, в Губахе здание амбулатории с изолятором, в г. Усолье родильный барак, в с. Березовском районная больница, а в текущем году оудет приступлено к постройке Березниковской и Соликамской больниц, каждой на 125 коек. На указанные постройки переведено Облздравотделом 568.612 руб., а на последние две больницы предполагено в ближайшие годы отпустить 1.860 тыс. руб. В 27-28 г. на капитальный ремонт больниц округа было израсходовано 5.969 руб. из местного бюджета, 2.189 из фонда «М», а всего 8.409 руб.

Из санитарных показателей приведем несколько цифр по естественному движению населения и заразной заболеваемости. В 25 г. в округе на 1.000 жителей рождалось 51, а в 27 году 52; смертность 25 года—33,5, 27 г.—32,5; прирост населения в 25 году составлял 17,5 на 1.000 жителей, а в 27 году он повысился до 19,5. Заразная заболеваемость в 28 году на 10 т. населения видна из таблицы (см. на 24 стр.).

Случаев возвратного тифа и натуральной оспы в 28 году не наблюдалось. Обращает на себя внимание повышенная заболеваемость по сравнению со средней областной гриппом, корью, скарлатиной, сыпным тифом и легочным туберкулезом, при чем сыпняк встречался во всех районах, кроме Ныробского. Сравнительно благополучен округ по брюшному тифу, трахоме, гоноррее, сифилису и малярии.



В.-Камский      Уралобласть  
округ

Грипп . . . . .	1090	655
Легочный туберкулез . . . . .	191	157,8
К о р ь . . . . .	111,3	61,5
Гоноррея . . . . .	57	82,8
Туберкулез прочих органов . . . . .	53	64,2
Трахома . . . . .	49	85,2
Коклюш . . . . .	45	48,6
Малярия . . . . .	40,1	117,6
Скарлатина . . . . .	26,8	16,4
Сифилис . . . . .	24,3	45,2
Дизентерия . . . . .	11,5	12,2
Брюшной тиф . . . . .	6,6	10,5
Сыпной . . . . .	5,8	2,4
Ц ы н г а . . . . .	6	4,9
Дифтерит . . . . .	2,4	3,4

После этих предварительных данных, дающих общую характеристику сети и деятельности учреждений здравоохранения округа, перейдем к перечислению наиболее важных недостатков в организации и работе обследованных учреждений. Начнем с бюджета. Целый ряд учреждений в рабочих районах, как-то: тубдиспансер, амбулатории, больницы, фельдшерские пункты и пр., содержится исключительно на средства лечебно-страхового фонда без какого-либо участия со стороны местного бюджета. Такой порядок финансирования неправилен, так как фонд «М» должен служить дополнением к местному бюджету, являющемуся основным, а потому под каждое учреждение должен быть подведен фундамент в местном бюджете, хотя бы и слабый. В отношении врачебного и фельдшерского персонала госнормирование не проведено, благодаря чему в районах наблюдается большая пестрота окладов. По самообложению нужды здравоохранения оказались не предусмотренными вследствие того, что представители органов здравоохранения не проявили достаточной инициативы и активности в этой кампании. То же самое нужно отметить и в отношении  $\frac{1}{4}$  проц. поступлений от предприятий и 5 проц. отчислений от фондов улучшения быта рабочих на дело охраны матмлада. Отчисления  $\frac{1}{4}$  проц. от зарплаты поступают не от всех предприятий, а 5 проц. отчисления совсем не производятся, и учреждения Охматмлада о них ничего не знают. Кооперация также мало втянута в дело оказания помощи этим учреждениям. Особого текущего счета этим деньгам не ведется, они поступают в общую кассу рик'ов и не всегда расходуются ими по прямому назначению. Так, по Кизеловскому району окружному охматмладу не удалось выяснить, куда были израсходованы 10 т. руб. от  $\frac{1}{4}$  проц. взносов. По Усольско-Ленвенскому району вместо  $\frac{1}{4}$  проц. от зарплаты оплачивают по 37 руб. в месяц за каждого ребенка по представлению яслями особых списков, что едва ли можно признать правильным. Наконец, расходы на санитарно-профилактическую часть крайне недостаточны.

Обращаясь к аппарату окрздравотдела, нужно сказать, что, несмотря на то, что в нем нет врачей с достаточно большим общественным стажем и врачебно-административным опытом (все врачи с 2—3-х летним врачебным стажем), окрздравотдел не созывает периодически аппаратных созещаний с участием наиболее опытных и сведущих общественных врачей из городских лечебных учреждений. Благодаря этому, не чувствуется достаточной связи и согласованности не только в работе окружных инспекторов, но и заведующих учреждениями на местах. При назначениях врачей в различные учреждения кандидатуры их не проводятся через конкурсные комиссии.



Далее, стажирование молодых врачей страдает большими недостатками. Во-первых, не выполняется план стажирования, выработанный Облздравотделом; во-вторых, нет достаточного руководства работой стажеров со стороны учреждений. Самый же главный недостаток заключается в том, что стажеров используют для заполнения вакантных должностей. В результате они устраиваются в центре вместо того, чтобы по окончании стажирования занимать вакантные места на участках.

Хотя в 28 году Окргдравом и было произведено достаточно обследований врачебных участков в городах и районах, однако, главное внимание обследователей обращено было на постановку административно-хозяйственной части в учреждениях. Здесь, как и вообще в деятельности окргдрави, наблюдается недостаточное руководство и инструктирование по вопросам постановки медицинского дела в округе: профилактической работы, диспансеризации, аптечного дела, родовспоможения, деятельности медпунктов первой помощи на предприятиях и в прочих учреждениях. Санитарное дело в округе с уходом постоянного врача из сан-эпида потеряло опытного руководителя, и нужды санитарной организации в здравотделе отодвинулись на второй план. Слабо также было руководство учреждениями со стороны Охматмлада, и хотя они обследовались инспектором, но в результате многие из устранимых крупных недостатков в организации и содержании их продолжали оставаться и во время нашего обследования.

В деле участия населения в строительстве здравоохранения сделаны лишь первые шаги. Секции здравоохранения при райкомах и горсоветах сконструированы так, что не проявляют активной, живой работы: или совсем не созываются, или созываются весьма редко. При них нет никаких комиссий для подработки тех или иных вопросов. Медперсонал, и в частности заведующие лечебными учреждениями, не являются активными участниками этих секций, ссылаясь на то, что члены секций мало интересуются делом и не посещают заседаний. Нигде нет комиссий по оздоровлению труда и быта, даже в таких крупных промышленных предприятиях, как Березниковский содовый завод, Кизеловские и Губахинские копи. Слаба связь медсанучреждений с профессиональными и рабочими организациями, с предприятиями, завкомами, рудкомами, а в сельских местностях и с крестьянскими. Заведующие участками не используют в достаточной степени созываемые местными организациями съезды и совещания для докладов по вопросам здравоохранения. В Усольско-Ленвенском и Кизеловском районах, где имеется значительная сеть учреждений по здравоохранению и где работа последних требует постоянной плановой увязки и полной согласованности, назрела необходимость создания райздравотделов, как это предусмотрено схемой НКЗ для всех укрупненных районов.

Из общих недочетов в лечебной организации прежде всего нужно указать на недостаток специальных амбулаторий: из 18 врачебных амбулаторий только 3 специализированы. Помещения амбулаторий тесны, в особенности ожидальни для больных, в них мало врачебных кабинетов, в специальных амбулаториях отсутствуют приемы по детским, нервным болезням, уху, носу и горлу, физиотерапевтические установки, комнаты для терапевтических процедур, изоляторы. В перевязочных комнатах материал употребляется не стерилизованный, хранится небрежно, инструменты кипятятся не после каждого употребления, оказываемые пособия учитываются неполно; карточная регистрация больных страдает большими погрешностями и пропусками. В амбулаториях санитарно-просветительная и диспансерная работа отсутствует, и не во всех рабочих районах проведены вечерние приемы. Во всех амбулаториях наблюдается перегрузка врачей сверх установленных



норм приема больных. В ожидальнях зубамбулаторий нет плакатов, листов, санация школьников или совсем не проводится или проводится недостаточно; санпросветительная деятельность зубных врачей всюду отсутствует. В сельских местностях нет зубкабинетов. Осмотренные фельдшерские пункты в сельских местностях оказались в неудовлетворительных помещениях, недостаточно снабжены инструментарием и прочим оборудованием. Контроль и инструктирование пунктов участковыми врачами или отсутствуют или проводятся редко и слабо.

На пунктах помощи на дому и скорой помощи, наряду с врачебной, встречается и фельдшерская. Персонал пунктов не всегда имеет спецодежду и обеспечен достаточными транспортными средствами, а также всем необходимым для подачи разных видов скорой помощи. Выезды для оказания помощи никакими правилами и инструкциями не урегулированы, вследствие чего не редки злоупотребления, приводящие к загруженности врачей и потере ими дорогого времени. Учет работы персонала поставлен плохо, карточная регистрация отсутствует и совершенно незаметен профилактический уклон в работе. Часто на врачей помощи на дому возлагается и подача скорой помощи, в результате чего страдает та и другая работа. При допуске совместительства врачей помощи на дому с амбулаторной работой снижается качество квартирной помощи. Квартирная помощь не имеет вспомогательного персонала для проведения медицинских манипуляций и пособий больным на дому.

При реорганизации фельдшерских пунктов, расположенных близ предприятий, в медпункты первой помощи, никаких перемен в работе амбулаторий не было проведено. Пункты остались вне ограды предприятия или обслуживаемой ими шахты, ведут большие амбулаторные приемы местного населения с выдачей из своей аптеки медикаментов по рецептам, оказывают квартирную помощь и никакой профилактической работы не несут, не говоря уже об изучении условий труда и профессиональных вредностей, и нести не могут, так как возглавляются ротными фельдшерами. Нет ни санитарно-просветительной деятельности, ни рабочих комиссий по оздоровлению труда, нет даже надзора за правильным содержанием и использованием имеющимися в цехах шкапами для подачи помощи в несчастных случаях. Некоторые из медпунктов получили право выдачи больничных листов и тем самым окончательно закрепились, как амбулатории обычного, нормального типа.

Недочеты больниц касаются прежде всего самых зданий, которые не удовлетворяют своему назначению или потому, что были построены не для больницы, или слишком устарели, или же требуют капитального ремонта. Особенно нуждаются в постройке новых зданий, не считая проектируемых больниц в Березниках и Соликамске, Губахинский и Кизеловский врачебные участки. Во всех больницах ощущается недостаток в белье нательном и постельном не столько из-за неимения средств, сколько из-за отсутствия в кооперативах бельевого материала. Вновь построенные, а также и расширяемые старые больницы испытывают недостаток в табуретах, шкапах, скамьях и пр. В отношении инструментария и медицинского оборудования наблюдается пестрая картина: одни больницы снабжены удовлетворительно, а другие нуждаются в ходовых инструментах, при чем часть старого инструментария требует ремонта. В предметах ухода за больными ощущается недостаток в большинстве больниц. В больницах нет паровых и формалиновых камер, а имеющиеся «Гелиосы» без термометров, попорченные и нет уверенности в исправности их работы.



В больницах округа мало глазных коек, нет коек детских, кожно-венерических, для нервных больных, хроников и уха, носа и горла. В большинстве участковых больниц нет заразных отделений. Больничное меню еженедельно не изменяется, а потому пища больных мало разнообразится. Истории болезней в большинстве ведутся небрежно, а в некоторых и вовсе не ведутся. По сметам мало средств ассигнуется на выписку периодической научно-медицинской литературы. В отдельных случаях встречаются суточные дежурства сиделок и сестер, отсутствие нормального рабочего дня и выходных дней у технического и вспомогательного персонала. Хотя массового платного лечения в округе нет, но установленный для бесплатного получения лекарств порядок представления незастрахованным населением письменных удостоверений о социальном положении создает для крестьянства и прочей бедноты излишние затруднения, волокиту и потерю времени при получении из сельсоветов и рик'ов свидетельств о принадлежности к бедному и среднему крестьянству.

В отношении медикаментозного снабжения нужно отметить значительный, превышающий установленные нормы, процент рецептов, отпускаемых амбулаторным больным, отсутствие нормальных каталогов медикаментов для врачей и фельдшеров, непроведение рецептурных формул и недостаточное применение таблеток. Нет в округе и физиотерапевтических кабинетов и учреждений, за исключением лечения на «Соленых ваннах» в Усолье.

Переходя к общим недостаткам учреждений Охматмлада, нужно сказать, что в большинстве консультаций здания неудовлетворительные, как по недостаточности размеров помещений, так и непригодности их к нуждам учреждения. В консультациях мало твердого инвентаря, белья, литературы, нет боксов, молочных кухон, советов социальной помощи, юридических консультаций и слабо поставлена культурная работа. В них лечебная работа превалирует над профилактической. Те же недостатки и в постоянных яслях: неудовлетворительность помещений, вентиляции, отсутствие изоляционных комнат, отдельной горшечной. Везде имеется недостаточность оборудования, верхней зимней одежды для прогулок детей, белья, игрушек, слабо идет культработа с матерями, педологическая работа не ведется и нередко отсутствуют прикрепленные делегатки. Из недочетов летних яслей нужно отметить отдаленность некоторых от медицинских пунктов, переброску рик'ами яслей из одного села в другое, недостаток в квалифицированных работниках и неудачную организацию курсов для подготовки таковых. В родильных отделениях отсутствуют предродильные, смотровые и детские комнаты и чрезвычайно мало кроваток и белья для новорожденных. Акушерки, будучи отвлекаемы к лечебной работе, почти не проводят профилактическую работу, патронажа не ведут и журналом Охматмлада не снабжаются.

Сеть учреждений охраны здоровья детей очень недостаточна: нет детской профилактической амбулатории, диспансера, санитарных площадок и стационарных учреждений для физически слабых детей, нет детских приемов в специальных амбулаториях и тубдиспансере и детских коек в крупных больницах. В Чердыни нет врача О. З. Д., а Соликамский пункт является больше лечебным, нежели профилактическим учреждением. Санация полости рта у школьников зубамбулаториями не проводится. Работа по здравоохранению среди детей дошкольного возраста не ведется и нет выездов в районы заведующей ОЗД.

Из вышеизложенного вытекает следующий план мероприятий, который окрздравотделу нужно провести в жизнь. По вопросам организационного характера надлежит периодически созывать аппаратные совещания



с участием врачей для обсуждения текущих организационных вопросов, а все назначения врачей в лечебно-санитарные учреждения проводить через окружную конкурсную комиссию в составе, установленном НКЗ. Совместно с Кизеловским и Усольско-Ленвенским рик'ами следует разработать вопрос об организации в этих районах райздравотделов. В виду значительного числа лесорубов и сплавщиков леса в округе необходимо составить окружной план обслуживания этих временных рабочих доступной медицинской помощью, не только амбулаторной, но и стационарной. Вместе с тем окрздраву нужно принять все меры к оживлению деятельности городских, районных и сельских секций здравоохранения и состоящих при них комиссий, а в рабочих центрах к образованию комиссий по оздоровлению труда и быта, согласно директив НКЗ и Облздрава. Окрздраву необходимо обратить самое серьезное внимание на плановую постановку оспопрививания, согласовав его с законом об обязательном оспопрививании и соответствующими распоряжениями Облсполкома. При составлении бюджета по здравоохранению в будущем хозяйственном году нужно предусмотреть посильное участие местного бюджета в содержании каждого лечебного и лечебно-профилактического учреждения. При обсуждении бюджетов по самообложению все местные медицинские организации должны своевременно выдвигать перед крестьянством наиболее важные нужды здравоохранения, чтобы обеспечить их удовлетворение. Окрздравотделу совместно с рик'ами следует иметь контроль над полнотой поступлений  $\frac{1}{4}$  проц. от фонда зарплаты и 5 проц. от фонда улучшения быта рабочих на дело Охматмлада, добываясь также отчислений от кооперации.

Пункты скорой помощи и помощи на дому необходимо обеспечить спецодеждой, транспортными средствами и всем необходимым для подачи различных видов помощи, выработав инструкцию для деятельности врачей. предусмотрев порядок вызовов, нормировку работы, правильную регистрацию, отчетность и проч. Пункты первой помощи на предприятиях нуждаются в неотложной реорганизации согласно распоряжений НКЗ и Облздрава, в замене амбулаторной лечебной работы обследовательско-профилактической с перенесением медпунктов внутрь ограды обслуживаемого предприятия. Те пункты, кои не могут быть реорганизованы, надо считать фельдшерскими пунктами нормального типа. В первую очередь врачебные медпункты должны быть открыты в Березниковском содовом заводе, на Соликамском калийном руднике, Ленинской и Губахинской копиях.

Заведующие лечебными и лечебно-профилактическими учреждениями должны усилить связь с профессиональными и страховыми организациями, завкомами, рудкомами и пр., чаще выступая с отчетными докладами на созываемых этими организациями общих собраниях, совещаниях и с'ездах. В заведуемых ими учреждениях следует пополнить самые неотложные нужды по мягкому и твердому инвентарю, предметам ухода за больными и инструментарию. Во всех больницах необходимо устроить упрощенного типа дезокамеры, ввести еженедельные меню для питания больных, пересмотреть совместно с местными правилами внутреннего распорядка в целях урегулирования рабочего дня и выходных дней технического персонала. Заведующие лечебными и лечебно-профилактическими учреждениями должны составлять поквартальные планы проведения профилактической работы (санпросветработа, проведение профилактических дней, диспансеризация, изучение профтравматизма, профзаболеваемости и пр.), представлять эти планы на рассмотрение секций здравоохранения и комиссий оздоровления труда и быта. Работа всех амбулаторий должна быть упорядочена: в рабочих районах введены вечерние приемы для активно-застрахованных, улучшена



обстановка и работа перевязочных, регистрация больных, введены беседы санитарно-просветительного характера, выписаны плакаты, листовки и пр.; во всех зуболечебных кабинетах нужно установить дни и часы для санации полости рта учащихся и бесед по зубной профилактике. Каждая амбулатория обязана иметь все необходимое для оспопрививания и в плановом порядке принимать участие в этом деле.

Для улучшения аптечн. дела и сокращения все возрастающих расходов на медикаментозное снабжение нужно образовать врачебную комиссию для разработки нормальных каталогов для врачей и фельдшеров, всюду ввести рецептурные формулы и широко применять лекарственные таблетки и массовые заготовления лекарств для рецептуры. В сметах будущего года следует предусмотреть средства на оборудование фельдшерских пунктов недостающим инструментарием и инвентарем, а участковым врачам периодически выезжать на пункты для контролирования и инструктирования их работы.

Консультациям Охматмлада следует придать ярко выраженный профилактический характер, пополнить в них недостающий инвентарь, организовать советы социальной помощи, юридическую консультацию и молочные кухни. Под постоянные ясли необходимо предоставить помещения, достаточные для развертывания их работы (изоляция, ванны и пр.), пополнить оборудование мягким и твердым инвентарем, игрушками, верхней одеждой, вести культурную и прикрепить активных делегатов к яслям. Все родильные отделения нужно оборудовать детскими кроватками и бельем, обещив, где это возможно, смотровой, предродильной, изолятором и детской. Вместе с тем акушерки в свободное от родовспоможения время должны быть привлечены к профилактической работе по Охматмладу, не отвлекаясь к работе лечебного характера, как-то: амбулаторной, аптечной и пр.

В дополнение к вышеприведенным мероприятиям общего характера необходимо принятие следующих наиболее важных мер в отношении отдельных участков и районов.

По г. С о л и к а м с к у нужно расширить скорую помощь, амбулаторию, оборудовать ее, ввести приемы по детским, глазным, нервным болезням и уху, носу, горлу, принять все меры к замещению вакантной должности окружного судебного эксперта. Впредь до постройки новой больницы необходимо произвести ремонт старой, оборудовать все бараки ваннами, пополнить их инвентарь и не допускать содержания заразных больных вместе с психическими. Для детской консультации настоятельно требуется подыскать другое помещение, отделить детскую консультацию в отдельную комнату от женской, ввести юридическую, открыть молочную кухню, а в будущем году постоянные ясли. Пункт ОЗД необходимо перенести в более просторное помещение, реорганизовать его в детпрофамбулаторию, оборудовав соответственным образом и усилив профилактическую и обслеовательскую работу за счет сокращения лечебной.

По Б е р е з о в с к о м у участку требуется построить здание амбулатории с аптекой, достроить больничные служебные постройки, огородить усадьбу. Больницу необходимо дооборудовать бельем, твердым инвентарем, увеличить ассигнования на медикаменты и усилить профилактическую работу по Охматмладу.

По Л е н в е н с к о м у участку. В Березниках необходимо устранить все замеченные в организации амбулаторной помощи и помощи на дому недочеты, приобрести необходимое оборудование, расширить больничную площадь за счет освобождения занятых под квартиры комнат, усилить профилактическую деятельность, ввести консультационные дни. В Дедюхинском родильном покое необходимо изолировать стационар от амбулатории.



рии, дооборудовать его и расширить ожидальню за счет аптеки. В приемном покое Исправдома нужно устроить ванную, пополнить инвентарь, улучшить питание больных и санобработку заключенных. В веневских яслях требуется восстановить изолятор, утеплить все помещения, пополнить недостающим инвентарем и бельем, организовать совет социальной помощи, прикрепить делегатов и иметь постоянное медицинское наблюдение за яслями.

По Усольскому участку. Родильное отделение необходимо перевести в специально построенный барак и разработать вопрос о полном разделении инфекций в заразном бараке и о выделении некоторого количества венерических коек из коечного аппарата больницы. В амбулатории требуется дооборудование инвентарем, инструментарием, физиотерапевтическими установками и расширение штата врачей. По консультации нужно расширить помещение, устроить боксы, открыть молочную кухню и юридическую консультацию. В вендиспансере необходимо организовать совет социальной помощи, расширить санпросветработу, проводить массовые обследования, а в санбаклаборатории производить Вассермановскую реакцию. Тубдиспансер необходимо перевести в более обширное помещение, расширить койки ночного санатория, открыть дневной детсанаторий, а также приемы по детским и хирургическим болезням.

По Кизеловскому участку. С открытием поликлиники необходима реорганизация амбулаторной работы с устранением всех недочетов старой амбулатории. Нужно поднять вопрос о постройке нового здания больницы, разработав медицинские задания, и изыскать средства на капитальный ремонт заразного барака, на дооборудование и перевод родильного отделения. Вместе с тем настоятельно необходимо ликвидировать хроническую задолженность больницы, введя строгую финансовую дисциплину и рационализацию в хозяйственную часть. Консультацию следует вывести из помещения яслей, пополнить инвентарем, организовать молочную кухню, совет социальной помощи; в яслях упорядочить хозяйственную часть, устранить наиболее крупные недочеты в оборудовании и содержании их, освободить изолятор от жилья. Окрздраву в срочном порядке необходимо разработать вопрос о водоснабжении тубдиспансера и канализации поликлиники и тубдиспансера, а в будущем году предусмотреть открытие при поликлинике кабинета по изучению профзаболеваемости с приглашением специального врача.

По Губахинскому участку. Окрздраву надлежит разработать вопрос о постройке новой больницы, возбудив соответствующее ходатайство перед Облздравотделом, и внести в смету будущего года кредиты на самый неотложный ремонт старой больницы, устройство ограды, ледника, покойницкой. По Кизелстройской больнице необходимо увеличить штат персонала, принять меры к сокращению процента фельдшерских приемов и урегулировать взаимоотношения заведующего больницей с заведующим губахинским врачебным участком. По яслям следует организовать совет социальной помощи, пополнить недостающий инвентарь и открыть молочную кухню.



## САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ДЕЛО НА УРАЛЕ.

Д-р Ф. Т. РОЗЕНГАУЗ.

Курорты и санатории занимают в общей системе здравоохранения на Урале, как и вообще в Союзе, совершенно иное место, чем это было в дореволюционной России. В то время, как прежде курорты стояли особняком, вне всякой связи с другими лечебными учреждениями, у нас они являются определенной отраслью здравоохранения наряду с больницами, амбулаториями, диспансерами и т. д. Они являются тем местом, где могучие силы оздоравливающей природы в союзе с теми или иными лечебными методами приносят облегчение, а зачастую и излечение целому ряду хронических и подострых заболеваний, возникающих в условиях труда и быта на Урале.

Эта обширная группа заболеваний преимущественно ревматического характера поддается лечению на курорте в более короткий срок и с большим эффектом, чем в обстановке обычной амбулатории или даже больницы.

Правильно проведенное курортное лечение создает в организме больного ряд условий, препятствующих дальнейшему развитию болезни. Здесь уже выступает на сцену профилактическая роль курорта. Больные на курорте, исполняя санаторный режим, научаются гигиеническому режиму, который впоследствии, по возвращении больного в обычную обстановку, поможет ему сохранить отремонтированное на курорте здоровье, а стало быть и трудоспособность. Таким образом курорты являются не только лечебными местами, но и показательными очагами гигиены, своего рода школами здоровья. Идея профилактики, столь характерная для сущности советского здравоохранения, глубоко проникает и в курортное дело.

Столь большое профилактическое и лечебное значение курортов выдвигает на очередь вопрос о включении курортов, в частности уральских, в общую сеть государственных лечебно-профилактических организаций. Быть может уже настала пора перевести курорты с неустойчивых, извилистых, отдающих торгашеством, путей хозрасчета на единственно верные и солидные пути бюджета, о чем с достаточной определенностью высказались последние всесоюзные курортные съезды.

Курорты Урала по своим лечебным богатствам не претендуют на универсальность, т. е. на способность излечения всех форм заболеваний. Однако, значительное число общих заболеваний, равно как и отдельных групп профзаболеваемости, вызываемых горнозаводским характером уральской промышленности, лечится с большим успехом именно на курортах Урала. Таковы, например, болезни двигательного аппарата—подострые, хронические воспаления суставов, нервов, их сплетений, обширная группа болезней женской половой сферы. Эти заболевания обслуживаются курортами «Озеро Горькое», и «Нижними Сергами». Туберкулез—с большим успехом лечится в кумысолечебном Троицком районе с его степным климатом, богатой инсоляцией и чудесным воздухом. Хорошие климатические условия Курьинского курорта (лесной климат) делают его лучшей климатической станцией, на которой с успехом лечатся нервные болезни, малокровие и переутомление.

Но помимо разнообразных лечебных факторов есть еще целый ряд других обстоятельств, увеличивающих ценность уральских курортов для трудящихся Урала. Таковы: близость расположения уральских курортов к заводским районам, дешевизна лечения на них по сравнению с южными курортами и, наконец, тот установленный курортологией факт, что наибольший лечебный эффект от курорта получается при лечении в условиях при-



вычного климата. Отсюда вывод: трудящиеся Урала могут с успехом лечиться на своих курортах и потому должны быть избавлены от необходимости далеких утомительных путешествий на южные курорты, а, стало быть, и от траты сил и излишних средств.

Курорты Урала имеют все шансы на рост и процветание. Число пользующихся курортами больных растет из года в год. Если курорты Урал-курупра (куда не входят курорты окружного значения и курорты Урал-страхкассы) пропустили в 1925 году 1.863 чел., то в 26 году они пропустили уже 2.647, а в 27 г.—3.409 чел., при чем 800 чел. осталось за бортом за недостатком мест. Правда, в 1928 году общее количество больных понизилось в сравнении с 27 годом на 13 проц., но это понижение объясняется случайными причинами ведомственного характера (уменьшение окрздрами ассигнований на курлечение, неиспользование профсоюзами всех кредитов, отпущенных на курлечение). Во всяком случае рост обращаемости, хорошие результаты лечения и заметно растущее курортное строительство,—все это вместе взятое, предвещает уральским курортам блестящее будущее.

Урал изобилует неисчерпаемыми курортными богатствами. Здесь многочисленные озера с минеральной водою и грязью высокой целебной ценности; здесь и бесчисленные горные хребты, покрытые могучими хвойными лесами с их чистым озонированным воздухом; здесь и безбрежные, богатые солнцем и ковылем, степи; здесь из оснований величественных, обвеянных тысячелетиями, скал вытекают минеральные источники различного химического состава. По свидетельству д-ра Шушакова, на Урале имеется одних сернистых источников 45, соляных 55, железистых 21, а озерам нет числа: одним проф. М. О. Клером исследовано до 700 озер. Из всех этих даров природы мы используем очень мало: из сернистых источников—«Ключи» Кунгурского округа (курорт окружного значения), из серно-соляно-щелочных—Н.-Сергинский, из железистых—Курьинский, из многочисленных грязевых озер—Озеро Горькое и отчасти «Медвежья» Ишимского округа (курорт окружного значения).

В настоящем сообщении речь идет лишь о курортах областного значения, находящихся в ведении и эксплуатации Уральского Курортного Управления. Таковых четыре: бальнео-грязевой курорт «Озеро Горькое» на 250 коек, бальнеологический и питьевой курорт «Н.-Серги» на 230 коек, бальнео-климатический курорт «Курьи» на 250 коек и кумысолечебный Троицкий с 3-мя самостоятельными санаториями: а) санаторий «Золотая Сопка» на 130 коек, б) «Октябрьский» на 100 коек и в) «Степной» на 100 коек.

Наиболее актуальным и наиболее ценным в смысле результатов лечения, а, стало быть, и наиболее отвечающим потребностям уральской промышленности является бальнео-грязевой курорт «Озеро Горькое», расположенный на берегу озера Горького в 70 км. от Челябинска. Климат курорта приближается к континентальному, отличаясь сухостью воздуха, сравнительно жарким летом, значительной инсоляцией и, что редкость на Урале, теплыми ночами. Озеро издавна славится целебной силой грязи, заложенной на дне озера в таком огромном количестве, что ее хватит на сотни лет (по вычислениям проф. В. О. Клера 4 миллиона куб. метров).

Горько-соленая вода озера, отличающаяся большой прозрачностью и прекрасным зеленовато-бирюзовым цветом, представляет, по мнению проф. Ефремова, «типичную соляную рапу» невысокой концентрации, приближающуюся по составу к морской воде, к озерам морского характера. Многочисленные врачебные наблюдения говорят о высоких целебных свойствах грязи озера Горького при целом ряде подострых и хронических заболеваний как общего, так и профессионального характера. Не останавли-



ваясь подробно на показаниях к лечению грязью, назовем лишь чаще всего встречающиеся в рабочем быту ревматические заболевания суставов и вообще органов движения и обширную группу заболеваний женской половой сферы (хроническое воспаление матки и ее придатков, воспаление сколоматочной клетчатки и др.). Что же касается озерной рапы, то она, в виду содержания серно-кислой магнезии и серно-кислого натра, имеет свойства слабительных вод, ближе всего подходит по составу к кавказской Баталинской и к заграничным водам типа Апенты или Гунянди-Янос. В последние годы работы, вышедшие из госпитальной клиники Томского университета, показали, что вода озера Горького, правильно применяемая согласно указаний врачей, является несомненным возбудителем желудочной секреции, дает субъективные и объективные улучшения при субацидных формах гастритов и оказывает влияние на желчеотделение. Таким образом показания для лечения на озере Горьком расширяются путем присоединения к ним больных показаний—болезней желудка, печени и желчевыводящих путей. Большую роль играют и вспомогательные виды лечения, применяемые на озере Горьком: озерное купанье, напоминающее по эффекту морские купанья, методы физиотерапии, электро-светолечение, вибрационный массаж и т. д.

Следующим курортом, ближе всего подходящим к Горькому по характеру больных, по показаниям и лечебному действию, является курорт Н.-Сергинский. Этот курорт расположен в Свердловском округе, в живописной горной долине. Новые курортные постройки разместились в елово-пихтовом лесу на высокой скалистой горе, откуда открывается красивый, хотя и несколько суровый, вид на дальние горы. Внизу сыре, ночные туманы, тогда как наверху воздух чист и озонирован. Климат несколько суров: тут меньше солнечного сияния, больше осадков, но имеются и положительные стороны. По свидетельству одного из знатоков уральских курортов д-ра Карнаухова, «подальпийский характер Сергинского климата действует раздражающе на костный мозг (длительное увеличение красных кровяных шариков, увеличение аппетита и т. п.)».

Источник бьет из подошвы крутой горы, причем дебет его после улучшения каптажа проф. М. О. Кларом в 1927 году увеличился с 18.000 ведер до 60.000 в сутки. По мнению проф. Ефремова, источник относится к разряду серно-соляно-щелочных. Бальнеологическое значение его зависит от значительного содержания свободного сероводорода и хлористого натра, причем по количеству хлористого натра Сергинский источник превосходит многие заграничные (5,4 грамма).

Лечение ваннами из воды минерального источника приносит огромную пользу при ряде заболеваний двигательного аппарата, периферической нервной системы, при отравлениях тяжелыми металлами, при хронических кожных болезнях и т. д. В общем как показания, так и противопоказания для лечения на Н.-Сергах сходны с таковыми на «Озере Горьком». Минеральная вода источника по составу ближе всего подходит к Эссентукской № 17. Поэтому заслуживает особого внимания внутреннее употребление этой воды, газирваемой на небольшом газировальном заводе, имеющемся при курорте.

Работы врачей Казанского клинического института имени Ленина, наблюдающих над действием этой воды в течение двух лет как на курорте, так и в клинической обстановке, показали, что эта вода является превосходным лечебным средством при пониженной кислотности желудочного сока, при хронических катаррах и неврозах желудка с понижением секреторной и двигательной функции, при катаррах кишек с склонностью к запорам, при болезнях обмена веществ, печени и желче-выводящих путей. И тут вспо-



могательными методами лечения являются хорошо поставленные электро-свето-лечение и массаж.

Оба курорта по социальному составу лечащихся больных могут быть отнесены к категории рабочих курортов.

Третий бальнеологический курорт «Курьи» расположен в Шадринском округе, в 105 километрах от Свердловска. Его минеральный источник, относящийся к группе железистых вод, по минерализации довольно слаб и на первый план выступают климатические особенности курорта. И, в самом деле, красота местности, чрезвычайная чистота лесного воздуха, наибольшее на Урале количество солнечных дней, защищенность от пыли и от ветров—делают этот курорт лучшей климатической станцией, лучшим местом для излечения малокровия, переутомления, неврастения, легочных болезней не туберкулезного характера, а в последнее время, с постановкой в Курьях водолечебницы и устройством террен-кура—и ряда сердечных болезней в периоде компенсации. Несколько особняком от перечисленных курортов стоит Троицкий кумысолечебный район. Все богатство этого курорта, раскинувшегося отдельными группами вокруг Троицка, это его ковыльные степи, его чудесный степной воздух, по свидетельству проф. Соколова, достаточно ионизированный, его обильное солнечное сияние. Перечисленные свойства дают возможность поставить:

а) кумысолечение, при чем кумыс получается от собственного стада дойных кобылиц киргизской породы и готовится особыми специалистами под наблюдением врачей;

б) климато-терапию; гелио-терапия и аэро-терапия проводятся под наблюдением врачей в соляриях, парках и степи.

Бальнеологические курорты функционировали в 1928 году 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> месяца с 1 июня по 15 сентября, а санатории Троицкого кумысрайона 4 месяца с 25 мая по 25 сентября. Всего коек было в эксплуатации 1.010, через них прошло 2.959 человек, из коих через Озеро Горькое 669, через Н.-Серги 631, через Курьи 783 и через Троицкие санатории 876. Социальный состав больных: на Озере Горьком рабочих 43,9 проц., служащих 41,8 проц., крестьян 8,7 проц.; на Н.-Сергинском рабочих 40,6 проц., служащих 30,2 проц., крестьян 12 проц.; в Курьях рабочих 17,2 проц., служащих 74,6 проц., крестьян 0,9 проц.; в Троицкой кумысолечебнице рабочих 40,2 проц., служащих 45,7 проц., крестьян 6,9 проц. Если сопоставить приведенные цифры с цифрами прошлого года, то увидим, что процент рабочих в общем снизился на озере Горьком на 13,9 проц., на Н.-Сергинском курорте 10 проц., на Курьях на 20 проц. и в Троицке на 30 проц. Таким образом признак социального состава больных на курортах в истекшем сезоне ухудшился в сравнении с прошлым годом, что зависит целиком и полностью от распределявших места организаций, но и цифры истекшего сезона указывают, что наиболее рабочими курортами являются Озеро Горькое и Н.-Сергинский.

Дело медпомощи на наших курортах, хотя и медленным темпом, но все же улучшается как количественно, так и качественно. В истекшем сезоне это улучшение выразилось в расширении видов лечения по отдельным курортам, увеличении количества врачей и более строгом выборе их с учетом специальности и курортного стажа и установлении санаторного метода обслуживания, более тесно связывающего врача с больными.

Всех врачей в сезон 1928 года было на наших курортах 43, включая и кадровых, в том числе и заведующих; из них по Озеру Горькому 11, на Н.-Сергинском 8 и Курьях 8, в Троицких санаториях 14. Врачи выби-



рались из разных медицинских школ (Казанский клинический институт им. Ленина, Пермский медфак, Томский медфак).

