

1729
ПРОЛЕТАРИИ ВСЕХ СТРАН, СОЕДИНЯЙТЕСЬ!

УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ОРГАН ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
И ОБЩЕСТВЕННОГО СОЮЗА МСТ

1929

ОКТАБРЬ

2.

198555

№

СВЕРДЛОВСК

8

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1930 ГОД

„УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ“

ОРГАН УРАЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ОТДЕЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЛ. КОМИТЕТА СОЮЗА МЕДСАНТРУД

(ГОД ИЗДАНИЯ ВТОРОЙ).

ЖУРНАЛ ОСВЕЩАЕТ вопросы строительства здравоохранения области.

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

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

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

ЖУРНАЛ ОСВЕЩАЕТ условия профессионального труда и быта медицинских работников.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

Секретарь Редакции Серебренников В. С.

ОТДЕЛЫ РЕДАКТИРУЮТ:

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

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

Годовая подписная плата — 8 рублей (8 номеров журн.).

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

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

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

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

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

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

УРАЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

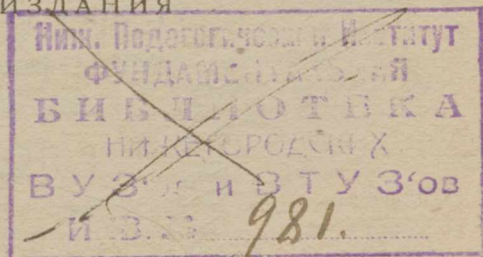
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

№ 8

ОКТАБРЬ 1929 ГОДА

ПЕРВЫЙ ГОД ИЗДАНИЯ



ИЗДАНИЕ ОБЛЗДРАВ ОТДЕЛА

СВЕРДЛОВСК

1929

СОДЕРЖАНИЕ.

Передовая: К двенадцатой годовщине Октября 3

I. Организационные вопросы здравоохранения.

1. *Коган Н. И.* Здравоохранение и самодеятельность населения 6
2. *Величкин В. И.* Итоги первого года пятилетки 9
3. *Тронин И. В.* Работа красно-крестой организации на Урале 16
5. *Курдов И. К.* Сеть учреждений здравоохранения на Урале в 28 году. 20

II. Клиническая и теоретическая медицина.

1. Проф. *Кузнецкий Д. П.* О плотных опухолях почек 30
2. Проф. *Шамарин В. К.* Прогресс желудочно-кишечной хирургии от Бильрота по настоящее время 33
3. *Безкоровайная-Балакшина.* Озеро Горькое и результаты лечения на нем первых болезней 37
4. *Корсаков.* К вопросу о кистах гортани 44
5. *Случаи из практики:*
 - а) *Дячлева А. З.* Случай уродства плода 51
 - б) *Кусевский И. А.* Аутогемокальцитрансфузия 53
 - в) *Гашев.* Ранение кишечника и матки с 7-ми месячной беременностью с исходом в выздоровление 54

III. Профилактика гигиены и санитария.

1. Проф. *Шапшев К. Н.* Хлорирование питьевой воды 56
2. *Грацианов А. А.* Санитарное состояние школ гор. Шадринска . . . 65
3. *Яфуньева Ш.* Жилищный вопрос и питание в колхозе „Гигант“ . . 73
4. *Обухов. П. Ф.* Алкоголизм среди рабочих каменноугольной промышленности 77
5. *Овечкин.* Хронический алкоголизм и диспансеризация 91
6. *Лихачева.* Два года работы глазного врача в Кизеловском районе . 96
7. *Луканин В. П.* Зоб среди кустарей Свердловска и его ближайших окрестностей 102

IV. Обзоры медицинской печати. 107

V. Труд и быт медработника.

Мельцер Г. В. Опыт экспериментального исследования утомляемости врачей Центральной амбулатории гор. Свердловска 110

VI. Корреспонденция с мест.

VII. Официальный отдел.

VIII. Объявления.

555861 П 19855

ДВЕНАДЦАТАЯ ГОДОВЩИНА ОКТЯБРЯ.

Закончен двенадцатый год строительства социализма... Закончен одновременно и первый год выполнения нашего пятилетнего плана, и, если мы говорим об успешном завершении этого первого года пятилетки, мы констатируем, тем самым, факты огромного принципиального политического значения. Пятилетний план по сути дела есть многогранное отражение на разнообразных участках нашей хозяйственной и культурной деятельности одной и той же основной, ведущей линии—генеральной линии партии. План выполняется, и тем самым теоретические споры вокруг основных вопросов о путях развития получают свое разрешение, практическое и наглядное. Язык фактов всегда был самым убедительным языком, а факты говорят, что и направление и динамика развития были намечены правильно, что программа коренного переустройства всей советской экономики, охватившая собой и промышленность и сельское хозяйство, правильно учитывает и практические возможности и единодушную волю миллионов трудящихся. Урал в целом мог бы стать наглядным пособием для демонстрации и качественных и количественных итогов прожитой полосы. Нет такого района ни в промышленных, ни в сельско-хозяйственных округах Урала, где не было бы налицо доказательств нашего бурного роста. Внимание всей уральской советской общественности привлечено великой промышленной стройкой: растет колоссальный Березниковский химический комбинат, заложен новый город вокруг строящегося гиганта металлургии—Магнитогорского завода, всего три—четыре десятка непроеденных метров отделяют нас от момента промышленной эксплуатации калийных месторождений, идут напряженные работы в новом нефтеносном районе Республики—на приисках Уралнефти, заработал первый цех первого Уральского завода тяжелого машиностроения вблизи Свердловска. Наряду с этим, вливаются новые силы, новая жизнь в старые уральские заводы; в плановом порядке реконструируются один за другим крупнейшие старые индустриальные центры Урала; старые промышленные районы приобретают новое экономическое значение: успешное коксование кизеловского угля дает толчок бурному развитию района Кизел-Губаха с их ростом добычи угля, с постройкой коксовальных печей и нового металлургического завода в Кизеле. Процесс образования новых заводско-городских центров идет крайне быстро, и концентрация рабочей силы, кадровой и сезонной, вокруг растущих старых и новых предприятий—факт огромнейшего значения. Целый ряд важнейших социально-гигиенических проблем завязывается вокруг этих основных вопросов индустриализации—проблема рабочего жилища, рабочего снабжения, проблема благоустройства населенных пунктов, вопросы культурно-бытового охвата населения. Во весь рост встают перед нами эти основные условия успешного развития производительных сил, и темпы индустриализации определяют собой и нужные темпы социально-культурного строительства в целом и здравоохранения в частности. Эти темпы уже получили свое ускорение: коечная сеть развертывается быстрее, чем намечено в плане, при всей недостаточности своей сеть ясель в В.-Камском округе уже превысила плановые задания пятилетки в целом. Строительство крупнейших больничных городков (Свердловск, Надеждинск,

Златоуст) есть неизбежный спутник полосы быстрого экономического развития Урала.

Наряду с этим, меняет свое лицо, свои привычные бытовые уклады уральское сельское хозяйство. Проблема организованного рабочего продовольственного снабжения, проблема товарного хлеба поставила вопрос об организации крупных зерновых хозяйств—«фабрик хлеба» внутри области. Макушинский совхоз уже выполняет возложенные на него в этом направлении задачи. Социалистический сектор сельского хозяйства растет: сотни тысяч вчерашних мелких собственников, распыленных и экономически немощных, за последние год—полтора стали здоровыми, полными жизни клетками мощных здоровых организмов—новых, социалистически построенных коллективных хозяйств. Ирбитский «Гигант»—лишь первое объединение в ряду себе подобных, и ряд районов осуществляет программу сплошной коллективизации крестьянских хозяйств. Эта коллективизация несет с собой полную реконструкцию всей деревенской экономики. Трактор и сельско-хозяйственные машины в условиях коллективного труда открывают широчайшие перспективы экономического расцвета и культурного роста деревни. И как в промышленных районах, так и здесь темпы хозяйственного развития форсируют развитие мероприятий по линии здравоохранения. Мы находимся в полосе бурного хозяйственного и культурного роста—таков основной вывод беглого анализа прожитого года. Мы закладываем сейчас фундамент огромных зданий нашего будущего, и наша историческая роль пред'являет к нам требования исключительной ответственности. В обстановке исключительно быстрых темпов развития мы обязаны быть исчерпывающе точны в отдельных деталях нашей стройки. Ряд трудностей возникает из условий нашего бурного роста. Крупнейшие демографические сдвиги, резкие изменения в экономической географии области, проблема квалифицированных кадров—все это должно стать объектом систематического изучения, и чем сложнее обстановка, тем напряженнее должна работать мысль коллектива и отдельных членов его над устранением всех возникающих временных затруднений. Огромное большинство наших затруднений носит именно временный характер, и их ликвидация неизбежна в процессе систематического осуществления плана намеченных работ. Переоценка, неверная трактовка наших затруднений и попытки ревизии на этом основании генеральной линии партии, в которых конкурируют друг с другом оппозиция и слева и справа и белые «друзья» из-за границы, создают лишь новые затруднения в нашей повседневной работе, они льют воду на мельницу наших врагов, и зерна теоретических расхождений, облакаемых в форму научных академических построений, дают пышные всходы практических контр-революционных выступлений на благодарной почве консолидации чуждых элементов в едином деле борьбы с партией и советами. Наше развитие, наше наступление на старую экономику и быт не может не сопровождаться обострением классовой борьбы. Это обострение одинаково ярко проявляется и в обстановке деревни и в обстановке города. Кулацкие настроения и активные выступления имеют поддержку в ряде звеньев нашего административного, хозяйственного, кооперативного аппарата. В свою очередь, наш аппарат, особенно низовые звенья его, находится в обстановке постоянных попыток овладения им классово враждебных элементов. В сложной, зачастую, политической обстановке работы советский специалист должен найти правильное классовое решение ряда возникающих перед ним проблем. Советский специалист не узкий техник своего дела—он организатор масс, и его личное отношение к важнейшим вопросам деятельности партии и советов в конечном итоге полно общественного зна-

чения. Специалист может быть или в авангарде борцов за будущее, или может стать опорой и орудием различных групп населения, тормозящих реконструкцию экономики и быта. Специалист призван быть нашим активом, призван к наступлению на старый традиционный быт. Специалист не может быть пассивным инструментом различных действующих сил, необходимо его личное действенное, до-конца им самым продуманное участие в социалистическом строительстве. А для этого нужна большая работа над самим собой, необходимо дальнейшее сближение специалиста с рабочим классом, делу которого он служит, необходимо развитие научно-материалистического мировоззрения и выработка четкой классовой линии поведения—линии наиболее тесного сближения со всем партийно-советским активом.

Года три тому назад на Всесоюзном съезде участковых врачей М. И. Калинин высказано положение о том, что, не будучи коммунистами, большинство врачей по роду своей деятельности осуществляют строительство коммунизма. Мы должны сделать небольшую поправку к нему,—такое положение может и должно быть создано, но в жизни имеем его мы не всегда. Теория поступательного и автоматического вхождения в социализм—теория распространенная, но жизнь учит тому, что даже кооперативные ячейки—ячейки подлинно социалистического будущего—могут быть пронизаны классово-враждебным содержанием. Выполнение общественной функции может иметь различную классовую окраску. Оформление своего места в общей расстановке классовых сил города и деревни есть важнейшая задача советского специалиста в наши дни. Только в этих условиях полностью может выполнить он возложенные на него задачи, только в этих условиях может черпать он новые силы и творческую инициативу в широком доверии и активной поддержке актива трудящихся. Это оформление своего лица имеет и огромное внутреннее значение для каждого специалиста, означая собой отказ от той неустойчивости, шаткости идеологических позиций, которые отличали российского интеллигента старой формации. Внеклассовое положение интеллигента—фикция, классовые корни идеологии интеллигенции достаточно ярко разоблачены на протяжении послевоенного революционного периода, и сейчас, на пороге 13-го года Октябрьской Революции, на пороге новых трудностей, новых испытаний творческих сил, коллективной воли рабочего класса, советский врач должен еще раз подвести итоги прожитой полосы, и, определив раз навсегда свою органическую связь с рабочим классом, упорно борющимся за торжество социализма во всем мире, он должен весь свой опыт, свои силы и знания отдать напряженной работе под общим руководством вождя миллионов трудящихся—Всесоюзной Коммунистической Партии (б).

Пройдены двенадцать лет, протекли годы, которыми будет отмечено начало нового периода мировой истории. Очень многое сделано, но все же мы в самом начале великих работ. Лишь мобилизация всех общественных сил, лишь мощная волна творческого энтузиазма трудящихся даст необходимое ускорение нашего движения к социализму.

Вперед к новым успехам, к новым победам на ответственном фронте борьбы за дело рабочего класса во всем мире, за победоносный мировой Октябрь!

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И САМОДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ.

Н. И. КОГАН

Вопросы о вовлечении массы трудящихся в организацию дела здравоохранения, о действительном осуществлении лозунга—«Здравоохранение трудящихся есть дело самих трудящихся», об организации общественного контроля над делом здравоохранения были предметом неоднократных обсуждений на всероссийских, областных, окружных съездах здравоохранения и ряде съездов нашего профсоюза. Съезды выносили ряд хороших резолюций, дающих общие указания, или детально (как, например, IV Ур. Обл. Съезд Здраводелов) разрабатывали формы участия населения в деле здравоохранения. Пленум ЦК медсантруд также принял исчерпывающую резолюцию об общественном контроле. Есть ряд правительственных постановлений об оживлении работы советов, а следовательно и работы их секций, в частности секций здравоохранения.

Нам кажется совершенно лишним сейчас, на пороге 13-го года пролетарской революции, подробно доказывать всю необходимость этого привлечения советской общественности к построению дела здравоохранения. Перед нами чрезвычайно остро стоит вопрос о кадрах здравоохранения, при чем не только о кадрах врачей и среднего медперсонала, но и о кадрах организаторов здравоохранения. Органы общественной самодеятельности (секции, КОТИБ'ы и т. д.) являются прекрасной школой для подготовки этих кадров. Нам нужны проводники элементарной санитарной грамоты и элементарных санитарно-профилактических мероприятий в самую толщу населения. Кадр медико-санитарных работников очень малочисленен для выполнения этой задачи. Ее с успехом могут выполнять и в ряде мест выполняют органы общественной самодеятельности.

Мы часто имеем недоразумения между медицинским персоналом и населением и неправильные нарекания на персонал, происходящие на почве недостаточной осведомленности трудящихся о возможностях и об объективных условиях работы нашего персонала. Опыт показал, что эти недоразумения значительно уменьшаются и часто сводятся на нет в результате систематической работы «прикрепленных» членов секций советов и др. организаций, знающих на практической работе с условиями жизни наших учреждений. Секции и КОТИБ'ы помогают нам не только выявлять, но и устранять многочисленные недостатки в деле здравоохранения, искривления классовой линии и т. д. Наконец, что особенно важно, органы общественной самодеятельности втягивают рабоче-крестьянские массы в непосредственную работу по социалистическому строительству страны и, с другой стороны, втягивают массы врачей в общественную работу, сближают их с рабочими и крестьянскими массами.

Эти, казалось-бы, элементарные истины, далеко еще не усвоены органами здравоохранения и основными медико-санитарными работниками у нас на Урале. Сведения, которыми мы располагаем, говорят о крайне слабой работе секций здравоохранения городских советов в пер-

вое полугодие 1928-29 года. Так, Тобольская и Шадринская секции не работали совсем; Сарапульская удосужилась собраться всего 1 раз, Курганская 3 раза и т. д. Но и там, где секции работают более интенсивно, их работа качественно недостаточно хороша. Они сплошь и рядом увлекаются почти исключительно ревизией лечебно-профилактических учреждений. Этим мы отнюдь не хотим сказать, что эта отрасль работы не нужна. Мы высказываемся только против односторонности работы секций. Часто в своей работе секции размениваются на мелочи, упуская из поля своего зрения основные вопросы организации здравоохранения.

Еще слабее работают секции сельсоветов. Большая часть вины за эту слабую работу ложится на органы здравоохранения, которые должны быть кровно заинтересованы в работе секций. Они слабо втягивают их в свою работу, не ставят перед ними конкретных задач, сами активно не участвуют в их работе, и, что еще хуже, «обижаются» за те или иные выводы по обследованиям и т. д. Много-ли отделов здравоохранения, заведующих учреждениями и мед-участками проработали свои планы и сметы в секциях, КОТИБ'ах и пр.? Часто-ли они обращаются к этим организациям с просьбами о поддержке при прохождении в высших инстанциях поставленных ими вопросов? Привлекается-ли общественность самими здравоохранителями и руководителями учреждений к выявлению и изжитию недостатков, к помощи в рационализаторской работе и т. д. и т. п.? Нам кажется, что не часто. Что сделали Тобольский и Шадринский Окргздравы, чтобы побудить к работе секции их горсоветов? Или они считали, что без секций работать «спокойнее»?