Установление на каждом из бальнеологических курортов поликлиники с целым рядом лечебных кабинетов, расширение аппаратуры по физиотерапии, увеличение количества врачей специалистов, позволило Курупру расширить виды медпомощи, особенно в отношении физических методов лечения. Так, на «Озере Горьком» электро-лечение расширено постановкой 4-х камерной ванны, введением контофореза, в хирургическом кабинете организована ортопедическая помощь и в целях диагностики поставлен рентгеновский аппарат. На Сергах впервые поставлена диатермия. На Курьинском курорте еще с 27 года впервые поставлено водолечение со всеми видами душей (Шарко, шотландский и т. п.), для которого в настоящий момент выстроено специальное здание; для лечения сердечных больных и облегчения подъема на гору всех больных устроен террен-кур. Существующие на каждом курорте клиничко-диагностические лаборатории снабжены новым лабораторным оборудованием. Метеорологические станции снабжены новыми гелиографами.

Что касается результатов лечения на курортах, то по отчетным данным они представляются весьма ободряющими. Так, на «Озере Горьком» улучшение выразилось в 1928 году в 85,5 проц., на Н.-Сергах 93,8 проц., на Курьях 98,3 проц. и в Троицке 87 проц. Но эти цифры не совсем убедительны, ибо они говорят лишь о ближайших результатах курлечения. Кроме того, и самый учет, основанный в большинстве на субъективизме, нас удовлетворить не может. Нам нужен научно-поставленный учет результатов курлечения, особенно его отдаленных результатов. Такой учет, основанный на научном подходе, производимый через правильные промежутки, даст критерий для суждения о прочности лечения, даст возможность рационализировать лечебную методику в смысле количества процедур, сроков лечения, шире разрешить проблему показаний и противопоказаний. Больше того, учет, основанный на длительных научных наблюдениях и при том изучающий рабочий фабрики, приблизит нас к области профессиональной патологии и представит собою крупный шаг к курортной диспансеризации. В этих целях мы считаем чрезвычайно необходимым и своевременным постановку в Свердловске, как центре рабочего Урала, особого кабинета по научному учету отдаленных результатов курортного лечения.

Что касается вопроса о правильности отбора больных, то противопоказанных в сезоне 1928 года было 41 человек, что составляет 1,3 проц. общего числа больных 2959. Процент невысокий, но все же говорящий о том, что предварительный отбор лечащими врачами и работа ВКК все еще стоят не на должной высоте.

До революции лечение на курортах Урала носило кустарный характер. Сейчас, когда курортное лечение стало одной из проблем здравоохранения, а потребность в курортном лечении непрерывно растет, перед Курупром встала задача курортного строительства. Несмотря на отсутствие оборотных средств, это строительство, благодаря помощи Облздравотдела, подвигается вперед.

Косичный фонд вырос с 320 коек в 1924 году до 1.010 в 28 г. Курорт «Горькое» перенесен на 1 км. от дер. Тихоновка в березовую рощу и заново отстроен. На так наз. «лесных дачах» выросли два двух-этажных павильона, на 160 коек, большая столовая-курзал на 250 коек и новое здание поликли-



ники; отремонтирован целый ряд старых дач. Н.-Сергинский курорт перенесен на гору, где среди хвойного леса, расчищенного под парк, раскинулись 7 одноэтажных павильонов, поликлиника и др. учреждения. В Курьях выстроены 2 двух-этажных павильона, новое здание поликлиники, водочелебница, прачечная и т. д.

Все же наряду с достижениями в области нашего курортного строительства мы не можем не отметить ряд серьезнейших дефектов, невыгодно отражающихся на успехе дела. Вопиющие дефекты—это ветхость ваннных зданий на всех курортах и особенно на Озере Горьком, где здание по тесноте и ветхости почти непригодно к употреблению. Летом нынешнего года Курупр, благодаря помощи Цекомбанка, Облсполкома и ссудам Свердловского Комбанка, приступает к постройке нового ванного корпуса. Другой недостаток—расположение ваннных зданий в Н.-Сергах и Курьях под горой, что особенно чувствительно в Н.-Сергах в силу характера болезней, лечащихся на этом курорте (в большинстве болезни органов движения). Большой дефект—разбросанность зданий, особенно в Троицке, где имеются 3 санаторные группы, расположенные в разных концах Троицкого района, что крайне неудобно в организационном отношении и неизбежно удорожает стоимость койки. Еще один крупный минус курортов—отсутствие жилого фонда для служащего персонала.

Пятилетний план курортного строительства, в общем одобренный Уралпланом, предусматривает постепенное расширение курортного строительства. В первую очередь предложено построить новые корпуса: на Озере Горьком ваннный корпус (деревянный) для приема грязевых и рапных ванн, а затем каменный—грязелечебницу постоянного типа с поликлиникой и общежитием для больных. В следующую очередь решено построить ваннный корпус на Н.-Сергинском курорте на горе и один санаторий для туберкулезных больных на «Золотой Сопке». Подготовительные работы по постройке ванного здания на Озере Горьком (составление эскизов, проектов) уже начаты. Общая установка, принятая Облздравотделом и одобренная высшими организациями—это постепенное превращение сезонных курортов в постоянные курорты, функционирующие круглый год. Для успеха необходимо добиваться полного отпуска кредитов, предусмотренных 5-летним планом.

Говоря о недочетах уральских курортов, нельзя обойти молчанием неудовлетворительное санитарное состояние курортов и слабое развитие научно-исследовательской работы. Курупр отдает себе ясный отчет в том, что поддержка в неизменном виде здоровых природных условий, предохранение курортных богатств от порчи—составляет важнейшую задачу курортной гигиены, что без канализационной системы, без обезвреживания сухих отбросов, без жесткой борьбы с грязью и пылью невозможно правильное функционирование курортов. Между тем ни на одном из наших курортов нет ни канализации, ни дезокамер, бани-прачечные не везде, горно-санитарная охрана лишь вводится. Необходимо изыскать средства для правильного санитарного оборудования курортов, в первую очередь для устройства канализации.

Что касается научно-исследовательской работы по изучению курортных богатств Урала, то она развивается слишком вяло и медленно. В сущности вся она сводится к гидробиологическому изучению пресф. В. О. Клером грязевого Озера Горького в Челябинском округе, а в последнее время «Озер Медвежьих» Ишимского округа, к исследованию водного питания Озера Горького проф. М. О. Клером и к наиболее или менее регулярному производству анализов воды минеральных источников и озерной рапы. Ближайшие задачи научно-исследовательской работы по курортам—это исследование



химических свойств и режима актуальнейших сероводородных источников «Ключи» Кунгурского округа, изыскание питьевых вод в районе Режевского завода, бурение почвы в Курьях с целью отыскания железистой воды с более крепкой, чем мы имеем сейчас, минерализацией и продолжением работ по изучению грязевых озер. Пятилетний план предвидит расходы по перечисленным работам.

В заключение несколько слов об удовлетворении уральского населения курортной помощью. Имеющиеся на этот счет цифры крайне поучительны. Если исходить из норм Наркомздрава, устанавливающих цифру нуждаемости в курортном лечении 3,5 проц. для застрахованных и 0,5 проц. для прочего населения, то курорты Уралкурпра удовлетворяют по грубым подсчетам лишь 11 проц. нуждаемости. Таким образом, вопрос об изыскании средств и способов расширения курортного дела Урала с одновременным продвижением курпомощи глубже в массы выдвигается сам собой.

Не имея пока возможности за недостатком средств строить новые курорты, мы обязаны принять ряд мероприятий по расширению и углублению существующих курортов. Два актуальных курорта местного значения «Ключи» Кунгурского округа с чрезвычайно мощным источником и курорт «Медвежьи Озера» с огромными залежами весьма целебной грязи (проф. Курлов) влечат жалкое существование и должны быть включены в курортную сеть Облздраотдела. Кроме того, в интересах расширения объема курортной помощи следует позаботиться о расширении и улучшении амбулаторного лечения, которое при условии хорошей постановки дела может заменить санаторное лечение.

## СВЕРДЛОВСКИЕ ВРАЧИ СТАЖЕРЫ О СВОЕЙ РАБОТЕ.

### А. НАРАВЦЕВИЧ.

Из 144 врачей, проходящих в 28-29 году в пределах Уральской области стажирование перед направлением на самостоятельную работу в районах, 55 человек сосредоточено в Свердловске.

Опыт организации этой работы с врачами в Свердловске достаточно, по нашему мнению, подтверждает всю целесообразность и полезность стажировки молодых врачей. Из 55 свердловских врачей-стажеров стажировались по обще-лечебному циклу—24 чел., охматмладу—19, общесанитарному—5, туберкулезу и вен болезням—7. Все эти стажеры разделены на группы в 3—5 человек и разбросаны для работы в различных учреждениях, обл., окр и дорздраотделов, при чем внутри каждого цикла особое внимание получает группа дисциплин, характерная для избранной специальности; это, однако, не исключает необходимости для общелечебников работать в учреждениях охматмлада, ОЗД и диспансерах. Продолжительность работы в зависимости от прорабатываемого предмета колеблется от трех недель и до двух месяцев. Каждый стажер обязан произвести самостоятельно несколько патолого-анатомических и судебно-медицинских вскрытий. И, наконец, всем стажерам читаются циклы лекций по профилактическим, организационным и специальным вопросам медицины и здравоохранения.

Во всех учреждениях стажеры под руководством более опытных старших товарищей-врачей ведут почти самостоятельную работу, дополняя свои теоретические знания и, главным образом, набирая практиче-



ские сведения и навыки для своей дальнейшей участковой работы. Врачи-стажеры уделяют свое преимущественное внимание именно практической работе и особенно в тех областях, которые необходимы будут для участка. Так, например, на производственном совещании стажеры подчеркивали необходимость большего участия их в амбулаторных приемах, так как это одна из основных работ участкового врача. Одна же стажерка определенно заявила, что «мы больше хотим работать руками, а не глазами, ибо этим «делом» мы достаточно занимались на медфаке». Следует отметить, что руководящие работой стажеров врачи за ничтожным исключением всецело идут в этом отношении навстречу и дают максимум того, что они могут дать в условиях их работы.

Производственное совещание стажеров совместно с облздравом и бюро врачебной секции отметило достижения в прохождении практического стажа, но указало также и на недостатки, при чем вновь была подчеркнута наша основная установка на профилактический уклон всей нашей работы и приближение ее к потребностям практического участкового врача. Выработке профилактического уклона в мышлении врачей-стажеров содействовало ознакомление их с постановкой работы в профилактических учреждениях и специально теоретические курсы для стажеров всех циклов, организованные облздравом. Следует отметить, что стажеры ведут большую самообразовательную работу, являясь постоянными читателями медицинской библиотеки облздрави и посетителями заседаний Уральского Медицинского Общества и его секций, принимая активное участие в кружках текущей политики врачей-материалистов и курсах Осоавиахима. Культурно-бытовые нужды стажеров обслуживаются бюро врачебной секции медсантруд. Занимаются стажеры и общественной работой, ведя кружки первой помощи РОКК.

К недостаткам организации стажа надо отнести прежде всего малый размер стипендии, не дающей возможности удовлетворять в достаточной мере материальные и культурные потребности стажера. Между прочим, недостаточность стипендии отталкивает многих врачей от прохождения практического стажа. Далее, стажеры не полностью обеспечены квартирами и некоторая часть стажеров вынуждена еще жить на частных квартирах с высокой оплатой занимаемых комнат.

В основном же нужно признать, что институт стажеров, дающий молодым врачам практическую подготовку для их будущей самостоятельной участковой работы, является прекрасным дополнением к общей основной подготовке медфака. Опыт прохождения стажа в Свердловске подтверждает это. Желательно было бы, чтобы стажирование стало обязательным для всех кончающих медфак, и диплом об окончании последнего выдавался лишь после практического стажа.



## К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ ОДНОКРАТНЫХ ПРИЕМОВ АСПИРИНА НА ЦЕНТРАЛЬНОЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЕ СЕРДЦЕ У ЧЕЛОВЕКА <sup>1)</sup>.

(Предварительное сообщение).

Прив.-доц. Н. И. ШВАРЦ и д-р И. Я. РЕЙЗЕНШТОК.

К числу наиболее употребительных жаропонижающих средств, как известно, относится предложенный взамен салициловой кислоты *aspirinum*—*acidum acetylosalicylicum*. Он представляет собою белый кристаллический порошок, слабо кислого вкуса, растворимый в алкоголе, эфире, хлороформе и воде в разведении 1 : 100. Аспирин в желудочном соке не распадается, а обладает свойством распадаться на свои составные части лишь в щелочном кишечном соке. Уже очень скоро (через 20'—40') после приема аспирина, его можно обнаружить в моче. Это обстоятельство указывает на его сравнительно легкую всасываемость.

Не останавливаясь подробно на фармакологическом действии аспирина на организм, т. к. этот вопрос в достаточной степени изучен, нам хотелось бы вкратце указать лишь на влияние его на аппарат кровообращения. Исчерпывающие сведения по этому вопросу имеются в диссертации проф. Н. А. Куршакова <sup>2)</sup>.

По данным многих авторов аспирин на сосуды лягушки не действует сосудосуживающим образом (М. Я. Брейтман <sup>3)</sup>). Он обладает свойством улучшать трудоспособность сердца, что доказано увеличением объема пульсовой волны (Dreser <sup>4)</sup>, Lengyel <sup>5)</sup>, Impens <sup>6)</sup>, Moir <sup>7)</sup>, Liron и др.). По данным Bauer'a аспирин на вынутое сердце лягушки действует, повышая его функцию. У животных, по другим авторам, наблюдается замедление пульса и понижение кровяного давления.

По данным Ketly <sup>8)</sup>, Welsch <sup>9)</sup>, Protin <sup>10)</sup>, у человека наблюдается после приема аспирина повышение сердечной деятельности и усиленный пульс. В наблюдениях авторов над действием аспирина на кровяное давление имеется противоречие. Так, по Воробьеву <sup>11)</sup>, кровяное давление не падает даже в тех случаях, когда от аспирина наступает проливной пот. Надо оговориться, что он судил о кровяном давлении по пульсу. В исследованиях же Suess'a <sup>12)</sup>, Kornfelda <sup>13)</sup> кро-

<sup>1)</sup> В работе принимала участие также д-р Е. Я. Глеккель, которой мы приносим здесь нашу благодарность.

<sup>2)</sup> Клинические наблюдения над кровообращением у людей с повышенной и нормальной температурой тела при естественных условиях и под влиянием жаропонижающих (аспирин). С.-Петербург. 1912 г.

<sup>3)</sup> Реальная энциклопедия. Т. II. 1915 г., стр. 36.

<sup>4)</sup> Arch. f. d. ges. Physiol d. Menschen und der Thiere. Bd. 76. 1899.

<sup>5)</sup> Die Heilkunde. 1899. s. 647.

<sup>6)</sup> Journal medical de Bruxelles. 1900. № 3.

<sup>7)</sup> Revue de Therapeutique. 1901. p. 413.

<sup>8)</sup> Die Heilkunde. 1899, s. 14. Oct. ber.; Deut. Med. Woch. 1900. Mai. 24.

<sup>9)</sup> Wiener med. Press. 1902. № 5.

<sup>10)</sup> Merck's Arch. Juli. 1901.

<sup>11)</sup> Больн. газета Боткина. 1901. стр. 909.

<sup>12)</sup> Medic. Blätter. 1902. № 42.

<sup>13)</sup> См. Lehmann—Die Therapie d. Gegenwart. 1900. S. 190.



вяное давление у лихорадящих, наоборот, понижалось, а в случаях гипертонии даже падало на 20—30 mm. Hg. По наблюдениям Meyer<sup>1)</sup>, Franke<sup>2)</sup> аспирин у некоторых лиц действует, учащая пульс. По данным Н. П. Кравкова<sup>3)</sup>, вещества салициловой группы действуют угнетающе на сердце гораздо сильнее, чем вещества группы антипирина.

Исследования проф. М. И. Граманицкого показывают, что на изолированное сердце кролика аспирин оказывает почти такое же угнетающее действие, как и салициловая кислота.

Ввиду такого противоречия в наблюдениях авторов, а также ввиду того, что в практике приходится неоднократно слышать заявления больных, боящихся принимать аспирин из-за якобы его плохого действия на сердце, мы решили заняться изучением этого вопроса и дать ответ на поставленные вопросы на основании собственного материала. Это тем более казалось нам уместным, что вопросу о влиянии аспирина на кровообращение у человека посвящено очень мало работ; сведения эти кратки и отрывочны. Большинство из них основаны на экспериментальных данных на животных. Кроме того указанные работы, за исключением одной проф. Н. А. Куршакова, касаются, главным образом, влияния аспирина на центральное сердце, не учитывая этого воздействия на периферическое.

Методика, которой мы пользовались для изучения состояния сердечно-сосудистой системы и влияния на нее аспирина, заключалась, помимо обычного всестороннего клинического изучения больного и применения функциональных проб по Мартинз, Кауфману и Николаеву, еще в определении кровяного давления в различных отрезках плечевой артерии способами Короткова, Riva-Rocci, Потэна и Гертнера, причем исследование кровяного давления способом Riva-Rocci и Потэна производилось в плечевой и лучевой артериях.

Изучение всеми этими способами производилось на следующем основании. Многие авторы судят о кровяном давлении на основании определения его только или способом Короткова или только Riva-Rocci, определяя при этом максимальное и минимальное давление. Между тем как цифры эти дают некоторое представление лишь только о силе центрального нашего двигателя—сердца, оставляя в стороне состояние сосудов—периферического сердца. Известно, что кровяное давление и кровоснабжение находятся в зависимости от двух причин: с одной стороны, от энергии сердечной деятельности, которая меняет их в одном направлении, а с другой, от того сопротивления, которое мы имеем на периферии и которое меняет их в обратном направлении (Н. И. Шварц<sup>4)</sup>). Изучением же давления по Короткову и Riva-Rocci, да еще в таком виде, как это применялось обычно, никакого сопротивления на периферии определить нельзя. Если же и пользоваться указанными способами, то: 1) надо непременно определять одновременно кровяное давление и в более мелких артериях руки, 2) необходимо учитывать длину фазы Коротковых шумов, которая дает представление о силе и возбудимости периферического сердца, 3) следует обращать внимание и на величину максимального систолического давления и на величину pulsdruck, которые указывают на силу центрального сердца.

Мы свое исследование кровяного давления вели в следующем порядке: сначала измерение производилось в пальцевых артериях способом Гертнера, потом в лучевой и плечевой способом Потэна, затем тоже самое Riva-Rocci и, наконец, звуковым способом по Короткову. Измерение Гертнером делалось для сравнения с минимальным диастолическим по Короткову, а Потэном—для контроля показаний цифр Короткова, в особенности в тех случаях, когда цифры эти велики, а, следовательно, являются менее действительными, так как при этом тратится много силы на растяжение манжетки.

В целом ряде наших работ<sup>5)</sup> мы указывали на громадное значение сосудов в процессе передвижения крови. Мы вместе с академиком М. В. Яновским склонны видеть в них двигатели крови и отводить им роль периферического сердца. Они обладают способностью так же перистальтически и ритмически, как сердце, сокращаться, суммируя свои сокращения, увеличивать скорость передвижения крови на периферии и давать здесь более высокие цифры кровяного давления, чем в центре.

(Для более детального знакомства с этим вопросом мы отсылаем читателя к работам Н. И. Шварца<sup>5)</sup> и М. В. Яновского<sup>6)</sup>).

1) D. m. W. 1903. № 7.

2) M. m. W. 1903. № 3.

3) Фармакология. 1928 г. Т. II.

4) О силе перистальтической артериальной волны в пальцевых артериях. 1924 г.

5) О механизме кровообращения. 1927 г. Журнал для усовершенств. врача, № 1. Об исследов. функц. способ. сосудов. Врач. дело. 1925 г. № 22-23.

6) К изучению компрессионных звуковых явлений в сосудах. 1929 г.

Казанск. Медицинск. Журнал. 1925 г. № 5.

6) Диагностика. 1928 г.



На основании изложенного измерение производилось способом Потэна и Riva-Rossi<sup>1</sup> в лучевой и в плечевой артериях и полученные результаты сравнивались. Подобное сравнение производилось для того, чтобы выяснить, в какой мере пропульсивная сила сердца, по мере следования к периферии, слабеет и не наблюдаются ли такие случаи, когда, наоборот, цифры давления на периферии (в лучевой арт.) будут выше, чем в центре (плечевой арт.). Подобное обстоятельство должно нам указывать на силу периферического сердца.

Измерение способом Riva-Rossi производилось, с одной стороны, для суждения о периферическом сердце, так как эта цифра указывает, главным образом, на силу сосудистой перистальтической волны (М. В. Яновский, Н. А. Куршаков и Н. И. Шварц), а с другой стороны — для контроля с цифрами Короткова, так как в клиниках приходится наблюдать случаи, когда цифры Короткова и Riva-Rossi во многих случаях не совпадают. Для максимального давления обыкновенно цифры Короткова бывают выше, чем Riva-Rossi.

Указанную методику мы применили у 45 больных, поступивших в клинику с различными заболеваниями, среди которых не малый процент составляли больные, страдающие туберкулезом легких, пневмонией и эндокардитом. Аспирин (французский препарат) давался в дозе 0,5 на прием и применялся, главным образом, у лиц с повышенной температурой от 37,1° — 39,9° и только в некоторых случаях для контроля у лиц с нормальной температурой. Определение кровяного давления указанными способами производилось у больных до дачи аспирина через час после него и через 2 часа.

Все больные оставались в постели.

Первой нашей задачей было выяснить влияние аспирина на центральное сердце. Способов для намеченной цели клиника дает нам не мало. Одними из тех, которыми мы пользовались, являются следующие:

1) Изучение состояния максимального систолического давления по Короткову, которое до некоторой степени уясняет энергию сердечных сокращений.

2) Определение величины *pulsdruck* до и после аспирина ибо, несомненно, что главной причиной пульсовых колебаний являются сердечные сокращения. Обычно при плохой работе сердца *PD* мал, а по мере улучшения сердечной деятельности, он увеличивается. Кроме того, такое изучение представляется нам необходимым еще и для того, чтобы выяснить степень влияния центрального сердца на периферическое. Ведь известно, что чем больше будет величина *pulsdruck*, тем выгоднее она отражается на работе периферического сердца, т. е. большая сила движущейся крови производит изнутри большое раздражение сосудистых мышц, а, следовательно, создает и лучшую работу периферического сердца.

Следует подчеркнуть, что абсолютная величина максимального давления лучше определяет силу центрального сердца, нежели даже *pulsdruck*, потому что прежде чем образовать *pulsdruck*, сердце должно поднять в полости левого желудочка давление до высоты минимального. Таким образом, сила левого желудочка есть сумма, а *PD* разница. Как всякая другая разность, на зави и от соотношения между уменьшаемым и вычитаемым и, следовательно, в разных случаях будет иметь разное значение.

3) Вяснение функции сердца на основании подробного клинического обследования больного с применением вышеуказанных функциональных проб.

Анализируя цифры максимального систолического давления после приема аспирина в наших наблюдениях мы получили следующие результаты: понижение в 57,7 проц., повышение в 17,7 проц., без перемен в 24,4 проц.

Такой значительный процент снижения максимального систолического давления (57,7 проц.) на основании сказанного уже сам по себе говорит за ослабление деятельности аппарата кровообращения и, главным образом, сердца.



Еще большее подтверждение дает нам одновременное определение РД. у тех же больных. Из приводимой сводки видно, что аспирин в большинстве

P u l s d r u c k	В процент.
Уменьшение . . . . .	46,3
Увеличение . . . . .	28,8
Без перемен . . . . .	24,4

случаев (46,3) понижал РД. Важно выяснить теперь причину этого понижения РД, resp. причину ухудшения деятельности сердца. Это обстоятельство зависит либо от уменьшения максимального давления, либо от повышения минимального давления, либо от того и другого вместе.

Нижеследующая таблица дает подробный анализ указанных отношений:

Таблица № 1.

№№ наблюд.	Максимальное		Минимальное		Общее понижение на
	Повышение	Понижение	Повышение	Понижение	
3 . . . . .	—	— 6	+ 10	—	16
4 . . . . .	—	— 4	+ 2	—	6
6 . . . . .	—	— 14	+ 10	—	24
13 . . . . .	+ 2	—	+ 10	—	8
18 . . . . .	—	—	+ 5	—	5
20 . . . . .	—	— 10	—	— 5	5
21 . . . . .	—	— 30	—	— 20	10
23 . . . . .	—	— 20	—	—	20
27 . . . . .	—	— 25	—	— 5	20
29 . . . . .	+ 3	—	+ 10	—	7
31 . . . . .	—	— 5	+ 3	—	8
35 . . . . .	—	— 17	—	— 5	12
36 . . . . .	+ 10	—	+ 20	—	10
37 . . . . .	—	— 13	—	—	13
39 . . . . .	—	— 18	—	— 10	8
40 . . . . .	—	— 10	+ 10	—	20
41 . . . . .	—	— 30	—	— 5	24
42 . . . . .	—	— 25	+ 5	—	20
43 . . . . .	—	—	+ 20	—	20
44 . . . . .	— 10	—	—	—	10
45 . . . . .	— 10	—	+ 5	—	5



Во всех представленных случаях понижение РД шло почти всегда за счет понижения максимального систолического давления и одновременного повышения минимального диастолического давления. Исключение составляют случаи № 13, 29 и 36.

Если бы уменьшение РД шло бы за счет падения тонуса сосудов, как это иногда бывает при расширении сосудов, мы имели бы уменьшение диастолического давления, но в наших случаях в большинстве получалось обратное явление, т. е. повышение минимального диастолического давления. Это обстоятельство говорит о том, что, очевидно, уменьшение РД зависит не от изменения тонуса сосудов, а от ослабления функции центрального сердца, т. е. от понижения максимального систолического давления. Правда в некоторых наших исследованиях обнаруживалось после аспирина понижение и минимального давления в 42,2 проц. случаев. Но этому факту особого значения придавать не следует, т. к. эти понижения были незначительны и относились они к тем случаям, где максимальное систолическое давление после аспирина либо вовсе не изменялось, либо было повышенным.

Случаи № 13 и 29 не могут быть приняты нами в расчет, как давшие очень незначительное повышение, всего на 2—3 mm Hg. Случай же № 36 относился к больной, страдавшей *Sten et insuf. mitral*, в котором РД вообще был очень мал 20—30 и что понижение РД после аспирина зависело, главным образом, от увеличения минимального давления. Надо думать, что хотя здесь имело место повышение максимального систолического давления, но оно было не большое и уменьшение РД зависело главным образом от повышения минимального диастолического, т. е. от увеличения тонуса сосудов.

До сих пор мы при анализе явлений, связанных с действием аспирина исходили, главным образом, из заинтересованности только одного центрального сердца. Принимая во внимание, что нормальная работа аппарата кровообращения обуславливается не только исправной работой одного центрального сердца, но и сосудов, resp. периферического сердца, а абсолютное разграничение их деятельности подчас представляется затруднительным, нам представлялось необходимым при этом учитывать состояние и сосудов. Мы не ограничивались при этом анализом одного только минимального диастолического давления, но определяли также кровяное давление в пальцевых артериях способом Гертнера.

Обычно минимальное диастолическое давление по Короткову совпадает с цифрами тонометра Гертнера. Ток крови в мелких, и в том числе и в пальцевых артериях бывает равномерным, давление в них приближается к среднему давлению, которое ввиду большей продолжительности диастолы по сравнению с систолой, приближается к диастолическому; на этом основании тонометр Гертнера дает цифры, соответствующие диастолическому давлению.

Цифры Гертнера, несомненно, должны иметь для нас определенное значение, т. к. аспирин влияет на поверхностные сосуды, меняя их просвет. Известно, что под влиянием аспирина понижается  $t^0$ . Это понижение связано, главным образом, с усиленной теплоотдачей, которая происходит вследствие расширения периферических сосудов. Уже а priori можно полагать, что при падении  $t$  после аспирина цифры Гертнера должны быть больше, ибо расширенные сосуды должны повышать давление в манжетке Гертнера и тем самым в манометре.

В наших наблюдениях, действительно, Гертнер в известном числе случаев (40%) был повышенным. Но у нас наблюдалось в ряде случаев (44,4%) и понижение Гертнера. Эти случаи находят двойное объяснение. Установлено, что аспирин действует непосредственно на стенки артерии, вызывая их расши-



рение. Тогда можно допустить, что в некоторых случаях, при известной возбудимости сосудистых мышц, происходит вместо обычного расширения их спазм. Помимо того не исключено и влияние наступающего после приема аспирина охлаждения организма, что также может вести к спазму. Все это должно, естественно, отразиться на показаниях манометра Гертнера в сторону его понижения. С другой стороны, можно понижение цифр Гертнера объяснить и следующим образом. При известном упадке сердечной деятельности и резком ослаблении тонуса сосудов, всякая входящая сердечная и сосудистая волна не будут в состоянии резко изменить просвет ослабленного и расширенного, как мешок, сосуда. В виду того, что измерение производится в период, главным образом, диастолы, которая в 2 раза больше систолы, показания манометра будут более низкими, т. к. после аспирина общее давление в сосудах падает.

Конечно, трудно сказать, который из двух моментов в каждом отдельном случае понижения цифр Гертнера имел значение. У нас, к сожалению, нет объективных средств к выяснению моментов, устанавливающих справедливость высказанных предположений. Во всяком случае и последнее предположение имеет свое основание ибо случаи, протекающие с понижением (44,4%) цифр Гертнера, почти совпадали с одновременным понижением минимального давления (42,2 проц.). Видимо, в этих случаях было резкое ослабление тонуса сосудов, да и работа центрального нашего двигателя сердца была недостаточная. Следует вообще учитывать, что расширение сосудов и ослабление тонуса сосудов не всегда идут параллельно друг с другом.

При изучении влияния аспирина на периферическое сердце, мы должны были обратить внимание на 2-ю фазу коротковеских звуковых компрессионных явлений—фазу шумов, т. к. величина этой фазы, ее длина является некоторым показателем силы сосудистой волны, а, следовательно, и силы т. н. периферического сердца (М. В. Яновский). Отсутствие этой фазы должно говорить, что периферическое сердце мало возбудимо и ослаблено. Обычно у лихорадящих больных, как это нам удавалось констатировать, эта фаза сравнительно хорошо выражена. В сохранении и даже увеличении мы можем усматривать компенсаторный фактор, помогающий ослабевшему сердцу под влиянием циркулирующих в крови токсинов и вызвавших лихорадку, справляться с предъявленными к нему повышенными требованиями. | ' - |

Обращаясь к нашим наблюдениям, мы нашли отсутствие фазы шумов до и после приема аспирина только в пяти случаях, и то тогда, когда налицо либо тяжелая инфекция у резко ослабленного субъекта, либо резкое истощение при долго длящемся хроническом заболевании. Так отсутствие фазы шумов мы наблюдали у трех больных: с *tuberculosis pul. BII*, *anaemia gravis* (№ 12), *tbc pul. CII*, *Nephrosis* (№ 16), *tbc miliaris et meningitis tuberculosa* (№ 18). Очевидно—в этих случаях сильная туберкулезная интоксикация организма ослабляла тонус сосудов, отчего перистальтическая волна пачезала. В одном случае—в четвертом—эта фаза шумов отсутствовала у больного с *angina pectoris*. Отсутствие ее в этом примере следует, видимо, объяснить резким ослаблением сердечно-сосудистого аппарата, на что указывало небольшое кровяное давление, несмотря на склероз, резкие отеки и значительное расширение поперечника сердца.

Наконец, в последнем—пятом, случае (№ 17) эта фаза отсутствовала при эндокардите, протекавшем при резком малокровии и стенозе двухстворки. Отсутствие этой фазы в данном случае зависело, с одной



стороны, от резкой интоксикации организма, а с другой при стенозе обычно попадает в сосуды небольшое количество крови, которая не в состоянии возбудить нормальным образом сосудистую мускулатуру к сокращению, вследствие чего фаза шумов часто выпадает вовсе.

При изучении фазы шумов после приема аспирина, мы получили: уменьшение ее в 18,6 проц. случаев, увеличение в 18,6 проц. и без перемен в 62,7 проц. Очевидно, под влиянием однократных приемов аспирин фаза шумов мало меняется.

Выше мы указывали, что у лихорадочных больных вообще эта фаза бывает выражена отчетливо и отводили ей значение компенсаторного фактора. Повидимому, аспирин большей частью не изменяет существующую компенсацию—эту фазу шумов. Возникает вопрос, следует ли делать общий вывод, что аспирин вообще не имеет воздействия на перистальтическую волну, и, следовательно, совсем не влияет на периферическое сердце. Такое заключение шло бы, конечно, в разрез с нашими повседневными наблюдениями в клинике. Расширение сосудов, происходящее под влиянием аспирина, не может не отразиться на перистальтической волне. Дальнейший анализ происходящих при этом гемодинамических явлений разъясняет это обстоятельство.

Таблица № 2.

Таблица сравнения цифр Riva-Rocci и максимал. систолич. по Короткову

№№ набл.	До аспирина	После аспирина	Периф. сердце после аспирина работало
1. . . . .	— 20	— 10	лучше
2. . . . .	— 10	— 24	хуже
3. . . . .	— 4	— 10	„
4. . . . .	— 16	— 10	лучше
5. . . . .	— 12	— 2	„
6. . . . .	— 32	— 10	„
7. . . . .	— 10	— 11	без перемен
8. . . . .	— 4	— 4	„
9. . . . .	— 8	— 14	хуже
10. . . . .	— 2	— 14	„
11. . . . .	— 20	— 20	без перемен
12. . . . .	— 20	— 22	„
13. . . . .	— 12	+ 8	зн. лучше
14. . . . .	— 12	— 20	хуже
15. . . . .	— 20	— 20	без перемен
16. . . . .	— 10	— 10	„
17. . . . .	— 20	— 10	лучше
18. . . . .	— 10	— 5	„
19. . . . .	— 30	— 10	„
20. . . . .	— 10	— —	„
21. . . . .	— 50	— 60	хуже
22. . . . .	— 30	— 20	лучше
23. . . . .	— 10	+ 10	зн. лучше
24. . . . .	— 30	— 20	лучше
25. . . . .	— —	— 5	хуже
26. . . . .	— 10	— —	лучше
27. . . . .	— 25	+ 15	зн. лучше
28. . . . .	+ 10	+ 15	лучше
29. . . . .	— 12	— 15	хуже
30. . . . .	+ 10	— —	лучше
31. . . . .	— 15	— 15	без перемен
32. . . . .	— 2	— 10	хуже
33. . . . .	— 8	— —	лучше
34. . . . .	— 5	— 10	хуже



№№ наблюд.	До аспирина.	После аспирина	Периф. сердце после аспирина работало:
35 . . . . .	— 17	— —	лучше
36 . . . . .	— 10	— 10	без перемен
37 . . . . .	— +2	— +5	лучше
38 . . . . .	— 3	— 5	без перемен
39 . . . . .	— 8	— 10	»
40 . . . . .	— 20	— 10	лучше
41 . . . . .	— 10	— —	»
42 . . . . .	— 10	— 5	»
43 . . . . .	— —	— 2	без перемен
44 . . . . .	— 20	— 10	лучше
45 . . . . .	— 25	— —	»

Таблица № 2 представляет сравнение цифр Riva-Rossi и максимального систолического давления по Короткову. Нам известно, что при хорошей работе периферического сердца цифры R-Rossi бывают обычно выше цифр Короткова. Рассматривая в таблице № 2 сравнительные цифры Riva-Rossi и Короткова до приема аспирина, мы можем установить, что вообще за исключением 3-х случаев, периферическое сердце работало не достаточно, в то время, как после приема аспирина наблюдалось улучшение работы периферического сердца в 53,3 проц. случаев, ухудшение в 22,2 проц. и без перемен в 24,4 проц. На этом основании, можно допустить, что больше, чем в половине случаев под влиянием аспирина наступает улучшение в работе периферического сердца.

Такого же рода сравнительную оценку мы производили в цифрах Потэна и Riva-Rossi, измеренных в плечевой и лучевой артериях. Более высокие цифры в лучевой артерии по сравнению с плечевой, как известно, говорят за хорошую силу сосудистой волны. В наших случаях после приема аспирина мы часто получали усиление перистальтической волны в лучевой артерии.