Что касается КОТИБ'ов, зарекомендовавших себя работой в ряде губерний и областей, то у нас на Урале они, за редким исключением, еще не организованы. Даже в таком крупном центре, как Свердловск, имеется всего 3 КОТИБ'а; в Тюмени они только организуются. Лучшие других отраслей в работе здравоохранения связаны с общественностью органы охраны материнства и младенчества. Возможно, что к этому толкает их самый характер работы, по существу своему не допускающий узко-бюрократические формы организации «сверху». Большую роль играет здесь тесная связь с отделами работниц и крестьянок и пр. Но и здесь нужно усилить привлечение активного внимания советской общественности, особенно в деревне.

Усиленный темп индустриализации страны, коренная реорганизация сельского хозяйства («бешеный» рост коллективных форм этого хозяйства и совхозов), размах хозяйственного строительства,—все это выявило значительный рост активности масс рабочих и крестьян и повышенные требования их к культурно-социальному обслуживанию. С другой стороны, растет активность враждебных нам сил, растет классовая борьба в городе и деревне. Эти изменившиеся условия окружающей действительности предъявляют к нам требования усиления медико-санитарной помощи населению, качественного улучшения ее и неуклонного проведения классовой линии во всех наших мероприятиях. Теперь еще меньше, чем раньше, наши учреждения и мероприятия должны быть направлены к обслуживанию населения «вообще». Жизнь предъявляет настоячивые требования к усилению внимания к обслуживанию рабочих, сезонников, батраков, колхозного сектора, нацмен и т. д. Нужно решительно бороться с искривлением классовой линии, с проявлением правого уклона и примиренчества в практической работе.

Все эти задачи ставят перед нами как никогда остро вопрос о привлечении трудящихся к организации здравоохранения. Лозунг—«Здра-

воохранение трудящихся—дело самих трудящихся» должен стать не только лозунгом, а и программой работы. Без этого дальнейшее правильное развитие здравоохранения невозможно. Кроме того, привлечение рабоче-крестьянских масс к строительству здравоохранения поможет широкому развешиванию самокритики, без которой невозможна рациональная постановка дела народного здравоохранения. Только путем самокритики мы поставим нашу работу на должную высоту. Усвоили-ли это положение здравотделы и масса медико-санитарных работников? Опыт показывает, что недостаточно усвоили. Тюменская газета «Красное Знамя» в ноябре 1928 г. помещает на своих страницах ряд заметок, написанных врачами и др. авторами, посвященных недочетам в постановке лечебно-профилактической помощи населению. Вся работа органов здравоохранения ставится, по выражению газеты, «под стеклянный колпак».

Казалось-бы, это хорошее начинание газеты дало богатый материал, вокруг которого местные организации могли развернуть широкую самокритику, втянуть в организацию дела здравоохранения и в общественный контроль над ним широкие массы трудящихся и тем самым способствовать устранению недочетов, выявлению возможных неточностей и ошибок в газетных заметках и т. д. Что-же получилось на деле? Секция здравоохранения Горсовета немедленно-же создала авторитетную комиссию для расследования газетных заметок. Но... расследование это продолжалось около 7 месяцев (результаты утверждены Президиумом Горсовета только 30-V—с. г.). Здравотдел терпеливо ждет результатов расследования. Союз МСТ не организует мед-работников вокруг этого дела. Газета тоже не доводит до конца своего хорошего начинания. Даже по окончании столь запоздавшего расследования акты направляются непосредственно лечебно-профилактическим учреждениям для устранения недочетов без доведения до сведения советской общественности о результатах обследования. Естественно у врачей—авторов заметок и др. корреспондентов создается впечатление, что дело «положено под сукно», что не надо «вмешиваться не в свое дело» и т. д. Они пишут, что подобное отношение «отбило у них всякую охоту к творческому труду». Вот как не надо реагировать на заметки в печати!

Но не только здравотделы, вся масса медицинских работников еще слабо восприняла лозунг самокритики. Старое правило «не выносить сор из избы» еще часто соблюдается. Отдельные врачи, знающие о недостатках в работе своих коллег, недостатках, вредящих учреждению, а следовательно и больным, считают этически для себя неприемлемым сообщать об этом здравотделу. Есть факты, когда т. т. врачи считали возможным сообщать об этом в частном разговоре ответственному работнику здравотдела, но они были крайне огорчены, когда из этого «частного разговора» делались соответствующие выводы, хотя все ими сообщенное и подтвердилось.

Такая «круговая порука», такое ложное представление об этике должны быть изжиты. Здравотделы и масса медико-санитарных работников (в первую очередь врачи) должны помогать друг другу в деле самокритики. По примеру тюменских врачей работники должны всячески содействовать выявлению недостатков в работе как здравотделов, так и своих товарищей. Здравотделы должны чутко прислушиваться к этим указаниям своих работников и использовать их не только для исправления недостатков, но и для привлечения массы рабочих и крестьян к строительству здравоохранения и осуществлению основного лозунга советской медицины—«Дело здравоохранения есть дело самих трудящихся».

ИТОГИ ПЕРВОГО ГОДА ПЯТИЛЕТКИ.

В. И. Величкин.

Только что закончившийся 1928-29 хозяйственный год представляет для нас большой интерес в том отношении, что он является первым годом пятилетки (1928-29—1932-33 г.*). Подводя итоги развития здравоохранения в Уралобласти за 28-29 год и сопоставив их с плановыми предположениями на тот же год, мы можем определить, насколько действительность соответствует нашим плановым наметкам, и отсюда сделать выводы о необходимости внесения тех или иных коррективов при составлении контрольных цифр на последующие годы, а также о правильности применяемой нами при планировании методики. При этом в самом же начале надо оговориться, что точного и полного сопоставления намеченного и осуществленного мы в настоящий момент, к сожалению, провести не можем, так как по пятилетке все мероприятия предполагалось осуществить за хозяйственный 1928-29 год, статистические же данные мы имеем только за календарный 1928 год. Кроме того, мы еще не имеем финансового отчета за 1928-29 год. Все же и при этих неблагоприятных условиях, хотя бы и не полностью и не во всех деталях, проверку провести можно и должно и она имеет немалую ценность именно сейчас, в начале второго года пятилетки, когда еще есть возможность практически использовать опыт первого года пятилетки.

Начнем с лечебного дела. Сопоставим сеть лечебных учреждений по пятилетнему плану и по данным статистики по состоянию на 1-1-29 г. Сопоставление это приведено в следующей таблице:

№№ п. пор.	Наименование учреждений	По плану на 1928-29 год	По данным статист. на 1/1-29 г.
1	Больничные койки	12339	12393
2	Врачебные амбулатор.	393	394
3	Фельдшерские пункты	486	513
4	Невро-псих. диспансер.	1	1
5	Зубамбулатории	99	124
6	Зуб.-техн. лаборат.	20	26
7	Пункты 1-й помощи	91	99
	Из них врачебн.	30	28
8	Физ.-тер. учрежд.	15	11

Как видно из приведенной таблицы, мы имели развитие лечебной сети в действительности большее, чем предполагали по плану по всем показателям, за исключением нервно-психиатрических диспансеров, соответствующих плану, и физиотерапевтических учреждений, которые хотя

*) См. «Ур. Мед. Журн.» №№ 4, 5 и 6 за 1929 год.

и дали рост с 7 до 11, но в 4 пунктах не открыты (в том числе произошла задержка с Обл. Физинститутом, который было предположено открыть летом 29 г., а он будет открыт в ноябре того же года).

Следует отметить недовыполнение сокращения фельдшерских пунктов, но в действительности это недовыполнение не имеет таких размеров, как указано в таблице, так как часть фельдшерских пунктов, вошедшая в общий подсчет, в истекшем году была вновь открыта в качестве пунктов первой помощи сезонным рабочим (лесорубы, рабочие лесосплава и др.), которые в пятилетнем плане учтены были недостаточно.

Очень большой рост против плановой наметки дала зубпомощь, но здесь при планировании произошла ошибка, состоящая в том, что исходная цифра была дана статистикой преуменьшенная против действительности, а именно: вместо 103 зубных амбулаторий было показано на 1927-28 год 97. По плану предусматривалось увеличение на 2 зубамбулатории и таким образом их должно было быть 105. Все же и при этом условии большой рост зубпомощи против наметки плана—несомненен.

Число районов, не имеющих больниц, по плану намечалось сократить с 26 (27 г.) до 22, а фактически количество их снизилось до 17.

Интересные данные получаем мы при сопоставлении деятельности лечебных учреждений. Так, по плану намечалось, что посещение амбулаторий на каждого жителя будет равно 2,08 в год. Количество жителей было взято 7.227.130 человек, и таким образом общее количество амбулаторных посещений должно было быть равным 15.032.430. По данным статистики за 1928-29 год (по деятельности амбулаторий и коечной сети нам удалось получить от статистики несколько цифр за 1928-29 хоз. год) было амбулаторных посещений несколько больше, а именно: 15.381.303. Однако, оказалось, что и количество населения (по состоянию на 1-IV-29 г.) было тоже несколько больше, чем предполагалось по плану, 7.388.807 чел. Если разделить количество посещений на число жителей, то мы и здесь получаем тоже 2,08 посещения на 1 жителя. Из этого следует, что коэффициент посещаемости 2,08, превышающий коэффициент предыдущего года на 0,1, нами был взят правильный. Некоторый (правда, незначительный) просчет в общей сумме посещений объясняется повышенным против плана количеством населения, но мы этого учесть не могли, так как пользовались данными статистических органов, при том же установлении вполне точного количества населения вообще вряд ли возможно. Количество койко-дней в больницах нами по плану было исчислено в 3.902.650, по статистике же за 1928-29 год мы имели 4.017.138. Количество койко-дней на 1-го жителя и по плану и по данным статистики (учитывая возросшее количество населения) равно 0,54. В отношении выдачи рецептов по пятилетке была взята установка на значительное сокращение. Сопоставление 27 с 28 годом дает снижение рецептов на 1 больного с 0,97 до 0,85.

В отношении специализации лечебной помощи можно отметить некоторый рост специализированных амбулаторий (с 46 до 49) и уменьшение количества общих коек с 3.333 (за 27 г.) до 2.892 с увеличением за их счет ряда специальных коек: родильных с 1.329 до 1.503, гинекологических с 374 до 430, глазных с 284 до 353 и т. д. В то же время надо отметить совершенно недопустимое явление, резко расходящееся с наметками по плану,—сокращение детских коек с 252 до 209, уха, горла и носа с 45 до 30 и особенно заразных с 1.324 до 1.257, и это при общем превышении количества коек против плана! Это указывает на слабое внимание здравоохранения к вопросу борьбы с эпидемиями и слабое их руководство в развертывании специальных коек.

Соотношения по санитарно-профилактической сети видны из следующей таблицы:

№ п/пор.	Наименование	По плану	На 1/1-29 г.	№ п/пор.	Наименование	По плану	На 1/1-29 г.
1	Бакинституты	2	2		Коек при них	555	587
2	Санлаборатории	16	17	8	Профдиспансеры	3	3
3	Малырастанции	3	3	9	Профконсультации	1	1
4	Дома санпросв.	7	7	10	Профотряды	2	2
5	Пост. выставки	12	13	11	Вендиспансеры	19	23
6	Тубсанатории	7	7	12	Венотряды и пункты	14	14
	Коек в них	465	369*)	13	Санврачи	71	55
7	Тубдиспансеры	21	21				

Здесь обращает на себя внимание резкое несоответствие между запроектированным и по состоянию на 1-1-29 г. количеством санитарных врачей. Видимо, неоднократные указания Облздравотдела о необходимости заполнения всех штатных мест санврачей, о создании благоприятных условий для их работы, повышении ставок санврачам и т. д. не нашли достаточного отклика со стороны окружных здравотделов. Настоящая проверка первого года пятилетки еще раз сигнализирует неблагоприятное с кадром санитарных врачей, и если так пойдет и дальше, то мы ни в коем случае не сможем выполнить пятилетку по санитарным мероприятиям, а они и без того намечались в очень ограниченных размерах (например, количество санврачей 50 проц. нормы). В остальной части, как видно из таблицы, намеченное планом расширение сети санит.-профил. учреждений выполнено полностью, а по отдельным мероприятиям (тубкойки, вендиспансеры) даже выполнено с превышением.

Благоприятными являются показатели по борьбе с заразными заболеваниями. Нами в пятилетке, как известно, взята установка на полную ликвидацию заболеваемости натуральной оспой и эндемических очагов паразитарных тифов. Для иллюстрации хода борьбы с натуральной оспой на Урале за ряд последних лет приводим следующую таблицу:

Г о д ы	Количество оспо- прививан.	Количество за- болеваний оспой
1924	422 тыс.	3041
1925	573 "	3418
1926	732 "	3189
1927	1091 "	2899
1928	1572 "	1266
1929 (½ г.)	954 "	190

*) Сюда надо прибавить еще 150 коек, открытых в феврале мес. 29 г., что в общем итоге дает 549 коек, т. е. на 84 койки больше, чем было намечено по плану.

В этой таблице цифры красноречиво говорят сами за себя. И, по-видимому, мы взялись всерьез за выполнение установки на ликвидацию натуральной оспы на Урале. Однако, количество оспопрививаний за первые шесть месяцев 1929 года указывает на то, что директивы Облздравотдела по этому вопросу все еще выполняются не полностью. Надо ожидать общее количество оспопрививаний за год равным 2 миллионам. Это, примерно, на 20 с лишним процентов больше, чем за предыдущий год, но это все же не 3 миллиона, которые округа должны были выполнить. Это обстоятельство наряду с сокращением количества заразных коек еще раз указывает на то, что Окргздравотделы не считают борьбу с эпидемиями важнейшей и ответственной своей задачей.

Коэффициенты заболеваемости (на 10.000 населения) сыпным и возвратным тифом также благоприятны. Так, сыпной тиф за 1928 год дал 2,4 вместо 3,1 за 1927 год, а возвратный тиф дал понижение с 0,9 до 0,3. Это указывает на определенную тенденцию к снижению количества заболеваний паразитарными тифами в области, а также и на выполнение наших намерений. Если падение заболеваемости паразитарными тифами пойдет таким же темпом и дальше, то мы плановое задание выполним. Но эпидемический враг—коварный враг, а потому никак нельзя убаюкивать себя достигнутым, а неуклонно и все энергичнее развивать борьбу с ним.

По охране здоровья детей мы имеем благоприятный итог по детпрофамбулаториям и пунктам ОЗД, которых намечалось по плану 18, а на 1-11-29 г. мы их имели 22, однако, количество вспомогательных коек при них вместо 90 имеем 65, что указывает на более низкое качество вновь открытых учреждений против того, что намечалось планом. Лесные школы-санатории совпадают (1 на 30 детей); психо-неврологические школы по количеству совпадают—1, но количество мест вместо 50 по плану равно 30.

С врачами по ОЗД дело обстоит так. По плану мы должны были их иметь 63 (не считая врачей, непосредственно работающих в учреждениях по ОЗД), а в действительности (по предварительным данным) мы имеем их всего 36 чел. Вопрос о кадрах врачей ОЗД продолжает оставаться одним из самых больных вопросов здравоохранения.

Бурный рост против плановой наметки дало дело охраны материнства и младенчества в части развертывания яслей, что видно из приводимой таблицы:

№ п/пор.	Наименование учреждений	По плану	По состоянию на 1/1-29 г.
1	Ясли постоянные	68	78
	Коек в них	1850	2232
2	Ясли временные	376	469
	Коек в них	7520	9369
3	Консультации (дет.)	94	96
4	Дома Реб. и Дома Матери и Ребенка	16	16
	Мест в них	645	645

Из этого мы видим, что потребности жизни внесли существенную поправку в плановое предположение. При этом надо заметить, что все учреждения, развернутые сверх плана, были открыты за счет вне-бюджетных кредитов. Помимо $\frac{1}{4}$ проц. отчислений, средств ФУБР'а, мы имеем значительный приток средств со стороны самого населения (субботники на заводах, самообложение на селе).

Что касается количества медицинского персонала, то здесь мы имеем следующее:

Наименование	По плану	По состоянию на 1/1-29 г.
Врачи	1508	1505
Зубврачи	139	164
Зубтехники	52	51
Фармацевты	270	253
Исп. обязан. фармац.	408	386
Акушерки	853	657
Фельдш. акушерки	Отдел. не учит.	218
Фельдшера школьные	424	510
Фельдшера ротные	742	810
Сестры медицинские	1519	1737
Сестры соц. помощи	588	344
Проч. персонал	9593	9109
Всего	16114	15972

Отсюда следует, что не правы были те товарищи, которые упрекали Облздравотдел, что он якобы неправильно исчислил количество медперсонала по пятилетке «путем механического исключения из штата всего некомплекта персонала против утвержденного в 27-28 году, без учета того, что некомплект имеется вследствие временной невозможности в 27-28 году приглашения на эти должности персонала». Как видно из таблицы, общее количество медперсонала на 1-1-29 г. было даже несколько ниже запроецированного по плану, несмотря на то, что сеть была больше, чем намечалось по плану. Из этого можно сделать два вывода: первый тот, что принцип, положенный в основу исчисления медперсонала, в общем правилен, и второй вывод тот, что со штатным вопросом в лечсанучреждениях дело обстоит все еще ненормально, если невыполнены нормы, принятые при планировании. А нормы были взяты довольно жесткие (что дало повод к вышеприведенному мнению), но одновременно с этим учитывалась необходимость большой рационализаторской работы, в проведении которой в сколько-нибудь значительном объеме можно сомневаться. А это значит, что не надо горевать о «механическом исключении» по сути дела «мертвых душ», ложившихся тяжелым бременем на бюджет здравоохранения, а надо

усилить работу по упорядочению штатного вопроса в лечучреждениях, полностью используя имеющиеся на это ресурсы и поставив на должную высоту работу по рационализации труда.