Таким образом, хотя анализ всех наших предварительных сообщений еще не дает нам окончательных указаний на то, зависят ли наблюдаемые изменения в аппарате кровообращения только от центрального или только от периферического сердца, но, повидимому, он вызывает к работе резервную силу того и другого сердца. Очевидно, нужно допустить, что в ряде случаев, когда налицо имеется слабое центральное сердце, аспирин стимулирует периферическое сердце и заставляет его пускать в ход резервные силы и этим самым поддерживает равновесие в аппарате кровообращения. В противоположном случае, при слабости периферического сердца, эта компенсация выпадает на долю центрального двигателя. Если же налицо имеется слабость обоих сердец, то в некоторых случаях при больших дозах, как это описано в немецкой литературе, может наступить кризис резервных сил сердечно-сосудистого аппарата со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Воздерживаясь от общих выводов, мы позволяем привести некоторые положения, которые вытекают из наших наблюдений:

1. Аспирин не может считаться индифферентным веществом для сердечно-сосудистой системы.

2. Аспирин иногда влияет на центральное сердце, иногда на периферическое, при чем не всегда удается с точностью установить преобладающее его влияние на указанные системы.



3. Аспирин, вызывая к деятельности резервные силы аппарата кровообращения, тем самым помогает ослабшему отделу его нормально выполнять свои функции (компенсаторный фактор).

4. Лихорадочные процессы ведут к ряду изменений в периферическом сердце и только при этих условиях аспирин и проявляет свое действие.

5. У здоровых аспирин не обнаруживает резкого жаропонижающего действия, не вызывает расширения сосудов и тем самым не влияет на периферическое сердце.

6. При повышенном кровяном давлении после приема аспирина наступает большее понижение кровяного давления, чем у лиц с нормальным или пониженным давлением.

7. Аспирин больше показан в случаях нормального или повышенного кровяного давления и должен быть с осторожностью применен при гипотонии, особенно в тех случаях, в которых эта последняя зависит от максимального систолического давления.

8. Если при систематическом назначении аспирина кровяное давление после его приема падает и быстро возвращается к норме—это является показателем стимулирующего действия аспирина на одно из сердец. В тех же случаях, когда давление после его приема не возвращается к норме, требуется большая осторожность при дальнейшем его применении.

---

## ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТКЛОНЕНИЯХ.

(Предварительное сообщение).

Д-р П. Ф. МАЛКИН (Пермь).

Каждый практический врач, по какой-бы специальности он ни работал, ежедневно встречается с жалобами на головные боли. Головные боли—симптом очень многих как органических, так и функциональных заболеваний нервной системы и внутренних органов и, несомненно, что успех врачебного вмешательства зависит в значительной степени от того, удалось ли установить и устранить причину этих болей.

К сожалению, не только врачи-универсалисты, но часто и специалисты невропатологи в определении причины ограничиваются исключением возможных органических заболеваний и установлением т. н. невротического характера болей. Не останавливаясь в настоящем сообщении на соответствующей литературе, позволим себе привести характерное обсуждение вопроса о головных болях на заседании научного съезда врачей юго-западной Германии (см. *Medizinische Klinik*, № 25, 22 Juni 1928 г., стр. 989, рефераты докладов Foerster'a, Bilschowsky'oro, Stepp'a), где на ряду с подробным изложением зависимости головных болей от аномалий органов зрения и заболеваний внутренних органов лишь мельком «в заключение» имеется указание на головную боль, как симптом общих неврозов и только.

Можно-ли ограничиться установлением невротического характера болей, есть-ли это установление причины? Невротичность не причина, это почва, на которой могли пустить и пустили ростки те или иные болезненные проявления, это определенное условие, предполагающее и облегчающее поиски причины, но не исключающее ее. Мы далеки от мысли, чтобы вместе с S. Freud'ом и его школой разгадку всех неврозов искать в тайнах «алькова» (прямо или модернизированных), мы точно также не делаем подобных утверждений в отношении невротических головных болей, но повседневный опыт и клинические наблюдения говорят за сексуальный фактор в этиологии



интересующего нас невротического симптома, значение коего хотя и не универсально, но все же громадно. Несколько кратких выдержек из соответствующих историй болезней иллюстрируют нашу мысль:

№ 1. Больная Е. Д., 37 лет, замужем 16 лет, имеет 2 детей. Материальные и жилищные условия вполне благоприятные. Уже более 10 лет страдает тяжелыми головными болями: „ломает в висках, что-то сверлит в затылке“. Боли обычно начинаются по утрам, продолжаются день, два, три и больше, проходят постепенно. За последнее время не меньше 3-х дней в неделю проводит в кровати. Телосложения лихнического (маленькая толстуха); органические заболевания нервной системы, внутренних органов, в частности, явления атеросклероза отсутствуют. Симптоматическая лекарственная терапия без успеха, лечение ожирения дает уменьшение веса, но не отражается на головных болях. Самый тщательный анамнез не дает возможности установить патогенный момент. От ответов на вопросы, касающиеся интимной жизни, больная всячески уклоняется, отказываясь видеть здесь какую-либо связь. Е. Д. предложено вести дневник, в котором отмечать все „важное и неважное“ и одновременно течение болезни. При просмотре записей больной бросается в глаза почти 2-х недельное отсутствие болей, совпадающее с отъездом мужа. Дальше было установлено, что наша пациентка относительно фригидна. Правда, иногда появляется и *libido* (в прямом, а не Freud'овском смысле слова), но оргазма никогда не бывает и только по рассказам и книгам знает, что он должен быть. Мужа уважает, любит (социально?).

Головные боли у нашей больной обусловлены, повидимому, неудовлетворяющим *coitus* и являются как-бы физически своеобразной заменой неразрешившегося напряжения в генитальных органах. Характерно, что у больной крайне неустойчивы вазомоторы: она быстро краснеет, бледнеет, во время волнения все лицо, шея, грудь покрываются багрово-розовыми пятнами, за последнее время стала крайне раздражительной и пугливой, напоминая черты, свойственные периоду инволюции. Однако, предполагать эту последнюю нет достаточно оснований (37 лет, месячные в норме).

Нам кажется, что основа страдания Е. Д.—диссоциация в половой жизни, именно фригидность при регулярном половом контакте. На борьбу с этой фригидностью (обусловленной ли ее психофизиологическими особенностями или нарушением потенции мужа) и должны быть направлены наши усилия.

№ 2. Больная К. Н., 24 лет, замужняя, детей не имеет. Последние 2 года страдает мучительными головными болями, иррадирующими на всю область головы. Боли настолько тяжелы, что заставили больную отказаться от общественной работы, уйти со службы, больная даже подумывает о самоубийстве. Анализ установил связь головных болей с систематическим *coitus interruptus*. На это указано больной, сделаны соответствующие выводы, рекомендована беременность. Эффект блестящий: в какой-нибудь месяц К. Н. совершенно преобразилась, боли прошли, она опять думает вернуться к труду. Вскоре забеременела и с радостью готовится стать матерью.

№ 3. Больная Н. Б., крестьянка, 23 лет, замужем и имеет 2 детей. Жалуется на общую слабость, исхудание, головные боли (держатся больше 1/2 года). При исследовании отмечено резкое исхудание, неврастенические явления (в частности и со стороны сердечно-сосудистой системы); органические заболевания нервной системы, внутренних органов (в частности т. б. с, дистиреозы, диабет) отсутствуют. Больной назначена железо-мышьяковистая терапия, сделаны соответствующие диететические указания, но эффекта никакого. Из затруднения нас вывела мать больной, она обратила внимание на мужа, как причину „чахотки дочки“. Из беседы с ним выяснилось, что супруги систематически имеют не меньше 8—10 *coitus* в сутки. Такой „африканизм“, повидимому, не по силам больной, но она об этом упорно и категорически молчала, боясь потерять расположение и верность мужа. Коррегирование этой наиболее интимной области супружеской жизни оказалось в состоянии исцелить нашу пациентку.

Очевидно, причина страданий молодой женщины в данном случае в *hyperaesthesia sexualis* и, возможно, некотором ирриатизме ее супруга. «Исправьте» мужа, и будет здорова жена.

№ 4. М. О., 25 лет, артистка балета, замужем, детей не имеет. Головные боли уже около 4 лет, боли тупые, но временами сверлящие в *parieto occipitalных* областях. Консультировавшие ее раньше специалисты связывали боли с перенесенным 6 лет тому назад ларингическим энцефалитом (объективно при исследовании: легкий парез левой глазничной ветви г. *facialis*). Постепенно больная выявила целый комплекс болезненных явлений: ночные страхи, во время сна автоматизм и fugи. Обычный анализ случая не дал отрывных моментов



для установления патогенной базы заболевания Предпринят ассоциативный эксперимент (по Jung'y). На раздражитель „муж“ реакция отрицательная (4,5 секунды при средней скорости реакции у М. О. 2,5 сек.) на раздражитель „взвешенный“ густо покрашенный и сделала ряд неслесобразных движений (движения только казались неслесобразными. Смысл их нам стал потом вполне понятен, она что-то отталкивала, как будто от чего-то отмахивалась). На раздражитель „де.и.“ реакция резко отрицательная (больше 8 сек.) соп. ождается сильным эмоциональным тоном: „кал... гадко“. Эксперимент не оставлял сомнений в наличии довольно определенного „комплекса“ к „мужу“. Оказалось, что „авоматизм“ и „фуги“, которые мы раньше установили у больной, также связаны с ее мужем: так, ужась спать с ним рядом, она часто утром рассказывает в совершенно другой комнате, так она в нее пошла,—не помнит (?); установившись втретий с мужем в Свердловске, она почему-то (сама не знает, так и почему?) очутилась в Смоленске и т. д. В этом направлении и был предпринят дальнейший анализ случая.

Оказалось, что при первом по половому соитию муж больной был пьян и имел немереное со ершительное акт per anus. Подобные попытки повторились, но встретили энергичное сопротивление, и он их оставил; однако, наш пациентка кажется, что ее муж по сей день беспрерывно на анальный объект, а мысль отравляет их совместную жизнь; возможность беременности и д. торождения приподнимает ее в ужас („д.ти—ка!“). Большая сделала по своему практические выводы: „на разойтись с мужем. В данном случае мы никаких подобных советов не давали. О самом разводе узнали впоследствии. В результате наступило полное исцеление, бывший некогда энцефалит оказался совершенно неповинным.

В приведенном случае головные боли были одним из наиболее ярких невротических симптомов в отличие от случаев, описанных выше, где они являлись моносимптомом. Случай показателен в том отношении, что подчеркивает необходимость при выяснении патогенных моментов прибегать к кропотливым методам исследования лечения (ассоциативный эксперимент по Jung'y, анализ путем свободных ассоциаций по Freud'y и т. д.).

Обращает внимание резкое преобладание женщин среди подобных больных, и, нужно думать, это не случайность, а вполне закономерное явление. Ведь при многих и при том очень распространенных отклонениях в сексуальной жизни наиболее страдающей стороной является женщина: impotentia, coitus interruptus, ejaculatio praecox у мужчин, фригидность—ведь все это сопровождается отсутствием у женщины оргазма—этого, по выражению Фрейда, прекрасного дара природы за продолжение рода. Таким больным можно иногда помочь лекарственными средствами и физиотерапевтическими процедурами, гипнотерапией. Но, несомненно, что причинная терапия является наиболее плодотворной.

Одним из наиболее частых сексуальных отклонений является онанизм. Даже если не принять распирное толкование понятия онанизма, употребляемое школой S. Freud'a (как известно, эта школа относит к онанизму и так называемый аутоэротизм и чисто духовную онанию), даже если не согласиться со Steckel'евскими 100 проц., все-же процент онанирующих, особенно в детском и юношеском возрасте, громаден. Под онанизмом мы будем понимать онанистический акт как таковой, сопровождающийся выделением соответствующих секретов и обычно наступающим оргазмом. Онанизм, в этнологии головных болей занимает значительное место, при том эти головные боли более или менее определенного типа.

№ 5. Больной Т. Н., 23 лет, крестьянин, в момент заболевания красноармеец (г. Челябинск), женат, имеет детей. Когда-то в детстве, а затем последнее время (в армии) страдает какими-то припадками. Заподозрена была эпилепсия, по поводу которой он около месяца лежал в госпитале на испытании. За все время испытания припадков не было, и больной был выписан без определенного заключения. Сам больной называет свою болезнь „падучей“ и описывает соответствующие симптомы („беспамятство, прикусывает язык и т. д.“). При объективном исследовании никаких аномалий развития, дегенеративных стигм, органических заболеваний нервной системы и внутренних органов не обнаружено. Из особенностей отмечается резко выраженная яичковая зональность по Г. Е. Шумкову (проф. Г. Шумков „Основы эволюционной психо-рефлексологии“, г. Пермь, 1927 г., стр. 150) при отсутствии каких-либо клинических явлений поражения яичек. Подобную зональность нам довольно часто приходится встречать у страдающих мигренями. Не есть ли сама „мигрень“ в таких случаях одним из проявлений иррадированной зональности на почве истощения testis?



Мы неоднократно наблюдали „припадки“ больного,—это были типичные приступы тяжелой *hemicrania angiospastica*, сопровождавшиеся продолжительной тошнотой и обильной рвотой. Больной как бы впадал по временам в сумеречное состояние („терял память“), выявлял мелкий генерализованный тремор, но никогда болевой чувствительности не терял; зрачки реагировали, ни разу не было прикуса языка, самопроизвольной дефекации и мочеиспускания. Предыдущие приступы были, по словам больного, такого же характера. Приступы обычно бывают по утрам (как встает), и уже накануне больной чувствует: „завтра будет“. Категорически отрицает какие-либо отклонения в половой жизни, в частности онанизм.

Лекарственная терапия приносила облегчение, но приступы продолжались—стоял вопрос об увольнении из армии. В это время больной был переброшен в другую часть—в Самарканд, откуда пишет, приступы участились, но, вспоминая нашу беседу (я указывал больному, что такие „приступы“ могут быть вследствие онанирования), решил перестать онанировать. При начале отставания заметил, что чем меньше онанирует, тем реже приступы; бросил совсем, и прошли головные боли, приступов не стало, считает себя здоровым. Он сознается, что, отрицая онанизм, говорил неправду: до женитьбы онанировал, прекратил после женитьбы. В армии опять начал и при том злостно (привык жить регулярной половой жизнью, а иметь сношения со случайными женщинами опасно).

Поражает (как и в случае № 1) своеобразная «слепота» больных: при очевидной связи и зависимости их от половых отклонений, люди ее упорно не видят или не хотят видеть.

№ 6. Л. М. 19 лет, замужем 2 года, имеет ребенка. Более года страдает приступами *hemicrania angiospastica*. Боли начинаются по утрам, продолжаются часа 4-5 и проходят. Анемия, резко выраженные неврастенические явления. При анализе установлено: *coitus interruptus*, онанизм. Головные боли обычно наступают после предшествовавшего накануне акта онанирования. Вначале онанированием больная как бы заканчивала прерванный физиологический акт, но сейчас только онанистический акт доставляет ей половую удовлетворенность. Больная предполагает, что головные боли resultat ее патологической привычки; само сознание, что она онанистка, доставляет ей тяжелые страдания, наконец, она боится за свое здоровье, но влечение сильнее всех этих рассуждений.

Больной рекомендован нормальный *coitus* (уже больше года имеет лишь *coitus interruptus*); проведено несколько гипнотерапевтических сеансов. В стадии глубокого сна внушена гадливость к онанистическому акту, физическая невозможность онанировать и полное удовлетворение от нормального *coitus'a*. Больная онанизм прекратила, и явления *hemicrania* стали быстро угасать.

№ 7. Больная Б. Е., 39 лет, замужем, детей не имеет. Уже около 10 лет, а раньше и в детстве страдала приступами ангиоспастической мигрени. Фармако- и физиотерапия безуспешны. Больная страдает *tbc* легких (11 В), и лечащий ее врач-терапевт относит головные боли к явлениям туберкулезной интоксикации. При обычном анализе установлено резко повышенное *libido* у пациентки (частое явление у туберкулезных), регулярные половые сношения с мужем ее не всегда удовлетворяют, и тогда она прибегает к механическому раздражению генитальных органов. Назначением *antiaphrodisiaca*: *lupulin*, теплые ванны перед сном и т. д. достигнуто значительное улучшение состояния больной.

Несомненно, что туберкулезный процесс имеет отношение к головным болям, предполагают и усиление *libido* (и, как следствие, онанизм). Излечить туберкулез мы бессильны (? Ред.) но воздействовать на *libido* можно. Это паллиативная симптоматическая терапия, но с возможным приближением к причине.

Если при сексуальных отклонениях вообще головные боли не имеют какого-либо определенного типа, то у онанирующих мы чаще всего встречаем тип *hemicrania angiospastica*. Затем, головные боли, как общее правило, начинаются у них по утрам после совершенного накануне акта—актов онанирования. Известен клинический факт: большая распространенность мигреней в детском и юношеском возрастах. С годами приступы бывают все реже и реже и часто проходят совсем. То же имеет место и в отношении онанирования. Однако, как неправильно было бы положение, что все невротические головные боли обусловлены сексуальным фактором, также несостоятельно было бы аналогичное утверждение в отношении мигреней и онанизма. Но связь их во многих случаях следует иметь в виду.

Не останавливаясь в настоящем сообщении на возможном физиологическом механизме наступления головных болей при сексуальных отклоне-



ниях, отметим, что так называемые психогенные\*) факторы безусловно играют большую роль при болях у онанистов. Это явствует хотя-бы из того факта, что при поллюциях, как бы часты и обильны они ни были, мы не встречаем систематических упорных головных болей.

В заключение я хотел бы указать, что исследование особенностей сексуальной жизни пациента представляет трудную и крайне деликатную работу, требующую от врача много терпения и большого врачебного такта.

В Ы В О Д Ы:

1. Сексуальные отклонения в этиологии невротических головных болей имеют весьма большое значение.

2. Особенно часты головные боли этого рода у женщин, что объясняется особенностями их половой жизни.

3. Головные боли типа *hemicrania angiospastica* очень часто отмечаются при онанизме.

4. Рациональная терапия должна состоять в установлении и устранении причины, вызывающей головные боли.

5. При установлении патогенного момента и лечении приходится пользоваться всем арсеналом психо-терапевтических средств от беседы до ассоциативного эксперимента, гипнотерапии, гипно-анализа по Frank'у, метода свободных ассоциаций (Freud) и т. д.

## ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ ТВОРЧЕСТВА ЧАЙКОВСКОГО.

КЛЕВЕЗАЛЬ Е. Р. (Пермь).

В творчестве художников можно отметить две стороны—субъективную и объективную, иначе индивидуальную и социальную. У одних художников резко преобладают черты личных переживаний, другие более или менее умело скрывают свою личность и в своем творчестве отражают объективно социальную среду. Конечно, и первые художники, являясь продуктом социальной среды, также отражают современные им общественные взаимоотношения.

В анализе творений того или иного художника приходится выявлять обе стороны творчества, отделяя черты индивидуальные от социальных. Очень часто в этом анализе встречаются большие трудности, в особенности при отсутствии достаточного биографического материала.

Не меньшие затруднения представляет и недостаточно четкая картина социальной среды, в которой жил художник. Лишь постепенно, удаляясь все более и более от изучаемой эпохи, переходя в новые формы социальных отношений, путем сопоставления контрастов, получается более ясное представление об отошедших в историю явлениях общественной жизни.

Особенно медленно подвигается процесс углубленного анализа творчества великих художников. Лишь мало по малу, постепенно разворачивается сложная, многогранная картина творчества, в которой находят как черты индивидуальных переживаний художника, черты влияния современной ему социальной среды, так и предвосхищения, идущие далеко вперед современной ему эпохи.

\*) То, что называют «психогенными» факторами непосредственно воздействует на центр чувствительности Thalamus, а через него и на вегетативную нервную систему.



Не редко в этих затруднениях критических изысканий виноваты и сами художники, художественное чутье которых, интуитивное творчество расходится с их мышлением, теоретическим обоснованием своих произведений, симпатиями и настроениями. Сами художники, как бы не понимая самих себя, толкают критиков на ложную дорогу. то в предисловиях к своим творениям, то в автобиографиях, пометках или ярко выраженных симпатиях к определенному кругу описываемых явлений, запутывающих подлинный смысл творений.

В таких случаях старые произведения предстают пред новой аудиторией в новом свете, с новыми красками, о которых современники и не догадывались. Это особенно сказывается в музыке, где элективная особенность воспринимающих аппаратов отражается особенно сильно. В музыке мы сильнее всего воспринимаем те стороны музыкального творчества, которые наиболее родственны нашим душевным переживаниям, затрагивают консонирующие струны нашей души. И нередко оказывается, что у старых композиторов мы находим отзвуки на вполне современные темы.

Переходя к нашей теме—творчеству музыкального композитора Чайковского, следует прежде всего отметить, что разные слагаемые характера его творчества переплетаются в чрезвычайно пестрой картине, и потребуется еще немало труда и времени, чтобы вполне разобраться в них, выявить их раздельно и составить полную картину его творчества.

Черты яркой субъективности, навязанная извне программность в музыке, противоречащая его свободной лирике, навеянное эпохой народничество, все это не слилось у Чайковского в цельное звукопонимание, а переплелось противоречиво, причудливо, не редко как бы дисгармонично. Для понимания его творчества, для выявления причин этой причудливости, дисгармоничности, неровности письма, нужно положить в основу исследования творчества Чайковского, анализ его личности и отражение на творчестве субъективных черт личности.

Казалось бы, что проще всего обратиться к биографии композитора и данные ее сопоставить с произведениями самого автора. Но меня, как психиатра, привлекает иной путь—выявления личности композитора из его творений, чтобы затем уже проверить, насколько возможно, данными анамнеза—биографией. Для этой цели я решил взять, весьма популярное *Andante Cantabile* из I квартета Чайковского.

По нашему глубокому убеждению это *Andante Cantabile* выявляет самые глубокие, интимные черты души Чайковского и анализ этого произведения дает ключ к пониманию творчества его. *Andante Cantabile* до сего времени непонято, не раскрыто во всей его глубине ни критиками, ни исполнителями музыкантами. Виновником этого является сам Чайковский, направивший музыкантов по ложному пути. Понимание и исполнение этого гениального творения является ярким образцом, как автор сам не понял, что творил, и истекшие 50 лет со дня появления на свет I квартета до сего времени не раскрыли глаза критиков и музыкантов на данное произведение.

Винной этому несчастная пометка автора для музыкантов играть «*Con Sord'no*». Чайковский, написав **трагедию**, своей пометкой играть под сурдинку, свел ее на **элегию**. Это само по себе трагично. Своей пометкой Чайковский спрятал, затушевывал бурю своей души, рыдания превратил в тихий рокот. Чайковский скрыл свои рыдания и это является свидетельством их подлинности. *Andante Cantabile* является



гениальной музыкальной иллюстрацией душевной болезни—остро меланхолического взрыва *Raptus Melancholicus*. Это не тихая меланхолия скучающего от безделья разочарованного или любующегося собой поэта. *Andante Cantabile* не для исполнения при луне, не для яркой, сияющей огнями и бриллиантами, залы. Для ее исполнения нужны черные стены, притушенные огни и полные смычки и тогда трагедия большой души, острого взрыва тоски, отчаяния, безнадежности и полного упадка духа развернется в звуках гениальной яркости, мощности и красоты.

Стоит внимательно проследить по партитуре, чтобы признать справедливость сказанного. В дальнейшем, чтобы не слишком осложнять разбор, мы придержимся первой скрипки, как инструмента, ведущего основную мелодию.

Начинается *Andante* ровной, спокойной фразой, в которой слышится душевная пустота, безразличие. Фраза эта повторяется несколько раз без пауз, монотонно, лишь с легкими колебаниями в силе тона и опять без паузы переходит в следующую тему, аналогичную первой, лишь слегка отличающуюся от первой. В этой теме уже слышится некоторая напряженность, подъем эмоционального чувственного тона. Затем скрипка делает паузу в 6 тактов.

Однообразное, частое, монотонное повторение одной и той же фразы характерно для меланхолии в стадии душевной пустоты и подавленности психики.

Новая музыкальная фраза построена в более нервном, требовательном тоне первой половины и падающем безнадежной второй частью. Музыкальная фраза небольшой паузой обрывается незаконченной, не округленной и вновь и вновь повторяется с той же ноты, вновь обрываясь паузой. Эти паузы соответствуют тормозным процессам меланхоликов, а упорное повторение одного и того же, стереотипичности поведения меланхолика, стереотипии его речи.

В следующей за этим части *Andante* меланхолия переходит в новую стадию. Новая тема, начинаясь с «фа», поднимается триолями до «си» бемоль, до «ре» бемоль. В этом месте душевная боль достигает высшего напряжения. Мы имеем подлинный крик души *Raptus melancholicus* психиатров. Несчастная сурдинка и пометка MF смазывают этот крик до жалкого лепета. Тут нужен полный удар смычка и *fff*, чтобы было слышно отчаяние, вопль, взрыв душевной боли. За этим взрывом следуют короткие, глубокие «вздохи» прерываемые короткими паузами, вздохи полные безнадежности. Не стоит кричать, никто не поможет. И опять начинается монотонное повторение первой музыкальной темы.

В глазах психиатра ясно представляется фигура больного меланхолика, тянущего однообразную мелодию, раскачиваясь в такт всем корпусом, глухого ко всему окружающему, с тоской, сосредоточенной в одной точке, в которую превратился для него весь мир. И вновь короткие незаконченные фразы, прерываемые паузами и новый вопль души, кончающийся полным упадком духа, иллюстрацией. Петить больше нет сил. Коротко повторяется на низких нотах начальная тема и заканчивается тоскливым, жалобным писком. В заключение короткий финальный траурный аккорд.

Песнь окончена, певец испустил дух, траурный аккорд сигнализирует роковой исход, но он не развивается дальше в похоронный марш, ибо певец умер, певец не может сам по себе служить психику, а холодному внешнему миру что за дело до несчастного неудачника. Гениальный заключительный аккорд гениального произведения.



Таким образом, в *Andante cantabile* Чайковского, как в зеркале, находит себе отражение типичная душевная болезнь — меланхолия. Монотонность, стереотипность, торможение, незаконченные фразы, взрывы тоски, душевная тупость, все оттенки разных стадий меланхолии находят в *Andante cantabile* сжатое, яркое воплощение в звуках. *Andante cantabile* Чайковского имеет характер подлинного субъективного переживания, оно не является плодом надуманной программы, с искусным контрапунктом. Оно вылилось из под пера художника одним взмахом, написанное кровью его сердца.

Как часто композиторы стараются изобразить ужас звуками медных и ударных инструментов, нагромождая диссонансы и все-же слушатель остается холодно спокойным. «Он пугает, а мне не страшно» — как выразился Л. Толстой о творчестве Л. Андреева. В таких произведениях программность музыки выступает на первый план слишком назойливо и становится ясным, что автор сам не переживал никаких ужасов.

Выразительность, точность во всех деталях, без единой фальшивой ноты, полное соответствие всем фазам переживаний меланхоликов, делают несомненным вывод, что Чайковский сам переживал приступы острой меланхолии. Приступы эти не были формальным душевным расстройством, но наличие их у Чайковского свидетельствует оставленный им самим манускрипт — *Andante cantabile*.

Ярко описавши переживания острого приступа меланхолии, весьма возможно, что он сам не осознал написанного им самим и дал роковую пометку «*con sordino*». Но, быть может, также и то, что Чайковский знал, что написал, но, ужаснувшись написанному и стыдясь обнажить свою душу, скрыл и смягчил подлинный смысл своего произведения указанием — играть полечче, под сурдинку.

Пора снять покрывало с этого гениального произведения и показать миру его подлинное лицо, его глубокое жизненное значение. Сурдинка превращает трагедию в слащавую элегию.

Анализ *Andante cantabile* дает ключ к пониманию некоторой неровности письма Чайковского, я бы выразился к судорогам, гримасам его письма. Меланхолики проявляют еще одну черту, называемую психиатрами негативизмом. При негативизме больной не исполняет приказаний, сопротивляется или делает обратное тому, что нужно. Это называется также извращениями. И вот у Чайковского замечаются в его произведениях такие извращения, судороги, гримасы, которые не вяжутся со всем его музыкальным образом, стилем его письма. Эти провалы, извращения не имеют ничего общего, напр. с извращениями Стравинского. Последний неожиданными переходами явно хохочет, издевается над публикой, дает живительные пощечины разжиревшей и отупевшей буржуазии запада.

Как образец такой судороги, я приведу полонез из оперы «Евгений Онегин». Начинается он бодро, величавым вступлением с бойкими и мелодичными фиоритурами. Характер музыки художественно воспроизводит эпоху и среду, в которой жил Евгений Онегин, и отражает придворную жизнь аристократии. Напудренные кавалеры, игриво притоптывая, ведут под руку жеманных фрейлин. Легкая, бодрая, красивая музыка, и вдруг в дальнейшем ударное вступление теряет мелодичность, повторяется многократно в различной тональности, жестко, шумно, безвкусно, как будто требуется выразить нарастание беспокойства. Можно было бы думать, что готовится драматический эпизод, но ведь — драма уже закончена, остался эпилог. Правильней считать это судорогой, гримасой творчества. Веселый танец вызвал тяжелое антагонистическое воспоминание пережитого и судорожно дернулась



рука композитора. Судорога прошла и вновь полились чарующие звуки подлинного полонеза.

Было бы весьма желательно пересмотреть и другие произведения Чайковского под вышензложенным углом зрения. Несомненно, найдутся еще не менее интересные черты патологического творчества Чайковского, но это далеко выходит из пределов возможности для автора настоящей статьи.

Одно несомненно. В творчестве Чайковского имеют отражение не только упадочные настроения современной ему эпохи, но и патологические черты его характера.

Еще одно замечание по поводу исполнения *Andante cantabile*. Само собой разумеется, что устранение только сурдинки недостаточно. Необходимо полная перемена традиционного трактования смысла данного произведения, согласно высказанных нами разъяснений.

Да не посетуют на меня музыканты. Я дал анализ музыки—как психиатр и мои музыкальные промахи, надеюсь, простятся мне, так как я никакого музыкального образования не имею, я только любитель музыки.

#### От Редакции.

Помещая интересную статью д-ра Клевезаля, Редакция считает нужным оговориться, что она не разделяет взгляда автора, будто *Andante cantabile* является музыкальной иллюстрацией душевной болезни (*raptus melancholicus*). Наоборот, Редакция разделяет взгляд тех психиатров, которые находят в этом произведении Чайковского признаки подъема, эйфории. Общий же элегический тон пьесы, по мнению Редакции, вообще характерен для Чайковского, как певца минора, композитора, являющегося характерным продуктом мрачной эпохи конца прошлого столетия.

## О ГАНГРЕНЕ И АБСЦЕССЕ ЛЕГКИХ.

(Туббольница-Санаторий им. 10 лет. Октябрьской Революции в г. Свердловске\*).

Д-р КУСЕВИЦКИЙ И. А.

В связи с проявляемым интересом к легочному туберкулезу, вопрос о неспецифических болезнях легких все более и более занимает страницы нашей литературы. К одним из таких неспецифических поражений легочной ткани относятся абсцесс и гангрена. Согласно утверждения многих авторов абсцесс легкого встречается нередко, но часто просматривается. Абсцессы легкого нередко являются причиной диагностических ошибок, и нельзя не признать, что диагноз абсцесса легких чрезвычайно труден, особенно в условиях работы без Рентгена и микроскопа. При отсутствии дурного запаха мокроты, когда полость абсцесса не сообщается с бронхом, поставить диагноз абсцесса почти невозможно, и здесь на правильный диагноз может навести только интуиция врача.

Частота абсцесса легкого по данным литературы сводится к следующим цифрам: так, Бюсс на 324 секции нашел 80 случаев нагноений в легких, Маршанд на 222 вскрытия имел 72 случая абсцедирующих пневмоний, Хедблом описал 692 случая абсцесса и, наконец, в нашей русской печати за последние годы я встретил 15 случаев проф. Кончаловского, 17 случаев хирурга Прокина и 22 случая Альперна.

\*) Доклад зачитан в Уральском Медицинском Обществе.



Такая частота заболевания налагает на практического врача обязанность помнить о нем в случаях хронического заболевания легочной паренхимы, чтобы не впасть в диагностическую ошибку.

По указанию Кислинга, Neumann'a, Плаут и др. авторами возбудителями легочного абсцесса являются обычные пиогенные микроорганизмы, причем инфекция чаще бывает смешанной; в случае присоединения спирохет или веретенообразных палочек, приобретает гангренозный характер.

В большинстве случаев (Tuffier) гангрена и абсцесс развиваются на почве крупозной пневмонии, затем эмболическим путем при септических процессах, послеродовой горячке, язвенном эндокардите, аппендиците; при переходе нагноения с соседних областей—при гнойных плевритах, печеночных и поддиафрагмальных нарывах, гангренозном распаде бронхиэктатических и туберкулезных каверн, гнилостном бронхите, нагноении бронхиальных желез и вследствие аспирации инородных тел в дыхательные пути. По Бакмейстеру причиной гангрен и абсцессов могут быть также и геморрагические инфаркты, вызываемые стерильными эмболами при вторичной инфекции, травмы, сопровождающиеся разрывом легочной ткани, переломы ребер с внедрением кусочка ребра в легочную ткань и особенно на фоне диабета и алкоголизма.

Теперь остановимся на клинике абсцесса и гангрены легких. Бакмейстер, говоря об абсцессах, замечает, что клинические явления большею частью очень серьезны: высокая перемежающаяся лихорадка с потрясающими ознобами обнаруживает септический характер заболевания; 1) пульс мал и част, быстрое похудание, легкий цианоз. Из физикальных симптомов нужно указать на более или менее ясно выраженное притупление, 2) жесткий и удлинненный выдох, крупно-пузырчатые хрипы, иногда шум трения. По мере опорожнения абсцесса от гноя на место незначительных физикальных симптомов появляются полостные явления: тимпанический звук, амфорическое или бронхиальное дыхание, влажные крупно и средне-пузырчатые консонирующие хрипы. Амфорический оттенок звука появляется не всегда, ибо стенки абсцесса не гладки. Важным симптомом служит отделение при условии сообщения полости абсцесса с бронхом гнойной мокроты макроскопически трех или двух-слойной, сладковатого или гнилостного запаха, травянистого или желтовато-коричневого вида с хлопьями и обрывками, с секвестрированными кусочками темного или красноватого цвета легочной ткани. Микроскопически мокрота содержит эластические волокна, кристаллы жирных кислот, таблочки холестерина, гематойдина<sup>3)</sup>. Прорыв в бронх абсцесса сопровождается большим выделением мокроты, полным ртом (Траубе) неприятно сладковатого запаха, который обычно сопровождается редким падением температуры с периодическими повышениями по мере накопления гноя в полости абсцесса.

Переходя к дифференциальной диагностике, я прежде всего коснусь тбк, с которым чаще всего нам приходится сталкиваться и где возможны частые диагностические ошибки. Так, Ренард приводит случай, где в течение целого ряда лет диагностировался хронический туберкулез, и только на секции был обнаружен хронический абсцесс верхней доли. Относительно же сочетания тбк с гангреной или абсцессом существуют довольно разноре-

1) При хронических абсцессах  $t^0$  может быть и субфебрильной. *Ред.*

2) При центральном расположении абсцесса никаких физических признаков обнаружить не удастся. *Ред.*

3) Наиболее типичным симптомом легочного абсцесса помимо характерного вида мокроты является огромное количество ее (1/2 литра и более литра в сутки). При хроническом абсцессе часто находят Дитриховские пробки. *Ред.*



чивые данные. Так, у Гешля имеется на 83 случая тбк 11 случаев сочетания, у Купленда на 56 случаев ни одного, на материале Альперна 2 случая сочетаний из 23 случаев, у Ауфрехта 1 случай. Шредер на 4.716 фтизиков не наблюдал абсцесса ни разу, а гангрену только в двух случаях. Все физикальные симптомы, начиная от приглушения до тимпанита, от консонирующих хрипов до полного их отсутствия—все это компоненты, свойственные и туберкулезу. Весь вопрос дифференциальной диагностики сводится к мокроте до прорыва в бронх, когда ее исследование при условии такого плацдарма поражения легких, характерного для третичного фтизиса с большим распадом, не дает нам ВК и эластических волокон; и только после прорыва гнойной массы в бронх исследование дает, как правило, эластические волокна и массу бактерий, по преимуществу стрептококков. В этом случае большое значение можно придать анамнезу, откуда мы узнаем о выделении сразу большого количества, полным ртом зловонной мокроты. Огромным подспорьем также в дифференциальной диагностике является подсчет лейкоцитов, число которых при указанных заболеваниях достигает 20.000 и выше. Несколько туманна дифференциальная диагностика между абсцессом и гангреней легких и бронхоэктазией. Точкой опоры в данном случае является наличие эластических волокон, говорящее скорее на абсцессе или гангрену, ибо эластические волокна являются продуктом деструктивных явлений, что при бронхоэктазиях, как правило, не бывает. Из физикальных симптомов заслуживает внимания резко дующее бронхиальное или амфорическое дыхание, характерное для бронхоэктазии и в то же время не дающее ясно выраженного притупления или тимпанита. Течение болезни значительно легче при бронхоэктазии,  $t^0$  в большинстве случаев нормальна с незначительными повышениями при задержке отхаркивания мокроты. Огромное значение имеет рентген, который при бронхоэктазии без применения контрастной эмульсии дает почти нормальный рисунок легочной ткани. Несоответствие объективным данным, аускультация и рентген способствуют диагностике бронхоэктазии.