В деле повышения зарплаты медперсоналу первый год пятилетки характеризуется некоторым недовыполнением намеченного. Намечалось поднять зарплату всем медработникам в среднем на 10 проц. Мы же имеем повышение для всего среднего и технического медперсонала на 10 проц., а для врачей общего повышения зарплаты не было. Были даны полагающиеся по закону периодические прибавки, и часть врачей получила повышение зарплаты в индивидуальном порядке. Точного учета фонда зарплаты мы пока не имеем.

Не имеем мы, как выше уже упоминалось, и общего финансового отчета. Однако, по предварительным данным мы можем уже дать приблизительную оценку состояния финансирования за 28-29 год. По плану на 1928-29 год общий приход денежных средств по всем источникам ассигнований намечался в сумме 29.360,2 тыс. руб., а расход превышал эту сумму на 602,8 тыс. руб., т. е. мы свели бюджет с дефицитом, покрытие которого нами мыслилось за счет специальной дотации из центра. Ассигновано же было за тот же год 25.842,5 тыс. руб., т. е. не только не был покрыт дефицит в 602,8 тыс. руб., но мы не дополучили по основной приходной смете 3.517,7 тыс. руб.

Приход денежных средств по отдельным источникам финансирования за 1928-29 г. по плану и по ассигнованиям виден на следующей таблице

№ п/пор.	Источники	1928—29 год	
		По плану	Ассигновано
1	Местный бюджет	11809,0	11607,0
2	Государствен. бюджет	2565,6	1443,3
3	Местный ф. „М“	8341,1	8186,3
4	Республ. ф. „М“	2615,5	2017,0
5	Союзн. ф. „М“	1577,0	903,0
6	Ссуды	475,0	50,0
7	Средства промышлен.	1249,0	835,0
8	„ самооблож.	320,0	180,0
9	„ Переселен. Управл.	408,0	100,0
10	Проч. поступления*)	—	520,9
	Итого	29360,2	25842,5
	Дефицит	602,8	—
	Всего расхода	29963,0	—

*) Прочие поступления: Уралпрофсовет, колхозы, ДТК, Фубр, 1/4% отчисления, учреждения.

Всего недополучено за 1928-29 год—3.517,7 р.
Всего ассигновано за 1927-28 год—22.758,7 р.

Из приведенной таблицы видно, что мы имели: 1) сравнительно удовлетворительное выполнение по местному бюджету и местному фонду «М» (несмотря на имевшее место в середине года изъятие, правда, частично компенсированное); 2) совершенно неудовлетворительное выполнение по центральным кредитам, в особенности по госбюджету, от Цekomбанка и по Переселенческому Управлению; 3) совершенно недостаточное выполнение по средствам самообложения населения; 4) недоучет в плане средств, поименованных в приведенной таблице «прочими», куда входят средства Уралпрофсовета, Фубра, $\frac{1}{4}$ проц. отчисления, ДТК, колхозов и др.

Анализируя расходную часть бюджета на 28-29 г., мы видим, что недополучение 3.517,7 тыс. руб., а считая дефицит—4.120,5 тыс. руб., привело к недовыполнению главным образом программы нового больничного строительства. Кроме этого, имеется частичное недовыполнение по капитальным ремонтам и, как уже отмечалось выше, по повышению зарплаты медперсоналу.

По контрольным цифрам на 1929-30 год намечается значительное увеличение ассигнований против плановых предположений на 2-й год пятилетки. При условии выполнения ассигнований по этим контрольным цифрам мы сможем не только выполнить то, что нами первоначально намечалось, но и значительно больше. При этом нашей главной заботой должно быть выполнение прежде всего тех мероприятий, которые не были выполнены за первый год пятилетки.

Из всего изложенного сами собой напрашиваются следующие выводы:

1. Полностью подтвердилось мнение Облздравотдела, зафиксированное в объяснительной записке к пятилетке, что в силу чрезвычайно ограниченных финансовых лимитов по 5-тилетнему плану здравоохранения на Урале намечено минимальное развитие лечебно-санитарного дела. Жизнь требует усиления темпа пятилетки здравоохранения, что видно из фактического роста сети, превышающего плановые предположения. С другой стороны, данные первого года пятилетки разбивают тот скептицизм, который проявляли некоторые медработники при обсуждении проекта пятилетнего плана в отношении возможности выполнения намечаемого расширения сети.

2. Центром недостаточно внимания было уделено за истекший год развитию здравоохранения на Урале, что видно из значительного недоассигнования средств по центральным источникам финансирования (госбюджет, запасные фонды «М», Цekomбанк) на новое больничное строительство. Необходимо это недовыполнение компенсировать за последующие годы пятилетки, иначе мы не сможем выполнить пятилетку в части нового строительства.

3. Необходимо всем органам здравоохранения и организациям МСТ учесть некоторое недовыполнение первого года пятилетки по зарплате с тем, чтобы в последующие годы повышать зарплату с расчетом на полное выполнение предположенного по пятилетке.

4. Необходимо сейчас же, в самом начале второго года пятилетки, учесть те ненормальности, какие имели место в развитии сети медико-санитарных учреждений и мероприятий (количество санврачей и врачей по ОЗД), сокращение вместо расширения ряда специальных коек, в особенности заразных, отставание роста физио-терапевтических учреждений и другие недостатки, на которые было указано выше.

Кроме всего этого, необходимо сейчас же приступить к пересмотру всей пятилетки в виду значительных изменений, происшедших за последнее время в развитии нашего хозяйства. Сюда относятся: 1) более быстрый темп развития промышленности Урала по сравнению с первоначальными предположениями; 2) бурный рост социалистического сектора сельского хозяйства, также далеко опережающий плановые наметки; 3) переход промышленных предприятий и учреждений здравоохранения на непрерывную рабочую неделю и пр. В связи с этим пересмотр плана в социально-классовом разрезе, с выделением в особую главу и тщательной проработкой вопросов обеспечения медпомощью застрахованных и социалистического сектора сельского хозяйства. К этой работе должны приступить немедленно и Облздрав и все окрздравы. При этом окрздравотделы должны учесть все возрастающую экономическую и административную роль районов и привлечь эти последние к пересмотру, пересоставлению и выполнению перспективного плана.

РАБОТА КРАСНО-КРЕСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА УРАЛЕ.

И. В. Тронин (ОблРКИ).

Общество Красного Креста на Урале оформилось как общеобластная организация всего лишь около 1½ лет (1-й Областной съезд РОКК'а в мае месяце 1928 года). К настоящему времени организация выросла как по количеству своих членов, так и по территориальному охвату. Темп роста особенно был значителен в 27-28 г. и несколько замедлился в 28-29 году. Данные по 8 округам Уралобласти таковы:

	1926-27 г.	1927-28 г.	% роста	1928-29 г.	% роста к 1927-28 г.
Количество членов	6492	15577	240	24575	157

Несмотря на такой сравнительно быстрый рост членов РОКК'а, территориальный охват еще далеко недостаточен: больше половины районов Уралобласти еще не имеют районных комитетов, например, в Свердловском округе из 17-ти районов имеют Райкомы РОКК лишь 6, в Шадринском из 19—8 районов.

Рост организации шел по преимуществу в городах. Но так как в работе окружных комитетов не был сделан упор на вербовку членов и организацию работы РОКК в крупных промышленных предприятиях, то социальный состав Краснокрестной организации оказался неудовлетворительным: чрезвычайно мал процент рабочих и крестьян при наличии в ее составе чуждого элемента.

Имеющиеся неполные данные о социальном составе по области в 1929 г. дают следующую картину:

Всего членов	Из них рабочих	В %%	Крестьян	В % %	Служ. и проч.	В % %
13672	1759	12	4512	33	7361	55

В отдельных округах соц. состав еще менее выдержан. Например, по Ирбитскому округу члены РОКК рабочие и крестьяне составляли 36,4% в 28 г. и 38,7 проц. в 1929 г.; по Курганскому имеется тенденция к снижению рабоче-крестьянской группы в организации: в 28 году 45 проц., в 29 г. 42,7 проц. Отдельные крупнейшие промышленные предприятия г. Свердловска: Верх-Исетский завод при наличии до 4.000 рабочих, Ленинская фабрика бол. 2.000 работницы и рабочих остались без ячеек РОКК, без кружков первой помощи и пр.

5558614
Работа Краснокрестной организации проходила главным образом при учреждениях. Об этом говорит характер состава ячеек: из 502 ячеек по Уралобласти фабрично-заводских 58 или 11 проц., крестьянских 119 или 23,5 проц.; по гор. Свердловску из 42 ячеек производственных 6 (14,3 проц.), при лечучреждениях 10 (24 проц.), остальные 26 яч. (61,7 проц.) при совучреждениях и клубах. В составе организации имеются члены, совершенно чуждые соввласти, как жены лишенных права голоса и лиц, гычищенных из соваппарата. При чем именно эти члены прошли кружки первой помощи, состоят в дружинах и т. д. Поэтому пред всеми органами РОКК встает задача самого внимательного отношения к приему членов, сосредоточения внимания на работе в промышленных предприятиях, совхозах, колхозах и на вовлечение в члены РОКК'а рабоче-крестьянского состава. В предстоящую «неделю РОКК» и в порядке соцсоревнования между окружными организациями необходимо поставить задачу: «К 30 году каждое крупное промпредприятие с ячейкой, кружком первой помощи, с дружиной РОКК».

Развитие работы в деревне также должно быть под неослабным вниманием окружных комитетов. Для усиления внимания деревенской работе, необходимо отделить городскую работу в крупных окружных городах от общеокружной работы с созданием самостоятельных городских комитетов РОКК. В деревне работе РОКК должны помочь врачебной персонал амбулаторий и больниц, между тем данные Свердловского округа говорят о том, что некоторые районные врачи отказываются от руководства кружками первой помощи. Союзу Медсантруд необходимо принять все меры к развертыванию работы и помощи Краснокрестной организации.

Обследование работы РОКК показало почти полное отсутствие массовой работы ячеек. Вербовка членов идет от случая к случаю и ячейки в проведении той или иной работы не привлекают всех сотрудников коллектива: работа дальше членов ячейки не идет, ячейка не является инициатором отдельных мероприятий, составляющих основу работы ячейки (помощь погорельцам Кусы прошла помимо ячеек) и т. д. Не привлечено внимание всех членов ячейки к исполнению одного из важнейших лозунгов 2 с'езда РОКК: «5—10 членов РОКК дают средства на содержание одной койки». Нынешнее международное положение характеризуется XV с'ездом партии, как положение, когда «капиталистическое развитие в целом обнаружило тенденцию сократить исторические сроки мирной «передышки», приблизить новую полосу больших империалистических войн и ускорить революционную развязку мировых конфликтов. Для СССР создается прямая угроза империалистического нападения извне» (из резолюции по отчету ЦК). В этот период ячейки, вследствие слабого руководства со стороны окружных и районных комитетов РОКК, не заботятся о создании бельевого фонда и фондов для будущего медицинского обслуживания бойцов Кр. Армии. А между тем это является первейшей обязанностью низовой Краснокрестной организации, да и в целом всей организации (см. устав общества).

На создание фондов денежных, вещевых и проч. должно быть сосредоточено внимание всей организации РОКК, начиная с ячейки и кончая Областным Комитетом РОКК. Прошедшие кампании—15 тилетие империалистической войны, день 1-го августа, обостренное положение на КВЖД—должны были бы послужить сдвигом в вербовке в члены, в создании фондов для будущей работы. Этого ячейки не учли, работу не провели, а комитеты тоже во-время не позаботились.

Ячейки и отдельные окружные комитеты оказались малоподвижными для использования всех методов и форм в своей работе. В частности ячейки и комитеты не используют формы летней массовой работы, например, в Свердловске, когда РОКК-ом завоеван был авторитет среди трудящихся своим участием на маневрах Кр. Армии и добровольных обществ, ни один раз за все лето не был поставлен «вечер РОКК» в садах города, где бы можно было подытожить всю работу РОКК, известить всех трудящихся об отзывах Красной Армии о работе дружин, питательных пунктов РОКК и т. д. и т. п. Нельзя ограничиваться в сборе средств и популяризации своей работы только кружечными сборами, подписными листами и т. д.—необходима гибкость в методах работы ячеек и тогда успех работы будет обеспечен.

Подготовка кадров по медицинскому обслуживанию армии в нынешний год получила значительное развитие: выросло желание трудящихся работать и учиться в кружках первой помощи. Но окружные и районные комитеты не могут охватить своим руководством эти кружки и дружины. Кроме того, отсутствие снабжения кружков наглядными пособиями со стороны ЦК РОКК, слабая и недостаточная помощь со стороны местных профсоюзных организаций и т. д. создавали большие трудности в работе и в результате многие кружки распадались, не оканчивая работу, в других к концу занятий оставалось 40—50 проц. первоначально записавшихся. Это, в свою очередь, требовало излишних сил для руководства, распыление пособий и пр.

Основное внимание в этом разделе работ должно быть обращено на закрепление работ кружков первой помощи. Сейчас такое положение: работал кружок, есть хорошо окончившие и желающие работать и дальше, но никто о них не заботится: они заброшены. Между тем организация дружин является дальнейшим этапом работы подготовки кадров медобслуживания. По Свердловскому округу в прошлом году работало до 78 кружков первой помощи. Если считать, что окончил в среднем 10—12 ч., то необходимо ныне охватить дружинами до 800 ч., а между тем ныне организованы лишь 4 дружины с 250 чел.; следовательно $\frac{2}{3}$ окончивших кружки первой помощи не охвачены больше работой.

В будущей войне значительное место займут химические средства борьбы; отсюда вытекает необходимость для усиленной работы комитетов РОКК по организации курсов по химобороне для медперсонала. Между тем этот вид подготовки не получил должного внимания ни со стороны ЦК РОКК (мал отпуск средств), ни со стороны местных комитетов. Будущий год должен принести перелом в работе комитетов РОКК по переподготовке вышедших кадров медобслуживания армий. Кроме того в проведении военсанработы слаба связь с организациями Осо-авиахима. В отдельных случаях РОКК и Осо-авиахим спорят за кем считать ту или иную работу (Свердловский округ.)

При значительном росте сети профилактических и лечебных учреждений РОКК-а (с 31 в 28 г. до 60 в 29 г.) их расположение в основном увязано с органами здравоохранения. Районы нацменовские, районы неблагополучные по бытовым, социальным болезням, районы бедняцкие—вот где рас-

положены лечпрофучреждения. Например, венпункт РОКК'а Курганского округа работает там, где заболеваемость сифилисом достигает до 96 чел. на 10 тыс. населения при среднем показателе по области в 51,9. Исключение составляет сеть первичных пунктов службы здоровья юных пионеров, которые расположены лишь в 5 окружных городах и охватывают своей деятельностью до 70 проц. пионеров этих городов. В общем же сеть первичных пунктов службы здоровья Ю. П. крайне незначительна—она охватывает всего лишь 3,7 проц. общего количества пионеров Уралобласти. На изыскание средств для открытия этого вида помощи должны обратить внимание окружные комитеты. Возможности у некоторых округов были и есть, но они, повидимому, предпочитают заниматься больше коммерческой деятельностью ради коммерции, чем всю полученную прибыль употреблять на расширение краснокрестной работы (Троицкий округ предпочитает на прибыль открывать новые аптеки и магазины, чем расширять детские ясли и службу здоровья Ю. П.)

Основной недостаток работы медучреждений—это слабость профилактической работы: мало бесед, мало обследований детей как пунктами службы здоровья Ю. П., так и детскими яслями.

Рассматривая работу РОКК в целом по Уралобласти, мы должны прийти к выводу, что Краснокрестная организация, имея сдвиги в отдельных своих частях (рост членов, усиление работы по подготовке кадров, участие в маневрах, расширение сети медучреждений) имеет и ряд очень значительных недочетов, которые затушевывают положительные стороны работы. Основные недочеты сводятся к следующему: неудовлетворительность руководства со стороны окружных комитетов, от чего рост членов в отдельных округах идет стихийно, не планоно; слабое привлечение местных средств (членских взносов) на развитие деятельности РОКК; слабая массовая работа ячеек; отсутствие учета своей работы; окружные комитеты не дали отчета за 3 г., а ячейки совершенно не знают о членских взносах; неудовлетворительный состав членов РОКК и пр. Эти недостатки отчасти зависят и от того, что на работу РОКК мало внимания уделяли местные советские, профессиональные и партийные органы.

Необходимо усилить внимание общественности к работе Краснокрестной организации, необходимо самой организации пересмотреть всю свою работу в предстоящую «Неделю РОКК», обратив внимание на финансовое состояние своих организаций (а оно из рук вон плохо и даже можно сказать безобразно). Необходимо актив РОКК'а использовать для обследования низовых организаций, создавая инструкторские бригады при окружных и городских комитетах.

Больше внимания делу подготовки к будущей самообороне страны, больше внимания всей общественности к деятельности РОКК.

Открыта подписка на
„Уральский Медицинский Журнал“ на 1930 г.

Восемь номеров журнала — восемь рублей.

Для участковых врачей и студентов медиков подписная
плата—шсть рублей в год.

СЕТЬ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА УРАЛЕ В 28 ГОДУ.

И. К. Курдов.

В задачу настоящего очерка входит охарактеризовать на основании отчетных статистических материалов Окрздравотделов состояние сети лечебных и профилактических учреждений Уралобласти на 1 января 1929 года и изменения, происшедшие в ней с января предыдущего года.

Число врачебных участков по области увеличилось с 304 до 319 или на 4,9 проц., и это увеличение в большинстве явилось результатом преобразования фельдшерских участков во врачебные. Наибольший рост врачебных участков имел место в В.-Камском (на 5), Ирбитском и Свердловском округах (по 4); в Сарапульском, Тагильском, Тобольском, Тюменском и Шадринском округах число врачебных участков возросло на один. Уменьшение участковой сети имелось в одном только Троицком округе (на 3) в связи с переходом одного участка к Казакстану и слияния некоторых районов в один. Число больничных врачебных участков возросло с 234 до 254, или на 8,5 проц. Из округов только в одном В.-Камском все врачебные участки с больницами, во всех же остальных имеются амбулаторные врачебные участки без больниц. В январе 29 года таких участков имелось в Коми-Пермяцком и Сарапульском по 1, в Курганском, Тагильском, Троицком по 2, в Ишимском и Тобольском по 3, Златоустовском, Ирбитском, Тюменском и Шадринском по 4, в Пермском 5, в Свердловском и Челябинском по 12.

Среднее по области население врачебного участка 20,2 тыс., в 27 году было 23,1. Однако, эта средняя довольно сильно изменяется по отдельным округам и районам. Так, среднее число жителей врачебного участка в поселках городского типа составляло 8,2 тыс., а в сельских местностях 26,1 тыс. По округам среднее число жителей на врачебный участок распределялось так:

Златоустовский	11,3 тыс.
В.-Камский	12,1 »
Тагильский	12,1 »
Свердловский	12,6 »
Тобольский	16,3 »
Ирбитский	17,6 »
Пермский	18,3 »
Тюменский	21,5 »
К.-Пермяцкий	22,5 »
Кунгурский	22,5 »
Челябинский	23,0 »
Троицкий	26,0 »
Ишимский	31,8 »
Курганский	32,4 »
Сарапульский	33,2 »
Шадринский	34,1 »

Если принять за норму население участка в 8—10 тыс., то близким к ней можно считать только один Златоустовский округ. Все же прочие округа дают повышение против нормы населения; в 6 округах среднее население участка даже в 3—4 раза больше нормального.

Число районов без больниц сократилось с 26 до 18, при чем все они относятся к сельским местностям. Нужно заметить, что сюда не вошли все районы, охватывающие территорию окружных городов, так как их население обычно пользуется коечной помощью в больнице окружного города, являющегося его районным центром. По числу безбольничных районов на

первом месте стоит Челябинский округ, в котором 7 районов из 15 не имели стационаров, затем следует Ишимский округ—4, Шадринский—3, Курганский—2, Кунгурский и Троицкий—по 1. Этим округам во что бы то ни стало надо озаботиться постройкой больниц в этих районах, или хотя бы временным приспособлением имеющихся зданий под стационар, так как 20—30 тысячное население района не может оставаться без коечной помощи.

Врачебные амбулатории, не считая зубамбулаторий, увеличились с 376 до 394 или на 4,8 проц., при чем в окргородах прибавилось 4, в районах 14. Амбулатории в местах заключения остались в том же числе—19. Специальные амбулатории возросли на 3, и все они были открыты в районах. Под специальными амбулаториями разумеются те, где или весь прием специализирован или же более половины больных данной амбулатории проходят через прием врачей-специалистов. Процент специальных амбулаторий по области 12,4 проц., в Свердловске 73, в окргородах 35, в поселках городского типа 13,5 и в сельских местностях 1,4. Отсюда ясно, куда следует обратить наибольшее внимание в отношении развития специальных видов медпомощи. Правда, районное население, как поселковое, так и сельское, пользуется советами врачей-специалистов амбулаторий окргородов, но это в исключительных, тяжелых случаях, и при том они мало доступны жителям отдаленных от окружного центра селений.

На одну врачебную амбулаторию приходилось в среднем по области 18,7 тыс. жителей, в том числе в Свердловске 10 тыс., окргородах 9,9 тыс., в городских поселках 7,8 тыс. и в селах 26,5 тыс. Таким образом, по числу амбулаторий городские и поселковые жители достаточно обеспечены амбулаторной сетью, и только сельское население имеет недостаточное количество врачебных амбулаторий. Большие цифры дают здесь те же округа, которые выделялись значительной средней численностью населения врачебных участков. По сравнению с 27 годом средняя населенность, приходящаяся на 1 врачебную амбулаторию, возросла только по Кунгурскому, Курганскому, Троицкому и Шадринскому округам, в остальных же она или снизилась, или осталась без изменений.

Обращаясь к фельдшерским амбулаториям, нужно сказать, что хотя число их по области и сократилось на 12 (с 525 до 513), но в отдельных округах, наоборот, наблюдается дальнейший их рост. Этот рост идет в сельскохозяйственных округах и при том преимущественно по фонемам самообслуживания, и окрздравотделы не всегда имеют возможность воспрепятствовать расширению фельдшерской сети. Фельдшерские амбулатории имеются в очень большом числе, составляя 56,5 проц. всех амбулаторий области; в частности в окргородах их 11, в городских поселках 37 и в сельских местностях 465. В окргородах они составляли 13 проц. общего числа амбулаторий, в городских поселках 25 проц. и в селах 68,7 проц. Особенно выделяются по числу фельдшерских амбулаторий округа: Тагильский 66, Пермский 52, Челябинский 51, Свердловский 39, Троицкий 37, Тобольский 34, Курганский 33; минимум фельдшерских амбулаторий падает на Ишимский (14) и Златоустовский (13) округа. Причины сильно развитой сети фельдшерских амбулаторий лежат в особых условиях территории, населенности и промышленности Урала: обширность территории, малая плотность, лесистость, разбросанность рудников, приисков, лесозаготовок и пр. Хотя эти факторы и очень сильные, однако борьба с фельдшеризмом должна быть усилена, чтобы получить более ощутительные результаты в деле изжития фельдшерских пунктов. Прежде всего фельдшерские амбулатории в окргородах должны быть срочно заменены врачебными. Затем необходимо воспретить без особого каждого раз разрешения Окрздравотдела открывать

где бы то ни было новые фельдшерские пункты и, наконец, выработать по каждому округу план постепенной реорганизации существующих пунктов во врачебные и неуклонно, твердо и решительно проводить его в жизнь. Однако, реорганизация не должна сводиться только к замене штатной должности фельдшера врачом, а нужно изменить обстановку пункта, характер его работы, придав дополнительный вспомогательный персонал для проведения лечебно-профилактической помощи.

Медпункты 1-й помощи на предприятиях возросли: врачебные с 16 до 28 и фельдшерские с 38 до 71. Увеличение числа врачебных пунктов на 3 имело место в Пермском и Свердловском округах, на 2 в Тагильском и Челябинском и на 1 в Ирбитском и Сарапульском. Рост фельдшерских медпунктов выражен еще резче: по Тагильскому округу на 17, В.-Камскому и Свердловскому по 6, Шадринскому на 3, Кунгурскому, Курганскому, Троицкому и Тюменскому по 1. Однако было бы ошибочным приписывать весь рост медпунктов на предприятиях открытию новых пунктов. Врачебные пункты в большинстве преобразовались из фельдшерских, а фельдшерские медпункты нередко переименовывались из существовавших ранее близ промышленных и горных предприятий фельдшерских пунктов участкового типа. По существу характер и объем работы таких фельдшерских пунктов остается прежним: оказание амбулаторной и квартирной помощи с выпиской и отпуском лекарств из аптек и пр. без перенесения центра тяжести на обследовательскую и профилактическую работу. Ротные фельдшера, обычно заведующие такими пунктами, совершенно не подготовлены и не приспособлены к новым требованиям, предъявляемым медпунктам 1-й помощи и им остается только вести амбулаторный прием, чтобы не получить упреков в бездеятельности. Только врачебные пункты могут вести широкую лечебно-профилактическую работу, но они составляли всего 28,3 проц. общего числа медпунктов на предприятиях.

Станции скорой помощи в г. Свердловске сократились на 2 путем объединения этих пунктов; из окргородов открыта станция в г. Челябинске, а в городских поселках станции увеличились с 1 до 3. Станций скорой помощи не имелось в г. г. Тобольске, Троицке и Шадринске и оказание скорой помощи лежало на пунктах помощи на дому. Такое слияние двух различных функций в одной организации приводит к тому, что страдают как скорая помощь, так и домашняя. Только при разделении скорой помощи от помощи на дому можно говорить о правильной организации внебольничной помощи. Здесь нужно отметить, что скорой помощи нет и во многих крупных городских поселках, по н селению своему не уступающих целому ряду окргородов.

Пункты помощи на дому, под которыми надо понимать специально приглашенных для оказания квартирной помощи врачей и фельдшеров в окргородах увеличились на 2 (Пермь и Троицк), в районах—же на 4 (в В.-Камском и Тагильском по 1 и Пермском на 2); нет таких пунктов в сельских местностях, из окружных центров в г. Ирбите и в Кудымкоре и очень мало в городских поселениях (10).

Глазные отряды, командируемые на летние месяцы в районы национальностей с сильно развитой трахемой, сократились с 3 до 2 и в 28 году работали в Курганском и Сарапульском округах. Зубоврачебные амбулатории и кабинеты возросли со 103 до 122, или на 18,4 проц., при чем в окргородах на 6 и в районах на 13 кабинетов. Около 55 проц. всех зубкабинетов находились в поселках городского типа, 38 проц. в окргородах и 7 проц. в сельских местностях. Число кресел увеличилось с 124 до 148. Зубопротез-

ные кабинеты открылись в Камышлове, Красноуфимске, Кунгуре и Тобольске, а в районах Тагильского округа сократились на 2.

Общее число больниц увеличилось на 9, или на 3 проц., при чем 6 больниц приходилось на районы и 3 на областные учреждения, а именно: Зауральская психолечебница и люпозорий в г. Свердловске и Институт психиатрической экспертизы в г. Перми. Число родильных домов увеличилось открытием дома в г. Ирбите. Из общего числа больниц 284 городских и участковых, 1 при фабрично-заводском предприятии, 6 родильных домов, 3 психиатрических и 2 туберкулезных. По месту расположения городских и участковых больниц 11 проц. приходилось на окргорода, 36 проц. на городские поселки и 53 проц. на села. По своему размеру эти больницы распределялись так: 7 проц. имели от 1—9 штатных коек, 29 проц. 10—19 коек, 44 проц. 20—49 коек 11 проц. 50—99 коек и 9 проц. сто и более коек. Средний размер больниц мест заключения определяется 33 кроватями, родильных домов 34 и туберкулезных больниц 30.

Среднее число жителей на 1 больницу по области снизилось с 23.065 до 22.845. Однако, снижение это далеко неравномерное и целый ряд окргородов и районов, наоборот, имеют повышение, хотя и небольшое, от естественного роста населения. На 1 больницу в г. Свердловске приходилось 13,7 тыс. жителей, в окргородах 12,8 тыс., в поселках городского типа 8 тыс. и в сельских местностях 37 тыс.

В больницах число кроватей поднялось с 11.759 до 12.393, т. е. на 634, или на 5,3 проц. Этот рост коек несколько ниже, чем в 27 г., когда он равнялся 7 проц. В частности, мы имеем увеличение коек по г. Свердловску на 160, по окргородам на 51 и районам 423. При этом увеличение на 314 коек приходится на городские и участковые больницы, 225 на учреждения областного значения и 95 на больницы мест заключения. Сокращение коечного аппарата произошло в г. Н.-Тагиле на 20 кроватей, в Тобольске на 50 и по району Тюменского округа на 29.

Среднее число жителей на 1 койку составляло 579 вместо 598 в 1927 году. По Тобольскому и Тюменскому округам имелось хотя и немного, все-же возрастание средней. При сравнении между собою коечной обеспеченности населения разных округов получаются довольно большие колебания. Для ясности все округа подразделим на 3 группы. Первую группу составят округа, где на 1 койку в среднем приходилось от 322 до 600 жителей. Сюда относятся: Свердловский (322), Тагильский (364), В.-Камский (376), Златоустовский (393), Пермский (485) и Тобольский (562) округа. Во вторую группу со средним числом от 600 до 900 на койку войдут Челябинский (690), Ирбитский (767), К.-Пермяцкий (831) и Троицкий (878). Третью группу с населением от 900 и больше составят Тюменский (900), Кунгурский (1.001), Курганский (1.007), Шадринский (1.056), Ишимский (1.134) и Сарапульский (1.143). Эти цифры дают определенные указания, куда должны быть направлены усилия органов здравоохранения для более равномерного обеспечения разных категорий трудящихся Урала коечной помощью как крестьянства, так и рабочих.

Обратимся теперь к важному вопросу о распределении коек по специальностям. Койки были специализированы в окргородах на 100 проц., в городских поселках на 70,5 проц., в сельских местностях на 35,3 проц. Общие, не специализированные койки имелись только в районах и составляли 24,5 проц. всего числа коек по области и 45 проц. всей коечной сети районов. Если исключить психиатрические койки, то специализированные кровати по остальным специальностям выразятся в следующих процентных отношениях: общие, не дифференцированные койки составят 27,9 проц.,

хирургические 16,7 проц., родильные 14,1 проц., терапевтические 12,6 процента, заразные 11,8 проц., кожно-венерические 4,5 проц., гинекологические 4, глазные 3,3 проц., детские 2 проц., нервные 1,3 проц., туберкулезные (без санаторных) 1 проц., для хроников 0,5 проц. и уха, носа, горла 0,3 проц. Отсюда вытекает, что в Уральской области ощущается недостаток в кожно-венерических, гинекологических, детских, глазных, нервных, туберкулезных, уха, носа, горла и для хроников. По сравнению с предыдущим годом наибольший рост имели родильные на 174 кровати, психиатрические на 162, хирургические на 130, общие с терапевтическими на 101, а на долю остальных специальностей падало меньше ста.

Физиотерапевтические кабинеты увеличились с 7 до 11 открытием 2-х кабинетов при Кунгурской и Тагильской больницах и 2 при амбулаториях г.г. Ишима и Шадринска. Число рентгеновских аппаратов возросло с 22 до 26: новые аппараты поставлены были в Усолье, Ишиме, Кунгуре и Кыштыме, Свердловского округа. Клинико-диагностические лаборатории возросли с 30 до 45, в том числе самостоятельные лаборатории с 2 до 5, при больницах с 25 до 33, при амбулаториях с 3 до 7. Рост клинических лабораторий наблюдался главным образом в районах и при том в городских поселениях. Из общего числа клинических лабораторий 22 находились в окрестностях, столько же в городских поселках и одна в селе. Патологоанатомическое дело в области стоит на очень низком уровне: кроме областной лаборатории в Свердловске, в округах нет других специальных лабораторий, содержимых органами здравоохранения.

Аптечная сеть, считая аптеки при врачебных амбулаториях, больницах и Уралмедторга (без аптек фельдшерских пунктов) возросла на 28 с 404 до 432, при чем в окрестностях она сократилась на 5, а в районах увеличилась на 33. По отдельным категориям аптек произошли следующие перемены: аптеки при больницах с 250 увеличились до 263 или на 13, при амбулаториях с 76 до 80, а Уралмедторга с 78 до 89 или на 11.

Врачебные консультации при лечебных учреждениях, в связи с новым распоряжением НКЗ и Соцстраха, резко снизились с 88 до 13, а врачебно-экспертные комиссии возросли с 25 до 26. Нужно заметить, что благодаря обширности территории области и недостаточности путей сообщения ограничиться одной экспертной комиссией на округ не удается и мы имеем дополнительно 9 комиссий в поселках городского типа. Однако, 5 комиссий для Златоустовского и 3 В.-Камского округов много, и, по примеру других промышленных округов, число их должно быть сокращено до 2 на округ.

Лечебных учреждений прочих общественных и ведомственных организаций к началу 29 г. имелось по области 37, из которых 23 общих и специальных амбулаторий, 4 зубкабинета и 10 стационаров на 330 коек. Во всех перечисленных учреждениях состояло 205 человек медперсонала, в том числе 36 медицинских и 5 зубных врачей. Большинство лечебных заведений этой группы принадлежит медфаку Пермского университета, затем РОКК'у и прочим организациям. Из частных лечебных учреждений нужно отметить 73 зубкабинета с 47 зубврачами, не совмещавшими свою работу с работой в общественных и государственных зуболечебницах. Других частных лечебных и санитарных учреждений на Урале нет.