Абсцесс легкого можно смешать далее с прорвавшейся осумкованной или интерлобарной эмпиемой, ибо часто абсцесс сопровождается инфильтрацией легочной ткани и полостные явления открыты. В пользу абсцесса говорит присутствие в мокроте частей легочной ткани. Дифференциальный диагноз эхинококка облегчается характерной рентгеновской картиной, которая дает резко контурированную тень круглого эхинококкового пузыря; некоторые указания дает эозинофилия и, наконец, реакция отклонения комплемента и преципитиновая реакция<sup>1)</sup>.

Что же касается дифференциального отличия между абсцессом и гангреней, то иногда довольно трудно провести какую-либо грань. Обычно придерживаются следующих отличительных моментов: 1) мокрота при абсцессе двухслойная, чаще не зловонная, при гангрене жидкая, зеленовато-черная, трехслойная, зловонная; 2) наличие при абсцессе эластических волокон и непостоянное присутствие их при гангрене благодаря разрушению их протеолитическими ферментами, выделяемыми гнилостными бактериями (многими авторами это положение не принимается целиком) и, наконец, 3) Рентген, дающий при абсцессе контурированную, а при гангрене не резко ограниченную тень. Однако, указанные признаки не являются непреложными точками опоры и вот почему: зловонная мокрота, столь характерная для гангрены, может быть и при абсцессе при условии

<sup>1)</sup> Реакции эти в последнее время вытеснены более простой и доказательной пробой с внутрикожной инъекцией, обеспокоенной (центрифугированием) эхинококковой жидкости. *Ред.*



образования полости и попадания гнилостных бактерий. Наконец, зловонная мокрота не является еще решающим моментом в сторону гангрены, ибо выделения с гнилостным запахом и подчас значительные могут быть и не из гангренозного очага. Что же касается второго признака—нахождения или отсутствия в мокроте эластических волокон, то этот вопрос до сих пор является спорным. Так, Сали замечает, что не знает ни одного случая гангрены, где-бы в мокроте отсутствовали эластические волокна. Альперн придает огромное значение нахождению в мокроте эластических волокон для дифференциальной диагностики абсцесса и гангрены легких с другими заболеваниями и не указывает на этот признак, отличающий абсцесс от гангрены. В отношении третьего фактора—Рентген можно сказать, что решая вопрос о наличии того или другого заболевания приходится только на основании всех существующих признаков, ибо хорошо контурированная каверна может легко симулировать абсцесс и специфичный для тбк инфильтрат—гангрену. Если нет абсолютных данных, то во избежание ошибок лучше пользоваться термином, предложенным Квинке, «путридный или гангренозный абсцесс».

Вопрос о смещении хронического туберкулеза с хроническим абсцессом встал передо мной после следующего случая, историю болезни которого я и привожу:

Больной В. служащий, 40 лет. Жалобы на сильный кашель с мокротой с запахом; мокрота выделяется до 100,0 и больше, особенно по утрам. Боли слева под ключицей и в области лопатки, поты, плохой сон из-за кашля, <sup>10</sup> изредка поднимается. Наследственность тбк и контакт отсутствуют; в детстве корь, затем аппендицит, сухой двусторонний плеврит. Кашель начал с 18 лет при общем хорошем самочувствии. Заболевание началось сразу, продолжалось 4 мес.; через 18 дней улучшение, снова обострение, продолжавшееся несколько дней. Во время обострения резко поднялась <sup>10</sup> и также быстро упала. Через 6 месяцев снова обострение, лечился на курорте с незначительным улучшением. Последнее обострение 20.VI-28 г.: резко поднялась <sup>10</sup>, кашель с большим количеством мокроты с запахом, периодически кровохарканье. Неоднократные исследования мокроты на ВК дали отрицательный результат. С 1926 г. находился под наблюдением многих врачей с неизменным диагнозом тбк III В.

Больной со значительной бледностью кожи и видимых слизистых, резкий упадок питания. Перкуторно притупление слева до IV ребра, бронхиальное дыхание, консолидирующие средние и крупно-пузырчатые влажные хрипы. Находясь под впечатлением больных с бронхоэктазией, где также встречается мокрота с запахом, я первоначально поставил диагноз *The pulmon III В et bronchoectasia*. Рекомендовано санаторно-курортное лечение в Тропике, куда он и поехал. Спустя 15 дней больной возвратился с диагнозом *absс pulmon lob. superior (д-р Мастбаум)*. При вторичном осмотре из физикальных симптомов определилось: слева под ключицей ясно очерчиваемая перкуссией полость во втором межреберье, резкое бронхиальное дыхание, полостная бронхофония, незначительное количество хрипов. Из распросов больного выяснилось, что диагноз был поставлен на основании рентгеноскопии. Больному предложено провести курс сальварсанного лечения. О судьбе больного не могу сказать, ибо он вышел из под моего наблюдения. Приведенный случай характерен своим хроническим течением абсцесса легкого.

Наученный горьким опытом диагностической ошибки, я стал более внимательно относиться к подобного рода заболеваниям и вскоре встретился с другим случаем, не менее казуистичным. Приводимый ниже случай иллюстрирует острый абсцесс легкого с самопроизвольным излечением.

Больной 27 лет, военнослужащий. Отец тбк контакта не знает, условия жизни все время хорошие, в детстве оспа, корь, частые простудные заболевания. 18.V.1-28 г. почувствовал себя плохо. Заболевание началось остро, появился жар, слабость, озноб; на следующий день <sup>10</sup> поднялась до 39,2°, кашель небольшой, мокроты мало. Направлен в Военный Госпиталь, где я видел больного консультативно. Жалобы на слабость и незначительную боль в груди слева, высокая <sup>10</sup> типа continua. При перкуссии обнаружено: незначительное приглушение перкуторного звука слева над верхушкой; спускаясь ниже, на уровне нижнего края II ребра, появляется ясно тимпанический звук, переходящий с нижнего края 3-го ребра в тупость до 4-го ребра; слева тупость ограничена по мамиллярной линии ясным легочным звуком, справа—грудной костью.



При перемене положения абсолютная тупость меняет свою границу в зависимости от перемещения на тот или другой бок (феномен Гергарта); аускультативное жесткое дыхание над верхушкой, в зоне тимпанита амфорический оттенок дыхания, влажные средние и крупно пузырчатые хрипы. Рентген: резко контурированная полость, наполовину наполненная секретом, при перемене положения горизонтальный уровень легко подвижен. В других отделах легких изменений не отмечено. ВК отсутствуют. Диагноз: абсцесс левого легкого, верхней доли. В подтверждение диагноза на следующий день у больного выделилось очень много гнойной мокроты с резким запахом, и на 14-й день заболевания  $t^0$  резко пала до нормальной. Больного видел 13/VIII; из физикальных симптомов кроме жесткого дыхания и одиночных хрипов стерторозного характера ничего не удалось слышать. Рентген дал нормальную картину легочной ткани. Был еще раз у меня после курорта 12/IX-28 г.,—чувствует себя хорошо, жалоб нет. В легких жесткое дыхание слева.

Третий случай иллюстрирует картину острого абсцесса, закончившегося смертью больного.

Больной 3. 46 лет, служащий. Наследственно, контакт тбк отсутствуют; условия жизни хорошие; в детстве перенес корь, скарлатину. Поступил в больницу 30/VII. Почувствовал себя нездоровым 1½ мес. тому назад. Один месяц назад появился кашель, плохой аппетит. 2 недели как появилось резкое ухудшение,  $t^0$  поднялась до 39,0°, появились резкая слабость, поты, ознобы. Диагноз—тбк легких, по поводу чего и поступил в стационар. Кровохарканье под вопросом. У больного резкая бледность, резкое похудание, левый глаз вставной, глазища гноятся. Перкуторно в легких: незначительное приглушение звука справа под ключицей с ослабленным дыханием, влажные хрипы; начиная со 2-го ребра по 5-ое ребро тимпанический оттенок перкуторного звука, дыхание резко ослаблено с металлическим оттенком. Сзади справа приглушение. Исследование крови: эр. 4350000, НВ 70 %, Л 21400, ЮК 11 %, ст. 21 %, С 54 %, Л 13 %, М 1 %, РОЭ 60 мм. Мокрота зеленоватая, слизисто-гнойная, тягучая; микроскопически в ней много гнойных клеток, ВК отсутствуют. Диагноз: абсцесс правого легкого в верхней и средней долях.

5/VIII я застал больного в сильном припадке удушья, резкая синюха. Объективно: металлический оттенок дыхания по всему правому легкому, много консолидирующих влажных хрипов,  $t^0$  резко пала. 7/VIII мокрота впервые с гнилостным запахом, явления в легких те-же, внизу справа много хрипов. 9/VIII хрипы исчезли, явно перкутируется полость от 1 до 5-го ребра, аускультативно металлический оттенок звука по всему правому легкому. Т. пectus 10/VIII мокрота зеленоватая, жидкая, трехслойная, пробки Дитриха, микроскопически эластические волокна, обрывки и сохр. альвеолярное строение, ВК отсутствуют, превалируют стрептококки.

15/VIII—смерть.

Секция: По вскрытии грудной клетки обнаружены большие спайки листов плевры справа; левое легкое свободно от спаек, эмфизематозно, правое отделяется с большим трудом. При отделении легкое разрывается и открывает отверстие, ведущее в большую полость. Верхняя доля правого легкого несколько уплотнена. По всей поверхности его мелкие гнойники. По разрезе легкого обнаружена большая полость со значительным количеством гноя, с очень тонкими неровными стенками, с рядом маленьких полостей, сообщающихся между собой. Нижняя доля выполнена мелкими отдельными полостями. Левое легкое воздушно, аспидно-серого цвета; при прощупывании отдельных участков уплотнения нет, туберкулезных конгломераторов обнаружить не удалось.

Патолого-анатомический диагноз: *gangr. lob. super. et mediae pulmonis dextri*. Пато-гистологический диагноз—элементы неразрешившейся пневмонии. Источником абсцесса в этом случае мог послужить гнойный процесс глазницы, отсутствующего глаза, по мнению консультативно видевшего больного д-ра Б. П. Кушелевского.

Приводимый мною четвертый случай иллюстрирует длительное течение абсцесса, закончившегося самоизлечением.

Больная П. 30 лет, уборщица. Наследственность, контакт тбк отсутствуют. Условия жизни плохие. В детстве корь, золотуха, оспа; 20 лет сыпной и возвратный тифы; 25 лет сухой правосторонний плеврит; 28 лет—тоже; каждый год грипп. Заболела 5 лет тому назад, появились слабость, боли в голове. Резкое обострение в июне 1928 г.: появились боли в груди и в правом боку.  $t^0$  до 39—40°, сильный кашель с мокротой, откашливалось много мокроты, обрывки тканей легкого, кровь; такое состояние продолжалось в течение трех суток. Объективно: справа от угла лопатки резко ослабленное дыхание. Был сделан пробный прокол, который обнаружил гной. Направлена в хирургическую больницу для операции; где после вторичного прокола гноя найдено не было. В начале сентября вышло сразу очень много жидкой кровянисто-гнойной мокроты с за-



пахом, после чего  $t^{\circ}$  пала до субнормальных цифр. Улучшился аппетит, уменьшился кашель. Мокрота по исследовании 10/IX зеленовато-серая, жидкая с плотным слизистым сгустком, с резким гнилостным запахом, ВК отсутствуют, много бактерий неопределенной флоры. Кровь: Эр. 4580000, ГМ 75, Л 10400, ЮК 3%, П 7%, С 53%, Лимф. 33%, Эоз. 2%, РОЭ 40%. Рентген 26/VI-28 г. В правом синусе между *lin scapul. dextra* и позвоночником у самой диафрагмы отмечается затемнение с неясной верхней границей. Затемнены только 2 межреберия над диафрагмой, так что при прямом ходе лучей сади или спереди затемнения не видно за выпуклостью купола. Иногда при глубоком вдохе как-бы видна дугообразная линия верхней границы затемнения. Правый хилус внизу расширен. Диафрагма движется довольно хорошо (д-р Деятов). Серо-диагностическое исследование 30/VIII-28 г. по Meinike дало слабо положительный результат, RW отрицательна. Объективно 21/IX-28 г. незначительное притупление по всему правому легкому, от угла лопатки притупление с тимпаническим оттенком, небольшое количество хрипов, в зоне тимпанита резко бронхиальное дыхание. 12/X-28 г. внизу справа те-же явления, хрипов нет.  $t^{\circ}$  нормальна. Прибывает хорошо в весе. Большая находится на излечении в больнице. Этиологическим моментом образования абсцесса в данном случае можно считать распад бронхоэктаза, образовавшегося вследствие ретракции легких и бронхов под влиянием двух перенесенных плевритов.

Переходя к лечению гангренозных абсцессов, прежде всего необходимо указать на выжидательный метод без оперативного вмешательства. Так, *Rahenführer* описал 7 случаев выздоровления из 30, *Meuer-Börnesko* из 14—5 случаев. *Зингер* из 21—4 случая. Все эти цифровые данные все-же указывают на сомнительный результат выздоровления при условии вскрытия и выделения абсцесса через бронх. Так что вопрос о выжидательном способе нужно считать открытым и там, где есть прямое указание, нужно немедленно делать операцию. Из хирургических методов лечения прежде всего следует указать на пневмотомию. Целесообразность этого метода подтверждается следующими цифрами. По данным *Гаррена* 582 случая собранных в мировой печати, выздоровление наблюдалось в 83 проц. По сборной статистике *Опокина* на 44 случая выздоровело 79,5 проц. Однако, сборные статистические данные разнятся от данных других авторов, которые не указывают на такой высокий процент выздоровления. Может быть это разногласие обусловливается методом лечения нарывов легкого от пневмотомии и торакопластики до наложения искусственного пневмоторакса. Этот последний метод сводится к тому, чтобы, не вскрывая гнойника, путем сжатия легкого выжать гной и добиться излечения уменьшением дыхательных движений. Покойный проф. *Штернберг* применял этот способ лечения нарыва легкого и получал излечение в 40 проц. Однако, этот метод имеет свои дурные последствия: истонченные стенки нарыва могут прорваться, и содержание нарыва, излившись в полость плевры, даст эмпиэму. *Бакмейстер* указывает, что пневмотомия уменьшает смертность от нарыва легких, доводя ее до 40 проц., тогда как внутреннее лечение поднимает процесс смертности до 70—80 проц. Показанием для оперативного лечения служат большие гнойники, и операция бесполезна при множественных гнойниках. Из лекарственных веществ применяются для вдыхания скипидар, перувианский бальзам и карболовая кислота, как задерживающие гнилостный распад. Рекомендуются миртол (мирто-камфорное масло) 0,15 по 1—3 капсулы через 2 часа. В общем внутреннее лечение не дает эффекта, если нет склонности к самоизлечению.

Со времени описания *Плаута* характерного для гангрены фузоспирального симбиоза началось применение при этой болезни сальварсана. Согласно взглядов группы исследователей (*Плаут*, *Пеемоллер* и *Брауер*) действие сальварсана выходит за пределы лишь специфического воздействия на спирохет, а проявляется главным образом на воспаленной ткани, повышая ее способность к продукции соединительной ткани и инкапсулированию омертвевшего участка. *Струбель* считает, что сальварсан повышает



---

---

опсонинный индекс, увеличивает количество моноцитов и специальных гранулоцитов с палочковидным ядром. Тушинский, суммируя свои наблюдения с данными Струбеля, приходит к заключению, что сальварсан является терапией раздражения, способствует усилению выработки антител, усиленной продукции и посылки лейкоцитов в патологически измененную ткань. Количество вливаний колеблется от 2—8 в зависимости от тяжести случая. В литературе есть указания на хорошие результаты лечения сальварсаном.

### **В ы в о д ы:**

1. Врач-туберкулезник должен помнить о возможном смещении хронических случаев гангренозного абсцесса с хроническим туберкулезом легкого.

2. Диагностика нарывов легкого сопряжена с большими трудностями. Тщательная разработка анамнеза рождает подозрение о гангрене, resp. абсцессе, а исследование мокроты и Рентген способствуют правильному распознаванию их.

3. Решающим в смысле диагностики и самоизлечения является вскрытие и выделение абсцесса через бронх.

---

### **ЛИТЕРАТУРА.**

Б а к м е й с т е р.—Болезни легких. Соколовский.—Болезни легких.

К о н ч а л о в с к и й. «Русская клиника», № 2, 1924 г. Там же ст. Прокина. Врачебная газета. 1924 г. № 11—12. Цейтлин. Альперн. Клиническая медицина. 1928 г.

---

---

**Областной научный съезд врачей перенесен на осень 1929 г.  
(между 15 октября и 15 ноября).**

**Шлите заявки и авторефераты. Усиливайте подготовку  
съезда на местах.**

---



## ТУЛЯРЕМИЯ В ОБДОРСКОМ РАЙОНЕ В 1928 Г.

Предварительное сообщение.

(Из Свердловского Санитарно-Бактериологического Института).

Г. И. ЗАРХИ.

В Уральской области вспыхнула в 1928 г. эпидемия туляремии почти одновременно в нескольких пунктах. Изучение одной из этих вспышек в Обдорском районе дало материал для статьи, посланной в один из центральных медицинских журналов.

Сообщаю краткие литературные данные об этой инфекции и отчетные сведения о проделанной нами работе. Первое описание клинической картины туляремии принадлежит американскому офтальмологу Martin (1907); на грызунах наблюдал ее Mc-Coу, который совместно с Chapin открыл возбудителя болезни (1912 г.). Но первым, изучившим эпидемиологию болезни, ее патогенез и свойства возбудителя, был Francis (1920 г.). До сих пор болезнь описана была с несомненностью только в С. Америке и Японии. Зоологическое распространение ее ограничивается грызунами (калифорнские суслики, дикие кролики, зайцы, дикие крысы). Человек заражается прикосновением к больному животному или через укус мухи *Chrysops discalis* или клеща *Dermacentor Andersoni* (случаев заражения человека от крыс за границей не наблюдалось).

Болезнь неконтагиозна среди людей; между грызунами распространяется через различных эктопаразитов. Изучение энтомологического фактора в эпидемиологии туляремии не закончено и представляет огромные трудности. Заболеваемость по временам года связана с сезоном охоты, с одной стороны, и с временем максимального развития клеща *Dermacentor Andersoni* (весна и начало лета) и мухи *Chrysops discalis* (лето и осень)—с другой. Чаще всего заболевают охотники, мясники, кухарки и лабораторные работники. Мужчины заболевают в 3 раза чаще, чем женщины.

Возбудитель (*bacterium tularense*)—очень мелкая полиморфичная бактерия, принимающая вид то кокка, то короткой палочки, неподвижна, по Граму не красится и спор не образует. На обычных питательных средах она не растет, но без труда культивируется на среде Mc Coу (яичный желток) и на цистин—глюкоза—серум—агаре. Вирус быстро гибнет при нагревании (10 минут при 56—58 град. С), но очень устойчив в отношении холода; в глицерине сохраняется целыми месяцами.

Опыты на животных показали, что микроб проникает через слизистые оболочки и неповрежденную кожу. Наиболее удобны для экспериментов белые мыши и морские свинки; у последних наблюдается очень характерная патолого-анатомическая картина: лимфаденит, некротические очаги в печени и селезенке. Для человека микроб значительно менее вирулентен, чем для грызунов. Среди людей наблюдаются слу-



чаи естественного иммунитета; у заболевших развиваются анатомические изменения не столько некротического, сколько гранулематозного характера, очень напоминающие туберкулезные милиарные и солитарные очаги.

Анализируя 220 случаев туляремии, Francis устанавливает 4 типа заболевания, руководствуясь местными изменениями, которые разыгрываются на фоне мало характерного общего лихорадочного состояния. 1) *Typhus ulceroglandularis*. В месте внедрения инфекции имеется первичное поражение в виде папулы, впоследствии изъязвляющейся, и увеличение регионарных лимфатических желез. 2) *Typhus oculoglandularis*. Конъюнктивит и регионарный лимфаденит. 3) *Typhus glandularis*. Увеличение лимфатических желез без первичного поражения в месте проникновения инфекции. 4) *Typhus typhosus*. Отсутствие первичного поражения и лимфаденита.

Инкубационный период—чаще всего 2—3 дня. Начало внезапное. Температурная кривая ремиттирующего типа; лихорадочное состояние продолжается от нескольких дней до трех недель. Больной жалуется на ломоту, поты, ознобы, общую слабость. Лимфаденит продолжается иногда месяцами, но, несмотря на вялое течение, часто переходит в нагноение. Конъюнктивит в большинстве случаев не оставляет стойких изменений. Селезенка часто увеличена; обычно наблюдается умеренный лейкоцитоз. Выздоровление протекает без осложнений, но характеризуется медленным восстановлением сил. Смертных случаев описано всего несколько. Диагноз не всегда легок. Francis рекомендует обращать внимание на следующие моменты: 1) контакт с грызунами, 2) первичная папула (позже—язва), или конъюнктивит с поражением регионарных желез, 3) упорный лимфаденит, 4) двух-трехнедельная лихорадка с ремиссией на 3—4 день болезни.

Для лабораторного диагноза применяются следующие два метода: реакция агглютинации сыворотки крови больного с культурой *bact. tularensis* (не раньше 2 недели) и выделение *bact. tularensis* из органов свинки, зараженной материалом из первичной язвы, гноем из желез или кровью больного. Первый способ по своей простоте и доступности играет, конечно, доминирующую роль. После перенесенной инфекции остается прочный иммунитет. Ни лечебной сыворотки, ни вакцины для предохранительных прививок до сих пор получить не удалось. Лечение симптоматическое. Лимфаденит рекомендуется оперировать лишь при появлении ясной флюктуации<sup>1)</sup>.

В селе Мужик, Обдорского района, Тобольского округа с июня по сентябрь 1928 г. наблюдались заболевания туляремией. Для изучения их я был командирован в этот район Уралоблздравом в августе м-це. Зарегистрировано 56 случаев железистой формы и около двух десятков тифозной. Из органов свинки, зараженной гноем больного, выделен *bact. tularensis*. Серологическая идентификация с американской культурой микроба любезно произведена проф. Mc Coy, которому была отправлена сыворотка реконвалесцента и органы зараженных животных; органы эти при новых заражениях вызвали, по сообщению проф. Mc Coy, типичную картину туляремии, а выделенный от подопытных животных микроб оказался бактерией туляремии.

<sup>1)</sup> Полная сводка литературных данных приводится в следующих двух статьях: 1) Francis. Tularaemia «Handbuch der pathog. Mikroorg.», Kollé, Kraus u. Uhlenhuth. Bd. VI. 1928. 2) Francis. A summary of present knowledge of tularaemia. «Medicine», Vol. VII № 4. 1928.



Носителем инфекции при большинстве эпидемий туляремии в СССР (в том числе и в нашем случае) является водяная крыса, на которую охотятся ради ее шкурки. Сведения об эпидемиологии туляремии в наших условиях еще далеко неполны, но мы все же считаем необходимым некоторые профилактические меры. В «памятке для охотников на водяных крыс», изданной Уральским областным отделом здравоохранения, рекомендуется следующее: «1) Не убивать вялых, больных крыс, которые почти не убегают от охотника.

2) Не снимать шкурок с больных крыс, имеющих свищи и желваки.

3) Приемщики пушнины не должны принимать крысиных шкурок с признаками болезни (свищи, следы гноя на шерсти, утолщения со стороны мездры).

4) Во время охоты надевать кожаные перчатки или рукавицы, высокую обувь, а по возможности—и сетку на голову.

5) Снимать шкурки в кожаных перчатках, вполне исправных.

6) Не снимать, по возможности и не сушить шкурок в жилом помещении.

7) После снятия шкурок облить крутым кипятком доску, нож и др. загрязненные предметы; перчатки обмыть обеззараживающим раствором (лучше всего 10 процентным раствором формалина), а руки вымыть мылом».

Кроме того, Облздравом приняты меры к своевременной информации о вспышках туляремии и к правильной регистрации этих заболеваний.

## НЕСКОЛЬКО СЛОВ О БРЮШНО-ТИФОЗНОЙ ЭПИДЕМИИ В Г. ЗЛАТОУСТЕ В 1928-29 Г.

Д-р Д. Б. РАБИНОВИЧ.

Есть основание думать, что эпидемия брюшного тифа в г. Златоусте и его окрестностях началась еще в сентябре-октябре 28 г. К сожалению, первые случаи брюшного тифа в г. Златоусте стали только распознаваться в начале декабря 28 г., и не приходится сомневаться, что большое количество больных с этим заболеванием просматривались и трактовались, как гриппозные. Толчком к более подробному изучению этих, так называемых, гриппозных больных послужили начавшие поступать из районов (Куса) тревожные сведения о том, что б-цы завалены брюшно-тифозными больными, и что, следовательно, имеется эпидемия «осенней лихорадки» (брюшной тиф). И тогда только начавшаяся применяться бактериологическая диагностика тифа сразу выяснила, что имеем дело с нетипично протекающим брюшным тифом. Количество брюшно-тифозных больных в городе с каждым днем увеличивалось. Имевшиеся в Златоусте соответствующие леч-учреждения (1-я совбольница, заразный барак) не в состоянии были всех больных госпитализировать, и часть брюшно-тифозных больных оставалась на своих квартирах в невозможных условиях жизни, способствуя дальнейшему развитию эпидемии. Здравоотделом было созвано собрание врачей, на котором была признана необходимость открыть брюшно-тифозный изолятор на первых порах по крайней мере на 25 коек, что и было выполнено 3-го января 29 г.

За время существования этого изолятора с 3-го января по 28-е февраля через него прошло 84 больных, из них брюшно-тифозных 54 чел.



(диагноз во всех случаях был документирован бактериологическим или серологическим исследованием крови), 8 с пневмонией, 10 гриппозных, и по 1 с сыпным тифом, милиарным туберкулезом, остеомиелизом, острым сальпингоофоритом, острым аппендицитом и пр.

Среди брюшно-тифозных больных мужчин было 42 (77,7 проц.), женщин 12 (22,3 проц.); рабочих 34 чел. (62,2 проц.), служащих 4 (7,4 проц.); учащихся 7 (12,9 проц.), домашних хозяек 6 (11,1 проц.), безработных 3 (5,3 проц.). По возрасту больные распределяются так: до 15-ти лет 6 ч. (11,1 проц.), от 16-ти до 20-ти лет 15 чел. (27,7 проц.), от 21 г. и до 30-ти лет 25 чел. (46,2 проц.), от 31 г. до 40 лет 4 чел. (9,2 проц.) и от 41 до 50 лет 3 ч. (5,5 проц.).

Из приведенных данных видно, что, во-первых, преобладающий контингент больных составляют рабочие и, во-вторых, что наибольшее количество больных падает на цветущий молодой возраст (от 16-ти до 30 лет 73,9 проц.); в более позднем и более молодом возрасте тиф встречается значительно реже, что вполне согласуется с имеющимися литературными данными. Факт большей заболеваемости брюшным тифом в молодом цветущем возрасте Чистович объясняет обстоятельствами социального происхождения. «Это тот возраст,—говорит он,—когда молодые люди покидают свой отчий дом с его уютом и защитой и отправляются в город для работы или для ученья. И вот молодежь, попадая в чуждый им город, в незнакомую новую обстановку, на фабрику, ютится в каком нибудь углу, питается плохо и чем попало, пьет без разбора сырую воду... и все это должно понизить сопротивляемость молодого организма проникающей инфекции». Вывести какое либо заключение о влиянии пола на заболеваемость брюшным тифом, на основании нашего материала—не приходится, ибо в брюшно-тифозное отделение вначале женщины не принимались (палаты расположены не по корридорной системе), но все же создается определенное впечатление, на основании эпидемии в городе вообще, что женщины заболевали реже мужчин, хотя Штрюмпель считает, что влияние пола на заболеваемость не доказано.

При выяснении причины заболевания в каждом отдельном случае удалось установить, что наибольшую роль в распространении эпидемии играла вода. Большинство из больных заявляло, что они пили сырую воду, некоторые из них пили базарное сырое молоко, другие ели сырые не мытые фрукты (ветврач). В некоторых случаях могла быть речь о контактной инфекции—прачка брюшно-тифозного изолятора (от белья), отец—от больного ребенка, хотя и та и другой также пили сырую воду. Что в распространении эпидемии наибольшую роль играла вода видно также из того, что главную массу больных (60 проц.) доставлял Ветлужский район города, где жители пользовались общими колодцами, вода из которых оказалась значительно загрязненной. Правда, обнаружить в ней возбудителя брюшного тифа не удалось (последний все же был выкультивирован из воды заводского пруда гор. Кусы д-ром Кругляшевой Златоустовской окр. бак. лабораторий).

Переходя к течению эпидемии брюшного тифа в гор. Златоусте, следует отметить, что эпидемия не отличалась особой тяжестью. Выраженных случаев *status typhosus* было немного. У огромного большинства больных сознание было сохранено и, несмотря на довольно высокую температуру, самочувствие у больных было в общем удовлетворительное. Часто попадались совсем нетипичные формы, где диагноз мог быть поставлен только на основании бактериологического или серологического исследования крови. Этим же объясняется то обстоятельство, что тиф вна-



чале просматривался и нетипичные случаи трактовались, как грипп. В 17 случаях (31,4 проц.), мы имели внезапное начало со знобом, болью во всем теле, некоторые из больных отмечали и боль при глотании, в 1 случае была также и рвота, в 2 случаях мы видели herpes labialis. Температурная кривая отличалась разнообразием. Более или менее типичная кривая наблюдалась в 33 случаях (61 проц.), в 7 случаях (12,8 проц.) температурная кривая носила ремиттирующий характер с колебаниями в  $1\frac{1}{2}$  — 2 град. Перебегающий тип лихорадки имелся в 3 случаях, в остальных температура была неправильная. Повторную волну мы видели 6 раз и 1 раз две волны; настоящих рецидивов не наблюдалось.

Сыпь наблюдалась в 30 случаях (55,5 проц.), при чем в 2-х она была очень распространенной, а в 4 значительно возвышалась над кожей. Почти во всех случаях имелись явления бронхита различной выраженности. Случаев же бронхопневмоний было 7.

Пульс, по сравнению с температурой, в большинстве случаев был замедлен, часто бывал дикротичен; учащение пульса наблюдалось в случаях осложненных (кишечное кровотечение, прободной перитонит). Исследовалось у больных и кровяное давление по Riva-Rocci. Понижение кровяного давления (максимум ниже 90) было отмечено в 16 случаях (29,6 проц.), резкая гипотония (максимум 70—75) имела в 3 случаях — у 2 взрослых и у одной 12 летней девочки. Это пониженное кровяное давление оставалось у больных и при выписке их из изолятора. Как выше указано, во всех случаях делался посев крови на желчь или производилась реакция Видал'я в окружной баклаборатории.

Касаясь вопроса об изменениях со стороны желудочно-кишечного тракта, следует сказать, что запор в начале заболевания наблюдался в 20 случаях (37 проц.), понос в 14 случаях (25,9 проц.), нормальный стул 20 раз (37 проц.). Gargoni Uement отмечено десять раз. Селезенка была увеличена у 36 больных (66,6 проц.), печень и селезенка вместе у 10 больных, одна печень без селезенки у 1 больного. 1 раз мы видели длившуюся днями икоту (без перитонеальных явлений).

Из осложненных следует остановиться на одном случае кишечного кровотечения и случае перфоративного перитонита. Оба эти больные поступили в изолятор в начале 4-й недели болезни. Надо полагать, что они вначале трактовались, как гриппозные, ибо, пробывши в течение 10—12 дней домашними больными, выписываются на работу с тем, чтоб, проработавши 3—4 дня, снова лечь в постель. У одного кишечное кровотечение разыгрывается на 4 день, а у другого — явления перфоративного перитонита на 10 день. Кроме того, видели также по-мму, 1 случай тромбофлебита в области левой голени, один раз пролежень в области крестца и 1 случай левостороннего эпидидимита (в анамнезе гонорреи не было).

Смертных случаев у нас было четыре (7,4 проц.), причиной смерти являлись: в одном случае кишечное кровотечение, в другом перфоративный перитонит, в 3 — двухсторонняя бронхопневмония с явлениями раздражения брюшины, в 4 случае сердечная слабость.

Лечение проводилось симптоматическое. Жаропонижающие (пирамидон, антипирин) давались при температуре свыше 39,1 раз вечером. Часть больных получала ванны (33—29 град. по Ц). Пища была жидкая и кашецеобразная. Сухари без вреда давались больным с первого дня поступления в изолятор, если только они выражали желание получить более твердую пищу.



## В ы в о д ы:

1) Эпидемия брюшного тифа в г. Златоусте протекала не совсем обычно и отличалась некоторыми особенностями (острое начало болезни, herpes labialis, боль при глотании, отсутствие желудочно-кишечных расстройств), что затрудняло диагностику, и многие случаи брюшного тифа трактовались, как гриппозные.

2) Ввиду нетипичности начала болезни и течения необходимо было для ее распознавания часто пользоваться бактериологическими методами исследования брюшного тифа.

3) Эпидемия брюшного тифа в г. Златоусте должна быть отнесена к эпидемии средней тяжести.

4) В деле распространения эпидемии наибольшую роль играла вода, ввиду чего необходимо ускорить устройство центрального водоснабжения и канализации в городе. \*).

## ПИТАНИЕ, БЫТ и АЛКОГОЛИЗМ НАСЕЛЕНИЯ КАЛАТЫ СВЕРДЛОВСКОГО ОКРУГА.

Студентов М. И. ИВАНОВА и И. А. БУЛЫЧЕВА.

Работая в санитарно-обследовательском отряде, организованном кафедрой гигиены Пермского Университета по заданию Уральского Облздрави-летом 1927 года, мы произвели обследование рабочих семей (по преимуществу шахтеров) в зав. Калата, Свердловского округа. Так как быт, питание и гигиенические навыки населения в значительной степени находятся в зависимости от материального положения населения, все обследованные семьи мы разбили на четыре группы, исходя из расчета причитающейся доли заработной платы на одного члена семьи в течение месяца: первая группа с долей заработка на члена семьи от 4 до 10 руб., вторая—от 11 до 15 руб., третья—от 16 до 20 руб. и четвертая свыше 20 руб.

Состав рабочих семей по группам и национальности представляется в следующем виде:

I группа русских семей составляет	29,2%, татар	—
II „ „ „ „	26,1 %, „	12,3 %
III „ „ „ „	12,3 %, „	9,2 %
IV „ „ „ „	6,2 %, „	4,7 %

В состав семьи I группы русских входят в среднем 6 человек, II группы русских 4,7 чел., татар 5 чел., III группы русских 3 чел., татар 4 чел.; IV группы русских 2,2 чел., татар 2,3 чел. В среднем в состав семьи по всем обследованным группам входят 4,5 чел.

Национальный состав каждой группы в отдельности определяется таким образом: в I группе русских 100 проц., во II группе русских 68 проц., татар 32 проц., в III и IV группах русских 57 проц., татар 43 проц. Таким образом удельный вес рабочих татарской национальности повышается с увеличением доли заработной платы на каждого члена семьи.

**Питание.**—Печеным хлебом основной кадр рабочих семей пользуется до 1,5 проц. из числа обследованных семей. Остальные выпекают хлеб в своих квартирах (сезонники и одиночки исключительно пользуются печеным хлебом из ЦРК и частного рынка).

Исключительно черным хлебом пользуются в I группе 15,6 проц. Остальные группы употребляют белый и черный хлеб, или же один

\*) Проект водопровода г. Златоуста прошел все инстанции и в наступающем строительном сезоне к устройству водопровода будет приступлено. Ред.



только белый. С повышением доли заработной платы на каждого члена семьи повышается и процент семей, потребляющих исключительно белый хлеб, например: I группа 26 проц., II 41 проц., III 56 проц.. Национальное различие в употреблении рабочими семьями хлеба заключается в том, что татарские семьи совершенно не употребляют один черный хлеб, а больше всего пользуются смешанным хлебом (черным и белым), а именно: II группа 100 проц., III группа 50 проц., IV группа 67 проц., при чем доля их в употреблении одного белого хлеба падает по сравнению с русскими семьями: так, русские употребляют исключительно белый хлеб в 37 проц. всех обследованных семей, а татары в 23 проц.