Туберкулезных санаториев имелось 7 на 369 кроватей, из коих 2 санатория для взрослых легочных больных на 135 кроватей, 1 для легочных больных детей на 20 кроватей и 4 для детей с костным туберкулезом на 214 кроватей. Из 7 санаториев 3 с 264 кроватями содержатся Облздравотделом, а остальные Курганским, Сарапульским и Тюменским округами. Несмотря на значительный спрос в санаторном лечении, сеть санаторий

мало изменяется. Некоторое увеличение коечного штата наблюдается в Свердловском деттубсанатории в текущем 29 году. Если открытие и содержание костно-туберкулезных санаториев затруднительно для окрздравотделов, то санатории для легочных больных возможно иметь в каждом округе и в особенности в промышленном. Урал не имеет также постоянного санатория для нервных и других не туберкулезных больных, если не считать зимний сезон на Курьинском курорте.

Тубдиспансеры увеличились с 18 до 21, при чем распределялись они между окргородами 17 и поселками городского типа 4. Из общего числа диспансеров только 9 имели педиатрические кабинеты, а именно: в Свердловске 2, в Сарапуле, Н.-Тагиле, Троицке, Тюмени по 1 и 3 в Пермском округе; хирургические кабинеты имелись в Перми 2 и Свердловске 1. Рост числа кабинетов идет медленно: в отчетном году терапевтические кабинеты для взрослых увеличились на 7, педиатрические на 4 и хирургические на 1. Что касается вспомогательных к тубдиспансерам учреждений, то диагностические отделения возросли с 8 до 11, дневные детские санатории с 5 до 6, ночные для взрослых с 12 до 16, диетические столовые уменьшились с 3 до 2 (закрылась в Шадринске). К началу 29 г. диагностических отделений не имели тубдиспансеры Усолья, Златоуста, Тобольска, Троицка, Тюмени и Челябинска; ночных санаториев для взрослых не было в Ишиме и Тобольске. Детские дневные санатории при тубдиспансерах имелись в Ирбите, Кургане, Перми, Свердловске, Тагиле и Троицке, а во всех остальных этих вспомогательных учреждений не было. Число коек в диагностических отделениях возросло на 30, в дневных детсанаториях на 32, в ночных санаториях на 27, всего на 89, а с 10 диетическими местами в диетстоловых на 99.

Число вендиспансеров области увеличилось с 20 до 23, и увеличение это относится к поселкам городского типа, где вместо 4 бывших вендиспансеров стало 7. Из окргородов вендиспансера не было в одном г. Ишиме. Венотрядов и венпунктов состояло 13, при чем 1 в Свердловске, 6 в городских поселениях и столько-же в сельских местностях. Перемена произошла на 1 пункт (закрыт в Сарапуле).

Особенно крупное расширение сети приходится отметить по охране материнства и младенчества. Постоянные ясли возросли с 55 до 78 или на 42 проц., в том числе фабричные с 26 до 51 (на 53 проц.). В связи с этим количество мест в постоянных яслях увеличилось с 1.480 до 2.232 или на 51 проц. Постоянных яслей не было из окружных центров только в г. Троицке и Кудымкоре, а из районов в Ишимском, К.-Пермяцком, Курганском, Тобольском и Тюменском округах. 40 проц. постоянных яслей расположены были в окргородах, 54 проц. в поселках городских и 6 проц. в сельских местностях. Еще более бурный рост наблюдался в отношении летних временных яслей с 307 до 469 (52,7 проц.), а мест в них с 6.192 до 9.369 (51,3 проц.). Местоположение временных яслей совершенно обратное постоянным яслям: 92,1 проц. функционировали в сельских местностях, 7,2 проц. в городских поселках и 0,7 проц. в окргородах. Из округов по числу летних яслей на первом месте стоял Кунгурский (49), затем следовали Тюменский и Шадринский (по 46), Пермский (43), Челябинский (38), Курганский (34), Свердловский и Тагильский (по 33). По количеству детских мест впереди шел Шадринский округ (1.000), затем Свердловский (794) и Челябинский (785).

По области детских консультаций 96, из них 24 в окргородах, 51 в городских поселениях и 21 в сельских. Молочные кухни имелись лишь при 15 консультациях, в том числе 13 в окргородах и по 1 в городских поселках

и сельских местностях. Если в сельских местностях потребность в молочных кухнях и не ощущалась очень остро, то в городских поселках, населенных рабочими, женский труд применяется довольно часто, и там молочные кухни нужны. Патронаж проводился в 87 консультациях или в 90,6 процента; он не был организован в одной из консультаций г. Златоуста, в 2 г. Челябинска, а из районов в 2 консультациях Тагильского и Челябинского округов, в одной В.-Камского, Сарапульского, Свердловского. Консультаций для женщин было 85 с таким же распределением их по месту нахождения, как и детские; не было их ни в одном районе Златоустовского, Ирбитского и Тобольского округов. Юридические консультации имелись в г.г. Перми, Сарапуле, Свердловске, Н.-Тагиле, Троицке, Тюмени и Челябинске, а из районов в Тагильском (5), Тюменском (1). Выявить рост консультаций очень трудно, так-как на 1 января 28 г. в число консультаций некоторые округа включили и консультационные дни, проводимые участковыми врачами; в 29 г. они были выделены в особую графу.

Домов матери и ребенка 11, домов ребенка 5, при чем Кунгурский дом ребенка был преобразован в дом матери и ребенка. Общее число мест для детей уменьшилось с 535 до 485, а для матерей и беременных увеличилось на 20. Домов матери и ребенка не было в В.-Камском, Ишимском, Троицком округах, и трудно сказать, где находили приют беспризорные дети впредь до отдачи их на патронирование и беременные, не имевшие крова и работы.

В отношении учреждений охраны здоровья детей нужно сказать, что учет их в окрздравотделах поставлен весьма неудовлетворительно. Начать с детских профилактических амбулаторий и пунктов ОЗД. Хотя НКЗдравом и даны были общие руководящие указания, какие амбулатории причислять к амбулаториям-диспансерам и какие именовать лишь пунктами ОЗД, на местах до сих пор замечается путаница и некоторые окрздравы, имеющиеся у них пункты ОЗД продолжают считать за детпрофамбулатории. Затем целый ряд учреждений ОЗД, как детсанатории, детколони, санплощадки и пр., содержащиеся на средства различных организаций или субсидируемые ими, носят характер не постоянных, а временных летних учреждений и легко выпадают из поля зрения статистиков окрздравотделов. Поэтому здравотделам следует зорко следить за своевременной и правильной регистрацией этих учреждений и своевременным поступлением от них текущих отчетов.

Число детпрофамбулаторий возросло от 4 до 7, как результат расширения имевшихся ранее пунктов ОЗД в г. Златоусте, Сарапуле и Тюмени. Увеличилось и число кабинетов в них с 19 до 34; прибавились 4 педолого-антропометрических кабинета, 1 психоневрологический и 1 профотбора. Пункты ОЗД увеличились с 14 до 15. Вновь открыты пункты в г.г. Соликамске, Ишиме, Перми, в одном из районов Пермского округа и в Кудымкоре К.-Пермяцкого. Из вспомогательных учреждений детские санатории возросли с 1 на 25 кроватей до 3 с 90 кроватями; вновь открыты санатории в Златоусте на 15 кроватей и в Свердловске на 50. Санплощадки уменьшились с 15 до 13: открылись в Троицке и в одном из районов Ирбитского округа и закрылись по одной площадке в районах Сарапульского, Тагильского и Шадринского округов. Общее число мест в санплощадках сократилось с 555 до 472. Летних детских санколоний в 28 г. числилось 14 на 1.100 детей, при чем 4 колонии на 265 детей помещались в черте окргородов, 7 на 549 детей в городских поселениях и 3 на 286 детей в селах. Санаторные лагеря для пионеров увеличились с 1 до 2. Санколонии для рабочих подростков с 3 на 155 подростков возросли до 4 на 200. В областной школе-санато-

рие для детей с невропсихическими аномалиями в г. Перми число штатных мест из-за недостатка помещения сокращено было с 50 до 30. Детские дома-изоляторы, содержимые на бюджетах окрздравотделов, увеличились с 2 на 130 детей до 4 на 185.

Как видно из изложенного, сеть учреждений по ОЗД чрезвычайно слаба и не соответствует важности возложенных на них задач по оздоровлению детей и подростков: детпрофамбулатории не во всех окружных центрах организованы, параллельно с ними пункты ОЗД не во всех округах имеются, вспомогательных учреждений при детпрофамбулаториях недостаточно, санплощадок для физически слабых детей крайне мало и даже не на всех пунктах ОЗД они открыты; большой недостаток ощущается в санколониях для слабых детей, а в промышленных округах и для рабочих подростков.

Переходя к районной санитарной организации, прежде всего остановимся на санитарных участках, число которых к началу 29 г. определялось 42, при чем 29 в поселках городского типа и 13 в сельских местностях. Ишимский, Курганский и Челябинский округа в своих районах совершенно не имели санитарных участков, в К.-Пермяцком, Тобольском и Тюменском их было по 1, в Ирбитском 2, в В.-Камском, Златоустовском, Кунгурском и Пермском по 3, в Сарапульском 4, в Свердловском, Троицком и Шадринском по 5 и в Тагильском 6. Таким образом наличная сеть районных санитаров в большинстве округов очень скромна и ни в коей мере не соответствует ни потребностям населения, ни установленным НКЗ нормам. С другой стороны, не все санитарные участки были заняты врачами. Из санитарных учреждений нужно отметить 2 областных санбакинститута в Перми и Свердловске. Число санитарно-бактериологических лабораторий увеличилось с 15 до 17, при чем 10 из них были в окргородах и 7 в городских поселках. Малярийных станций 3. Учреждения по изучению и борьбе с профзаболеваемостью возросли с 5 до 6; в них имелись следующие отделения: 3 амбулаторных, 1 стационарное, 2 лабораторно-клинических, 3 лабораторно-гигиенических, 1 физиологическое, 2 психо-физиологических и профотбора и 2 статистических. Дезостанций по области 3, лечучреждений, имеющих дезокамеры, 55 с 63 дезокамерами.

Все, что было сказано в отношении недостаточного и неправильного учета учреждений ОЗД, целиком может быть повторено и по отношению санитарно-просветительной сети. В годичных отчетах цифры резко колеблются из года в год, увеличиваясь и уменьшаясь в зависимости от степени полноты полученных с мест материалов. Поэтому сравнивать данные 29 г. с 28 г. мы не будем, ограничившись только сведениями на январь 29 г. Домов санпросвета состояло 7, из них 5 в окргородах и 2 в городских поселках. Окружные дома санпросвета имелись только в г.г. Златоусте, Перми, Н.-Тагиле, Тюмени и Челябинске, в остальных окргородах и в том числе в самом Свердловске до сего времени нет домов санпросвета. Постоянных санпросветительных выставок числилось 84, из них 40 в окргородах, 32 в городских поселках и 12 в сельских местностях. Из постоянных выставок 13 содержались, как самостоятельные учреждения, а 71 находились при лечучреждениях. Ишимский и Челябинский окрздравотделы постоянных выставок не имели. Передвижных выставок было всего 29, при чем 15 находились в окргородах и 14 в районах; Ирбитский, К.-Пермяцкий, Кунгурский, Тобольский округа передвижных выставок не имели. Систематическая санпросветработа проводилась в 101 рабочих клубах, при чем работа эта не отмечена в окргородах: Усолье, Ирбите, Кунгуре, Перми, Свердловске и Троицке. Такого-же рода санпросветработа велась и в 119 избах-читальнях

и домах крестьянина во всех округах, за исключением Златоустовского, Тобольского, Троицкого и Челябинского. Вполне вероятно, что систематическая санпросветработа велась по клубам и избам-читальням тех округов, которые не дали сведений из-за небрежного отношения к заполнению соответствующих граф в месячных отчетах. В рабочих клубах и на предприятиях области значилось 96 санитарных уголков, при чем по Тобольскому и Пермскому округам никаких сведений не было дано. При 106 избах-читальнях имелись такие же сануголки, при чем по Курганскому, Пермскому, Троицкому, Челябинскому округам графы эти пустуют. Сануголки организованы и при 251 учреждениях здравоохранения, за исключением г.г. Златоуста, Кунгура, Троицка и районов Троицкого и Челябинского округов. Окружные медицинские библиотеки увеличились с 11 до 15 и теперь они имеются во всех окружных центрах кроме г. Перми; число книг в них за год возросло на 24 проц. и по округам колеблется от 100 в Кудымкоре до 18 тыс. в Свердловске, составляя в среднем 2,5 тыс. на библиотеку. Библиотек по санпросвету значилось 105, из коих 11 в окргородах, 37 в городских поселках и 57 в сельских местностях. Киноаппаратов было 5, волшебных фонарей 59. Повторяем, всем окрздравотделам надо обратить самое серьезное внимание на правильный учет санпросветительной сети, являющейся одной из основных баз советского здравоохранения.

Скажем несколько слов о составе и переменах медицинского персонала. Общее число медперсонала, содержимого органами здравоохранения (без Уралмедторга и других организаций) увеличилось с 14.541 до 15.972 или на 9,8 проц. Всего врачей значилось 1.505, которые распределялись так: 14,3 проц. в Свердловске, 42 проц. в окргородах, 25,4 проц. в городских поселках и 18 проц. в сельских местностях. Рост медицинских врачей определялся 19 проц., зубврачей 16,3 проц.; врачи окргородов увеличились на 12,8 проц., в районах на 27,2 проц. По отдельным группам рост таков: по ОЗД 30,6 проц., Охматмладу 25,3 проц., лечебных 17,8 проц., санврачей 8 проц., туберкулезников 53 проц., венерологов 2,7 проц. Фармацевтический персонал сократился с 654 до 639, число акушерок увеличилось с 575 до 657 (14 проц.), фельдшера с 1.453 до 1.538 (5,9 проц.), сестры с 1.817 до 2.081 (14,5 проц.). Ротные фельдшера составляли 52,6 проц. общего числа фельдшеров.

В заключение приведем следующие пожелания для расширения и улучшения сети учреждений здравоохранения в будущем:

1. Сеть врачебных участков и план ее осуществления требуется разработать в каждом округе и в особенности там, где средние размеры врачебного участка в несколько раз превышают установленные нормы. При этом в городских поселках нужно полностью обеспечить потребности застрахованных групп населения, а среди крестьянства социалистического сектора сельского хозяйства (колхозы и совхозы) и нацменьшинств. Из промышленных предприятий особенное внимание должно быть обращено на металлургическую, металлообрабатывающую, горную, химическую и текстильную промышленность, лесозаготовки и лесосплавные пункты.

2. Необходимо выработать план обеспечения коечной помощью районов без больниц, в особенности, в Челябинском, Ишимском и Шадринском округах. То же самое относится и к специальным амбулаториям. Фельдшерские амбулатории в окргородах должны быть ликвидированы в ближайшем же времени, а фельдшерские пункты преобразованы во врачебные согласно 5-тилетнего плана.

3. Число врачебных медпунктов I-й помощи на предприятиях должно быть расширено ускорением реорганизации фельдшерских медпунктов;

в г.г. Тобольске, Троицке и Шадринске требуется открыть станции скорой помощи.

4. Сеть сельских зубо врачебных кабинетов должна быть расширена, а в Ишимском, Курганском, Тобольском и Тюменском округах открыты по одному зубкабинету в сельском районе. Кроме того необходимо открыть школьно-профилактические кабинеты в В.-Камском, Ишимском, К.-Пермяцком, Кузнецком, Курганском и Тобольском округах.

5. Окргздравотделам нужно разработать план открытия не имеющих у них специальных отделений в окрбольницах: детского, нервного, туберкулезного, уха, носа и горла и для хроников. Сеть заразных коек в районах требуется расширить открытием при каждой районной больнице заразного отделения. Во врачебных участках Тобольского округа нужно организовать кроме того и родильные отделения, которых там нет.

6. Районные больницы необходимо снабдить дезкамерами неподвижного типа. Каждый окружной центр должен оборудоваться оборудованием физиотерапевтического отделения и патолого-анатомической прозекторской. Физиотерапевтические кабинеты необходимо открыть в наиболее крупных рабочих районах. К.-Пермяцкий округ нуждается в открытии клинко-диагностической и санитарной лаборатории.

7. Назрела потребность в сети окружных тубсанаториев для легочных больных и обеспечении существующих тубдиспансеров вспомогательными учреждениями, педиатрическими и хирургическими кабинетами. Вне диспансеров ночные санатории открываться не должны.

8. Кудымкору нужен тубдиспансер, а Ишиму вендиспансер; кроме того следует организовать по одному венпункту в округах, где таковых нет.

9. Постоянные ясли необходимо открыть в Кудымкоре и Троицке, а консультации в районах Ирбитского и Тобольского округов. В существующих консультациях следует оборудовать молочные кухни, где их нет, и обеспечить патронажем. Дома матери и ребенка требуется открыть в В.-Камском, Ишимском и Троицком округах, а имеющиеся по области дома ребенка реорганизовать в дома матери и ребенка.

10. Все пункты ОЗД в окрсредах нужно преобразовать в детпрсф-амбулатории-диспансеры нормального типа со вспомогательными учреждениями и расширить число пунктов ОЗД в районах. Из оздоровительных летних учреждений каждый округ должен иметь санаторный лагерь для пионеров, санколонию для физически слабых детей, а промышленные округа и для рабочих подростков.