Из всех обследованных семей не употребляют мяса 18 проц., 23 проц. употребляют его 1—3 раза в неделю, а остальные 59 проц. едят мясо ежедневно. На 1 человека в сутки причитается мяса:

- |                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| I группа. Русские семьи 167 грамм.   | Татарские семьи —          |
| II группа. Русские семьи 366 грамм.  | Татарские семьи 316 грамм  |
| III группа. Русские семьи 384 грамм. | Татарские семьи 322 грамм. |
| IV группа. Русские семьи 392 грамм.  | Татарские семьи 474 грамм. |

Таким образом, в I группе употребление мяса далеко недостаточно и заменяется другими пищевыми продуктами: хлебом, картофелем и проч. По характеру работы рабочих в шахтах (забойщики) это может быть допустимо, но все же не является достаточным. С повышением материального положения рабочих семей повышается и количество мяса на одного человека в сутки.

Из овощей в рабочих семьях наиболее распространенным является картофель. В 88 проц. обследованных семей картофель входит в состав пищи в различных видах: в виде приправы к супу, жареном мясе с картофелем, поджаренный картофель на масле или сале, а иногда вареный картофель употребляется просто с хлебом и солью. Потребление картофеля из расчета на 1 человека в сутки в среднем выражается в следующем:

- |                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| I группа русских семей 533,0 гр.   | татарские семьи           |
| II группа русских семей 426,0 гр.  | татарские семьи 666,0 гр. |
| III группа русских семей 460,0 гр. | татарские семьи 403,0 гр. |
| IV группа русских семей 566,0 гр.  | татарские семьи 710,0 гр. |

Остальные 12 проц. рабочих семей картофеля совершенно не употребляют и заменяют его другими продуктами, а именно: морковью, капустой, макаронами и т. д. Таким образом можно заключить, что картофель входит в пищевой паек рабочих семей в большом количестве, при чем татарские семьи употребляют больше русских.

Снабжение молоком населения идет исключительно за счет частного рынка (от крестьян и местного населения). Из числа обследованных семей 40 проц. имеют своих собственных коров и, следовательно, питаются молоком от одной коровы, 12% совершенно не употребляют молока, а остальные 48 проц. пользуются молоком от частного рынка. Количество употребляемого молока из расчета на 1 человека в месяц таково:



В процентах.

		До 10 литр.	До 20 литр.	30 и более литр.
I гр.	Русские . . . .	26	36	21
	Татары . . . .	37	13	—
II гр.	Русские . . . .	17	36	21
	Татары . . . .	37	13	50
III гр.	Русские . . . .	—	50	50
	Татары . . . .	16	16	50
IV гр.	Русские . . . .	—	25	—
	Татары . . . .	—	—	100

Употребление молока рабочими семьями можно считать достаточным и с повышением материального положения повышается и количество молока на одного человека, при чем в татарских семьях это повышение больше, чем в русских.

По материалам обследования потребления яиц населением из расчета в месяц на одного человека будет таково: 3 яйца на одного человека в месяц по I группе 57 проц., II гр. 53 проц., III гр. 37 проц. Остальные семьи этих групп употребляют больше, например, в I группе 5 проц. по 10 шт. на человека в месяц, во II-й 12 проц., в III 12 проц. и в IV 25 проц. В татарских семьях едят до 10 шт. в месяц на одного человека, в III группе 17 проц., в IV 67 проц.

В процентах.

	Рабочие семьи совершенно не употребляют яиц:	
	Русские семьи	Татарские семьи
I группа . . . . .	36	—
II „ . . . . .	24	75
III „ . . . . .	37	66
IV „ . . . . .	75	33

Такое малое потребление яиц в рабочих семьях объясняется тем, что яйца, отпускаемые из магазина ЦРК, были недоброкачественные, в них, по нашим личным наблюдениям, имелось до 30 проц. и выше выброса. Яйца же на частном рынке были дороги, и их было недостаточно. Все это лишало возможности увеличить потребление яиц в рабочих семьях, особенно с низкой заработной платой.

Большое значение имеет с точки зрения гигиены питания не только количество потребляемых тех или иных пищевых продуктов, но



и время приема пищи, и сколько раз пища принимается в сутки. Из материалов нашего обследования этот вопрос представляется в следующем виде:

		В процентах.		
		Принимают пищу в сутки		
		3 раза	4 раза	5 раз
I гр.	Русские семьи .	73	27	—
	Татарск. „ .	—	—	—
II гр.	Русские „ .	41	59	—
	Татарск. „ .	13	75	12
III гр.	Русские „ .	50	50	—
	Татарск. „ .	17	83	—
IV гр.	Русские „ .	—	100	—
	Татарск. „ .	33	67	—

Таким образом большинство обследованных семей принимают пищу от 3-х до 4-х раз в сутки, при чем с повышением материального положения соотношения эти меняются таким образом: I группа рабочих семей русских принимают пищу 3 раза в сутки 73 проц. состава этой группы, а 4 раза в сутки 27 проц.; в IV группе 3 раза принимающих пищу нет ни одной семьи, а все по 4 раза. Время приема пищи различно и значительно колеблется в зависимости от характера производства и смены работ.

Кроме того пьют чай в сутки:

		В процентах.		
		2 раза	3 раза	4 раза
I гр.	Русские семьи .	57	37	6
	Татарск. „ .	—	—	—
II гр.	Русские „ .	77	23	—
	Татарск. „ .	12	88	—
III гр.	Русские „ .	75	25	—
	Татарск. „ .	33	50	17
IV гр.	Русские „ .	25	75	—
	Татарск. „ .	33	67	—

Следует отметить, что в татарских семьях пьют чай больше, чем в русских.



Из числа напитков, употребляемых рабочими, следует отметить квас и воду, при чем наиболее распространенным напитком является вода и в значительном количестве входит квас, приготовляемый обычно домашним путем. Водой же пользуются рабочие главным образом, на работе и пьют как отварную воду, так и сырую. Цифровые данные характеризуют это следующим образом: пьют исключительно сырую или отварную.

В процентах.

	С ы р а я		Отварная	
	Русские	Татары	Русские	Татары
I группа . . . . .	32	—	42	—
II „ . . . . .	24	13	35	25
III „ . . . . .	25	17	50	67
IV „ . . . . .	—	67	25	33

Остальные семьи этих групп пьют воду как сырую, так и отварную, считая это совершенно безразличным. Как видно из цифр, очень большой процент семей пользуется сырой водой, особенно во время работы в шахтах. Снабжение отварной водой шахт, повидимому, недостаточно, что является одной из основных причин, заставляющих рабочих пить сырую воду, или «какая попадет под руку» (по выражению рабочих).

Переходим к быту этих семей. Содержание квартир при данных условиях по внешнему виду можно назвать удовлетворительным, но это относится к семействам, живущим в отдельных квартирах и являющимся наиболее оседлыми, постоянными жителями завода. Совершенно другая картина наблюдается у семей, живущих в домах казарменного типа, скученно, по несколько семей в одной комнате. В квартирах казарменного типа прежде всего поражает спертый воздух, грязь, пыль, тучи мух, клопы и тараканы; последние являются постоянными спутниками подобного рода квартир. В таких помещениях живут рабочие-сезонники или недавно прибывшие на постоянную работу, но не получившие казенных квартир.

Содержание квартир, уборка полов производится так: I группа русских семей моют пол в неделю 2 раза, вторая группа русские 2,25 раз, татары 1,5 раз; III группа русские 1,5 раз, татары 1 раз в неделю.

Подметание пола производится довольно часто, в среднем от 2 до 3 раз в сутки, при чем подметание влажным путем распределяется так:

В процентах

	Русские	Татары
I группа . . . . .	76	—
II „ . . . . .	86	100
III „ . . . . .	100	100
IV „ . . . . .	100	100



На основании этого можно признать, что как чистка полов, так и уборка в квартирах производится достаточно, при чем нужно отметить, что на частоту уборки влияет количество членов семьи и характер производства, в котором они работают.

Пользование отдельными обеденными приборами в рабочих семьях находится в неудовлетворительном состоянии: они имеются в I группе 20 проц., II-й 32 проц., III-й 28 проц. и IV-й 28 проц. Остальные семьи отдельных обеденных приборов не имеют и едят из общей чашки. Среди татарских семей этот процент несколько выше. Он выражается во II группе 75 проц., III 50 проц. и IV 34 проц., а в русских семьях соответственно 12 проц., 13 проц. и 25 проц., при чем с повышением материального положения в русских семьях этот процент увеличивается.

Состав рабочих семей, имеющих отдельные полотенца для каждого члена семьи, является очень незначительным: он колеблется от 10 проц. до 28 проц. Остальная масса семей отдельных полотенец для членов семьи не имеет. I группа русских семей, имеющих отдельные полотенца для каждого члена семьи, составляет 10 проц., II—12 проц., IV 25 проц.; среди татар II группа 25 проц., а IV—34 проц. Татарские семьи в этом отношении находятся в более лучших условиях, чем русские, хотя этот процент и в татарских семьях далеко недостаточен.

В большинстве случаев, по нашим наблюдениям, отмечается острый недостаток кроватей. Обычно на семью имеется одна-две кровати, поэтому часть членов семьи вынуждена спать на полу или где-либо в другом месте. Значительно меньшая часть имеет кровати на всех членов. Так, в русских семьях, имеющих отдельные кровати, I группа составляет 16 проц. состава семей, II 18 проц., III 75 проц. и IV гр. 100 проц., у татарских семей II—13 проц., III—66 проц. и IV—67 проц. Имеются и такие семьи, которые не имеют совершенно кроватей и все вынуждены спать на полу, например, в I группе таких русских семей 10 проц., и II группе 6 проц. Следует отметить, что при улучшении материального положения и уменьшении состава семьи процент семей, имеющих отдельные кровати, повышается.

Что касается одеял и простыней, то наши данные характеризуют это положение в следующем виде:

В процентах.

	Имеют одеяла		Имеют простыни	
	Русские	Татары	Русские	Татары
I группа . . . . .	78	—	31	—
II „ . . . . .	84	62	42	38
III „ . . . . .	100	66	62	66
IV „ . . . . .	100	100	50	100

Таким образом, большинство семей, особенно в последних группах, имеют отдельные одеяла и в меньшем проценте простыни как в русских, так и в татарских семьях. У остальных семей одеял, а также и простынь на каждого члена не имеется, и, где нет одеял, одеваются летом пальто, а зимой чаще шубой.



Смена постельных принадлежностей производится до одного раза в неделю в среднем, при чем с повышением материального положения наблюдается более редкая смена постельных принадлежностей: так, I группа меняет один раз в неделю в 100 проц., II 72 проц., III 40 проц. Это, повидимому, зависит от количества членов семьи и характера производства (I группа семей имеет в среднем 6 чел., а III 3 чел.) Кроме того, I группа не имеет для каждого члена семьи отдельных кроватей, а потому постельные принадлежности загрязняются значительно больше и требуют более частой смены, чем в последних группах, где этих условий не наблюдается.

В заводе имеется общественная баня, которой и пользуется местное население. Пропускная способность этой бани в среднем до 500—600 человек в сутки. Работая 5 дней в неделю, она может пропустить до 2500—3000 чел., что является недостаточным при составе населения завода в 3.750 чел. Кроме того, условия работы на заводе и в шахтах требуют от рабочих более частого посещения бани. Из наших материалов видно, что посещение рабочими бани реже одного раза в неделю не бывает, большинство же посещает ее до 2 раз.

Русские	посещают 1 раз	2 раза	Татары	1 раз	2 раза
I группа	62 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	38 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„	—	—
II „	66 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	34 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„	13 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	87 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
III „	55 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	50 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„	50 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	50 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
IV „	—	100 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„	33 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	67 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Поэтому в бане всегда бывает перегрузка и скученность, а это ведет к ее загрязнению. Производимая раз в сутки чистка бани является недостаточной. Надо отметить, что пользование баней бесплатное.

Расходование мыла на одного человека в неделю выражается в следующем:

	Русские семьи	Татарск. семьи
I группа . . . . .	163,0 гр.	—
II „ . . . . .	166,0 „	166,0 гр.
III „ . . . . .	240,0 „	240,0 „
IV „ . . . . .	277,0 „	357,0 „

Из этих цифр виден параллелизм между улучшением материального положения и расходованием мыла.

Регулярно чистят зубы из всех обследованных семей только 14 проц. и нерегулярно от случая к случаю 8 проц., в остальных семьях уход за своими зубами отсутствует. По группам эти цифры представляются в следующем виде: I группа русских семей чистят зубы 10%, II группа 6 проц., III 13 проц., IV 25 проц., а татарские семьи соответственно 13 проц., 33 проц. и 34 проц.

Курение табаку среди рабочих очень сильно распространено и выражается в 82—88 проц. всего состава обследованных семей. Расход в месяц на табак на одного курящего человека выражается в следующих цифрах:



	Русские		Татары	
	Число папирос в сутки	Расход в месяц	Число папирос в сутки	Расход в месяц
I группа . . . . .	27 шт.	2—06	—	—
II „ . . . . .	29 „	2—75	26 шт.	3—07
III „ . . . . .	27 „	3—14	20 „	1—75
IV „ . . . . .	20 „	3—90	17 „	2—13

Расход на табак в среднем поглощает: для I группы 6,5 проц. общего месячного дохода семьи, II группы 3,6 проц., III 8 проц. и IV-й 10 проц.

Если бы обе эти группы курили махорку, то потребовалось бы для I группы, выкуривающих 27 папирос, 1 руб. 62 коп. в месяц, а для IV группы 1 руб. 20 коп. Отсюда можно сделать вывод, что с повышением заработка расход на табак увеличивается, а количество выкуриваемых папирос уменьшается, или остается одинаковым. Это зависит от того, что рабочие с улучшением материального положения переходят к курению более дорогих сортов табака. Татары курят табак несколько меньше русских.

При проведении обследования рабочих семей завода Калаты нами было обращено особенное внимание на алкоголизм среди рабочих.

По материалам обследования рабочих семей получены следующие данные:

Расход на каждого члена семьи в 1 месяц на алкогольные напитки:

	Русские семьи	Татарск. семьи
По I группе . . . . .	41 к.	—
„ II „ . . . . .	80 к	50 к.
„ III „ . . . . .	1 р. 80 к.	1 р. 60 к.
„ IV „ . . . . .	2 р.	2 р. 30 к.

В процентном отношении к доле заработка на каждого члена семьи расход на спиртные напитки выразится в следующем виде:

В процентах.

	Русские	Татары
I группа . . . . .	от 4,1 до 10,2	—
II „ . . . . .	„ 5,3 „ 8	3,3 до 5
III „ . . . . .	„ 9 „ 12	8 до 10,6
IV „ . . . . .	„ 6,6 „ 10	7,7 до 11,5



В результате мы имеем, что с повышением материального положения рабочих семей повышается и расход на спиртные напитки в абсолютных цифрах, при чем национального различия в употреблении спиртных напитков не наблюдается. Следует отметить, что в обеспеченных материально семействах расход в процентном отношении к заработной плате ниже, чем в семействах более обеспеченных, но это понижение незначительно.

Цифровые данные, взятые от организаций, торгующих спиртными напитками, следующие:

1) В зав. Калата за месяц продано спиртных напитков на сумму 8.000 руб. (без виноградных вин, самогона и браги). Из расчета 3.750 ч. населения, на каждого человека, включая и детей, причитается 2 р. 13 к. Средние цифры наших материалов будут несколько ниже 2 руб. 13 коп. Это объясняется тем, что население окружающих деревень (Капотино, Ключи, Шурала) работает в заводе и покупает спиртные напитки из заводских магазинов ЦРК. Таким образом, потребителей спиртных напитков больше, чем 3.750 чел., и тогда средняя норма, полученная по справкам магазинов на одного человека в 2 руб. 13 коп., соответственно этому понизится. Следовательно, полученные нами из опроса цифры близки к действительности.

Относительно употребления спиртных напитков нами были произведены наблюдения в других районах, при чем получились следующие данные:

1) В с. Н.-Рудянском, Свердловского округа, продано спиртных напитков в течение месяца на сумму 3.660 руб. Населения в селе 3.000 человек, и в среднем на человека приходится 1 р. 20 коп.

2) В с. В.-Тагил продано на сумму 5.554 руб. Населения 6.500 ч., на 1 человека приходится в среднем 85 коп.

3) В Юговском районе, Пермского округа продано на сумму 12.500 руб., населения 28.000 чел. На одного человека приходится 44 коп.

4) В Асбестовских рудниках в среднем на 1 человека в месяц приходится 1 руб. 26 коп.

1. Доктор Элиан (журнал «Венерология и дерматология» за август 1928 г.) пишет, что в селе Маресеве, Нижегородской губ. за 1927 г. выпито на 70.000 руб., что при населении 29.226 чел. (исключительно крестьянском) составляет в среднем в месяц около 20 коп. на человека.

2. Д-р Гальперин («Врачебное Дело», № 1, 1928 г.) указывает, что в Иваново-Вознесенске с I-X—25 г. по I-X—26 г. выпито на одного человека 11 бутылок пива, 1,5 бут. наливки, 1 бут. виноградного вина и 6 бут. русской горькой (без перевода на деньги). Сравнивая эти цифры с прошлыми годами, Гальперин приходит к выводу, что «потребление алкоголя растет при слабом снижении самогона и что это потребление достигает 50 проц. довоенного уровня».

Из полученных нами цифр различных населенных пунктов в сравнении с литературными данными надо заключить, что потребление алкоголя среди рабочих зав. Калаты сильно развито и превышает данные других районов. Кроме того, следует отметить, что расход на спиртные напитки в районах с крестьянским населением понижается. Это объясняется, повидимому, тем, что в крестьянских районах в большей степени развито самоизготовление спиртных напитков (кумышки и браги).



Источником для питания городского водопровода служат упомянутые ключи, т. н. «Пачайка», которые вытекают на восточном крыле синклинальной складки ниже-каменноугольных известняков ( $C^2$ , с *Productus gigantus*), меридионально вытянутой вдоль западного берега Малого Полуденного Кизела. Геологической разведкой в 1925 году дебит этого источника был определен в 28.800 ведер. На обоих берегах речки, особенно на правом высоком, расположен г. Кизел, а ниже по течению реки рабочие поселки (Ленинской и Фрунзе копей), при чем источник по отношению к городу занимает почти центральное положение. В настоящее время центральный водопровод г. Кизела состоит из следующих последовательных элементов: бетонного каптажа ключей и соединенного с ним подземной галлереей водоприемного резервуара емкостью до 1500 ведер. В 30 метрах к северу от него имеется второй каптаж с дебитом по определению геологического обследования в 18000 ведер. Этот источник в апреле месяце 1927 года был закрыт для питания водопровода в виду подозрительности его на загрязнение. От водоподъемного здания идет напорная магистраль длиной 400 м. с подъемом на 35—45 м. к водонапорной башне с резервуаром емкостью 9000 ведер и водоразборным краном. Водопроводная сеть состоит из 3-х концевых незамкнутых кольцом участков: городская магистраль, длиной 1450 м., Ленинская для поселка копей им. Ленина и Фрунзе, длиной 2850 м. и Володарская для поселка того-же имени, длиной 2510 м. В виду разности высот кизеловского напорного бака и расположения поселка им. Володарского в магистраль последнего включена перекачная станция для подачи воды в напорный резервуар Володарской копи емкостью 3000 ведер. К магистрали на всем ее протяжении присоединено 14 общественных учреждений (больница, клуб, общежитие, бани и проч.) с выводом в 3-х случаях наружу кранов, 9 жилых домов треста и 3 водоразборные будки.

По данным водоподъемной станции суточная подача воды в сеть по месяцам выражалась в ведрах:

	1927 г.	1928 г.	1929 г.
Январь . . . . .	24800	29400	80600
Февраль . . . . .	32600	33400	84000
Март . . . . .	63000	34000	
Апрель . . . . .	65200	30200	
М а й . . . . .	66800	38300	
Июнь . . . . .	54000	33200	
Июль . . . . .	24000	31400	
Август . . . . .	22000	53200	
Сентябрь . . . . .	свед. нет	57400	
Октябрь . . . . .	33200	56200	
Ноябрь . . . . .	27800	48200	
Декабрь . . . . .	28000	72000	

Из этих цифр усматривается, что, во-первых, дебит источника оказался почти в 3 раза больше того, что было определено геологическим изысканием и, во-вторых, проектные расчеты, согласно которых суточная потребность определялась в 18000 ведер, а в конце 5-летки в 30.000 ведер, не оправдались, и уже в первые месяцы эксплуатации водопровода действительный расход воды превысил их в два раза.

Считая приблизительное количество потребителей до 7.000 ч. или 46 проц. всего населения города и полагая по 2,5 ведра на человека, получаем потребное количество воды 17500 ведер в сутки. Больница расходует 3000 ведер в сутки, общественные бани 8.000 ведер, на производственные нужды 5.000 ведер. Общее суточное количество потребной воды выразится



**Выводы:** 1) Питание рабочих семей зав. Калаты нельзя признать достаточным в отношении употребления животных белков; последние заменяются, повидимому, другими видами пищевых продуктов—хлебом, картофелем и др. Наименее обеспеченные семьи (I и II группы) с составом семьи в 5—6 чел. питаются значительно хуже по сравнению с последними двумя группами. Следовательно, с увеличением дохода на каждого члена семьи улучшается и питание.

2) Недостаточное снабжение цехов и шахт отварной водой служит основной причиной употребления рабочими во время работы сырой воды.

3) В отношении культурно-гигиенических навыков видно, что с повышением заработка растут и укрепляются эти навыки.

4) Курение табаку чрезвычайно развито, при чем с повышением материального положения растет расход на табак при одновременном снижении числа выкуриваемых папирос.

5) Алкоголизм среди рабочих семей завода, в сравнении с другими районами, развит сильнее, при чем наименее обеспеченные семьи пропивают несколько меньше.

---

## ВОДОПРОВОД Г. КИЗЕЛА, УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

Санитарный врач УСОЛЬЦЕВ С. Г.

Начатый в 1921 году при активной самодеятельности трудящихся города, Кизеловский водопровод уже к 1924 году включает в себя все основные элементы водопроводного сооружения, хотя и ограниченного в отношении потребления небольшой частью городского населения. Существование подземных источников в центре города с удовлетворительными на первый взгляд органолептическими свойствами воды и обще-принятое мнение, что родники дают всегда чистую безукоризненную воду, значительно облегчило разрешение поставленной задачи. В 1925 г. в целях подачи водопроводной воды в рабочие поселки, отстоящие от центра города в  $1\frac{1}{2}$ —2 километрах, составляется каменно-угольным трестом (водопровод находится в ведении треста) проект расширения городского водопровода, а в строительный сезон 26 года происходит его осуществление. Но на столько была сильна уверенность в безупречности подземных источников, что ни санитарного, ни бактериологического анализа в достаточном количестве для правильной оценки воды в процессе предварительных работ произведено не было. Даже геологическое исследование, произведенное в летний сезон 1925 года, касалось исключительно определения дебита источника и возможности его увеличения за счет соседних или отдаленных ключей города. Оно совершенно не касалось гидрогеологии источника в целях изучения происхождения вод, установления границ периметра питания, условий возможного загрязнения и способов их устранения. В таком состоянии застала санитарная организация дело постройки центрального водопровода в г. Кизеле. Началась борьба за завоевание санитарных позиций тем более трудная, что до сих пор санитарной организации, как самостоятельной отрасли работы медицинского дела, в районе не было, задачи ее не были понятны широким кругам населения и не всегда находили соответствующий отклик среди, главным образом, представителей хозяйственных организаций. В 1927 году при поддержке советских и общественных организаций создается санитарная бактериологическая лаборатория для изучения состава воды, режима источников и регулярного за ним контроля.



в 33000 ведер, или около 5 ведер на человека, что вполне согласуется с установленной нормой, т.к. для небольших не канализированных городов принимается 5 ведер (В. Иванов). С осени 1928 года присоединяется расход воды шахтной бани, а с января 1929 года на цементацию капитальной шахты и тогда общее вероятное количество расходования воды с начала 1929 года выражается в 45—46 тысячах ведер в сутки.

Следовательно, избыточный расход воды в некоторые месяцы должен быть отнесен к утечке в силу отсутствия автоматических кранов при водоразборах и неисправного состояния сети; этот расход колеблется в широких пределах до 50 проц. и больше, вместо допустимых 10 проц. Отсутствие достаточного количества смотровых колодцев, точного учета расходования воды потребителями (один водомер при больнице) не позволяет своевременно распознать утечку воды в силу того или другого повреждения сети, его быстрое местонахождение и исправление. Так было в феврале текущего года, когда рабочие поселки остались совершенно без воды. После этого был установлен прорыв вследствие излома трубы в пределах Ленинского поселка, а затем был обнаружен прорыв городской магистрали с последующим выключением конечного участка. Санитарную организацию эти данные интересуют с точки зрения тех последствий, которые ведут к определенному санитарному неблагополучию потребителя. Работы в мерзлом грунте по исправлению аварий, спешность этой работы на морозе, применение в качестве отопляющего материала навоза создают условия, способствующие легкой возможности внесения инфекции путем загрязнения труб. Отсутствие в таких случаях других источников доброкачественной воды и использование для питьевых целей заведомо загрязненной воды из речки Кизел, невозможность функционирования бань в течение целого месяца, как это было на Володарской копи, при существующей угрозе в этом году со стороны сыпного тифа, сводит на нет все санитарное значение водопроводного сооружения.

В дальнейшем, уже после приведения в исправное состояние сети, оказалось, что воды для Володарского поселка все таки не хватает. Тут уже всецело вина падает на дебит источника, его непостоянство и зависимость от метеорологических условий года. В то время, как в 1927 году из общего количества осадков за год 798 мм. на осенне-зимние месяцы падает 391 мм. т. е. почти 50 проц. годового количества, в 1928 году большинство осадков падает на летние месяцы 287 мм. из 786 мм. или 34,2 проц., а на соответствующие месяцы осенне-зимнего периода этого года только 188 мм. или 22,1 проц. Отсюда—недостаточной мощности снежный покров в этом году и более глубокое промерзание почвы. Для нашего района зимний дебит источника имеет большее значение, чем летний, т. к. потребность воды зимой в связи с притоком до 50 проц. сезонных рабочих увеличивается почти в 2 раза, этим объясняется и резкое по сезонам колебание в подаче воды в сеть. Промерзание высоко стоящих грунтовых вод, питающих подземные источники, имеет в данном случае решающее значение тем более, что запасов воды, которые могли бы образоваться от осенних дождей в трещинах и пустотах известняков за недостаточным количеством таковых не оказалось. Непостоянство дебита, его обилие в предшествующие годы и неоправдавшиеся расчеты на такой же дебит в текущем году заставляют подозрительно отнестись к источнику, на что еще значительно раньше наводили его физические свойства, ухудшающиеся в весеннее и осеннее время. Уже на первом году своего существования санитарная организация встретила с необходимостью тщательного изучения водопровода в г. Кизеле, т. к. в течение 8 лет существования вопроса о водопроводном сооружении вопрос об исследова-



нии воды источника, изучении режима по временам года не стоял, видимо, в центре внимания местных организаций.

В настоящее время на основании регулярного и постоянного в течение года санитарно-бактериологического анализа воды можно дать достаточно полную оценку воды этого источника. Приведенные ниже данные относятся к воде водоприемного резервуара с общим количеством анализов 36 за год, при чем сравнение с данными анализов воды самого источника (каптажа) не обнаружило почти никакой разницы.

Составные части	Средн.	Максимум	Минимум
Сухой остаток . . . . .	136	241,9	20,8
Окисляемость . . . . .	5,4	14,4	1,5
Хлориды . . . . .	5,1	11,16	2,3
Азотная кислота . . . . .	в 34 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> следы и больше		
Азотистая „ . . . . .	в 39 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> следы		
Аммиак . . . . .	в 42 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> следы		
Жесткость общая по В.-Шейфелю	4,5°	9,6°	2,0°
„ по Вилклеру: общая .	6,0°	12,8°	1,9°
„ „ „ устрани-			
мая . . . . .	4,4°	8,4°	1,7°

Средние цифры составных частей за год говорят, с одной стороны, о значительном неблагополучии воды в силу высокой окисляемости и, следовательно, присутствия значительных количеств органических веществ и наличия в 40 проц. всех анализов следов загрязнения (аммиак, азотистая и азотная кислота—продукты разложения органических азот содержащих веществ, а с другой стороны о резком непостоянстве состава воды и его больших колебаниях. Уже с апреля месяца в своих физических качествах вода делается мало пригодной к употреблению в гигиеническом отношении, прозрачность ее все более и более уменьшается и достигает в июне и августе в среднем только 21—20 см., а в отдельных случаях доходит до 10 см.; увеличивается значительно окисляемость до 7—9 мг. с появлением аммиака и азотистой в виде следов, а азотной кислоты свыше 7 мг.; одновременно значительно падает общая жесткость воды и количество хлоридов, при чем первая спускается с 8,5<sup>0</sup> до 2,8<sup>0</sup> в июне, а вторые с 9,7 мг. до 2,2 мг. в августе.

Средний состав воды по месяцам года:

	Прозрачн.	Жесткость	Окисляем.	Хлориды	Азоти.	Азотист.	Аммиак
Январь больше > . . . . .	40см	5,6	3,9	—	0	0	0
Февраль . . . . .	40	8,5	2,3	6,5	0	0	следы
Март . . . . .	40	7,9	2,7	6,8	следы	следы	„
Апрель . . . . .	35	5,5	4,6	9,7	„	„	„
Май . . . . .	25,5	3,0	5,4	6,6	„	0	„
Июнь . . . . .	23	2,8	8,9	3,8	0	0	„
Июль . . . . .	20	3,1	6,1	2,8	+	0	„
Август . . . . .	21	4,3	7,3	2,2	+	следы	+
Сентябрь . . . . .	40	4,3	3,4	5,0	0	0	0
Октябрь . . . . .	40	2,4	6,1	4,2	0	0	0
Ноябрь . . . . .	26,5	2,8	9,8	3,1	0	0	0
Декабрь . . . . .	40	5,3	4,5	6,6	0	0	0



Совершенно аналогичное изменение состава воды происходит и в осеннее время, в ноябре, когда окисляемость доходила до 9,8 мг., а 19 ноября даже до 14,4 мг., в то время как жесткость воды достигает минимальной цифры 2,3°. Такие же колебания обнаруживает и бактериологический анализ воды: если в зимние месяцы, начиная с декабря по март, количество колоний не превышает 500 в одном куб. см., а в отдельных случаях насчитывается десятками и даже единицами, то в весенне-летние и осенние месяцы доходит до 3000, а в отдельных случаях до 5000 колоний. Что же касается нахождения бактерий фекального происхождения, то здесь даже в зимнее время титр кишечной палочки не был ни разу выше 10 куб. см., а в летние месяцы не превышал 0,5 куб. см., а чаще только 0,1 куб. см. Другими словами, если в зимнее время и при том очень непродолжительное (декабрь-март) мы имеем относительно доброкачественную воду, то в остальное время года вода становится совершенно неудовлетворительной по своему составу и опасной в смысле возможного распространения среди населения водных инфекций. Место происхождения источника в толще ниже-каменно-угольных известняков делает понятным его режим и свойства: источник питается атмосферными осадками не путем фильтрации через проницаемые мелко-зернистые породы, т. к. таковых по геологическому строению толщи земной поверхности не имеется, а исключительно путем инфильтрации через трещиноватые известняки, в силу чего воды очищаются только частично и, во всяком случае, недостаточно. Вот почему такие источники известны под названием ложных, мнимых источников или воклюзских по им. известного источника в департаменте Воклюз в южной Франции. Наличие в пределах городской черты так называемых карстовых воронок, а также шурфов и устьев заброшенных шахт, в которые устремляются дождевые потоки, делает понятным качественные и количественные колебания воды, непосредственную зависимость этих колебаний от выпавших атмосферных осадков и их распределения по временам года. Чем больше и продолжительнее предшествующие анализу воды дожди, тем хуже по своим агролептическим, бактериологическим и химическим свойствам становится вода источников. Резкое уменьшение общей жесткости за счет, главным образом, устранимой, а также хлоридов в летнее время и особенно тотчас после дождей м. б. объяснено разбавлением воды источника атмосферными водами, при чем отсутствие фильтрующих слоев и быстрое прохождение через поверхностные слои почвы при отсутствии возможности обогащения этих вод углекислотой почвы не позволяют сколько-нибудь достаточной минерализации их по пути следования к источнику.

Отсутствие гидрогеологических данных, точно установленной границы периметра питания и следовательно возможности учета всех подозрительных мест на загрязнение (воронки, шурфы), которые могут быть удалены на значительные расстояния, делает понятным нахождение в воде и бактерий фекального происхождения и химических индикаторов загрязнения органическими отбросами.

Предположение, что гидрогеологический периметр питания в данном случае совпадает с орографическим, на основании которого установлены в настоящее время границы водоохранной зоны, не имеет под собой сколько-нибудь научного обоснования. Опасность такого положения для здоровья населения усугубляется расположением источника в центре города с необходимостью включения в зону охраны его всего восточного склона горы с раскинутой на этом склоне не только населенной частью города, но и свободными пространствами селитебной земли к югу от источника (понижение высших точек этого склона идет в направлении к северу). Как



далеко должна распространяться к югу граница этой зоны, раз подстилающими наносные слои являются те же ниже-каменноугольные известняки, допускающие заносы загрязнений по трещинам на десятки верст, когда в 6 верстах от города в этом направлении расположено значительное селение, так называемый Артемьевский рудник и в  $2\frac{1}{2}$  верстах на этом же склоне закладывается новая «рудничная» каменноугольная шахта с естественным обростанием в ближайшем будущем рабочим поселком? Этот же склон в незаселенной его части издавна служил местом многочисленных горных разработок и разведок и покрыт в настоящее время целым рядом шурфов и устьев заброшенных шахт, куда еще года 2—3 тому назад сбрасывались все городские нечистоты и отбросы. Не лучше дело обстоит и с состоянием почвы этого склона в пределах заселенной части города. Обследование произведенное в 1926 году показало: в 65 дворах с населением в 611 человек в 5 жители не имели определенного места для отправления естественных надобностей. В остальных случаях отхожие места устроены примитивно и в половине всех случаев содержатся грязно. Выгребами в одной трети случаев служат выдвижные ящики, в большинстве не плотные, пропускающие жидкие нечистоты, в остальных—неглубокие ямы, отделанные досками (бревенчатый сруб обнаружен только в 3-х случаях) и в 6 случаях не имелось ни ящиков, ни ям. В половине случаев выгреб переполнены и не очищаются, в остальных—редко и не регулярно. Помойных ям удалось обнаружить только в 6 проц. всех дворов и помой выливаются или во двор, или на улицу в водосточную канаву. В 47 дворах имеется домашний скот (44 крупного и 32 мелкого), следовательно, дворы к тому же загрязняются навозом, остатками грязного сена и соломы. При наличии на этой территории всего лишь 5 лошадей при отсутствии коммунального ассенизационного обоза говорить о регулярной чистке дворов самими жителями не приходится. В этом отношении жители всецело полагаются на очистительные силы природы—таяние снега, внешние воды. Наконец, в 41 дворе имеются бани без всяких приемников для сточных вод и последние разливаются обыкновенно по поверхности почвы, имеющей «спасительный» уклон (тот-же восточный) для их быстрого стока. Итак, следовательно, если в населенной части возможно еще проведение оздоровительного характера мероприятий, хотя для этого потребуются длительный период времени, то в отношении оздоровления почвы орографического периметра в его незаселенной части мы стоим перед вопросом практической невозможности такового. Между тем история тифозных эпидемий водного характера дает ряд примеров крупных эпидемий, обязанных такого рода мнимым источникам и при том находящимся в неизмеримо лучших условиях, чем мы имеем в нашем случае. Сюда относится эпидемия в Гавре в 1887—1888 г. приписываемая Brouardel et Thoint источнику Catillon'y, эпидемия Besancon'a (Thoint et Jeannet) от загрязнения источника d'Arcis и ряд тифозных вспышек в Париже в связи с загрязнением источника в Dhuis, du Loing, du la Vanne, de l'Avre et du Lunain. Эндемичность брюшнотифозных заболеваний в г. Кизеле, достигающих значительных цифр заболеваемости населения на 10.000 человек 22 в 1926 г., 38 в 1927 г. и 21 в 1928 г., и, следовательно, постоянное наличие здоровых и больных бацилло-выделителей несомненно представляет угрозу водопроводной воде в смысле заноса инфекции и требует действительных мер против возможности развития среди рабочего населения города водных эпидемий.

Все это говорит за то, что дальнейшая эксплуатация существующего водопровода немыслима без тщательного гидрогеологического обследования в целях изучения происхождения источника, установления точных



границ периметра его питания, т. е. области, где за счет атмосферных осадков образуется природный резервуар, регулирующий питание источника, со взятием на учет отдельных мест этого периметра, могущих служить причиной тех или других загрязнений с поверхности (методом применения красящих веществ флюоресцеина, кислого фуксина и др.) и принятия всех возможных мер к устранению этих загрязнений. Только при этом условии возможно правильное, научно поставленное санитарно-бактериологическое и эпидемиологическое наблюдение с целью защиты источника от загрязнения. В первую очередь сюда должна относиться постановка систематического углубленного лабораторного анализа воды с дифференциальной, если можно так выразиться, диагностикой пороков ее, с необходимостью определения изменений в концентрациях растворимых в ней солей (электропроводность), определения не только кишечной палочки и ее индологенности, но и энтерококка и гнилостных бактерий фекального происхождения на соответствующих средах (малахитовой зелени и свинцовой желатине), проливающих свет на характер и месторасположения существующего загрязнения в целях принятия действительных и срочных мер предосторожности. Из вышеизложенного становится достаточно ясным, что состояние водопроводного сооружения в Кизеле требует радикальных и срочных мероприятий по его оздоровлению.

Количественная сторона вопроса в целях обеспечения водопроводной водой всего населения города с учетом перспектив его развития может быть разрешена только путем изыскания новых более мощных источников питания водопровода, одинаково приемлемых с точки зрения санитарной, пойдем ли мы здесь по пути устройства артезианских скважин (подземной глубокой воды) или использования по примеру Америки открытых водоемов, позволяющих значительные скопы воды горных рек, удаленных от города на сравнительно большие расстояния, но в местности совершенно нетронутой человеческой культурой с ее неизбежным загрязнением воды (Ивановка, Северный Кизел).

Срочность исправления качественной стороны существующего водопровода диктует единственно возможный выход стерилизации воды хлором с предварительным коагулированием и фильтрованием через, хотя бы, скорые фильтры. Как в том, так и в другом случае тщательное гидро-геологическое обследование, без которого немислимо правильное научно-поставленное разрешение вопроса питьевого водоснабжения населения в интересах здоровья, как показал горький опыт истории кизеловского водопровода, нужно считать обязательным.

«Cette precaution est indispensable meme quand le moyen d'epuration est un procede dit de sterilisation» (I. Dimutri).

(Эта предосторожность необходима даже в том случае, когда способом очищения воды является стерилизация) «Cours d'hygiene» L. Bernhard et R. Debre. 1927.

## В ы в о д ы.

1. Источники «Пачайка», питающие городской водопровод, по качественному составу воды, его непостоянству в зависимости от метеорологических условий года с точки зрения санитарной нужно признать неудовлетворительными.

2. Несомненная связь источника с поверхностными водами загрязненной местности ставит под угрозу водных эпидемий население городов и копейских рабочих поселков.



3. Отсутствие гидрогеологических исследований в процессе предварительных работ не позволяет установления границ территории питания этих источников и делает невозможным принятие мер защиты воды от загрязнения.

4. Использование источников «Пачайки» в целях питания водопровода в настоящих условиях допустимо только после стерилизации воды хлором с предварительным коагулированием и фильтрованием (американские фильтры).

5. Непостоянство дебита источников, его недостаточность в целях снабжения водой всего населения с учетом перспектив развития города и промышленности требуют изыскания новых более мощных источников питания городского водопровода.

6. Техническое состояние водопроводной сети с частыми авариями (выпираание из стыков труб, прорывы вследствие излома) ставит потребителя в условия санитарного неблагополучия со всеми могущими произойти последствиями для здоровья населения.

## К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ БОРЬБЫ С ВЕНБОЛЕЗНЯМИ НА ЗАПАДЕ И В СССР.

Ассистента Клиники К. Г. У.—М. П. БАТУНИНА и д-ра Н. П. КОЛОКОЛОВА.

(Казань).

В разрешении вопроса о борьбе с венерическими болезнями издавна и неизбежно приходится сталкиваться с проституцией, существование которой так же старо, как стары наши сведения по всемирной истории (Joseph). Различные государства в разные времена в борьбе с венерическими болезнями направляли свои мероприятия прежде всего и главным образом против проституции или, вернее, против проституток. Так, в древнее время по отношению к проституткам применялись очень жестокие меры—до их умерщвления включительно (сжигание у евреев, заключение в тюрьму, публичные телесные наказания при Карле Великом, утопление и проч.—Joseph). В некоторых случаях наказание распространялось также и на совратителя и на хозяина дома, где жила проститутка (Cumston). Но все подобные draconian laws не только не имели успеха в искоренении проституции, а наоборот, вызывали усиление тайной проституции. В виду таких неудач искоренить проституцию насильственным путем, правительствам ничего не оставалось более, как только наблюдать за ней. В древней Греции Солон первый легализировал проституцию, учредив публичные дома под административным контролем государства, и, повидимому, с врачебным надзором. (Bizorol). Во Франции в 1360-7 г. также был издан закон о проживании проституток в домах терпимости или в особых районах, а в 1802 году был введен врачебный осмотр проституток (Cumiston). Так было положено начало одной из старейших систем в борьбе с венерическими болезнями—это регламентации проституции, которая частично или полностью существует и поныне в некоторых государствах (Франция, Испания и др.). При помощи этой системы правительства стремятся в интересах ограждения общества от венеризма, а также с целью «общественного порядка и благопристойности»—изолировать проституток путем подчинения их целому ряду всевозможных правил—о местожительстве, костюмах, поведении на улице, отношении к окружающим и т. д. Соблюдение этих правил проститутками а также периодический врачебный осмотр их находится под контролем полиции общей или, так называемой, полиции нравов. Эта система предусматривает также суще-



ствование домов терпимости (закрытых), а за последнее время домов свиданий (Франция); девицы в последних в большинстве случаев не имеют карточек и не занесены в списки полиции; посетительницы таких домов в большинстве случаев из категории служащих, занимающиеся подсобной проституцией (Bornstein).

В городах некоторых государств (Марокко) специально для проституток созданы особые кварталы, окруженные стеной; из квартала имеется один выход, охраняемый милицейским постом; в кварталах имеются базары, лавки, клубы, кофейни, танцклассы, и пр. Во главе квартала стоит врач «Муниципального Гигиенического Бюро» — главный администратор; при нем имеется врач-венеролог с помощницей докторессой (Lepinay). Не уменьшая венеризма среди населения, система регламентации с ее санитарно-полицейским надзором вела к полному гражданскому бесправию огромного числа женщин при наличии шантажа и вымогательства со стороны полицейских властей. Это и послужило одним из главных поводов к распространению в обществе другого течения в борьбе с венерическими болезнями — течения аболюционистского, которое стремилось отменить бесчестную и опозоривавшую полицейскую систему, предоставив проституирующим женщинам такие же гражданские права, какие имеет всякий член человеческого общества.

Под влиянием этого течения в обществе и во врачебных кругах борьба с венерическими болезнями становится на новый путь. Прежде всего в целом ряде государств в законодательном порядке отменяется регламентация проституции (Швеция 1919 г., Дания 1906 г., Германия и др.), а вместе с последней и публичные дома и другие притоны разврата. В некоторых государствах (Италия) содержание публичных домов законом не воспрещено, в других же (Испания) — содержание публичных домов воспрещено под страхом тюремного заключения, а регламентация проституции не отменена.

Влияние аболюционизма в борьбе с венеризмом сказывается прежде всего в том, что участие полиции в этом деле все более и более ограничивается. Проститутка становится объектом вмешательства полиции только в том случае, когда она нарушает правила порядка и общественной благопристойности. Полиция только постольку привлекается (в крайнем случае) к борьбе с проституцией, поскольку это ей будет поручено со стороны врачебно-санитарного органа (положение конференции Юго-Сл. венерологов 28 г.). Во Франции, где еще до настоящего времени проводится система регламентации проституции с публичными домами, — также пропагандируется положение, что «борьба с венерическими болезнями должна находиться в руках врачей, а не полиции (последняя должна только содействовать врачам) (Duguin). Вся работа по борьбе с венеризмом переходит в ведение специальных врачебно-санитарных организаций, каковыми являются общества по борьбе с венерическими болезнями, Национальный к-т по борьбе с венерическими (Англия), американская ассоциация по борьбе с венерическими и пр.

В Америке в период мировой борьбы выработан особый план борьбы с венерическими, известный под названием «Ново-Американской системы», — характерной особенностью которой является стремление, изучив предварительно физическое и умственное состояние проститутки, а также ее социальное положение, определить те мероприятия, которые могут удержать проститутку от дальнейшего занятия этой профессией; таким образом по американской системе меры, направленные против проституток носят характер трудового воспитания и социальной помощи. С введением таких врачебно-санитарных организаций, возглавляющих борьбу с венерическими, — развертывается большая работа лечебного и санитарно-просветительного характера в форме диспансерной системы (Германия, Англия, Америка и др.). Этот



новый быт в борьбе с половыми болезнями нашел себе также и отражение в целом ряде государственных законодательств по этому вопросу в различных странах.

В этом направлении следует прежде всего отметить введение системы принудительного лечения. Так, в Дании еще с 1906 года—введен закон о принудительном лечении венболезней. По этому закону всякий больной венерик обязан подвергнуться лечению в лечебных учреждениях или у частного врача; если форма болезни требует госпитализации, больной обязан ей подчиниться; в случае отказа больного от лечения, последнее выполнялось через судебные органы. В период мировой войны, а в особенности после ее окончания,—система принудительного лечения законодательным порядком вводится и в других странах (Швеция 1917 г., Германия—1918—22 г., Чехо-Словакия—1922 г.). По существу все они сводятся к целому ряду требований для лиц, больных венболезнями, направленных к тому, чтобы принудить больных лечиться и быть определенное время под врачебным контролем; в Норвегии, например, установлена длительность лечения (сифилиса) до 3-х лет. Лечение в большинстве случаев бесплатное.

В тех странах (Англия, Франция, Бельгия), где не проводится принудительного лечения, вся работа в этом направлении выполняется (в добровольном порядке) учреждениями диспансерного характера.

Введение принудительного лечения венболезней естественно повлекло за собой целый ряд обязательств и для самих врачей в деле борьбы с венболезнями; одним из таких обязательств врачей является обязательное извещение ими соответствующего врачебно-санитарного органа о всех лечащихся у них больных и о появлении всякого свежего случая заболевания. Такие обязательства для врачей узаконены в Дании, Швеции, Германии и Америке—где врачи ежедневно подают декларации (обыкновенно анонимные) о своих больных. В Нью-Йорке—лицу заведующему каким либо общественным учреждением вменяется в обязанность наблюдать за обитателями эти учреждений и сообщать отделу здравоохранения о всех случаях заболевания венболезнями. В Италии обязательна подача деклараций: 1) в случаях обнаружения венболезней в публичных домах, общежитиях и предприятиях, 2) о заражении наемной кормилицы. Кроме того врач обязан следить за выполнением больными лечения, принуждать их к таковому, если по каким либо причинам больные не выполняют лечения; врач должен быть хорошо осведомлен о распространении венболезней в своем районе, в каждом отдельном случае заражения отыскать источник инфекции и т. д.

Проект закона (1925 г.) о венерических болезнях для Бельгии—за нарушение установленных законом порядков со стороны врачей—карает последних в первый раз штрафом до 3.000 франков, во второй раз—заключением в тюрьму.

Помимо указанных обязательств врач несет еще целый ряд социально-гигиенических задач по отношению к больному—информируя последнего о его страданиях, об ответственности перед другими в смысле заражения, о влиянии его болезни на потомство и т. д. Создав по возможности благоприятные условия для получения венериками квалифицированной врачебной помощи, правительства стремятся оградить больных от различного рода шарлатанства в лечении венболезней. Так в Германии по закону 1919 г. за лечение и публикацию не врачами налагается штраф; по положениям законопроекта (1925 г.) воспрещается лечение и реклама различных лечебных средств за подписью о их лечебных свойствах, как шарлатанов врачей, так и «исцеленных пациентов». В Англии воспрещается лечение венболезней не врачами,



кроме того шарлатанство в лечении венболезней в Англии значительно обезвреживается организацией большой сети бесплатных диспансеров и широкой пропаганды в прессе, которые работают бесплатно; также широко поставлена просветительная работа (лекции, кино-фильмы, брошюры и пр.). Во Франции проектом закона по борьбе с шарлатанством в области венболезней—от 1927 г.—предусматривается заключение в тюрьму от 1 мес. до 2 лет, а также штраф от 5 до 30 т. франков всем лицам, кои путем рекламы будут предлагать способы лечения и предупреждения венболезней; такому же наказанию подвергаются и лица, выставляющие на показ медикаменты и инструменты для лечения венболезней. Кроме того во Франции по закону 1920 года подлежат судебной ответственности врачи за ошибки в лечении.

Далее в государствах Запада имеется ряд мероприятий предупредительного и карательного характера, имеющих своею целью оградить от венерических болезней брак и семью. Так в некоторых государствах введено освидетельствование вступающих в брак лиц. В Вене с 1922 г. существует «Бюро предбрачных советов», которое выдает желающим удостоверение о состоянии их здоровья. В Англии обязательно предбрачное освидетельствование и наличие врачебного удостоверения у вступающих в брак. В странах Швеции, Дании, Норвегии воспрещено законом вступать в брак в заразной форме венболезней; вступающие в брак осведомляют друг друга о состоянии своего здоровья в присутствии духовного лица; ложное осведомление карается тюрьмой. В Германии вступающим в брак выдаются наставления-листовки. В Америке—от вступающих в брак требуется всестороннее медицинское освидетельствование и подписка в определенной форме: в некоторых штатах брак сифилитикам совершенно воспрещен. За нарушение постановлений установлены тюремные заключения от 2 до 5 лет или штраф от 500 до 2000 долларов. Во Франции за последнее время (1927 г.) также введено предбрачное освидетельствование. Обеспечив до некоторой степени с различных сторон жизни возможность предупреждать распространение венболезней, правительства запада закрепляют далее в законодательном порядке наказуемость за заражение венболезнью. Первые законоположения в этом направлении имели место в Финляндии—1899 г., Швейцарии, в Германии и 103 ст. нашего до революционного устава; постановления указанных стран касаются запрета половых сношений для лиц больных венболезнями. По постановлениям Скандинавских стран—1902 г.—наказуется не только заражение венболезнью, но и возможность заражения. Наказание сводится к возмещению убытков от заражения и на лечение. Аналогичные постановления позднее появились и в других странах—Германия и Чехо-Словакия—1922 г. В Англии по биллю 1918 г. возможность заражения венболезнью карается тюрьмой до 2-х лет. Французское законодательство не имеет на этот счет специального закона в уголовном кодексе; законы гражданские карают за заражение между любовником и любовницей; заражение в браке влечет за собой развод. Проект закона о венерических болезнях для Бельгии (1926 г.) карает за заражение венболезнью штрафом в 3.000 франков и тюрьмой до 2-х лет. Штраф удваивается если, во 1-х, заразивший получил от врача извещение о своей болезни и, во 2-х, если жертва малолетняя (до 15 лет). Таким образом, идеи аболюционизма в области борьбы с венеризмом, с продолжающимся завершением целого ряда законоположений и при наличии широкой сети диспансерной работы—могут считаться в настоящее время доминирующим фактором в борьбе с венеризмом над системой регламентации проституции.

Но наличие во всех странах венерических болезней, несмотря на энергичную общественную борьбу с ними, все же остается, давая волнообразную



кривую в сторону периодического их усиления и ослабления; причина к этому—проституция, которая по прежнему остается главным источником для распространения венболезней.

Что касается причин, обуславливающих появление и существование проституции, то в этом отношении можно считать два основных воззрения. Первое—это социалистическое воззрение, по которому проституция считается неизбежным следствием капиталистического социального строя; по этому воззрению с изменением социальных условий произойдет оздоровление общества в политическом и экономическом отношениях, что приведет к оздоровлению его в медицинском смысле.

Второе воззрение считает, что причина проституции—это спрос со стороны обладающего полигамическими наклонностями мужчины и пользование этой физиологической слабостью со стороны представляющей тип вырождения проституции; по этому воззрению проституция не есть только явление социальное, но и биологическое (Joseph).

Октябрьская Революция в России, внося глубочайшие изменения в политическую и социально-экономическую структуру нашего государства—этим самым поставила вопрос о проституции в плоскость социалистического воззрения, что с завершением политического и социально-экономического оздоровления нашего общества—проституция исчезнет сама собой; отсюда институт регламентации проституции с публичными домами упраздняется механически. Но поскольку задача политического и социально-экономического оздоровления еще далеко не закончена, с существованием у нас проституции как наследием бывшего капиталистического строя, приходится считаться. Залогом для окончательной ликвидации проституции в Советском Союзе служат прежде всего законодательные мероприятия, направленные в сторону раскрепощения женщины от полового и семейного гнета—в виде организации густой сети всевозможных учреждений (по охране матмлада, детские учреждения, народ. пит. и др.). С другой стороны наш Уголовный Кодекс (1922 г.), считаясь остатками проституции в нашем Союзе, издает карательные меры, но направленные не на проститутку, а на лиц вовлекающих в проституцию—против содержателей разврата, сводничества и пр.

С целью ограждения населения от венболезней наш Уг. Код. ст. 150—192—предусматривает наказание не только за самый факт заражения венболезнью, но и за половую связь при наличии венболезни в заразной форме как по жалобе пострадавшей стороны, так и по донесению окружающих лиц; кроме того, наказуемость предусматривается за уклонение от освидетельствования и лечения.

В Кодексе о семье и браке пост. ВЦИК—19 г. вступающие в брак лица осведомляют друг друга о состоянии своего здоровья в отношении венболезни.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Joseph—профилактика половых и кожных болезней 1902 г.
2. Notthaft и Koll—профилактика мочевых путей и мужского полового аппарата. 1902 г.
3. Венерология и дерматология № 7—8—1928 г. Окунь и Гуревич.
4. Delbanco—Русск. Нем. мед. ж. 1926 г. № 6.
5. Pincus — Med. Klin. 1924 г. № 14.
6. Klein—D. W. 1926 г. № 1.
7. Б ы ч к о в—вопросы здравоохранения 1929 г. № 2 и
8. Отд. профил. вен. бол. Русск. Вес. Дерм. с 1924 г. — 1928 г.



## ХИРУРГИЯ СЕЛЕЗЕНКИ.

Проф. РАТНЕР Л. М.

1. Saccharoff und Suboff. О некоторых функциях селезенки и об их отношениях к внутри секреторным органам. (*Zeitschr. f. Experim. Med.*, 1927 г.).

Авторы провели ряд экспериментов над изолированной селезенкой, которые привели их к выводу, что селезенка выделяет особое вещество ферментативной природы, названное ими лейкоцитолитином. Лейкоцитолитическая функция селезенки подвергается различным влияниям со стороны эндокринных органов; с другой стороны, некоторые фармакологические средства могут изменять эту функцию в ту или другую сторону. Адреналин, питуитрин, тиреоидин, инсулин и в меньшей степени лютеовар, паратирин действуют парализующим образом на лейкоцитолитическую функцию селезенки. Напротив, спермин и эпифизин эту функцию стимулируют. Щелочи оказывают возбуждающее действие на короткое время, кислоты оказывают обратное влияние. Далее, препятствуют указанной выше функции селезенки из аминокислот гликоколл и таврин, из белковых препаратов параказеин и молоко (последнее совершенно прекращает выделение лейколитического фермента), из алколоидов атропин и хинин. Активаторами являются из аминокислот гистамин, из алкалоидов пилокарпин. Секрет селезенки действует одинаково на лейкоциты различных форм. По сравнению с разрушающим действием селезенки на лейкоциты печень обладает противоположными свойствами.

11. Brandsburg—К вопросу о регенерации селезенки. *Zeitschr. f. die gesamte Experim. Med.* 1927 год.

Литературные данные, трактующие о регенерации селезенки, весьма противоречивы. Некоторые экспериментаторы, как Шенбауэр и Штернберг, пришли к выводу, что у спленектомированных животных не происходит новообразования селезенки. Другие авторы, как Мистраль, наоборот, отмечают на селезеночной культи животных регенерацию селезенки, а Бенекс и Ральтин отмечали это явление у молодых людей через 4—5 лет после экстирпации разорванной селезенки. Точно также не решен еще в литературе вопрос о том, как реагирует остальная ретикуло-эндотелиальная система на удаление селезенки. Одни из авторов находили после экспериментальной спленектомии компенсаторную гипертрофию Купферовских клеток печени, другие это отрицают. Автор занялся проверкою этих спорных данных, он поставил ряд экспериментов на собаках и пришел к следующим выводам:

1. При полной спленектомии новая селезеночная ткань не вырастает.
- 2) При полной спленектомии с посевом в сальник кусочка селезенки последний подвергается дегенеративным изменениям, некрозу и полному рассасыванию сначала со стороны пупка, затем ретикулярных и трабекуляр-



ных элементов. 3) При рассечении селезенки на несколько кусков ни один из них не обнаруживает явлений пролиферации. Заживление идет путем образования спаек с сальником. 4) Посеянные в сальник кусочки селезенки при сохранении всей оставшейся части ее не обнаруживают явлений роста, а подвергаются дегенеративным изменениям и рассасыванию. 5) При частичной резекции селезенки оставленная часть ее макроскопически увеличивается в размерах по всем направлениям, а микроскопически наблюдается гиперплазия элементов пульпы и фолликулов. 6) При частичной резекции селезенки с одновременным посевом кусочка ее в сальник в одних случаях происходит быстрое рассасывание трансплантата и гиперплазия оставшейся части селезенки, в других случаях, наоборот, происходит сильное разрастание трансплантата в то время, как в остатке селезенки происходят процессы регрессивного характера. 7) У спленектомированных животных наблюдается усиленное отложение жира, как подкожного, так особенно внутрибрюшинного. 8) После полной спленектомии в первые дни наблюдается гиперемия всех сосудов в печени и в лимфатических железах; в дальнейшем, через 58 дней после операции наблюдается резкая гиперплазия лимфоидных и Купферовских клеток печени и лимфатических желез. 9) На частичную резекцию селезенки остальной ретикуло-эндотелиальный аппарат не реагирует. 10) Противоречивость литературных данных относительно способности селезенки к регенерации Вг. объясняется различием степени корреляции селезенки остальными элементами ретикуло-эндотелиального аппарата. Если оставшийся ретикуло-эндотелиальный аппарат своей викарной деятельностью заменяет полностью функцию селезенки, регенерации ее не происходит. В противном случае происходит новообразование селезенки.

III. A. Nanta. Лечение спленомегалии иодом. (Presse medic., 1927 г., № 55).

Еще в 1846 году. Cheinesse указал на благоприятное действие иода при малярийной спленомегалии. С тех пор эта терапия проводилась и проводится и до сих пор в Италии. Собственные наблюдения автора при малярийных, а также при микотических, люэтических и бактериальных увеличениях селезенки вполне подтвердили выводы Cheinesse, почему N. горячо рекомендует этот метод лечения. Сам он применяет иод внутривенно 1,0 jod, 2,0 Kalijodat, Aq. destillatae 100,0. Явлений иодизма он не наблюдал, но затвердение на месте уколов почти постоянное явление.

IV. Zan. К клинике после инфекционных увеличений селезенки. (Fortschr. Thes 4. H. 3 по Zentralblatt f. Chir.).

Автор выделяет особую группу послепериферических гипертрофий селезенки. Он наблюдал 32 больных, у которых яркие симптомы инфекционного заболевания исчезли, но увеличение селезенки оставалось стойким. Надо думать, что инфекция перешла в латентное состояние, так как у большинства больных кроме селезеночной патологии наблюдался еще ряд не характерных симптомов, как, например, быстрая утомляемость, недостаточный аппетит, склонность к потам, сердцебиения, легкие желудочно-кишечные расстройства.

Гемограммы ничего патологического не показывают, кроме значительного увеличения моноцитов и переходных форм. Селезенка мягкая, гладкая и мало чувствительная при ощупывании. Путем парентерального введения белковых препаратов—иногда однократного, иногда двукратного—удалось ликвидировать гипертрофию селезенки, а вместе с этим улучшилось и общее состояние больных. Для инъекций автор применял молоко, альбумол и натренказеин.



V. Bailey. Травматический разрыв нормальной селезенки. *Annals of. surg.*, 1927 г., № 7.).

В. описывает 32 случая разрыва нормальной селезенки, из которых он 3 наблюдал лично. Причина разрыва большею частью повреждение проехавшим по животу экипажем. По клиническому течению автор разделяет это повреждение на 4 группы. Первая группа касается случаев, кончающихся смертью в течение первых часов после повреждения. При вскрытии обычно здесь наблюдается полный отрыв селезенки. Ко второй группе относится  $\frac{3}{4}$  всех случаев. Здесь после исчезновения симптомов шока от травмы ясно выступают на сцену симптомы со стороны раненой селезенки. Последние распадаются на признаки общего характера (внутреннее кровотечение) и местного значения (*défense musculaire* в области селезенки, местная болезненность, вздутие живота, боли в левом плече). Из этой группы из 11 оперированных за время от 1894 года до 1914 умерло 8, за время 1914—1925 г. из двенадцати только один. К третьей группе автор относит такие случаи, при которых явные признаки внутрибрюшного повреждения наступают только спустя 3—13 дней после повреждения. Такое позднее появление симптомов Bailey объясняет, с одной стороны, закупоркой сальником или кровяным сгустком места повреждения, с другой субкапсулярным положением первичного места повреждения, и, наконец, постепенным разрушением селезеночной ножки легко инфицирующимся кровоизлиянием. Из 6 таких больных умерло 3. Четвертую группу по В. должны составлять больные, у которых повреждение селезенки заживало без оперативного вмешательства, и только случайно обнаруженные рубцы на ней могли доказать бывший разрыв органа.

При одновременном повреждении хвоста поджелудочной железы брюшную полость необходимо дренировать. Из послеоперационных осложнений наблюдались асцит, расхождение швов брюшной стенки, левосторонний плеврит, икота вследствие раздражения диафрагмы во время операции и так. наз. *asthenia splenica*.

VI. P. Weil, Gregoire, P. Chevallier et Flandrin. Клинические формы микотических спленомагалий. (*Presse medic.*, 1927 г., № 57).

Авторы описывают особую форму спленомагалии, вызываемую плесневыми грибами, особенно *Aspergillus*. Она наблюдается в возрасте от 15-30 лет и является следствием скрытно протекавшего сепсиса. В селезенку грибки попадают через легкие, а еще чаще через кровь. Клинически болезнь проявляется или только в спленомагалии, или к последней присоединяются гомолитическая желтуха, или анемия, или полиглобулия. В тяжелых случаях болезнь сопровождается асцитом и циррозом печени. Диагноз чрезвычайно труден и возможен только после исключения остальных видов спленомагалии. Удаление селезенки дает прекрасные результаты.

Собственный материал составляет 7 случаев. Из них 6 было оперировано, 7-й умер. Гистологическое исследование удаленных селезенки показало своеобразные, частью круглые, частью продолговатые узелки, в которых можно видеть важнейшие микотические элементы. Бактериологически дело идет о *Sterigmatocystis nidulans*.

VII. Ширяева. Аспергиллез селезенки. (Н. X. Архив, № 64, 1928 г.).

В статье приводится случай спленомагалии, который автор не мог подвести ни под одну из до сих пор известных форм этой болезни. Увеличение селезенки сопровождалось небольшой гипертрофией печени, легкими диспепти-



ческими явлениями, лейкоцитозом и полиглобулией. Путем исключения еще до операции был поставлен диагноз микоза селезенки. После спленектомии удаленная селезенка была подвергнута микроскопическому исследованию, которое подтвердило предоперационный диагноз. Под микроскопом в некоторых фолликулах были найдены узелки Ганди-Гамна, головки и мицелий грибка. Посевы дали рост мицелия белого цвета безголовокплодоношения. Наличие узелков Ганди-Гамна дало автору право считать, что грибок, паразитирующий в этой селезенке, принадлежит к типу аспергиллиевых. Случай автора интересен тем, что микоз селезенки протекал не по типу болезни Банти, как это обычно наблюдается, а как болезнь Vaques'a. Операция принесла больному значительное облегчение.

VIII. Бронников. О микозах селезенки. (Н. Х. Архив. № 64).

Больная, 36 лет, страдающая спленомегалией и тромбозом вен ног и stenosis mitralis, субфебрильной лихорадкой, небольшой анемией, была оперирована под диагнозом болезни Банти. Микроскопическое исследование удаленной селезенки обнаружило микоз селезенки.

Автор предполагает, что у оперированной больной была грибковая септицемия с преимущественной локализацией в селезенке и венах конечностей. Возможно, что имеющийся у больной порок сердца—также следствие грибковой инфекции. Спленектомия несколько улучшила состояние больной, но не устранила имеющегося общего заболевания, и в частности субфебрильная температура держалась очень долго после операции, что подтверждает взгляд автора о септической этиологии спленомегалии у оперированной больной.

IX. W. Anschutz. Спленектомия при тромбозах, особенно при острых формах. (Bruns Beih. zur Klin. Chir. 1928 г. 142. 1).

Автор обращает внимание на установленный многими авторитетными хирургами факт, что у больных с тромбозом, вообще чрезвычайно склонных к кровотечениям, ни во время производства операции спленектомии, ни после нее не наблюдается никакой кровоточивости. В некоторых случаях даже останавливаются после оперативного вмешательства такие беспричинные, казалось, кровотечения из различных органов, которые не поддавались до операции никакому терапевтическому воздействию. Одним из моментов, способствующим гемостазу после спленектомии, автор считает понижение кровяного давления.

При хронических интермиттирующих тромбозах спленектомия дает небольшую смертность от 7—10 проц., при острых формах смертность достигает 70 проц. Наступающий после экстирпации селезенки падение числа тромбоцитов через некоторое время вновь падает, благодаря замене функций селезенки другими частями ретикуло-эндотелиальной системы, но геморагии исчезают совершенно и, если изредка и появляются, то в более мягкой форме. Очень интересны наблюдения автора, что при острых формах эссенциальной тромбозии сильно страдает костный мозг, в котором при гистологическом исследовании д-р Engel нашел некрозы.

X. Allan W. Spence. Результаты спленектомии при ригидном геморрагическом синдроме. (Ann. of Surg., 1928 г., 466).

Автор собрал из литературы 101 случай удалений селезенки при тромбозах, в том числе два оперированы им самим. Результаты следующие: выздоровление в 69 случаях, улучшение в 6, ухудшение в 5, смерть в 21 слу-



чае. Такая большая смертность объясняется тем, что среди сборных случаев было 12 острых форм и 10 из них погибли очень скоро после спленектомии. У своих больных S. применил перед операцией трансфузию цитратной крови. Один больной реагировал на переливание повышением числа кровяных пластинок и понижением времени кровотечения, у второго результат был негативный. Таким образом, первое наблюдение автора стоит в противоречии с общепринятым взглядом, что цитратная кровь разрушает кровяные пластинки. Первый случай автора, где кроме уменьшения числа тромбоцитов не было никаких изменений крови, кончился выздоровлением, и не было рецидива в течение 8 месяцев, второй больной страдал тяжелой анемией, спленектомия не дала каких-либо существенных результатов, а через 5 месяцев после операции последовала смерть.

XI. H. Welti. Торзия и эктопия селезенки (по Zentralbl. f Chir, 1928 г.)

Автор приводит поучительную историю болезни 20-ти летней женщины, которая страдала припадками болей в животе. Эти припадки объяснялись в то время то внематочной беременностью, то фибромиомой. Опухоль в животе иногда пальпировалась, иногда нет. Беременность окончилась на 8-м месяце преждевременными родами. В течение последующих шести лет приступы болей в животе продолжались и трактовались, как почечная колика. Внезапно наступил очень тяжелый припадок, давший картину острого живота. Немедленная лапаротомия. Предоперационный диагноз: перекрученная киста яичника. Во время операции обнаружена и удалена селезенка 520 гр. весом перекрученная, спустившаяся в таз и спаявшаяся с кишками. Состав крови как до, так и после операции, нормальный. Гистологически селезенка оказалась нормальной. Предшествующие менее острые припадки автор объясняет неполным и кратковременным перекручиванием селезенки. Причиной перекручивания автор вместе с Guillaume считает первичную гипертрофию ее и чрезмерно длинную ножку.

XII. Adam. Первичная опухоль селезенки. (Zentralbl. f Chir., 1928 г., № 8).

Метастазы злокачественных опухолей чрезвычайно редко наблюдаются в селезенке. Kaufman объясняет это тем, что опухоль проникает в селезенку только через кровеносные сосуды, т. е. тогда, когда частицы опухоли уже циркулируют в крови; через лимфатические сосуды селезенки почему-то клетки опухоли не попадают. Следовательно в селезенке чаще всего наблюдаются заносы хорионэпителиомы, некоторых форм сарком и так называемых опухолей Grawitz'a. Что касается карцином, то метастазы их в селезенке встречаются чрезвычайно редко, первичные же раки в селезенке не наблюдались до сих пор ни разу.

Клинические наблюдения, говорившие за то, что селезеночная пульпа обладает какими-то защитительными приспособлениями против раковой клетки, вполне подтверждаются экспериментами Браунштейна и Meidner'a. Эти авторы показали, что ткань раковых опухолей, смешанных с селезеночной тканью, не удавалось привить мышам в то время, как контрольная порция без примеси частей селезенки прививалась удачно. Первичные опухоли селезенки саркоматозного типа изредка наблюдались, но оперативное удаление их сопровождается такими трудностями, что до сих пор описано только 5 удачных спленектомий по поводу злокачественных первичных опухолей селезенки (Wagner, Fritsch, Billroth, Hacker, Garre). Автор описывает шестой случай. Он удалил селезенку, увеличенную в 5 раз против нормы и уже вызвавшую кахексию. Остальные органы брюшной и грудной полости оказа-



лись нормальными. После операции больная прекрасно себя чувствует в течение года, что подтверждает предположение автора о первичной локализации опухоли в селезенке. Микроскопическое исследование показало *sarcoma rotundo-magnocellulare*.

XIII. Orlandi. Раковые метастазы в селезенке. (По Zent r f Chirurgie, 1928 г.).

Селезенка во всех инфекционных заболеваниях и болезнях крови принимает участие и гипертрофируется. Напротив, она чрезвычайно редко реагирует на неоплазмы, и метастазы в ней являются относительными раритетами. Автор на 394 аутопсий злокачественных опухолей только в 17 (4,3 проц.) нашел метастазы в селезенке. В пяти случаях первичная локализация рака была в желудке, в трех—в грудных железах, в остальных девяти дело шло о раках девяти различных органов. Метастазы были частью гематогенного, частью лимфогенного происхождения.

XIV. Baidridge and Petersen. Увеличение селезенки при гипертиреозе. (Journ. of the amer. med. assoc vol. LXXXVlll, № 22).

Авторы обратили внимание на часто наблюдающееся увеличение селезенки при Базедовой болезни и *struma Basedovificata*. Из 144 исследованных больных такое увеличение наблюдалось у 44. Особенно резко наблюдается это явление при длительном течении болезни. В. and P. трактуют увеличение селезенки, как одно из проявлений общей гиперплазии лимфатической ткани, которое наблюдается при гипертиреозах.

XV. E. Mertz. К вопросу об остановке кровотечений рентгенизацией селезенки. (Z. Geburtsch. 92, 1928 г.).

Автор пытается разрешить вопрос, возможно-ли путем облучивания селезенки остановить маточное кровотечение. Этот метод он испытал на 22 больных. Длительных результатов он не получил ни разу, но у некоторых больных кровотечение останавливалось на более или менее продолжительное время. Гемостатическое действие облучивания селезенки М. объясняет особою чувствительностью к лучам лимфатической ткани, благодаря чему получается усиленный клеточный распад. Последний, в свою очередь, ведет за собою увеличение в крови протеолитического фермента и тромбина.

XV. Sartorari (Zentrabl. f. gesam Chirurg, 1928 г., № 12). О первичном tbc селезенки.

Автор наблюдал картину первичного tbc селезенки, которая симулировала болезнь Banti. На основании своего случая и литературных данных он считает следующие симптомы характерными для диагностики этого редкого заболевания: вначале очень незначительная, впоследствии более сильная одышка, лихорадка в общем интермиттирующего типа с длинными периодами под'ема, увеличение селезенки и большей части печени. Это увеличение селезенки особенно резко заметно во время лихорадочных периодов (значительно уменьшается во время падения t°), анэмия, почти кахексия, часто лейкопения относительным или абсолютным лимфоцитозом. Этиологическая связь между изменениями селезенки и печени вполне понятна, если вспомнить их близкие анатомические отношения через систему v. Portae. Зародышевые и токсические продукты из селезенки



должны проникнуть в печень. В случае автора перед операцией был поставлен диагноз болезни Banti, почему и была сделана splenectomy; вообще же при tbc селезенки Sartorari считает операцию непоказанной, так как многократно наблюдались самопроизвольные излечения tbc'ых узелков селезенки, и консервативное лечение многократно себя оправдывало. К операции приходится прибегать только в тех случаях, когда болезнь неудержимо идет вперед и переходит на соседние органы. Больному автору 46 лет; в юности перенес малярию, впоследствии сифилис, в более позднем возрасте страдал злокачественной формой малярии. При поступлении жаловался на чувство тяжести в левом подреберьи, прогрессирующее исхудание, отсутствие аппетита, умеренную лихорадку, наклонность к потам, небольшой кашель, изредка носовые кровотечения. Об'ективное исследование показало: сильную бледность, исхудание, выступание вперед левой половины живота, незначительную одышку, катарр основания обоих легких, значительное увеличение селезенки, умеренное увеличение печени, в мокроте tbc-ые палочки отсутствуют, анэмия, лейкопения, мононуклеоз, отсутствие эозинофилов. Вскоре наступило значительное ухудшение: t° поднялась выше 39°, легочные явления ухудшились; прогрессирование болезни срочно заставило применить оперативное вмешательство. Через 3 дня после операции левосторонняя пневмония, на 5-й день наступил exitus letalis. Патолого-анатомическое вскрытие показало: серую гепатизацию нижней доли левого легкого, острый паренхиматозный нефрит, типичную картину миллиарного, сливного частично творожистого tbc селезенки, интерстициальный хронический гепатит с многочисленными, не всегда типичными туберкулами, местами творожисто распавшимися.