11. Сеть санпросветительных учреждений требует дальнейшего развития и продвижения в районы; окргздравотделы должны обзавестись своими киноаппаратами и достаточным числом волшебных фонарей.

12. Необходимо принять все меры к увеличению числа санитарных врачей, венерологов, врачей ОЗД, зубврачей, сестер социальной помощи и дезинфекторов, в особенности в сельско-хозяйственных округах.

О ПЛОТНЫХ ОПУХОЛЯХ ПОЧЕК.

Проф. Д. П. Кузнецкий (Пермь).

Классическими кардинальными симптомами плотных опухолей почек считаются гематурия, прощупываемая опухоль почки и боль. Иногда плотные опухоли почек могут протекать при наличии высокой лихорадки, а в редких случаях эта последняя бывает единственным симптомом. Мне известен такой случай, когда вся картина болезни протекала в виде постоянной высокой лихорадки. Прижизненного диагноза интернистам, наблюдавшим этого больного, так и не удалось поставить. На аутопсии оказалась гипернефрома почки с многочисленными метастазами во внутренних органах. Marten Laral сообщил о случае карциномы почки, протекавшем при высокой температуре, которая симулировала закрытый пионефроз и прекратилась после нефрэктомии. Можно было бы привести несколько подобных примеров.

Имеет практическое значение тот факт, что картина болезни при плотных опухолях почек клинически может проявляться только одним метастазом. Приведу, как пример, наблюдение проф. Федорова, относящееся к проф. В.-Мед. Академии, у которого нераспознанная при жизни гипернефрома почки рано дала метастаз в шейную часть позвоночника, благодаря чему клиническая картина болезни протекала как саркома позвоночника. Общее состояние больных, особенно при гипернефромах, иногда долго остается вполне удовлетворительным, даже при тяжелых изменениях в почке. Кахексия развивается или вследствие очень больших кровопотерь, или вследствие метастазов в лимфатические железы и во внутренние органы.

В общем, пожалуй, правы те, кто в развитии плотных опухолей почек считают возможным различать три периода. Первый или открытый период при некоторых формах, например, при гипернефромах, не проявляется никакими симптомами, даже в течение всей жизни больного. Второй период, самый важный в клиническом отношении, характеризуется более или менее быстрым ростом новообразования, но иногда, например, при гипернефромах, может длиться в течение многих лет. В этом именно периоде большею частью появляются гематурия, прощупываемая опухоль почки и боли. У одного из моих оперированных больных гематурия до операции продолжалась 5 лет, но больная почка не прощупывалась. Третий период—это период очень интенсивного роста новообразования почки, появления метастазов и кахексии.

Диагностика не сложна, если налицо вся триада симптомов: гематурия, прощупываемая опухоль и боль. Трудна, а иногда невозможна, ранняя диагностика плотных опухолей почек, особенно в скрытом периоде,

когда опухоль мала и не проявляется клинически ни одним из вышеупомянутых симптомов.

Из всей триады наиболее важным симптомом надо признать гематурию и вот почему. Гематурия нередко бывает единственным поводом к ранней диагностике, ибо она раньше всех остальных симптомов заставляет больных обратиться к врачу за советом. Гематурия ограничивает дифференциальную диагностику областью мочевых органов и заставляет врача не забыть подумать и об опухоли почки. Наконец, во время гематурии иногда удается при цистоскопии точно установить, является ли источником кровотечения мочевого пузыря или почка.

Одним из лучших и точных методов ранней диагностики плотных опухолей почек должна быть признана в настоящее время рентгенография в виде уретеропиелографии, пиелоскопии и пневморен. При уретеропиелографии даже частичный дефект наполнения одной или двух чашечек, а тем более отсутствие на снимке тени от лоханки или, как говорят американцы, тень лоханки, похожая на ноги паука, смещение мочеточника, его искривление—характерны для опухолей почек. Уретеропиелография и катетеризация мочеточника с применением функциональных проб должны быть, по моему мнению, как правило, двухсторонними. Это облегчает путем сравнения пиелограмм обеих почек скорее заметить и правильно оценить все изменения в числе и форме чашечек, лоханки и положении мочеточника на пораженной стороне, а в редких, но уже описанных в литературе случаях распознать существование опухоли в обеих почках.

На более раннее появление изменения формы чашечек и лоханки в том или другом случае может до некоторой степени влиять архитектура самой почечной лоханки. Эти изменения при плотных опухолях почек произойдут раньше при интратенальной, ветвистой лоханке, нежели при экстраренальной ампулярной.

При пневморен изменение контуров почки, асимметрия в верхней или нижней половинах ее, особенно в тех случаях, где опухоль растет более эксцентрически, позволяют иногда довольно точно определить, в какой части почки расположена опухоль. Тем не менее показания к пневморен при более ранней диагностике плотных опухолей почек, по мнению некоторых авторов, встречаются редко, и в этом я с ними вполне согласен. С другой стороны, до некоторой степени прав Готлиб, что пневморен может указать на наличие или отсутствие значительных спаек. Однако, пиелоскопия, менее травматичная и менее опасная, чем пневморен, давая возможность детально выяснить статическую, респираторную и пальпаторную подвижность почки, сама по себе уже решает вопрос о возможности и степени трудности оперативного вмешательства и делает, пожалуй, излишним применение пневморен для определения наличия или отсутствия значительных спаек. Нельзя, конечно, отрицать того, что наиболее отчетливую картину при плотных опухолях почек дает сочетание пиелографии с пневморен. Но все же сложность техники и опасность осложнений после пневморен значительно ограничивают ее применение. Отсюда понятно, почему последние работы наглядно свидетельствуют о том, что авторы почти исключительно пользуются при диагностике плотных опухолей почек пиелографией и пиелоскопией.

Ценность и необходимость рентгено-диагностики плотных опухолей почек едва ли кто-нибудь в настоящее время будет оспаривать. Особенную ценность приобретают пиелография и пневморен в тех случаях, где плотная опухоль клинически еще не проявляется ни прощупываемой опухолью почки, ни гематурией, или по крайней мере отсутствует один из этих симп-

томов, или когда налицо только симптом боли, или высокой температуры. Такие случаи скрытых форм плотных опухолей почек встречаются по литературным данным до 20 проц. и могут быть определены иногда с помощью рентгенодиагностики. Тем не менее эта последняя является только специальным методом исследования и, конечно, одна сама по себе без других методов исследования не в состоянии разрешить всех вопросов диагностики плотных опухолей почек тем более, что иногда рентгенодиагностика может дать повод к ошибочным заключениям. Это бывает в тех случаях, где на ряду с плотной опухолью почки, существует аномалия почки, или камень в ней, или комбинация плотной опухоли с пиелитом, пионефрозом или туберкулезом, или наконец, в некоторых случаях пиелонефрита и папилломы лоханки.

Наибольшие трудности для диагностики представляют атипически протекающие случаи гипернефромы почки. В литературе описаны случаи, протекавшие клинически наподобие костного туберкулеза, карциномы влагалища с метастазами в коже, в виде опухоли мозга, костного туберкулеза и туберкулеза брюшины, суставного ревматизма, саркомы позвоночника, опухоли ключицы, стеноза привратника желудка и, наконец в виде илеуса.

У меня сейчас лежит в клинике больная, оперированная одним участковым врачом под диагнозом опухоли мочевого пузыря и присланная им ко мне вследствие рецидива опухоли на месте операции. Детальное клиническое исследование не оставляет сомнения в том, что у больной плотная опухоль левой почки, давшая метастазы в различные органы, в том числе и в мочевой пузырь. Этот метастаз в мочевой пузырь при наличии гематурии, которая, кстати сказать, после удаления опухоли из мочевого пузыря не прекратилась, и дал повод к ошибочному объяснению картины болезни.

Правильная диагностика таких случаев почти исключительно зависит от опытности, и, пожалуй, талантности клинициста. Я не буду останавливаться на вопросе о применении специфических реакций для диагностики плотных опухолей почек, так как они не имеют практического значения, и никем в настоящее время не применяются.

Я располагаю 17-ю случаями плотных опухолей почек, наблюдавшимися мною на Урале. Из этих случаев было: 1) неоперируемых 8, 2) нефрэктомий 9. Из 9 оперированных больных умерло 5. Из них вскоре после операции 2, через 4 м-ца после операции от рецидива и метастазов 1, через 2 года 9 мес. от метастаза в пищевод 1, через 1 год 3 мес. от случайного заболевания 1. Выздоровело 4; из них 1 здоров 3 года 3 м-ца, другой 2 г. 6 м-цев, третий 2 года 4-м-ца и четвертый 4 месяца. Возраст больных колебался от 8 месяцев до 66 лет. Мужчин 10, женщин 7, детей 5, взрослых 12.

Я не буду останавливаться на разборе отдельных случаев и не буду приводить историй болезни, скажу лишь, что мои наблюдения производят в общем грустное впечатление большим количеством неоперируемых случаев (из 17 случаев 8 неоперируемых). Слишком поздно больные сами являлись или направлялись врачами в мою клинику. Только у двух больных не было симптома прощупываемой опухоли почки; поэтому в отношении диагноза в общем мои наблюдения не представляли трудностей. О ранней диагностике можно говорить только в одном случае—в последнем в 17-м. Больной был прислан участковым врачом в мою клинику из-за гематурии. Ни та, ни другая почка не прощупывались. При сравнении пиелограмм обеих почек было установлено, что на пиелограмме левой почки имеется дефект наполнения двух чашечек и части лоханки. На патолого-анатомическом препарате видно гипернефрома с куриное яйцо в средней части почки. Опухоль уже проросла в среднюю часть лоханки, чем и вызваны частичный дефект ее наполнения и дефект наполнения 2-х чашечек на пиелограмме.

Больной этот теперь совершенно поправился, и за пять месяцев после операции прибавился в весе более чем на 16 килограммов.

Я не ошибусь, если скажу, что лечит хорошо тот, кто хорошо распознает болезнь, но еще лучше лечит тот, кто, кроме того, умеет распознавать болезнь в самом ее начале.

Послеоперационная смертность нефрэктомии при плотных опухолях почек в среднем около 13 проц. Умирает от рецидива в течение трех и более лет после операции 70—80 проц., остаются длительно здоровыми от 7 проц. до 17 проц. Результаты далеко не утешительные. Причина этого лежит главным образом, если не исключительно, в том, что мы слишком поздно оперируем больных с плотными опухолями почек. Чтобы улучшить отдаленные результаты, необходимо создать методы ранней диагностики, так как методы операций плотных опухолей почек в настоящее время разработаны на столько хорошо, что к ним едва ли можно прибавить что-либо существенное.

ПРОГРЕСС ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ ХИРУРГИИ ОТ БИЛЬРОТА ПО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ *).

Проф. В. К. Шамарин (Свердловск).

Немного людей, имена которых на целые столетия сохраняются в памяти человечества. Одним из таких людей был знаменитый германский хирург и крупнейший ученый Теодор Бильрот. Бильрот родился в 1829 году и вышел на арену хирургической и ученой деятельности в эпоху великих открытий в медицине и биологии. Во Франции Луи Пастер открыл и доказал, что брожение и гниение происходят вследствие присутствия различного рода микроорганизмов. В Англии, на основании открытия Пастера, хирург Листер изобретает средства для уничтожения этих микроорганизмов и указывает пути для борьбы с ними. До этого времени раненые и оперированные больные умирали от гнойного заражения или от госпитальной рожи в таком ужасающем количестве, что немногие хирурги того времени отваживались на производство кровавых операций, ибо в том и другом случае безжалостная смерть уносила больных в могилу. Хирург Фолькман даже говорил, что если явится человек и откроет средство для борьбы с гнойным заражением, то такому человеку следует поставить золотую статью. Если таким человеком считать Листера, то положившему начало научной желудочно-кишечной хирургии Бильроту в равной степени принадлежит такая же честь и слава.

Предложенная в первоначальном виде восьмислойная Листеровская повязка, сопровождаемая карболовым шпреем, была очень громоздкой и неуклюжей, но давала результаты до того времени неслыханные. Бильрот вначале относился к Листеровской повязке с некоторой иронией и лишь очень медленно сделался ее сторонником. Об этом свидетельствует его письмо к хирургу Фолькману, написанное в 1875 году:

«Чтобы доставить тебе удовольствие», пишет Бильрот, «я листерирую с 1-го октября. Ближайшими результатами были одно карболовое отравление со смертельным исходом при обширной гангрене кожи от карболовых повязок и две ампутационные культи с огромным распадом клетчатки, но так как

*) Речь, произнесенная 8-го октября 1929 г. на торжественном заседании Уральского Медицинского Общества и Научной Ассоциации при Обл. Бюро Врачебной Секции, посвященном 100-летию со дня рождения Бильрота.

ты говоришь, что все это неважно, а затем пойдет лучше, то мы листерируем дальше с неослабным рвением».

Бильрот как-бы предчувствовал, что на смену антисептики должна явиться асептика. Признавая за Листеровской повязкой все преимущества, он тем не менее всюду и везде указывал и говорил, что карболовая кислота вызывает отравление больных, производит омертвление органических тканей и вредна для хирургов. Не отрицая принципа Листеровской повязки, он искал новых средств для осуществления его. Он стремился идти дальше Листера, и история развития и расцвета современной хирургии это подтверждает. Всем известно, что работы и исследования Furbringer'a, Renicke, Alfeld'a, Mikulicz'a, Eiselsberg'a, Кохера и других хирургов в скором времени вывели на сцену асептику с ее дезинфекцией и стерилизацией. Таким образом, Бильрот первый из хирургов указал, что необходимо открыть новый метод и новые средства для производства хирургических операций и в этом сказался его пылливый творческий ум. В этом его громадная и неоценимая заслуга перед современной хирургией. Под покровом сначала антисептики, а потом асептики, Бильрот развивает в Вене блестящую смелую оперативную технику. В 1881 году он пишет, что рост числа его операций сделался громадным. Его операции в полости живота, особенно на желудочно-кишечном тракте, создают ему мировую славу.

Надо сказать, что германская хирургия в пятидесятых и шестидесятых годах прошлого столетия была значительно ниже французской и английской. Славным именам Вельпо и Дюпоитрена, Ансельма, Купера и других немецкая хирургия не могла противопоставить равных. Н. И. Пирогов, посетивший в то время германские университеты, сообщает не мало фактов о невежественных тогдашних корифеях германской хирургии и только один Лангенбек останавливает его внимание. С появлением же Фолькмана, а главным образом, Бильрота, германская хирургия быстро завоевала положение и твердо закрепила свои позиции, оказывая свое авторитетное влияние на соседние государства.

К осуществлению желудочно-кишечных операций экспериментальная хирургия начала подходить еще за 70 лет до Бильрота. Молодой врач Карл Теодор Меррем написал диссертацию, в которой экспериментами на собаках доказал, что можно вырезать привратник и сшить желудок с двенадцатиперстной кишкой, и сообщил при этом, что две собаки из трех перенесли такую операцию и остались живы. После того на протяжении многих лет анатомы, физиологи и хирурги Франции, Англии и Германии экспериментально изучают наложение желудочно-кишечного шва и только после опубликования работ французского хирурга Lembert'a стали чаще и удачнее производить операции на желудке и кишках экспериментальных животных.

Сущность шва Lembert'a состоит в прохождении лигатуры только через серозный и мышечный слой стенки желудка или кишки без прокалывания слизистой оболочки. При завязывании узла лигатуры серозные оболочки плотно соприкасаются и быстро срастаются.

После этого опыты от животных перенесли в клинику и французский хирург Реап произвел на человеке первую операцию—резекцию желудка, но с результатом отрицательным. Германские хирурги начали разрабатывать более детальную оперативную технику на экспериментальных животных и в 1871 г. Бильрот производит удачную операцию на большой собаке, вырезавши ей довольно большой кусок желудка и соединивши его с двенадцатиперстной кишкой. Далее Gussenbauer и Winiwarter производят резекцию кишек и желудка на собаках также с положительным результатом. На основании этих экспериментальных исследований Бильрот выраба-

тывает и составляет точный план резекции желудка у человека по поводу рака.

28-го февраля 1881 года Бильрот приступает к этой операции, которая закончилась блестящей победой. Бильрот первый из всех хирургов в мире добился полного успеха, и с этого дня начинается быстрое и прогрессивное развитие желудочно-кишечной хирургии. Крайне интересно отметить, как готовилась клиника Бильрота к этой операции и как она происходила. В день этой знаменитой операции клиника Бильрота была напряжена до последней степени. Для наркоза был приглашен приват-доцент доктор Barbieri. Бильрот по этому поводу писал: «в приглашении д-ра Barbieri была необходимость, ибо, будучи свободным от заботы о наркозе, я мог совершенно отдалиться операции. Все мои ассистенты были проникнуты важным значением нашего предприятия. Не произошло ни малейшей помехи, ни одной минуты замедления». Здесь следует отметить, что Бильрот был действительно окружен учениками, достойными своего учителя. Эти ученики, развивая дело своего учителя, скоро сами оказались знаменитыми хирургами и имена их никогда не исчезнут со страниц руководств по хирургии. Имена Wolfler'a, Hacker'a, Mikulicz'a, Черни и Eiseesberg'a известны не только хирургам, но и врачам других специальностей.

Первая операция резекции желудка была произведена Бильротом по способу, который стал называться его именем—Бильрот первый.

Техника резекции желудка по этому способу производится и в настоящее время, в кратких словах следующим образом. После удаления большого участка желудка, остальной отдел желудка соединяется круговым швом с двенадцатиперстной кишкой. Так как просвет желудка больше просвета соединяемой с ним кишки, то приходится сначала суживать рану желудка швом и только в самой нижней части раны оставлять отверстие, соответствующее по величине просвету двенадцатиперстной кишки.

На месте соединения кругового желудочно-кишечного шва с продольным желудочным швом при этом способе иногда получается слабое место, ибо при обширных резекциях желудка может произойти значительное напряжение соединяемых органов, которое может вызвать здесь прободение. Для избежания этого Бильрот в том-же 1881 г. предлагает свой второй способ, отличающийся от первого тем, что оба конца желудка и кишки зашиваются наглухо и соединение желудка с кишечником восстанавливается посредством переднего или заднего желудочно-кишечного соустья.

Вышеописанные два способа Бильрота явились основой для дальнейшего развития и прогресса желудочно-кишечной хирургии. В скором времени ученики Бильрота Wolfler и Hacker при язве желудка и сужениях привратника производят с благоприятным исходом переднюю и заднюю гастроэнтеростомию. Браун для предотвращения, так называемого, порочного круга, предлагает присоединить кишечный анастомоз, и вопрос об оперативном лечении непроходимости привратника и двенадцатиперстной кишки таким образом был разрешен окончательно. Далее клиника Бильрота производит ряд операций при резекциях тонкой, слепой, толстой и прямой кишки. В 1890 году, т. е. ровно через 9 лет после первой резекции желудка и первой гастроэнтеростомии, Бильрот на международном съезде хирургов в Берлине сообщает уже о 124 операциях из своей клиники на желудочно-кишечном тракте.

Таким образом за 9 лет хирургия желудочно-кишечного тракта заняла свое определенное и прочное место.

Следует отметить, что целый ряд произведенных Бильротом операций были сделаны им в антисептический период, а потому не удивительно, что смертность у него выражалась в значительных цифрах; с введением же

асептики с ее дезинфекцией и стерилизацией, процент смертности значительно снизился. Кроме того улучшение результатов находится в связи с усовершенствованием оперативной техники и более правильным выбором случаев.

Не перечисляя названий тех операций, которые за это время были предложены различными авторами и которые в настоящее время с полным успехом производятся, скажу кратко, что по почину Бильрота стали свободно оперировать на желудке, кишках, на желчном пузыре, печени, селезенке, почках, поджелудочной железе, матке, ее придатках и т. д.

Идеи Бильротовских операций быстро распространились на Европейском континенте и быстро перешли в Англию и Америку.

Что же касается нашего Союза, то в прежнее время в России за отсутствием рентгеновских кабинетов, которые были сосредоточены исключительно в столичных и больших городах, диагностические исследования и оперативное лечение заболеваний по поводу рака и язвы желудка производилось только в клинической обстановке. В 1909 году вышел капитальный труд о гастроэнтеростомии приват-доцента В. И. Добротворского, составленный исключительно на основании материалов клиник Московского Университета и Военно-Медицинской Академии. Следует сказать, что типичные заболевания язвой желудка в прежнее время, по крайней мере в России, наблюдались не часто. В годы же разрухи и голода число таких заболеваний достигло громадных размеров и вместе с тем увеличилось число операций. С расширением рентгеновской сети, организацией и оборудованием лабораторий, больные с канцерозными и язвенными процессами желудка стали обнаруживаться гораздо чаще и число операций значительно увеличилось.

Если бы мы захотели узнать цифровые данные о количестве желудочно-кишечных операций, произведенных со времени Бильрота по настоящее время во всех странах света, то для точного учета этих цифр вряд-ли хватило бы жизни одного человека. Да это даже и невозможно, ибо хирургические операции, производимые хирургами в брюшной полости, в громадном большинстве случаев остаются неопубликованными в печати и только в редких случаях в виде годовых отчетов, сохраняются в архивах лечебных заведений. Опубликованные в печати сводные статистические материалы по поводу желудочно-кишечных операций выражаются в десятках тысяч операций, а может быть и больше.

Для примера из статистик хирургических лечебных заведений укажу на количество операций в брюшной полости, произведенных в госпитальной хирургической клинике 1-го Московского Университета с 1910 по 1925 год. В одной только клинике этой за 15 лет было произведено 1.607 операций.

Американский хирург Габерер в 1925 году сообщил о производстве в его клинике 1054 гастроэнтеростомий по поводу круглой язвы желудка. В опубликованных отчетах американских хирургов Моупиан'а, Мауо и Хабегер'а имеются сообщения о сотнях случаев резекции желудка. У нас на 15-м съезде российских хирургов в 1925 году проф. Гессе сделал блестящий доклад о 42 случаях резекции желудка, а д-р Успенский из Твери сообщил о произведенных им 1600 гастроэнтеростомий по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки за 5½ лет. Д-р Волков из Ядрина сообщил о 281 случае гастроэнтеростомии при язвах желудка. Профессор Гальперн сообщил о 466 случаях гастроэнтеростомоза по поводу язвы желудка.

Число желудочно-кишечных операций, произведенных уральскими хирургами, вероятно также выражается многими сотнями случаев. Для примера укажу, что только в одном заведываемом мною хирургическом отделении при Свердловской Областной больнице нами в течение 3-х лет было сделано 75 гастроэнтеростомий по поводу язвы желудка. Эти сравнительно немногие

примеры вполне убедительно говорят о громадном росте и прогрессивном развитии желудочно-кишечной хирургии как у нас, так и за границей.

Первая резекция желудка, произведенная Бильротом, потребовала от него громадного напряжения воли и уменья и доставила ему, как хирургу, полное удовлетворение, но в то же время эта операция причинила ему и не мало огорчений. Современники Бильрота называли его операции безумно-смелыми, другие говорили, что это совершенно ненужные операции и многие даже грозили, что такие операции должны быть запрещены. Но Бильрот был непоколебим в своих убеждениях и отстаивал право своих операций с редкой решительностью, говоря: «резекция желудка мною и моими учениками анатомически, физиологически и технически вполне разработана, как любая другая новая операция. Всякий хирург, который имеет опыт в подобных операциях, должен громко заявить, что резекция желудка должна удаваться и будет удаваться». Эти пророческие слова Бильрота подтверждает современная хирургия, в которой теперь уже говорится о безопасности операций на органах брюшной полости при непременно условии раннего оперативного вмешательства.

Эта идея о выгодах более раннего хирургического лечения рельефнее всего обрисовывается именно на вопросе о раке желудка. Раковое заболевание органов брюшной полости чаще всего начинается с желудка, и, как правило, распространяется на весь организм и губит его. Когда раковые узлы перешли на соседние лимфатические железы, то, распространяясь по кровеносным сосудам, раковая опухоль пожирает уже весь человеческий организм. Тогда сделать уже ничего нельзя и человек должен считаться обреченным на смерть. Бильрот, решаясь на трудные операции, в то же время высказывал мысль, что чем ранее делается операция по поводу рака желудка, тем больше уверенности и надежды на благоприятный исход. Современные химические, микроскопические и особенно рентгеноскопические исследования желудка и кишек в настоящее время в значительной степени способствуют ранней диагностике и дают полную возможность заблаговременно применить то или другое оперативное лечение. Отсюда ясно, что ранняя диагностика рака имеет громадное профилактическое значение и для этого за границей, в особенности в Америке и Англии, прилагаются в широком масштабе все меры и способы научных исследований. У нас, к сожалению, больные, страдающие раком органов брюшной полости, так поздно попадают на операционный стол, что очень часто им в лучшем случае может быть оказана только паллиативная помощь.

Своими блестящими операциями Бильрот завещал будущим хирургам открытые им способы оперативного лечения желудочно-кишечных заболеваний и современная хирургия широко воспользовалась его гениальным открытием.

Пройдут столетия, но имя Бильрота, как основателя желудочно-кишечной хирургии, не исчезнет со страниц истории медицины! *)

КУРОРТ „ОЗЕРО ГОРЬКОЕ“ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НА НЕМ НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В 1928 ГОДУ.

Врач Е. А. Безкоровая-Балакшина (Пермь).

Курорт «Озеро Горькое», находящийся в солончаковых ковыльных степях Челябинского округа, в 8 верстах от разъезда Алакуль Омской ж. д. и в расстоянии 2-х часовой езды от г. Челябинска, расположен на

*) По недостатку места редакция не печатает списка использованной проф. Шама-риным В. К. литературы.

берегу озера Горького, имеющего на дне богатейшие залежи иловой грязи высокой целебной ценности. Климат континентальный: холодная, суровая зима с обильными снегами, поздняя весна с заморозками в конце мая, жаркое сухое лето с палящим дневным зноем и прохладными вечерами и ночами. «Уральский хребет не служит защитой этого района от северных ветров, но зато в летнее время ветры благоприятствуют прекрасной вентиляции воздуха и особой сухости его. Кроме того, по своему географическому положению весь район изолирован от обширных областей, дающих начало обильным осадкам, и потому отличительная черта его — ясное небо и малая облачность жаркого сухого лета». (Богашев, стр. 244).

На берегу озера курорт имеет прекрасный песчаный пляж для купанья. Само озеро по своим очертаниям напоминает форму блюда, при чем спуск к нему идет широкими, мало заметными террасами, следами постепенного обмеления озера. (По словам местных старожилов, оно за последние 50 лет обмелело). Озеро находится в котловине незначительной глубины, при чем на середине его глубина немного более 1 сажени. Вода его горько-соленая и обладает послабляющим действием. Вода имеет самые различные оттенки цвета в зависимости от развития животного и растительного мира озера. Края озера большею частью изумрудно-бирюзовые, а более глубокая срединная часть синевато-зеленая. Прогревание озера в жаркие летние месяцы достигает 24 град. Р., и температура стойко держится. Зимой озеро почти не замерзает. На дне его залегают целебная грязь: у берегов, и в более мелкой части озера грязь прикрыта тонким слоем песка, а дальше залегает мощным пластом. Грязь имеет вид ваксы, обувного крема, цвет ее блестяще черный; она хорошо размазывается, без комков, эластична, нежна, размазанная на коже трудно смывается. Свеже добытая грязь издает сильный запах сероводорода, и в бурные ветряные дни от озера исходит резкий запах сероводорода. Животный и растительный мир озера (см. прилагаемые таблицы) является источником образования грязи. На берегах преобладают береза и мелкий кустарник, разбросанные небольшими купами. Рядом с курортом на берегу озера находится деревушка, население которой летом обслуживает с'езжающихся курортников (личный труд, сдача помещений), так называемое, «неорганизованное население курорта».

«Озеро Горькое», как целебный грязевой и бальнеологический курорт, работает 18 лет. В дореволюционное время владело им частное лицо, имея одну ванну грязевую; затем выросла маленькая грязелечебница, примитивно устроенная, и работа шла без врача. Первоначально обслуживалось исключительно крестьянское население, в последующие же годы, по мере роста славы озера, его целебности, начали стекаться больные из более дальних мест, появились вольно практикующие врачи; больные селились в избах крестьян вышеупомянутой деревушки. В настоящее время курорт принадлежит государству и находится в ведении Уральского курортного Управления.

В 1928 году курорт обогатился новыми постройками: 2 корпусами для больных, зданием поликлиники с 16 кабинетами и обширной столовой. В парке разбиты аллеи, цветники, выстроена «раковина» для музыкантов. В физиотерапевтических кабинетах имеются лампы Баха, Соллюкс; 4-х камерная ванна, 3 местных световых ванны, пантостат. Впервые был установлен рентгеновский аппарат. Стационар работал на 200, а в июле на 300 коек. Курорт обслуживался 10 врачами-специалистами. Слабым местом курорта является старое, полусгнившее, дырявое, холодное деревянное

здание на 32 грязевых и рапных ванны, устройство грязевых кабин крайне неудобное *). Добыча грязи производится примитивным способом, со дна озера (в недалеком расстоянии от берега) черпаками вручную, грязь вычерпывается в вагонетку, которая по помосту доставляется к ванному зданию; здесь грязь вычерпывается в 2 громадных бака, в одном из которых она потом нагревается через змеевик, проведенный в самом баке. Из баков холодная и нагретая грязь начерпывается в деревянные ванны, размещается вручную, и после проверки температуры ванны вкатываются на рельсах в кабины. Несомненно, такое первобытное приготовление грязи для ванн отражается на ее целебных свойствах, губительно влияя на биологические свойства грязи. Исползованная грязь по специальным канавкам спускается обратно в озеро.

Пресная вода добывается из колодцев. Курорт крайне беден пресной водой, и в жаркое время в ней ощущается недостаток. Кроме того, крайне капризен и, по видимому, тонок водонепроницаемый слой; при углублении колодца вода из него исчезает совершенно. В конце статьи приложены имеющиеся данные, характеризующие:

I. Среднюю полугодичную температуру для Челябинска.

» Кургана.

Среднюю скорость ветра за 6 мес. (с IV—IX).

II. Состав воды по данным проф. Клера в одном литре.

III. Общий состав воды «Озера Горького» по данным проф. Ефремова применительно к классификации миллиграмм. эквивалента.

IV Анализ воды «Озера Горького» по данным проф. Пеля.

V Таблица слоев грязи «Озера Горького».

VI Состав грязи озера Горького по данным проф. Ефремова.

VII. Анализ грязи «Озера Горького» по данным проф. Пеля.

VIII. Представители фауны «Озера Горького» по данным проф. Рузского.

О сущности грязелечения существующие гипотезы делятся на 4 группы: физическую, механическую, химическую и биологическую. Физическая группа: к ней относятся гипотезы: 1) термическая (Покровский), 2) электрическая (Seop-tetten) и 3) радиоактивная (Соколов).

II. Механическая группа: гипотеза массирующего действия Peterr'a и гипотеза внутреннего трения Stark'a (Лозинский).

III. Химическая группа объединяет гипотезы, пытающиеся объяснить целебное действие грязей различными входящими в их состав химическими продуктами.

IV. Группа биологическая—гипотеза усталости, предложенная Садиковым (Лозинский) в последнее время. Сторонники этих гипотез старались объяснить действие грязи каким-либо одним определенным агентом. Существует большая группа бальнеологов, которая в грязелечении приписывает значение совместно-му действию нескольких агентов. Высоко целебные свойства грязи зависят главным образом от физико-географических условий. «Многолетнюю научную работу над вопросами грязеобразования вел проф. Вериго над одесскими лиманами; грязь, по его определению, ничто иное, как подобие живого организма, который развился на скелете песка и глины и характеризуется главным образом обильным осадком коллоидального гидрата сернистого железа, пропитан рапой лимана, обязан своим зарождением жизнедеятельности микроорганизмов, испытывает постоянные перемены и в связи с жизненными процессами окружающей среды растет». (Богашев, 91 стр.)

На озере Горьком курортный сезон исчисляется с 1 июня по 15 сентября, распределяясь на 3 смены по 5 недель каждая. Больные по роду заболеваний разбиваются на 2 большие группы и 3-ю меньшую: I группа—заболевания органов движения, преимущественно ревматоидного происхождения хронического характера, или в стадии угасания очаговой реакции организма—при переходе болезни из острого состояния в хроническое,

*) В 29 г. приступлено к постройке нового здания на 51 ванну. (Пр. редакцип).

мышечный ревматизм; II группа—гинекологические заболевания (в стадии *a froid*); III группа—заболевания нервной системы периферической и центральной. Больные получают серию рапных «входных» ванн от 4—6, затем грязевые ванны 10—15, полные, поясные, местные, в зависимости от характера заболевания и заканчивают сезон «выходными» рапными ваннами от 4—6. Температура ванн назначается лечащим врачом; все лечение проходит под строгим врачебным контролем, больные осматриваются врачом каждые 3—5 дней, и без назначения врача ни одна процедура не отпускается.

Перехожу непосредственно к наблюдениям, относящимся к заболеваниям нервной системы. За сезон мною проведено 120 стационарных больных (по 35—40 чел. в каждую смену), из них 84 с поражением нервной системы, а остальные ревматики. Стационарные нервные больные составляли 12 проц. к общему числу курортных больных. С заболеваниями периферической нервной системы было 60 чел., Spondylor'ом—4, случаев с поражениями спинного и головного мозга 10 и 10 случаев с ошибочно поставленными диагнозами (о них ниже). С заболеваниями периферической нервной системы, главным образом, невралгией и невритом седалищного нерва было 55 человек—45 проц. («люмбоишиалгии, чаще всего люмбосакральные радикулиты составляют 40 проц. всех больных»—Налбандов). Из них было констатировано заболеваний различной давности от 1 года до 14 лет: правого седалищного нерва 19 случаев, левого 20, двустороннего поражения нервов 11 и невритов 5; некоторые лечились на грязевом курорте повторно, большинство же прибыло на курорт впервые. Среди заболеваний седалищного нерва отмечены были корешковый ишиас 20 случаев, стволовой 30 случаев и 5 случаев более тяжелого поражения в форме неврита со всеми последующими об'ективными изменениями. Из общего числа больных 49 мужчин и 6 женщин.