---



## КО ВСЕМ ВРАЧАМ УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

(От Уральской Областной конференции врачей (17-20 апреля 1929 г.).

Дорогие товарищи!

Переживаемая нами полоса неуклонного развития производительных сил страны, последовательного выполнения намеченной программы социалистического строительства Союза ССР отмечена творческим энтузиазмом сплотившихся вокруг коммунистической партии миллионов трудящихся.

В этой великой стройке ответственный и тяжелый труд вместе со всем пролетариатом СССР несут медработники, в частности, врачи, отряд советской интеллигенции. Нам нечего говорить, что в этой стройке наш Уральский советский врач выявила подлинное массовое лицо советского специалиста, но всякая борьба полна трудностей. Эти трудности неизбежны на путях социалистического строительства, а наша задача найти правильную объективную оценку этих трудностей, еще более сплотить наши ряды, исключить всякую возможность развития отдельных искривлений общей правильной линии работы, устранить ненужные осложнения этой работы, часто зависящие от нас самих.

Подводя свою работу, Облконференция врачей остановила свое внимание на печальном факте наличия ряда тяжелых и острых конфликтов между отдельными врачами, выявила недостаточно активное творческое участие врачей в строительстве здравоохранения и в организации общественного контроля над ним, выявила на общем фоне творческих усилий врача позорные пятна личных дразг, невнимательность к запросам больных, проявления антисемитизма, недостаточно самокритическое отношение к себе, к своей работе, нездоровые отношения с местной печатью.

Областная конференция врачей считает своим долгом остановиться на этих печальных фактах работы врачебной периферии.

Наша задача полностью усвоить все основные организующие принципы нашего времени. Четкая классовая линия, максимальный учет инициативы, пробудившегося критического отношения трудящихся к вопросам культурно-социального обслуживания, внимательное удовлетворение растущих запросов населения, товарищеский подход в разъяснении возможностей осуществления тех или других мероприятий.

Эти основные моменты должны определить практическую линию поведения советского врача.

Надо обеспечить тесное деловое сотрудничество врача с рабочим классом и трудовым крестьянством и по линии учреждений органов здравоохранения профсоюзов и по линии широкого использования печати в освещении и устранении дефектов нашей работы. Печать—руль масс и ее значение неизмеримо. Участие трудящихся в советской печати—ее главный отличительный признак от «свободной» печати буржуазии; наравне с другими группами трудящихся, советский врач может и должен участвовать в ней.



Врач должен участвовать именно сейчас в полосе культурной революции, как авангард борцов за культуру, должен участвовать в ней, не боясь признания своих ошибок, должен учитывать огромную организующую роль печати, и лишь постоянный тесный контакт с печатью, сплочение вокруг нее и под ее лозунгами актива советской интеллигенции полностью исключит отдельные и иногда неправильные выпады печати против кастовой замкнутости группы врачей.

Организованность и сплоченность врачей в общем деле участия в социалистическом строительстве не может мыслиться как некое надклассовое кастовое оформление особой, отмеченной опытом, знанием, высоким культурным уровнем группы интеллигенции. Место интеллигенции—в рядах рабочего класса и трудового крестьянства. Мы стали тем, что есть, благодаря рабочему классу и мы должны полностью вернуть ему то, что получено от него.

Мы должны также предостеречь наших товарищей от попыток отграничить себя от общей массы медицинских работников, а здесь мы имеем иногда глухое недоверие и явный разрыв между отдельными группами работников, служащих единому делу. Наличие товарищеских отношений между врачом и сиделкой не есть еще повод к ослаблению трудовой дисциплины.

Наоборот, только эти отношения, забота о постоянном культурном и производственном росте среднего и младшего персонала в состоянии обеспечить расшатавшуюся кое-где трудовую дисциплину.

Здесь особо надо отметить, что формальное требование дисциплины не обеспечит создание ее и врач должен быть примером дисциплинированного работника, в первую очередь сам выполняя те требования, которые устанавливает для других.

Врачи области должны сами, своим отношением к себе и производству, не вносить разложения в ряды других групп работников, позволяя тем самым обобщать и распространять на врачей вообще отдельные печальные моменты деятельности отдельных товарищей (Кунгур—вовлечение больных в разрешение конфликта между врачами, вовлечение работников б-ны в склоку врачей—Касли, Никольск).

Не нужны и вредны попытки корпоративного оправдания врачей во всех, даже несомненных, ошибках его деятельности, нелепа попытка воскрешения старых методов бойкота места врача, справедливо осужденного советским судом (Курган); еще более нетерпимы в нашей среде проявления отрывки национал-шовинистических настроений—антисемитизма (дело Голомидова—Пермь), распускающегося на почве нездоровой конкуренции друг с другом: это отвратительное наследие прошлого должно быть с презрением выброшено из наших отношений.

Таковы эти отдельные печальные моменты в деятельности врача на различных участках областной периферии.

Мимо них мы не можем пройти, мы обязаны сигнализировать всей врачебной массе все опасности общему делу при развитии этих нездоровых настроений.

Мы зовем к борьбе с ними, мы зовем к активному и ответственному участию в социалистическом строительстве, мы зовем к выполнению советским врачом основных задач партии и советов.

Да здравствует напряженный труд в борьбе за здоровье трудящихся!  
Да здравствует тесный союз с населением!



# ТРУДОВАЯ ДИСЦИПЛИНА И ОБЩЕСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ В ЛЕЧУЧУРЕЖДЕНИЯХ УРАЛА.

И. Н. МИХАЙЛОВ.

За последнее время на страницах местной и центральной печати довольно часто появляются заметки о недочетах в лечебных учреждениях и работающего в них медперсонала, в частности о невнимательном, грубом, а порой даже и преступно-халатном отношении к больным врачей и среднего персонала.

В условиях поднятия культурного уровня рабочего и крестьянского населения и в связи с этим повышением их запросов на медпомощь очевидна недостаточность сети и оборудования лечебных и профилактических учреждений как в количественном, так и в качественном отношении, из-за недостатка средств на эти цели, несмотря на систематический рост ассигнований на дело здравоохранения. Так, по области предполагалось и фактически израсходованы только по местному бюджету и фонду медпомощи по годам, на дело здравоохранения следующие суммы (без капитальных вложений):

Г о д а		Местн. бюдж.	Фонд медпо-	Всего по об-	Примечание
		Общая сумма	мощи	щим фондам	
		в р у б л я х			
1926—27	Предусмотр. сметой	8454010	8170596	16624606	С отчислением в централ. фонд по ф. „М“.
	Фактически израсходов.	8245100	8309950	16555050	Фактически израсходовано на месте.
1927 - 28	Предусмотр. сметой	9918800	7893243	17812043	Без отчисления в центр. фонд.
	Фактически израсходов.	9670700	7359149	17029849	Фактический расход на месте.
1928—29	Предусмотр. сметой	11584100	7521044	19005144	За изъятием 1127000 руб. в центр. фонд, произведенным в феврале с. г.

Уменьшение расходования на месте фонда медпомощи объясняется увеличением отчислений в запасный фонд с 10 до 13 проц. Помимо этого имеются и др. причины неиспользования полностью предусмотренных по смете из местного бюджета средств на дело здравоохранения, о чем укажем в следующей статье.

Несмотря на весь рост местного бюджета на здравоохранение по области (16,8 проц. в 28-29 году), предъявляемые населением требования к медпомощи полностью все-же удовлетворены быть не могут. Неполное удовлетворение медпомощью объясняется помимо ограниченности бюджета и недостаточности лечебной сети еще и недостатком медперсонала вообще и квалифицированных работников по отдельным специальностям в частности. Стремление же со стороны больных получить квалифицированную помощь, при наличии довольно значительного числа симулянтов, дезертиров трудового фронта, больных после пьянки, обращающихся к врачу за «помощью», еще более ограничивает возможность оказания квалифицированной помощи действительно больным.



Обращения за «помощью» этой категории «больных» не всегда находят должный отпор со стороны некоторых врачей, идущих иногда по линии наименьшего сопротивления, дающих освобождение, чтобы отделаться, чем ставят в неловкое, а порой и безвыходное положение рядом работающего врача, желающего честно и добросовестно работать, не поощряя симуляцию. Этому добросовестного врача начинают иной раз травить, обвинять в грубости, невнимательности, наносят оскорбления, устраивают скандалы.

Нельзя, конечно, не отметить наличия в отдельных случаях невнимательного, грубого и резкого обращения к больным и со стороны отдельных единиц медработников, в частности и врачей. Наблюдается падение трудовой дисциплины среди медработников, несвоевременный приход на работу и преждевременный уход с таковой, и, главным образом, врачей в городах, причиной чему служит развитие совместительства и частная практика (у отдельных врачей). Эти нарушения дисциплины самим врачом, отсутствие четкости в его работе, неаккуратный приход и уход отражаются на работе остального медперсонала, подрывая труддисциплину среди последнего, а иногда приносят и прямой ущерб делу, зачастую задерживая медперсонал в отделениях и на кухне, что вызывает переработку, в большинстве случаев не оплачиваемую, а это, в свою очередь, отражается на трудовой дисциплине и производительности труда.

Имеют место и нездоровые взаимоотношения внутри врачебной среды и антработников (Пермь, Тагил, Курган и др.), а также и между всем персоналом в районах Свердловского округа (Никольское, Касли, Егоршино), при отсутствии должного внимания со стороны союзных органов и бюро секций к своевременному изжитию отдельных недоразумений, переходящих в конфликты и склоки, захватывающих целые группы врачей и др. медработников. Отсюда—антагонизм, нарушение нормальных условий работы на определенное время, что вредно отражается не только на работе самих лечебных учреждений и обслуживаемых ими больных, но и на работе ряда общественных организаций, втягиваемых в разбор этих конфликтов с большой и часто ненужной затратой времени, с отрывом их от прямой, продуктивной работы. Имел место даже такой случай, когда в конфликт втягивалось неорганизованное население. Так, по делу д-ра Метлицкого и зубврача Гольдштейна обыватель голосовал в очереди у водоразборного крана, кто из этих врачей лучший работник.

Одной из причин наличия нездоровых явлений среди медперсонала, в частности, врачей и падения трудовой дисциплины является недостаточная (а в некоторых коллективах и отсутствующая) массовая производственная работа, слабое отражение в работе союзных организаций критики и самокритики. В ряде организаций не прорабатывались и даже не зачитывались на общих собраниях обращения ЦК ВКП(б), письмо ВЦСПС № 9 и директивы по этому поводу ЦК союза и Областкама. Все еще имеет место боязнь выступлений со стороны членов союза с критикой работы и недочетов в учреждениях, отдельных администраторов и работников союзных организаций (Курганская окрбольница, аптека УМТ и правление союза). Как на одну из причин неблагополучия с труддисциплиной следует указать и на слабое развитие в союзных организациях культурно-просветительной и политико-воспитательной работы среди членов союза вообще, а в особенности среди врачей. Кое-где эта работа совершенно не ведется.

Наши лечебно-санитарные учреждения не имеют оформленной, постоянной, живой и тесной связи с заводскими, фабричными и другими обще-



---

ственными организациями по примеру Москвы, Ленинграда и других, не имеют широко организованного участия рабочих и служащих в контроле над работой лечебно-санитарных учреждений через комиссии оздоровления труда и быта, здрав-ячейки, секции здравоохранения и др.

Задачей КОТИБ'а является привлечение рабочих и служащих и участие их в деле здравоохранения в осуществление лозунга «здоровье трудящихся есть дело рук самих трудящихся». Этот лозунг должен проводиться посредством проведения над лечебно-санитарными учреждениями широкого рабочего контроля. КОТИБ'ы, как массовые организации, состоящие из представителей заводов, фабрик, учреждений и здравячеек, жилищных организаций, должны держать постоянную связь с лечебно-санитарными учреждениями и организациями, популяризируя среди трудящихся задачи советской медицины и информируя их о всех имеющихся в работе учреждений достижениях и недочетах. Члены КОТИБ'а должны принимать участие в разборе возникающих конфликтов и недоразумений между больными и медперсоналом и способствовать устранению ненормальностей в их взаимоотношениях

В целях выявления всех недочетов в лечебно-санитарных учреждениях и аптечных предприятиях, проведения широкого контроля над их работой и устранения этих недочетов, необходимо провести организацию при лечебных учреждениях комиссий оздоровления труда и быта там, где их нет, оживить работу имеющихся и повести работу в дальнейшем в плоскости проведения в жизнь решений 2-го пленума ЦК Медсантруд по докладу НКЗ.

Необходимо также повести широко-разъяснительную работу в лечебно-санитарных учреждениях среди членов союза Медсантруд о необходимости поднятия трудовой дисциплины с указанием на несовместимость в условиях диктатуры пролетариата, строящего социализм, всякого рода разгильдяйства, пьянства, прогулов, нарушения трудовой дисциплины и т. п. В первую очередь этой работой должны заняться врачи и профактив.

---



## ЧЕБАРКУЛЬСКИЙ ТУБСАНАТОРИЙ УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ СТРАХОВОЙ КАССЫ.

Заведующий санаторием врач ШАПШАЛ Г. С.

На склонах Ильменского хребта, входящего в цепь южного Урала, недалеко от одного из самых крупных и живописных уральских горных озер — озера Чебаркуль, у самой опушки густого соснового бора, вплотную примыкающего с севера, у полотна Самаро-Златоустовской ж. д. с юга на 1043 килм. от г. Самары, в 5 килм. от ж. д. ст. Чебаркуль расположен Чебаркульский тубсанаторий Уралстрахкассы. Принимая во внимание средний горно-континентальный климат (над уровнем моря 330 метр.), обилие солнечных дней, широкий доступ солнечных лучей с южной стороны, близость соснового бора, являющегося в то же время хорошей защитой от северных ветров, ровную и здоровую зиму и умеренно-теплое, нежаркое лето, — можно считать расположение санатория вполне соответствующим и удачным.

Постепенно рос и развивался Чебаркульский санаторий. По почину Челябинского Губздрава в 1918 году кладется основание Чебаркульскому дому отдыха, преобразованному впоследствии в 1925 году в санаторий для туберкулезных больных. В этот период времени Чебаркульский дом отдыха, ныне санаторий, переходил из рук в руки от Челябинского Губздрава в Южно-Уральский трест, от него в Южно-Уральскую страховую кассу, затем в Уралкурупр и, наконец, от последнего по аренде на 10 лет через Златоустовский Окрисполком в ведение Уральской областной страховой кассы.

Получив областное значение, Чебаркульский санаторий, в ногу с развитием Уральской промышленности, стал быстрыми шагами расти и развиваться. С каждым годом вырастали новые здания и корпуса и площадь, занимаемая санаторием, ширилась. Строительство продолжается и теперь, а пятилетний план предусматривает ряд новых зданий: кухни, курзала, корпуса для больных, канализационной сети с биологической станцией и проч.

В настоящее время больные размещаются в двух 2-хэтажных деревянных оштукатуренных изнутри корпусах, в 36-ти палатах. В каждом корпусе имеются открытые на юг, восток и запад веранды, где больные проводят значительное время своего дня в лежании на открытом воздухе. Столовая помещается в отдельном здании, состоящем из буфетной и двух



столовых зал. К этому зданию прилегает остекленная обширная терраса, используемая в летнее время под столовую, а зимой для лежания более слабых больных.

Из хозяйственных построек кухня и пекарня помещаются в отдельном деревянном здании. В 1925 году отстроен медицинский корпус с помещениями для врачебных кабинетов и аптеки. В том же здании организуется химико-бактериологическая лаборатория, в 1926 году зубо врачебный кабинет, а в 1927 году устанавливается и пускается рентгено-диагностический кабинет, операционная комната и ото-ларингоскопический кабинет. Кроме этого санаторий располагает каменным зданием—санитарным корпусом с помещениями для бани, ванного отделения, прачечной, дезо-камеры, парикмахерской, бельевой и багажной комнат. При санатории своя электростанция, водопровод с каменной водонапорной башней, питаемый из колодца насосом на электрическом приводе. Санаторий имеет до 10-ти десятин своего огородного хозяйства с теплицей и парниками для овощей, зелени и цветов. Имеется своя ферма из племенного Тагильского молочного скота, свой авто-транспорт и 13 лошадей. Вокруг зданий для больных, к югу от соснового бора, разбит парк санатория из различных декоративных деревьев с цветными газонами, беседками и спортплощадками в общей сложности в 5 десятин. В парке санатория ныне устанавливается метеорологическая станция.

Чебаркульский санаторий обслуживает рабочих и служащих всей Уральской области. Койки распределяются по отдельным профсоюзам Урал-профсоветом. Коек, прикрепленных к лечебным учреждениям по периферии, не существует. Содержится санаторий Уралстрахкассой на страховые отчисления, пользуясь в известной доле и дотациями центра. Штатное число коек летом 170, зимой 145. Состав медицинских работников санатория следующий: главврач 1, ординаторов 4, зубврач 1, медсестер 6, нян 13, аптекарь-работников 2, остальных сотрудников, обслуживающих непосредственно больных, 33 человека, а вместе с медперсоналом 60 человек. Кроме того, по обслуживанию электростанции, водопровода, молочной фермы, огородничества и других подсобных хозяйств занято еще 36 чел. Постоянному штату врачей Уралстрахкассы раз в 3 года предоставляются 4-х месячные научные командировки. За последние три года перебывало в таких командировках 5 врачей. Общий стаж врачей колеблется от 13 до 3-х лет, специальный от 8-ми до 2-х лет.

Показаниями для Чебаркульского тубсанатория является легочный туберкулез субкомпенсированный, склонный к компенсации, а из компенсированных форм только его открытые формы—бацилловыделители. За 4 года своей работы санаторий пропустил 4.186 больных, в том числе в 1925 году 634, в 1926 году 1.192, в 1927 году 1.210 и в 1928 году 1.150 чел. За последний бюджетный 1927-28 год, на котором я и позволю себе более подробно остановиться, из 1103 больных было мужчин 859 ч. или 77,9 проц. и женщин 244 ч. или 21,1 проц. Застрахованных прошло 95,1 проц., членов семьи застрахованных 1,09 проц., инвалидов труда 2,27 проц., безработных 1,27 проц. и прочих 0,27 проц. По социальному положению больные подразделялись на рабочих 70,08 проц., служащих 24,2 проц., домохозяек 1,09 проц., безработных 1,22 проц., учащихся 1,22 проц. и инвалидов 2,21 проц. По принадлежности к профсоюзам на первом месте идут металлисты 36 проц., за ними следуют горняки, дальше совторгслужащие, рабпрос, строители и затем прочие профсоюзы.

По заболеваниям эти больные распределяются следующим образом (по несколько дополненной номенклатуре «Турбан-Гергардта»).



Форма заболеваний	Количество больных	% соотноше- ние	Количество бацилловыде- лителей.	% соотноше- ние бацилло- выделителей
Tbc. pulm. compensat. А—I—А—II—АIII . . . . .	324	29,44	106	9,6
Tbc. pulm. subcompensator. В I—В II—ВIII . . . . .	322	29,1	221	20,0
Tbc. pulm. decompensator. С I—С II—С—III . . . . .	14	1,27	14	1,27
Tbc. железисто-плевральный . . . . .	49	4,44	—	—
Подозрительные на tbc. . . . .	64	5,8	—	—
Tbc. прочих органов . . . . .	16	1,45	—	—
Нетуберкулезные заболевания . . . . .	228	26,8	—	—
Практически здоровые . . . . .	82	7,73	—	—
Клинически . . . . .	4	0,37	—	—
Итого . . . . .	1103	100	341	30,87

Вышеуказанная таблица говорит за то, что отбор больных, направляемых в Чебаркульский санаторий, проходил не вполне правильно: одних только нетуберкулезных вместе с практически и клинически здоровыми прошло до 35% общего числа больных (не считая 5,8 проц. подозрительных на tbc). На ряду с этим 30 проц. бацилловыделителей, принимая во внимание показания санатория, нужно признать слишком недостаточными. Нередко выяснялось, что направление в тубсанаторий нетуберкулезных происходило только потому, что соответствующий профсоюз, заполучив по разверстке путевки в Чебаркуль, не имел достаточно показанных кандидатов и потому направлял относительно показанных или вовсе не показанных. При этом, почти как правило, направлялись больные как будто со строго соответствующими (по документам) диагнозами, как-то: В1—ВII—В-III, в действительности же оказывавшиеся эмфизематиками, перибронхитиками, пневмосклеротиками или просто здоровыми, каковых по большей части можно было бы вполне удовлетворить направлением в дома отдыха.

Все больные в санаторию поступали с путевками и обозначенными на них определенными сроками (вначале на 30 дней, а с 1926 года на 40 и 45 дней). Сверх обозначенного в путевке срока могло оставаться на повторные сроки, по усмотрению комиссии врачей санатория, лишь 10 проц. общего числа больных. Существующие сроки, даже и при возможности оставления 10 проц. больных на дальнейшее лечение, нужно признать безусловно недостаточными и не отвечающими требованиям санаторного лечения туберкулезных больных с прямыми показаниями. В то же время эти сроки для категории относительно показанного контингента наших больных являются излишне великими и не нужными. Единственно правильным и целесообразным мероприятием, исправляющим эти ненормальности, надо признать.



переход Чебаркульского санатория, по примеру многих других тубсанаториев, на индивидуальные сроки лечения.

По прибытии больной подвергался консультативному разбору и осмотру с последующей лабораторной обработкой (исследуется мокрота не менее 2-х раз, кровь, моча и т. п.), а с января 1927 года все больные проводились через рентгено-диагностический кабинет. Больному лечащим врачом назначался один из принятых в санатории четырех режимов, а в дальнейшем больной подвергался повторным осмотрам у врача не реже 1 раза в 7—10 дней. Обходы палатного врача производились ежедневно по утрам. По мере необходимости больные попадали и на повторные консультативные осмотры. Зуболение оказывалось всем нуждающимся в обязательном порядке. Выписывание всех больных происходило через врачебно-консультативный осмотр.

Из процедур применялись в летнее время солнечные и воздушные ванны с душами или влажными обтираниями и синий свет, в зимнее же время широко применялось лежание больных на открытых верандах под меховыми одеялами. Ныне устанавливается, кроме того, ртутно-кварцевая лампа Франкли. Физкультура в виде утренней зарядки состояла преимущественно из легких движений—дыхательной гимнастики, применялись подвижные игры на воздухе, а в зимнее время лыжный спорт и коньки. Трудовые процессы, исключительно как диагностический метод, применялись урывками по назначению врачей с целью изучения степени компенсации—динамики процесса. При этом до и после трудовых процессов дополнительно измерялись пульс, дыхание и температура.

Диететическое питание, доходившее до 6000 калорий в сутки при пятикратном кормлении и при наличии сверх того кумыса, с 1926 года было ограничено 5000 калорий при четырехкратном питании, а с 1-III—27 года в связи с изменившимися показаниями кумыс был ликвидирован и заменен 1—2 бут. кефира. Суточный пищевой рацион распределяется следующим образом: к завтраку дается 30 проц., в обед 40 проц., в полденный чай 10 проц. и к ужину 20 проц. Помимо общего меню существует смешанно-молочная диета, строго молочная и индивидуальная.

Культпросветработа велась путем устройства цикла медицинских бесед, вечеров медицинских вопросов и ответов, вечеров самодеятельности, устройства концертов и кино.

Из специальных терапевтических процедур при железисто-плевральных формах тбс по преимуществу применялись кальций и туберкулин, а при открытых субкомпенсированных односторонних или, вернее, по преимуществу односторонних процессах, производилось накладывание искусственного пнеймоторакса. За истекший год было наложено всего 36 первичных пнеймотораксов с 326 повторными поддуваниями. Этот опыт слишком невелик, чтобы делать выводы, но, в виду того, что в противотуберкулезной терапии пнеймоторакс все больше и больше приобретает право гражданства, я позволю себе вкратце поделиться предварительными данными и нашего небольшого опыта. Все 36 случаев наложения пнеймоторакса делались у больных с явно выраженной субкомпенсацией процесса, из них в 24 случаях процесс компенсировался, в 11 субкомпенсация не исчезала и в 1 случае она перешла в декомпенсацию вследствие большой распространенности процесса. Нередко в случаях упорной субкомпенсации процесса, испытанной наблюдением от 1—2-х месяцев, только наложением пнеймоторакса достигалась компенсация. Серьезных технических затруднений при наложении пнеймоторакса, за исключением 10 случаев, где из-за обширных сокращений не удалось его наложить, встречать не приходилось. Из осложнений надо отме-



тить 4 случая пнеймо-плевритов и 2 случая легкой подкожной эмфиземы. Среднее пребывание в санатории пнеймотораксальных больных колебалось от 70 до 120 дней. К сожалению, с трудом достигнутое наложением пнеймоторакса благополучие и компенсация туберкулезного больного весьма нередко терялась только потому, что на местах врачебно-контрольные комиссии или здравотделы не всюду предоставляли им возможность поездки для повторных поддуваний в ближайшие тубдиспансеры и больницы. Теперь уже не секрет, что хорошо проведенный пнеймоторакс дает туббольному эффект, нередко во много раз лучший и более продолжительный, чем дорого стоящее, а иной раз и слишком запоздавшее курортное лечение.

Учет ближайших результатов лечения ведется санаторием по признакам клинических изменений, по весу и степени восстановления трудоспособности. К сожалению, из-за отсутствия связи с периферическими тубучреждениями, санаторий не мог учитывать отдаленных результатов лечения. Правда, санаторий делал попытку установления связи с пнеймотораксальными больными путем раздачи им при отъезде особых анкет, каковые должны были возвращаться через каждые два-три месяца, но и эта попытка из-за неаккуратности возвращения больными этих анкет реальных результатов не дала. Крейне необходимо провести работу по изучению отдаленных результатов санаторного лечения на местах, хотя-бы сосредоточив ее только вокруг окружных тубдиспансеров, или же, если это невозможно, установить тесную связь этих диспансеров с санаторием в виде регулярных оповещений санатория по особо выработанному бюллетеню о состоянии здоровья прошедших через санаторий больных.

Итак, ближайшие результаты лечения в Чебаркуле таковы: из 1.103 больных выписано с клиническим улучшением 974 чел., или 88,3 проц., без перемен 115 чел., или 10,4 проц., с ухудшением 14 чел., или 1,3 проц., смертных случаев не было. Средняя прибыль веса 3,25 кг., максимальная 14 кг. при среднем пребывании 43 дня. Из 1.103 больных выписано с восстановлением трудоспособности 47 проц., с пониженной трудоспособностью 45,9 проц., с утраченной трудоспособностью 6,3 проц. 115 случаев группы больных «без перемен» можно объяснить недостаточностью сроков пребывания их в санатории, так как сюда вошли почти исключительно субкомпенсированные формы tbc, не успевшие попасть на повторные сроки лечения.

Из случаев, заслуживающих особого интереса, надо указать на двух больных с внезапно развившимися в обоих случаях естественными, открытыми, спонтанными пнеймотораксами. В одном из этих случаев спонтанный пнеймоторакс развивался под видом острого желудочного заболевания: сильнейшие боли под ложечкой с продолжительной рвотой, очевидно, рефлекторного характера. Оба случая являлись кавернозно-деструктивными, по преимуществу односторонними туберкулезными заболеваниями и потому еще до образования естественного спонтанного пнеймоторакса ex consilio был намечен искусственный пнеймоторакс. Но сама природа опередила замыслы врачей образовавшимся в обоих случаях внезапным спонтанным пнеймотораксом. Оба они протекали довольно грозно, в особенности у больного К. вследствие нарастающей одышки и все увеличивающегося пнеймоплеврита. Исход заболевания оказался благоприятным в обоих случаях, завершившись закрытием пнеймоторакса, а так как терапевтическое действие сжатия легкого в обоих случаях оказало явный эффект, то решено было поддерживать впоследствии образовавшийся пнеймоторакс с периодическим откачиванием экссудата. Больные пробыли в санатории по 4 месяца и выписались при общем удовлетворительном состоянии и стойко нормальной температуре,



а больной К. даже не бациллярным при последующем наблюдении в течение 6-ти месяцев.

В заключение позволю себе сделать следующие выводы:

1. Чебаркульский тубсанаторий, как санаторий местный и областной, по своему местоположению и климатическим особенностям соответствует своему назначению.

2. Неточное соблюдение выработанных показаний загружает санаторий не нуждающимися в санаторном лечении больными в ущерб санаторным больным с абсолютными показаниями.

3. Существующая система направления больных по путевкам на определенный, крайне ограниченный срок не обеспечивает целесообразного использования санаторных коек; сроки лечения надо индивидуализировать, передав это усмотрению санатория.

4. Вместо развертки коек по профсоюзам нужно закрепить таковые по отдельным округам, предоставив более широкие права для использования этих коек тубдиспансерам или амбулаториям, их заменяющим.

5. Для больных с явно закрытыми формами туберкулеза, а также в случаях эмфизем, перибронхитов и пнеймосклерозов, не требующих специального лечения, шире использовать сеть имеющихся домов отдыха.

6. Больным, выписанным из санатория с наложенным искусственным пнеймотораксом и признанным нуждающимися в продолжении такового на местах, органам здравоохранения и страхкассам необходимо оказывать всяческое содействие для продолжения этого лечения.

7. Крайне желательно начать учет отдаленных результатов санаторного лечения, поручив изучение этого вопроса крупным окр. тубдиспансерам, или же путем установления тесной связи последних с санаторием, организовав регулярную (не реже 2-х раз в год) подачу сводок о дальнейших изменениях в состоянии здоровья прошедших через санаторий туббольных.

---

## УРАЛЬСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО В Г. СВЕРДЛОВСКЕ.

Заседание 5 февраля 1929 года.

Д-р Г. В. СЕГАЛИН. Кривая одаренности Гальтона в свете европатологии. В кривой одаренности по Гальтону европатологическое распределение по группам следующее: европозитивная группа, евролатентная группа, евронегативная группа. У всех великих людей в патогенезе их имеется наследственная отягощенность. Имеется параллелизм между ростом одаренности и ростом отягощенности. «Patho» является активатором одаренности, играя роль растормаживающего фактора. В свете европатологии нервность является отражением патологической конституции. Интеллигенция нервна по своему генезу.

В прениях проф. Р а т н е р указывает, что с положением о том, что внешние факторы не играют роли в возникновении нервозности, не согласуются современные наблюдения. Так, имеется много примеров, где переход от физического к интеллигентному труду сопровождался повышением нервозности.

Докладчик считает, что интеллигенты, перешедшие от физического труда к умственному, уже нервны по своему генезу. Разряды одаренности у талантливых людей приводят у их потомства либо к выявлению компонента «Patho», либо к иссяканию творчества.



Д-р Луббо. Профболезни у вагонных сцепщиков. Основная вредность данной профессии—физическое напряжение и высокий процент травматизма. Хронометражем определено, что 64 проц. их рабочего времени тратится на ходьбу. Динамометраж вначале повышается, затем падает. Кровяное давление повышалось в конце работы незначительно. Преобладающие заболевания—со стороны дыхательных органов. Необходима организация автоматической сцепки, лучшее освещение путей, улучшенные спецодежды.

Прения. Д-р Сегалин. У сцепщиков имеется специфическая душевная болезнь профессионального характера—навязчивая идея о возможности травматизации.

Д-р Швыряева. Утверждение докладчика, что основная вредность—физическая нагрузка—неубедительно. Основное у сцепщиков—установка на нервное заболевание.

Председатель. В докладе недостаточно увязаны профвредность и заболеваемость сцепщиков, в каком направлении и следует продолжать работу.

### Заседание 19 февраля 1929 года.

1. Д-р А. З. Дягилева демонстрирует патолого-анатомические препараты рака легкого с метастазами в сердце. Больной поступил на вскрытие из терапевтического отделения Свердловской ж. д. больницы (д-р Б. П. Кушелевский) с прижизненным диагнозом лимфогранулематозной, или раковой опухоли средостения, надключичных и шейных желез, левостороннего геморрагического плеврита и миодегенерации сердца. На секции обнаружена опухоль, занимавшая средостение, распространяющаяся на корень легкого, сердечную сумку, перикард и мышцу сердца. Гистологически-альвеолярный рак легкого. Макроскопически-первичное поражение легкого раковым процессом распознать не удалось.

2. Д-ра С. И. Конторович и Л. Н. Федорова демонстрируют случай успешного лечения рентгеном обширной раковой язвы лица у прибывшего из Тюмени крестьянина 65 лет. О хирургическом лечении здесь не могло быть и речи. Величина язвы, покрывающей половину лица, ее вид, зловонное отделение—говорили, казалось, о полной неизлечимости. Тем поразительней результат лечения, сделавший больного вполне терпимым человеком.

3. Д-р Федорова демонстрирует больную 13 лет, страдавшую остеосаркомой лобной кости. В 1923 году оперативное лечение, через 3 года рецидив с сильными головными болями. Рентгенографически установлена опухоль в лобной кости с грецкий орех. Рентгенотерапия закончена в июле 1928 года. Ни рецидива, ни метастазов нет. Впечатление полного излечения.

Резюмируя прения по обеим демонстрациям, председатель проф. Л. М. Ратнер отмечает их, как первые ласточки рентгенотерапии злокачественных новообразований на Урале. Поздравляя рентгенологов с успехом, высказывает пожелание о скорейшем осуществлении на Урале радиотерапии тем более, что радий уже получен Облздравотделом.

4. Проф. Л. М. Ратнер демонстрирует случай позднего осложнения гастроэнтеростомоза. Больная, 30 лет, оперирована в 1924 году по поводу язвы 12-перстной кишки, при чем на операции, кроме последней, были обнаружены 2 небольших язвы в области тела желудка. В течение последнего года возобновились постоянные



боли с припадочными обострениями, сопровождавшиеся значительно пониженной кислотностью и наличием скрытой крови в испражнениях. Рентгеноскопически чрезвычайно быстрое опорожнение при одновременной функции привратника и анастомоза. При операции обнаружено: старые рубцовые сращения дуоденум с желчным пузырем, обширные свежие и плотные спайки вокруг г-э, отводящий конец которого перекручен по оси на 180°, спавшийся, не работающий; приводящая же петля сильно расширена и гипертрофирована. Г-э уничтожен, восстановлен нормальный желудочно-кишечный путь. Боли исчезли. Самочувствие больной прекрасное. Вывод: г-э, дающая неопровержимый первоначальный эффект, создает впоследствии новую патологию, если г-э существует с хорошо функционирующим привратником; рано или поздно соустье следует уничтожить, когда перестает существовать язва; г-э дает безусловно хороший эффект при сужении привратника. Идеального лечения язвенной болезни пока нет.

Прения: д-р Г. С. Мышкин на основании рентгенологических данных подтверждает мнение докладчика, что операцию надо считать показанной лишь при наличии сужения привратника, так как при отсутствии его г-э создает вторую болезнь и осуждает увлечение этой операцией.

Д-р Сухов Ф. П. вспоминает недавние годы своего студенчества, когда в хирургических клиниках Уральского Медфака царило увлечение г-э. Теперь переживают разочарование, и вслед за немцами на г-э стали смотреть, как на болезнь. Истина где то посредине. Операция лишь эпизод в цепи всех приемов лечения язвы.

Д-р Б. П. Кушелевский. Увлечение г-э обуславливалось блестящим непосредственным эффектом операции и недоступностью до 1923 года диетического лечения. Статистические материалы некоторых авторов, собранные за 2—3 года, свидетельствуют об уродливых формах этого увлечения, за которое теперь расплачиваются как больные, так и терапевты и хирурги. Хотя в настоящее время и существует договоренность в этом отношении, возвращающая терапевтам инициативу в деле лечения язв, но вопрос о консервативном лечении еще далек от разрешения.

Докладчик. Демонстрация сделана под впечатлением, внесенным докладчиком из посещения клиник, больниц и санаторий, где г-э больные представляют тяжелый крест; отвергать этой операции все же еще нельзя. Немцы говорят, что язву следует лечить не месяцы, а годы. Не надо забывать, что в патогенезе ее громадную роль играет вегетативная нервная система.

Зубной врач Панин С. Е. Вопросы наследственности и конституции в одонтологии.

Заседание 5 марта 1929 года, посвященное памяти Гарвея.

1. Д-р М. Н. Карнаухов. Роль Гарвея в естествознании. Охарактеризовав личность и творчество Гарвея, знаменующее эпоху возрождения в медицине, докладчик останавливается на гениальных открытиях Гарвея: учение о кровообращении, об эпигенезе, о плодных оболочках. Положения Гарвея остаются незыблемыми и основными и по сие время.

2. Д-р Б. П. Кушелевский. О внутривенном применении настойки строфанта при сердечной недостаточности. В результате фармакологических исследований и клинических наблюдений строфантин занял определенное место в ряду сердечных средств, не умалив значения дигиталиса, но имея в отдельных случаях



некоторые преимущества перед последним. Предложение проф. Мелких, поддержанное проф. Плетневым, заменить отсутствующий у нас строфантин внутри-венными вливаниями настойки строфанта заслуживает испытания. Указав на существующие показания и противопоказания к применению строфанта, докладчик знакомит со своими наблюдениями и 5-летним опытом внутри-венного применения настойки строфанта более, чем у 100 больных с сердечной недостаточностью в терапевтическом отделении Свердловской ж. д. больницы. Докладчик в общем присоединяется к выводам Плетнева. При сравнении силы действия настойки с действием американского строфантина у д. сложилось впечатление, что 1 капля настойки соответствует 0,1 mgr. строфантина, а обычная доза в 2—3 капли—0,25 mgr. его. На ряду с этим докладчик испытал и выработал ряд показаний для комбинированного применения строфанта в растворе кардианоля, коффеина, хлора, кальция и новазуроля, чем достигается потенцированное действие одностипично действующих средств при суммарно меньшей дозе, дающей лучший терапевтический эффект. Отмеченного при строфантине смертельного исхода не наблюдали ни разу. Настойка строфанта успешно заменяет строфантин. Последний же является одним из ценных героических средств в деле борьбы с сердечно-сосудистой недостаточностью.

Прения. Д-р Г. М. Гитерман. Арсенал наших сердечных средств невелик, чем и объясняется увлечение новым вариантом применения настойки строфанта. Однако, этот метод еще не вышел из стадии опытов.

Д-р В. Д. Сосон. Эффект от настойки строфанта проблематичен. На своем маленьком опыте с этим методом оппонент не получил убедительных результатов, в частности, не видел прекращения аритмии. Кроме того, опасно вводить не стерильную настойку.

Докладчик. Отсутствие эффекта в тех нескольких случаях, на которые ссылается д-р Сосон, быть может, зависит от несоблюдения показаний для применения этого средства. Выводы докладчика менее оптимистичны, чем выводы проф. Плетнева. Последний указывал на улучшение аритмии. Докладчик же в случаях мерцательной аритмии видел лишь уменьшение пульсдефицита, аритмия же устранялась последующим назначением хинидина, а не строфантом. Бояться же, что спиртовая настойка не стерильна, не приходится.

3. Проф. Л. М. Ратнер *Angina pectoris* и *angina gangris*. Самопроизвольная гангрена не самостоятельное заболевание, а относится к группе ангиоспазмов, наряду с *angina pectoris*, *ang. cerebialis*, *ang. abdominalis*, *ang. cruris*, *ang. manus* и *dyspragia arteriosclerotica inesternalis*. Жизнь конечности, пораженной самопроизвольной гангреной, складывается из чередования тромбозов с образованием коллатералей. Перемежающаяся хромота и парестезии указывают на то, что коллатерали сдают; гангрена—полная капитуляция коллатералей. Вопрос о самопроизвольной гангрене является частностью вопроса о тромбозе и разрешится вместе с проблемой тромбоза. При полной капитуляции коллатералей на конечности необходима ампутация, при частичной достаточна местная операция. Из других операций наилучшие результаты дает эпинефректомия.

Прения. Д-р А. З. Дягилев указывает на роль эмболических процессов в происхождении тех же болезней.

Д-р Б. П. Кушелевский. Попытка докладчика патогенетически объединить ряд синдромов, до сих пор рассматривающихся, как разные заболевания, чрезвычайно интересна и продуктивна. Но при сравнении конечности с сердцем нельзя забывать, что артерии последнего конечны. Исчезновение болей при тромбозе коронарных артерий по прекращении ан-



гинозного состояния объясняют не образованием коллатералей, а некрозом пораженного участка сердечной мышцы, ведущим к перерождению принимающих боль волокон симпатического нерва.

Д-р Ф. Т. Розенгауз обращает внимание на то, что грудная жаба часто не имеет анатомического субстрата.

В заключительном слове докладчик указал, что применяемый им метод р-скопии сосудов ампутированных конечностей с наполнением их контрастной массой может быть применен и по отношению к сосудам сердца, что, быть может, выявит аналогичные условия и для них.

Заседание 19 марта 1929 года.

1. Д-ра С. И. Конторович и М. Г. Польшковский. Случай оперативного лечения опухоли мозга. Д-р Польшковский кратко знакомит с современным состоянием вопроса об опухолях мозга, одной из частых причин которых является травма черепа. Последняя имела решающее этиологическое значение и в демонстрируемом случае. Диагноз был поставлен на основании характерных эпилептиформных припадков и глазных симптомов. Через 3 месяца после операции состояние больного вполне удовлетворительно, но имеется понижение зрения, что объясняется прогрессирующей атрофией глазного нерва, которой бы не было при более ранней операции.

Д-р К а н т о р о в и ч. Операция проведена под местной анестезией. На 3-й день отмечено уменьшение экзофтальма. Опухоль гистологически оказалась глиомой.

Демонстрация вызвала ряд вопросов и замечаний. Председатель проф. Р а т н е р указал, что опухоли мозга следует рассматривать, как злокачественные. Данный случай является победой диагностики и техники.

2. Д-р В. А. Ляпустин демонстрирует больного с атрофией мышц, плечевого пояса после травмы при падении с высоты в 10 сажен. Острые боли в плечевом поясе появились лишь через 200 дней после травмы, в чем он видит особенность случая. Вопрос о локализации кровоизлияния неясен—возможно по длине плечевого сплетения. Прогноз случая серьезен. Лечение только симптоматическое.

Д-р С е г а л и н Г. В.—дополняет демонстрацию, рассматривая случай, как Эрбовский паралич.

Прения : Д-р П. П. Вартминский. Доводы докладчика, связывающие данное заболевание с травмой, не убедительны. Кровоизлияние могло произойти и на почве длительной травматизации. Ограничение подвижности может объясняться бездеятельностью. Непонятна температура, которая не может быть поставлена в связь с травмой.

Д-р Ф у к с высказывается в том же смысле.

Д-р О в е ч к и н. Нет никакого основания связывать данное заболевание с травмой. Паралич руки произошел от другой, непонятной причины. Здесь имеется несомненно Эрбовская форма поражения, но трудно связать ее с травмой. Прогноз не так плох.

Д-р М. Г. П о л ы к о в с к и й. Лучше бы не называть этот случай «травматического происхождения», а сказать, что он произошел «в связи с травмой».

Д-р В. П. Л у к а н и н. Случай представляет интерес и несомненно травматического происхождения.

Председатель д-р В. Г. П е р е т ц, резюмируя прения, указывает, что ближайшие и отдаленные последствия травм еще темны. Доклад приоткрывает завесу над этим темным вопросом.



---

## В РЕДАЦИЮ „ВРАЧЕБНОГО ДЕЛА“ И „УРАЛЬСКОГО МЕД. ЖУРНАЛА“.

Моя статья «В защиту длительной инкубации при малярии и т.д.»..., совершенно неожиданно для меня напечатанная в № 6 «Врач. Дела» за 1929 г. была послана мною в Редакцию «Врач. Дела» 1½ г. т. наз. в октябре 1927 г., Получив предложение Ред. Уральск. Мед. журнала дать статью для первого № его и считая, что эта статья моя потеряла свой дискуссионный интерес от годового пребывания в портфеле Ред. «Врач. дела», я, в сентябре 1928 г. отослал в Ред. «В. Д.» отказ от помещения статьи в этом журнале и, несколько сократив ее и придав ей краеведческую окраску, передал в Уральск. Мед. журнал., где она и была напечатана. Спустя 4 м-ца после этого, 3 марта 1929 г. я получил письмо от Ред. «В. Д.» с просьбой срочно сообщить не напечатана ли эта статья в каком либо русском, или иностранном журнале. На это я немедленно ответил, указав, что статья уже напечатана и дублирование ее было бы мне очень неприятно. К сожалению, это письмо мое было получено Ред. видимо слишком поздно (не по моей вине) и статья оказалась напечатанной в мартовском № журнала. Будучи весьма огорчен этим обстоятельством я считаю своим долгом и прошу уважаемые редакции опубликовать это письмо, во избежание возможных недоразумений.

г. Свердловск, 5-V—1929 г.

Б. Кушелевский.

---



## СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ ДОКТОРА КИПРИЯНА МАРТЕМЬЯНОВИЧА ПЕТРОВА.

12 января 1929 года в селе Верхотурье скончался от кровоизлияния в мозг на 78 году жизни один из старейших врачей Уральской области — Киприан Мартемьянович Петров, отдавший свыше полувека своей жизни участковой работе в Тагильском округе.

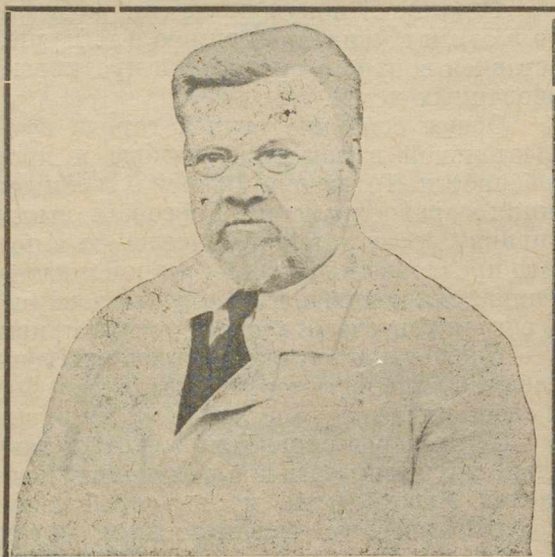
Киприан Мартемьянович, — сын бывшего крепостного Демидовских заводов, родился в 1851 году в Алапаевске. После окончания петербургской Медико-Хирургической Академии в 1876 году был призван на войну и участвовал в русско-турецкой кампании. После перенесенной тяжелой болезни он прикомандировывается к военному госпиталю в Москве, а в 1880 году, по увольнении с военной службы, возвращается на родину и поступает земским врачом в Верхотурье.

К этому времени относится его наиболее кипучая врачебная и общественная деятельность. Он строит здесь новую больницу, открывает ряд фельдшерских пунктов, а затем и врачебных участков в самых отдаленных и глухих крестьянских районах; создает здесь первый телятник для получения оспенного детрита и посвящает много энергии и трудов для санитарного просвещения сельского населения.

Проработав таким образом 15 лет, К. М. переходит в 1895 году на службу в Александровский завод, откуда через два года был переведен старшим врачом в Н.-Тагильский заводской госпиталь. В 1910 году К. М. вновь возвращается на службу в Верхотурское земство заведующим пригородным врачебным участком, а с 1913 г. Верхотурской переселенческой больницей.

В 1918 году после эвакуации всех врачей и большинства служащих больницы К. М. остается один на своем трудовом посту, отдав все силы на борьбу с распространившейся сильной эпидемией тифа. Ему приходилось по несколько суток, не отдыхая и даже не раздеваясь, оказывать медицинскую помощь населению. Два года тому назад в Тагиле был торжественно отпразднован 50-тилетний юбилей врачебной и общественной работы Киприана Мартемьяновича и тогда же он был представлен к получению звания героя труда.

В последнее время, часто хвоя, он все же отказывался оставаться дома и ежедневно посещал горячо любимую им больницу.



Д-р Петров Киприан Мартемьянович.



---

---

Проработав 52 года, К.М. отдал все свои силы на служение крестьянскому и рабочему люду. Вышедши из этой среды, он их любил и глубоко понимал, и сам пользовался большой любовью и уважением со стороны населения.

Помнится, незадолго перед смертью в осеннюю слякоть К. М. отправился пешком к тяжелобольному и, когда ему было замечено, что для его здоровья выходить на улицу при такой погоде вредно, он ответил, что не представляет себе, как можно оставить просьбу о врачебной помощи без ответа. Эта черта—удивительно чуткое отношение к нуждам больного, полное пренебрежение к своим интересам и поразительная скромность—делала его особенно привлекательным в глазах больных и сотрудников по работе.

Жизнь этого человека не блистала эффектными моментами, но полна была скромного и тяжелого труда и дышала любовью и глубокой верой в свое дело.

---

**Врач Г. Гурович.**

Редакцией получено от санврача тов. Ф л е р о в а сообщение о том, что в связи с усилением зимою в г. Кургане эпидемии скарлатины, им был поставлен вопрос о проведении противоскарлатинных прививок среди организованных детей.

Общее собрание врачей города при Окргздраве высказалось против обязательной вакцинации вообще и противоскарлатинозной прививки в особенности. Тогда тов. Флеров в своем докладе о борьбе со скарлатиной на секции здравоохранения Горсовета выступил с предложением проводить прививку всему детскому населению в порядке добровольности, но против этого предложения в весьма резкой и категорической форме выступила врач Левина, заключившая свою речь словами: «Я сама мать и врач и ни за что не соглашусь сделать своей дочери прививку, от которой она погибнет».

После такого выступления члены секции не захотели и слушать о прививках, а одна из матерей сказала д-ру Флерову: «Если врач не хочет гибели своего ребенка, то неужели же мы будем убивать своих детей»?!

Тов. Флеров справедливо считает такое выступление врача Левиной не только идущим в разрез с резолюцией по данному вопросу IV Съезда Здравоотделов Уралобласти, но и подрывающим доверие масс к общественно-профилактическим мероприятиям органов здравоохранения.

---

Областным Здравоотделом получено следующее приветствие из Кургана:

5-й съезд работников здравоохранения, открывшийся 10 апреля, подводя итоги работы и намечая практические мероприятия по оздоровлению труда и быта трудящихся, шлет пламенный привет руководителю области и заверяет, что работники медсандела выполняют стоящие перед ними в социалистическом строительстве и развернувшиеся на фронте культурной революции задачи, а также задачи по поднятию трудовой дисциплины.

Да здравствует коммунистическая большевистская партия.

Да здравствует единая советская медицина.

**Президиум Съезда.**

---

**Отв. ред. Белостоцкий И. С.**



# 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 приготовляемым 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 — 3½ 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.



Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов		Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возвратн. тиф		Неопред. тиф		Малярия		Оспа натурал.		Корь	
			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	28 г. 29 г.	874 626	320 339	207 235	99 176	33 14	2 2	263 322	34 44	4620 4944	129 73	180 63	54 3	4603 1972	174 101
1	В.-Камский окр.	28 г. 29 г.	13 15	10 13	15 5	12 5	— —	— —	1 1	1 1	84 52	2 2	— 5	— —	159 35	2 —
2	Златоустовск. окр.	28 г. 29 г.	22 113	13 75	1 3	— 3	— —	— —	1 70	— 1	510 906	30 19	4 —	— —	394 114	7 3
3	Ирбитский "	28 г. 29 г.	21 3	12 4	13 7	8 6	— —	— —	13 35	6 2	53 52	1 —	37 —	16 —	31 99	— 3
4	Ишимский "	28 г. 29 г.	132 70	25 17	13 8	— 3	2 —	— —	17 21	4 1	150 194	6 2	25 3	1 —	90 139	2 3
5	К.-Пермяцкий "	28 г. 29 г.	16 2	14 1	8 14	5 13	— —	— —	— 1	— —	48 32	— —	— —	— —	151 —	8 —
6	Кунгурский "	28 г. 29 г.	29 28	7 8	11 37	9 11	7 —	— —	16 8	2 —	202 65	2 2	31 1	6 —	148 65	10 10
7	Курганский "	28 г. 29 г.	66 71	21 24	8 8	1 4	5 6	— 2	10 11	— 1	246 376	3 4	2 4	— —	125 114	4 1
8	Пермский "	28 г. 29 г.	72 65	42 60	42 53	25 53	— —	— —	14 7	— —	336 152	22 8	3 1	— —	471 162	71 13
9	Сарапульский "	28 г. 29 г.	70 15	32 14	34 27	8 20	6 1	1 —	27 12	5 2	375 323	8 4	8 —	3 —	323 180	12 5
10	Свердловский "	28 г. 29 г.	36 47	29 31	5 16	5 16	— 1	— —	16 14	2 8	405 299	17 5	31 3	25 2	1196 176	32 2
11	Тагильский "	28 г. 29 г.	34 48	26 34	3 8	3 7	— 1	— —	10 8	2 1	145 123	7 6	9 24	1 —	728 365	5 24
12	Тобольский "	28 г. 29 г.	7 6	4 1	5 —	5 —	1 1	— —	— 1	— 1	57 94	— —	— 8	— —	2 130	— 17
13	Троицкий "	28 г. 29 г.	32 17	10 5	1 6	— 3	3 —	— —	— 12	— —	605 827	11 1	8 —	1 —	97 36	— —
14	Тюменский "	28 г. 29 г.	52 55	7 23	14 8	5 7	7 2	— —	11 11	3 7	255 146	3 1	1 1	— 1	82 151	2 1
15	Челябинский "	28 г. 29 г.	172 47	36 12	10 6	— 10	2 2	1 —	77 57	— 6	952 1039	16 17	9 —	— —	400 103	10 19
16	Шадринский "	28 г. 29 г.	100 24	32 17	24 29	13 15	— —	— —	50 53	9 13	197 264	1 2	12 13	1 —	206 103	9 —

области за январь месяц 1928 и 29 г. г.

Скарлатина		Коклюш		Дифтерия		Г р и п п		Дизентерия		Трахима		Туберк. легких		Туберк. пр. орган		Сифилис I, II, III		Гонорея	
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
1101	680	1940	—	195	75	46556	1325	405	31	5307	182	12358	491	4716	127	3479	383	5702	111
1330	743	3301	3	267	91	97323	2079	186	14	4728	165	10681	558	3856	147	3010	347	5416	133
81	49	31	—	8	5	2219	114	5	1	101	5	239	13	115	3	76	—	115	—
37	36	272	—	2	1	3362	154	4	—	89	2	453	14	130	3	91	3	209	3
38	22	111	—	7	3	2994	97	25	8	181	18	624	29	160	2	151	1	201	3
37	23	136	—	19	—	9759	206	16	1	308	8	471	53	184	6	301	3	274	4
66	52	26	—	8	—	2292	18	18	—	107	—	427	19	154	8	85	14	147	—
58	20	220	—	4	—	5876	80	5	1	110	2	519	17	133	5	86	—	181	—
31	1	123	—	10	—	958	36	18	—	468	2	357	17	181	8	338	33	373	4
65	2	156	—	22	4	1899	37	14	2	13	—	321	33	180	15	185	16	247	5
11	5	9	—	1	—	484	20	4	—	268	22	152	9	102	2	52	6	107	4
1	1	31	—	1	—	997	60	5	—	222	18	93	10	62	8	12	4	43	6
16	8	99	—	11	—	2788	85	18	—	812	37	738	21	262	7	181	12	346	—
72	19	119	—	10	4	4046	104	8	—	456	19	546	41	269	9	136	26	333	20
11	—	130	—	8	—	1851	43	27	2	342	19	661	42	321	8	398	25	600	14
53	13	356	—	6	3	2194	44	14	1	776	28	677	28	235	3	371	35	484	14
222	154	339	—	31	20	6516	246	39	6	600	16	1987	72	924	9	365	29	610	10
153	128	233	—	29	17	7953	221	29	3	331	17	998	35	375	20	347	49	647	22
15	5	150	—	4	2	1587	73	15	4	629	16	670	16	199	6	397	52	551	4
140	45	121	—	5	1	8230	90	6	1	458	6	561	7	195	6	173	8	313	2
236	181	262	—	38	25	9169	292	71	8	315	15	2290	110	587	22	363	61	836	12
388	352	283	—	47	30	17922	418	21	—	345	8	1811	124	518	15	343	47	723	21
120	84	119	—	9	4	5944	119	26	—	183	6	1197	52	280	20	205	34	380	21
101	39	521	1	46	8	11182	274	15	1	157	10	941	85	281	16	239	42	368	26
50	46	22	—	4	2	325	11	23	1	51	5	179	3	80	—	119	1	193	7
28	2	129	—	4	2	1468	32	7	3	61	5	179	29	98	2	25	2	109	3
49	5	111	—	10	—	1558	14	10	—	317	2	229	8	105	13	107	9	176	2
63	21	63	—	15	4	2750	5	2	—	119	—	278	—	71	—	116	4	195	—
71	15	157	—	14	8	1972	41	13	—	264	10	665	12	350	4	191	—	317	2
88	31	284	—	26	6	5747	91	10	—	281	7	658	12	204	5	159	3	368	1
40	24	153	—	14	—	3419	60	66	1	425	—	857	29	366	5	185	54	324	13
36	5	238	—	21	6	7284	113	23	—	629	20	1119	39	602	19	198	60	300	2
44	29	98	—	18	6	2480	56	27	—	244	9	1086	39	530	10	266	52	426	8
7	6	139	2	10	2	6654	150	6	1	373	15	1056	31	319	15	228	45	537	4
1101	680	1940	—	195	75	46556	1325	405	31	5307	182	12358	491	4716	127	3479	383	5702	111
1330	743	3301	3	267	91	97323	2079	186	14	4728	165	10681	558	3856	147	3010	347	5416	133
81	49	31	—	8	5	2219	114	5	1	101	5	239	13	115	3	76	—	115	—
37	36	272	—	2	1	3362	154	4	—	89	2	453	14	130	3	91	3	209	3
38	22	111	—	7	3	2994	97	25	8	181	18	624	29	160	2	151	1	201	3
37	23	136	—	19	—	9759	206	16	1	308	8	471	53	184	6	301	3	274	4
66	52	26	—	8	—	2292	18	18	—	107	—	427	19	154	8	85	14	147	—
58	20	220	—	4	—	5876	80	5	1	110	2	519	17	133	5	86	—	181	—
31	1	123	—	10	—	958	36	18	—	468	2	357	17	181	8	338	33	373	4
65	2	156	—	22	4	1899	37	14	2	13	—	321	33	180	15	185	16	247	5
11	5	9	—	1	—	484	20	4	—	268	22	152	9	102	2	52	6	107	4
1	1	31	—	1	—	997	60	5	—	222	18	93	10	62	8	12	4	43	6
16	8	99	—	11	—	2788	85	18	—	812	37	738	21	262	7	181	12	346	—
72	19	119	—	10	4	4046	104	8	—	456	19	546	41	269	9	136	26	333	20
11	—	130	—	8	—	1851	43	27	2	342	19	661	42	321	8	398	25	600	14
53	13	356	—	6	3	2194	44	14	1	776	28	677	28	235	3	371	35	484	14
222	154	339	—	31	20	6516	246	39	6	600	16	1987	72	924	9	365	29	610	10
153	128	233	—	29	17	7953	221	29	3	331	17	998	35	375	20	347	49	647	22
15	5	150	—	4	2	1587	73	15	4	629	16	670	16	199	6	397	52	551	4
140	45	121	—	5	1	8230	90	6	1	458	6	561	7	195	6	173	8	313	2
236	181	262	—	38	25	9169	292	71	8	315	15	2290	110	587	22	363	61	836	12
388	352	283	—	47	30	17922	418	21	—	345	8	1811	124	518	15	343	47	723	21
120	84	119	—	9	4	5944	119	26	—	183	6	1197	52	280	20	205	34	380	21
101	39	521	1	46	8	11182	274	15	1	157	10	941	85	281	16	239	42	368	26
50	46	22	—	4	2	325	11	23	1	51	5	179	3	80	—	119	1	193	7
28	2	129	—	4	2	1468	32	7	3	61	5	179	29	98	2	25	2	109	3
49	5	111	—	10	—	1558	14	10	—	317	2	229	8	105	13	107	9	176	2
63	21	63	—	15	4	2750	5	2	—	119	—	278	—	71	—	116	4	195	—
71	15	157	—	14	8	1972	41	13	—	264	10	665	12	350	4	191	—	317	2
88	31	284	—	26	6	5747	91	10	—	281	7	658	12	204	5	159	3	368	1
40	24	153	—	14	—	3419	60	66	1	425	—	857	29	366	5	185	54	324	13
36	5	238	—	21	6	7284	113	23	—	629	20	1119	39	602	19	198	60	300	2
44	29	98	—	18	6	2480	56	27	—	244	9	1086	39	530	10	266	52	426	8
7	6	139	2	10	2	6654	150	6	1	373	15	1056	31	319	15	228	45	537	4



Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов	Брюшн. тиф		Сыпн. тиф		Возврат. 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
1	Уралобласть	28 г. 712	251	172	82	37	3	313	44	5603	120	334	59	4797	136
		29 г. 353	169	116	80	11	—	174	39	4183	68	38	19	1720	40
1	В.-Камский окр.	28 г. 4	4	5	5	—	—	—	—	79	1	—	—	196	5
		29 г. 5	5	13	10	—	—	1	1	82	2	—	—	22	—
2	Златоустовск. окр.	28 г. 10	7	1	—	2	—	18	11	473	36	1	—	532	2
		29 г. 41	49	—	3	—	—	12	1	641	15	—	—	73	1
3	Ирбитский	28 г. 38	17	13	4	—	—	9	—	33	1	64	31	120	4
		29 г. 8	5	12	11	—	—	4	1	55	1	—	—	105	—
4	Ишимский	28 г. 126	16	12	1	2	—	55	—	244	5	34	1	72	2
		29 г. 35	10	4	—	—	—	12	2	203	4	3	—	149	—
5	К.-Пермяцк.	28 г. 3	1	3	3	1	—	—	—	35	1	—	—	399	42
		29 г. 1	—	2	1	—	—	—	—	30	1	—	—	—	—
6	Кунгурский	28 г. 13	8	10	6	10	—	23	3	309	4	28	—	183	5
		29 г. 16	8	10	5	—	—	9	—	114	1	2	—	53	1
7	Курганский	28 г. 53	19	9	3	1	—	21	—	396	2	5	—	250	1
		29 г. 48	19	3	—	2	—	29	3	324	3	4	—	125	—
8	Пермский	За февраль		м е с я ц		м е с я ц		29 г.		с в е д е н и й					
9	Саранулский	28 г. 55	30	21	4	—	—	16	5	412	6	28	2	271	13
		29 г. 17	9	15	11	1	—	4	2	272	3	1	1	108	2
10	Свердловский	28 г. 72	57	8	7	—	—	24	1	489	20	13	13	1075	35
		29 г. 27	18	15	15	3	—	9	5	163	8	—	—	175	—
11	Тагильский	28 г. 25	19	8	8	13	2	3	1	142	8	16	—	704	8
		29 г. 25	9	7	7	—	—	2	1	121	7	28	18	376	19
12	Тобольский	28 г. 7	—	1	1	—	—	3	—	109	—	—	—	16	—
		29 г. 2	1	4	2	—	—	3	—	76	—	—	—	178	11
13	Троицкий	28 г. 33	4	3	1	—	—	—	—	959	9	28	—	160	—
		29 г. 10	1	4	2	—	—	5	—	708	5	—	—	90	—
14	Тюменский	28 г. 56	6	12	5	3	—	22	8	394	3	2	—	63	2
		29 г. 32	6	5	3	—	—	7	6	150	4	—	—	117	—
15	Челябинский	28 г. 157	33	12	1	3	1	69	—	1246	21	74	3	478	10
		29 г. 49	6	5	7	2	—	28	—	986	11	—	—	82	5
16	Шадринский	28 г. 60	30	54	33	2	—	50	15	283	3	41	9	278	7
		29 г. 37	23	17	3	3	—	49	17	258	3	—	—	67	1

области за февраль месяц 1928 и 29 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
1109	545	1685	—	202	69	55335	1303	315	25	5020	149	9348	446	3850	106	2756	282	4511	94
1200	596	2802	4	212	84	92393	1794	149	7	5212	135	9053	471	3402	82	2503	267	4181	90
82	45	14	—	4	3	2973	98	2	—	82	5	278	8	108	5	47	1	111	3
54	49	306	—	8	7	4330	188	8	—	46	2	482	7	141	5	63	1	138	2
35	26	90	—	11	9	4599	116	26	13	146	6	441	45	151	8	97	—	113	—
44	33	71	—	8	3	6467	145	11	2	286	10	451	44	183	2	197	1	227	6
46	33	64	—	8	2	2442	55	9	—	129	—	396	10	153	2	78	7	223	2
35	19	112	—	4	—	4565	42	7	1	100	1	414	13	131	4	62	15	135	—
46	3	168	—	20	1	1950	29	5	—	425	—	277	15	190	5	162	22	173	4
60	2	233	—	34	12	2668	29	12	—	480	5	352	39	147	1	192	19	224	9
10	2	4	—	1	1	709	24	6	—	264	19	141	19	62	3	60	2	99	3
2	1	54	—	—	—	1600	55	11	1	304	21	157	20	107	7	31	7	91	7
22	14	148	—	5	1	4484	84	5	—	886	42	639	22	313	5	157	10	347	6
104	55	126	—	10	6	9586	152	13	—	695	19	631	21	76	8	111	15	339	11
39	1	161	—	7	3	2935	62	15	—	336	12	804	33	322	5	389	27	654	14
67	22	374	—	11	3	3048	46	21	—	716	16	604	17	302	6	400	15	501	10
нет			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	11	125	—	6	3	2624	88	11	—	837	17	666	13	139	1	297	16	422	1
126	48	88	—	8	1	6276	86	3	—	597	8	504	11	223	1	129	—	295	2
264	204	168	—	51	26	10799	370	82	8	472	6	1964	120	579	13	312	57	659	2
278	249	222	4	32	23	15283	330	21	1	176	15	1688	102	563	11	336	49	693	14
223	96	82	—	15	9	8263	180	29	3	166	6	1002	53	227	11	194	29	316	23
91	72	493	—	18	1	13337	361	11	1	117	6	791	67	247	13	262	27	309	14
70	41	58	—	4	—	502	8	23	—	116	3	243	10	112	—	62	1	107	—
15	5	88	—	3	3	3521	60	3	—	76	3	157	15	72	4	25	3	109	6
84	11	151	—	18	2	2180	21	11	—	278	—	278	13	75	11	188	9	238	—
150	4	69	—	12	—	4276	49	2	—	268	—	241	4	76	—	150	—	106	—
69	20	125	—	15	5	2574	32	22	—	259	10	575	14	273	3	191	1	286	2
120	23	252	—	23	8	5084	68	6	—	315	1	499	24	292	3	173	2	305	3
25	12	180	—	27	2	4712	65	46	1	416	6	598	39	565	17	192	48	327	7
35	5	172	—	26	8	6993	111	12	—	679	14	1105	37	479	9	165	76	347	—
62	26	147	—	10	2	3589	71	23	—	208	17	1046	32	581	17	330	52	436	4
19	9	142	—	15	9	5359	72	8	1	363	14	977	50	363	8	207	37	362	6



# СОДЕРЖАНИЕ.

## Организационные вопросы здравоохранения.

	Стр.
Навстречу творческой инициативе медработников . . . . .	3
<i>Величкин В. И.</i> К вопросу о пятилетнем плане уральского здравоохранения . . . . .	5
<i>Курдов И. К.</i> Здравоохранение в В.-Камском округе . . . . .	20
<i>Розенгауз Ф. Т.</i> Санаторно-курортное дело на Урале . . . . .	31
<i>Наравцевич А.</i> Свердловские врачи стажеры о своей работе . . . . .	37

## Теоретич. и клиническая медицина.

<i>Шварц Н. И. и Рейзеншток И. Я.</i> К вопросу о влиянии однократных приемов аспирина на центральное и периферическое сердце у человека . . . . .	39
<i>Малкин П. Ф.</i> Головные боли при сексуальных отклонениях . . . . .	47
<i>Клевезаль Е. Р.</i> Патологические черты творчества Чайковского . . . . .	51
<i>Кусевицкий И. А.</i> О гангрене и абсцессе легких . . . . .	55

## Профилактика, санитария и гигиена.

<i>Зархи Г. И.</i> Туляремия в Обдорском районе в 1928 г. . . . .	62
<i>Рабинович Д. Б.</i> Несколько слов о брюшно-тифозной эпидемии в г. Златоусте в 1928-29 г. . . . .	64
<i>Иванов М. И. и Булычев И. А.</i> Питание, быт и алкоголизм населения Калаты Свердловского округа . . . . .	67
<i>Усольцев С. Г.</i> Водопровод г. Кизела Уральской области . . . . .	77
<i>Батунин М. П. и Колоколов Н. П.</i> К вопросу о состоянии борьбы с венерическими заболеваниями на Западе и в СССР . . . . .	83

## Обзор медицинской печати.

<i>Ратнер Л. М.</i> Хирургия селезенки . . . . .	88
--	----

## Труд и быт медработников.

Ко всем врачам Уральской области . . . . .	95
<i>Михайлов И. Н.</i> Трудовая дисциплина и общественный контроль в лечучреждениях Урала . . . . .	97

## Корреспонденции с мест.

<i>Шапшал Г. С.</i> Чебаркульский тубсанаторий Уральской областной страховой кассы . . . . .	100
<i>Кушелевский Б. П.</i> Уральское медицинское общество в Свердловске . . . . .	105
„ Письмо в редакцию . . . . .	110
<i>Хроника</i> . . . . .	111
<i>Официальный отдел</i> . . . . .	114



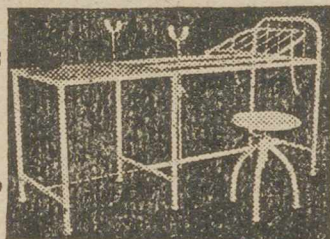
# УРАЛМЕДТОРГ

## ПРИНИМАЕТ ЗАКАЗЫ

на больнично-аптечно-лаборатор-  
ное оборудование,

ПРОИЗВОДИМОЕ НА УРАЛЬСКИХ ЗАВОДАХ ПОД РУКО-  
ВОДСТВОМ СПЕЦИАЛИСТОВ УРАЛМЕДТОРГА

КАК-ТО:



КАК-ТО:

**КРОВАТИ РОДИЛЬНЫЕ** по профессору **РАХМАНОВУ**.  
**ТЕЛЕЖКИ СО СЪЕМНЫМИ НОСИЛКАМИ** для перевозки больных.  
**ТАБУРЕТЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ** с винтом для операционных  
комнат и зубкабинетов.

**КРОВАТИ** больничного типа с английской панцирной сеткой.

**КРОВАТИ ДЕТСКИЕ** и для **ЯСЕЛЬ**.

**НОСИЛКИ** для переноски больных.

**РЕФЛЕКТОРЫ** по **МИНИНУ** для лечения синим светом.

**ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ СВЕТОВЫЕ ВАННЫ** для местного лечения  
с 6-ю лампами.

**АППАРАТЫ** для дезинфекции формалином по **ФЛЮГТЕ**.

**ТОЖЕ:** " " " по **ЗАРЕВИЧУ**.

**АППАРАТЫ** для сжигания серы по **ЗАУСАЙЛОВУ**.

**СТЕРИЛИЗАТОРЫ** для перевязочного материала по **ТУРНЕРУ**.

**КОРОВКИ ШИММЕЛЬБУША (БИНСЫ)** всех размеров.

**ПРИБОРЫ** для измерения роста.

**СТЕРИЛИЗАТОРЫ** для антек разных размеров.

**НАПЛЬНИКИ** для каучука.

**ПЛЕВАТЕЛЬНИЦЫ** для зубных кресел.

**СТАКАНЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ** для дезинфекции зубных инструм.

**ШТАТИВЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ** для кружек Эсмарха.

**ГРЕЛКИ** для живота оцинкованного железа.

**ШПАДЕЛЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ, ПОДСТАВКИ И ПРИБОРЫ** для  
**ПРОБИРОК И БЮРЕТОК**, а также другие предметы больничного  
и лабораторного оборудования.

Кроме того имеется на складе ассортимент хирургических, зубоврачебных ин-  
струментов и материалов, предметов ухода за больными, изготовляемых заво-  
дами и фабриками СССР.

Отпуск производится как учреждениям, так и частным лицам.

**ТРЕБОВАНИЯ АДРЕСОВАТЬ:** Правлению Уралмедторга или Хирургическому складу  
г. Свердловск, ул. Розы Люксембург, № 34.