Как удалось установить, этиологическим моментом у 17 больных являлось ревматоидное заболевание, и вместе с явлениями ишиаса наблюдался хруст в суставах. У многих в анамнезе охлаждение, работа в жарком или сыром помещении. У всех больных при поступлении были констатированы различные суб'ективные и об'ективные симптомы поражения седалищного нерва: боль и болезненность по ходу нерва, точки Valleix у более, чем 40 проц. больных, симптом Lassegue'a в 94,1 проц., по Рахману устанавливается в 91,5 проц. У двух больных симптом Монто-Мартена, так называемый «перекрестный Лязег». Симптом Сикара—форсированное плантарное сгибание стопы (натяжение $p=vi$ *peronei*) наблюдался у 3-х больных. Симптом сгибания головы—Пери и Линднера был определен у одного больного. Ischias scoliotica (Albert, Nicoladoni) был определен у 3-х больных: у 2-х гомологический, у одного гетерологический. В 5-ти случаях неврита седалищного нерва констатировано: похудание ноги, понижение рефлексов, исчезновение, главным образом, Ахиллова рефлекса, парестезии, понижение чувствительности; 2 имели в анамнезе травму. У 10 больных (1,8 проц.), направленных на курорт с диагнозом ишиас, таковой оказался ошибочно поставленным: в 1 случае туберкулезный спондилит со значительным казеозным распадом в 4 поясничном позвонке. 2. Trochanteritis tbc (рентген). 3. Перелом шейки бедра со смещением его вверх и латерально (рентген). У этого же больного Morb Basedowi, cor thyreotoxicum. 4. Больной, в четвертый раз направленный на курорты, не дал улучшения. Рентгенограмма показала сужение межпозвоночного пространства между 4—5 поясничными позвонками и разрежение костной ткани в 5 позвонке. 5. Achyllo-dynia и активный туберкулез легких. 6. Tabes dorsalis incipiens. 7. Parkinsonismus.

8. Acromegalia 9. Syringomyelia (послан с диагнозом остатки полиневрита). 10. Achylodynia и пяточная шпора.

Вышеприведенные случаи говорят, что диагностика ишиаса бывает иногда затруднительна и требует всестороннего исследования. Из 10 вышеперечисленных больных трое были отправлены с курорта, четырем проведен курс индифферентных рапных ванн.

Лечение, применявшееся нашими больными, в общем было однообразное: «входные» рапные ванны от 3—6, затем грязевые ванны от 10—17 с перерывами и промежуточными рапными ваннами (3—4 грязевых ванны, осмотр врача, отдых, 1—2 рапные ванны и т. д.). Температура рапных ванн от 28° до 30° Р, грязевых полных от 31°—34° Р. Грязевые ванны 34—37° Р резко влияют на функциональную способность сердца, ухудшая и угнетая его деятельность. Полуванны грязевые и местные позволяли повышать температуру до 36°—38° Р. Параллельно с лечением ваннами назначались в некоторых случаях массаж и другие физиотерапевтические процедуры. Каждый случай в зависимости от возраста, тяжести заболевания, его давности, состояния сердечно-сосудистой системы индивидуализировался, проводился под строгим врачебным наблюдением и за все время пребывания на курорте многократно контролировался.

Влияние грязелечения на организм, как Reitztherapie громадно: возрастающие температуры грязевых процедур ведут к понижению кровяного давления, особенно минимального, амплитуда пульса увеличивается, пульс учащается, функциональная способность сердца страдает. Замечено, что при более низких температурах функциональная способность сердца улучшается. Дыхание учащается; температура незначительно повышается во время ванны, а после нее наступает обильное потоотделение, усталость, сонливость, которые объясняются падением кровяного давления. Позже дыхание, пульс и кровяное давление восстанавливаются.

Грязевые процедуры понижают общую кислотность желудочного сока, в особенности при ахилии; нормальная кислотность тоже понижается, но менее резко. После первых грязевых ванн у некоторых больных наступают реактивные явления в виде общей и местной очаговой реакции воспалительного характера, держащиеся несколько дней; иногда реактивные явления наступают перед окончанием лечения. Наличие или отсутствие той или иной реакции не влияет на исходы.

Результаты лечения: у 15 человек выздоровление полное—27,2 проц.; значительное улучшение суб'ективных и об'ективных данных у 31 человека—56,3 проц.; ничтожное улучшение у 5—9 проц.; выписаны в стадии реакции 4—7 проц. Таким образом выздоровление и улучшение невралгий седалищного нерва в общей сложности дало 90,9 проц. (сюда присоединены и 4 больных, выписавшихся в стадии реакции, так как, несомненно, они дадут последовательное улучшение). У 15 больных исчезли все об'ективные и суб'ективные симптомы (некоторые по 3-му разу приехали на курорт). У 40 больных при выписке отмечены значительные суб'ективные улучшения, но об'ективные данные, как с. Лязега, защитный сколиоз, боли в пояснице, по ходу нерва, боль в пояснице и ноге при наклонении головы и др.—ослабели, но остались. 5 больных с невритом седалищного нерва при выписке не дали никаких об'ективных изменений, но суб'ективное улучшение получили все: боли уменьшились, парестезии ослабели, мышцы стали более упругими.

5 случаев с plexalgia brachialis (из них один с невритом плечевого сплетения) дали улучшение. Из 4 больных спондилезом типа Strumpell—Marie и Бехтерева 2 получили значительное улучшение от грязевой терапии.

5 больных с поражением спинного мозга (в виде спастического парапареза нижних конечностей на почве миелиита, сдавления спинного мозга после кровоизлияния травматического происхождения, один после гриппа)—дали ничтожное улучшение от грязевого лечения, при чем 2-м применялось специфическое ртутно-сальварсанное лечение. 5 случаев поражения головного мозга после епсерthalit'a летаргического, после кровоизлияний на почве артериосклероза и сифилиса при применении грязевого и специфического лечения объективно не дали улучшения, суб'ективно-же получилось значительное улучшение. Все больные имели за собой более 5 лет основного страдания. По мнению проф. Фаворского, «заболевания ц. н.с. не специфического (люэтического) характера, давности не более 4-х лет показаны к лечению минеральными ваннами и грязями. Курортное лечение серными и грязевыми ваннами является могущественным лечебным не специфическим средством при сифилитических поражениях ц.н.с.»

Из изложенного возможно сделать следующие заключения и пожелания:

1. Бальнеологический грязевой курорт «Озеро Горькое» играет на Урале весьма большую роль, как курорт местного значения.

2. Заболевания периферической нервной системы после лечения грязями дали 27,3 проц. выздоровлений и 63,6 проц. значительных суб'ективных улучшений, а всего в общем улучшений 90,9 проц.

3. Заболевания спинного и головного мозга суб'ективно дают абсолютное улучшение общего состояния при незначительных объективных результатах вследствие тяжести и давности заболеваний и за краткостью пребывания больных на курорте.

4. Пятинедельный срок пребывания на курорте для нервно-больных недостаточен, так как 10—12 дней выпадают из-за праздников, дней реактивного воспаления и менструации у женщин. Срок лечения следует удлинить до 6—8 недель.

5. Применяемая бальнеогрязелечение должна быть в каждом отдельном случае индивидуализирована, при чем необходимо постоянное наблюдение во все время лечения за сердечно-сосудистой системой.

В заключение приношу глубокую благодарность проф. В. П. Первухину за ценные указания в моей работе.

ПРИЛОЖЕНИЕ:

I. Средняя температура для Челябинска и Кургана (апрель—сентябрь).

М е с я ц ы	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Челябинск	4,1	11,9	17,9	19,3	16,8	10,4
Курган	3,0	12,4	17,4	20,3	17,2	10,7

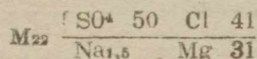
II. Средняя скорость ветра за 6 месяцев:

М е с я ц ы	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Челябинск	3,3	4,5	3,9	3,6	3,7	4
Курган	2,0	3,6	3,1	2,6	2,5	2,9

II. Состав воды по данным проф. М. О. Клера.—В одном литре воды:

Сухого остатка	15,9466
SO ₂	0,0070
Ca	нет
Mg	0,6300
SO ₄	2,9795
Cl	4,4995
NO ₂ S ₃ и N ₂ O ₃	нет
NH ₃	0,002
Fe ₂ O ₃	нет
FC ₃	0,0005
Окисляемость в грамм. кислорода	0,0054
K и N	нет

III. Общий состав воды оз. Горького по данным проф. Ефремова применительно к классификации миллиграмм. эквивалентов по проф. Курлову:



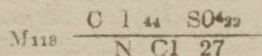
Следовательно, вода оз. Горького принадлежит к неспецифично-сульфатно-хлоридно-натронно-магниевым.

IV. Анализ воды оз. Горького по данным проф. Пеля:

Хлористого калия	0,030675
» натрия	11,330849
» аммония	0,004599
Сернокислого натрия	1,836265
» магния	6,50166
Двууглекислого натрия	2,11267
Двууглекислой закиси железа	0,02145
» марганца	0,011466
Метокремневой кислоты	0,00921
Свободной углекислоты	0,543

V. Слои грязи оз. Горького

120—150 с. рапа



Примечание: по технич. условиям клише дать не представилось возможным.

VI. Состав грязи оз. Горького по проф. И. Ефремову.

Сухое вещество грязи разделено на 3 фракции:

1. Растворимое в воде	7,630/о	в 0/о сухой грязи	1,740/о
2. Растворимое в 100/о HCl	11,480/о	»	2,620/о
3. Силикатовый остов грязи	80,890/о	»	18,450/о

A. Растворимая в воде фракция:

Хлор	36,04
Серн. к-та	20,34
Углекислота	3,85
Кальций	1,25

Магний	1,51
Калий	1,40
Натрий	30,36

B. Растворимая в 50 проц. HCl.

Кремнекислота	2,17 проц.
Нистанистый ангидрид	следы
Окись железа	6,92 »
Глинозем	12,26 »
Закись марганца	нет

B. Силикатный остов грязи:

59,93 проц.
0,48 »
3,80 »
23,52 »
нет

Окись хрома	0,006	»	0,15	»
Известь	18,07	»	2,63	»
Магnezия	17,36	»	3,06	»
Фосфорный ангидрид	нет		нет	
Окись хрома	0,006	»	0,15	»
» калия	следы		0,82	»

VII. Анализ грязи оз. Горького по данным проф. Пеля:

Вода	826,3
Органические вещества	31,8
Свободный сероводород	0,0028
Хлористый натрий	38,04
» калий	0,24
Окись железа, растворимая в соляной кислоте	20,37
Окись железа при сплавлении с кислым сернокисл. калием	1,42
Окись алюминия, растворимая в соляной кислоте	12,78
Окись алюминия, растворимая при сплавлении с кисл. серно-кисл. калием	2,88
Кремневая кислота	76,0872

VIII. Представители фауны озера Горького по данным проф. Рузского М. Д.

1. Водяной клоп (*corisca ariatabin*)
2. Жук плавунец (*hydrobius aeneus*)
3. *Diaptomus salinus* Daday
4. » » *asiaticus*
5. *Heteroscope borcalis* (Fischer)
6. *Moina microphtalma*
7. Циклоп (*cyclops bicuspidalis*).

К ВОПРОСУ О КИСТАХ ГОРТАНИ.

И. В. Корсаков

Из Госпитально - Хирургической Клиники Пермского Государственного Университета
(Директор проф. В. Н. Парин).

Кисты гортани—довольно редкое образование. По вычислениям Jurasz'a они встречаются в 4 проц. случаев всех доброкачественных опухолей гортани. Massei в 1885 г. на 200 сл. его новообразований гортани в 13 встретил кисты, т. е. в 6,5 проц.сл. Fauvel на 300 сл.доброкачественных образований в 3 сл., т. е. в 1 проц.,Mackenzie на 100 сл. в 2-х. Данные относительно общего количества описанных кист представляются в следующем виде. В 1877 г. по Bechorner'у на 693 сл. гортанных полипов (Mackenzie, Tobold, Schrotter и друг.) 45 сл., в 1881 г. по Moure 117 сл., в 1886 г. по Schwarz'у 138, в 1887 г. по Ullrich'у 155 сл. Neumann полагает, что это число должно быть больше (до 200), т. к. многие случаи остаются нераспознанными. В работе Mischkin'a в 1912 г. приводится 98 сл. В части случаев, особенно у старых авторов, отсутствует микроскопическое исследование.

По локализации кисты можно разделить на внегортанные и внутригортанные. По генезу, согласно классификации, предложенной Glas'ом в 1907 г., на: 1) ретенционные кисты под- и внутри-эпителиальные, 2) врожденные кисты, зависящие от аномалии развития, 3) травматические кисты и 4) кисты лимфатические, т. е. кисты, возникшие от расширения лимфатических путей.

Кисты надгортанника по частоте занимают первое место. Среди 117 случаев, собранных Moure, локализация была следующей: в 50 случаях надгортанник, в 45 голосовые связки, в 8-ми желудочки, в 4-х чер-

паловидные хрящи, в 3-х черпалонадгортанные складки, в одном области санториниева хряща, в 2-х области ложных голосовых связок; из 138 случаев, собранных Schwarz'ем, в 67 случаях были кисты экстралярингеальные, причем в 61 сл. надгортанные; из интраларингеальных 48 располагались в области голосовых связок и 9 в области желудочков. Таким образом, выражая это в процентах, на надгортанник приходится 43—44 проц., на голосовые связки 38—35 проц. или вместе 81—79 проц., около 19—21 проц. падает на кисты иных локализаций, преимущественно на желудочки. Из 60 случаев Ullrich'a в 50 кисты располагались в области истинных голосовых связок, в 8 в области желудочков, черпаловидных хрящей и черпалонадгортанных складок. Из 16 собственных случаев Glas'a клиники Chiari в 9-ти сл. кисты сидели на надгортаннике. Более редкая локализация—на задней стенке гортани: таковы 2 случая Schrotter'a и Gasselberry.

Наблюдавшийся нами случай кисты гортани представляет редкость как по размерам кисты, так и по происхождению и локализации.

Б-ной Э. Мальчик 14 лет. Год назад заметил охриплость голоса и затруднение дыхания, наблюдавшееся вначале преимущественно во время сна. Из перенесенных болезней помнит только какую то лихорадочную болезнь весной этого года. Мальчик худ, весьма истощен, дышит через открытый рот. Дыхание хрипящее, со свистом. При дыхании происходит втягивание подреберий и надключичных ямок в значительной степени. На шее развитые лимфатические железы, больше выраженные слева. При ларингоскопии обнаруживается крупная, занимающая все поле зрения в большом гортанном зеркале, шарообразная опухоль. При движениях зеркала входа в гортань из-за опухоли видеть не удается. Слизистая над опухолью, резко побледневшая, напряжена с хорошо просвечивающими местами извитыми сосудами, преимущественно венами. При пальцевом исследовании определяется шарообразная кистовидная опухоль на месте надгортанника с переходом на черпало-надгортанные складки, которых при пальпации прощупать не удается. Между опухолью и основанием языка удастся свободно проникнуть пальцами. Равно как и за опухоль в пищевод палец проникает свободно. 17-VI исследование после смазывания кокаином-адреналином. Проккол. Выделилось до 20 грамм гноевидной желтоватого цвета с зеленоватым оттенком жидкости консистенции жидкой сметаны, без запаха. Дыхание и голос резко улучшились. При посеве содержимого кисты в Пермском Бакинституте обнаружен диплострептококк. 22-VI—при ларингоскопии виден, вследствие значительного уменьшения размеров опухоли, вздутый в левой его половине надгортанник; от него тянется деформированная в виде утолщенного кистовидно вздутого тяжа по направлению к правому черпалу, вовлекая его в опухоль, левая черпало-надгортанная складка. Опухоль закрывает вход в гортань, не позволяя видеть нижележащие части. 22-VII после предшествовавшей задержки гноя ночью гнойник в кисте вскрылся. Б-ной откашливал много гноя, следом за чем неожиданно наступила смерть.

О п и с а н и е п р е п а р а т а (см. рис. на стр. 46). Опухоль, расположенная в толще левой черпало-надгортанной складки и деформировавшая последнюю, достигает размеров грецкого ореха.

Кпереди опухоль незаметно переходит в толщу левой половины надгортанника; сзади черпаловидный хрящ невиден, будучи скрыт в веществе опухоли. Верхний край опухоли находится на уровне верхнего края надгортанника, нижний—на границе Морганиева желудочка. Ложная связка также скрыта в веществе опухоли. Латерально опухоль доходит до рожка щитовидного хряща, медиально далеко за среднюю линию, закрывая просвет гортани. На фотографии темные места в стенке кисты соответствуют месту взятия кусочков для микроскопического исследования. Препарат представлен сзади, произведен продольный разрез щитовидного хряща и края его раздвинуты в стороны двумя лигатурами. Полость кисты выполнена гноем. Поверхность внутренней стенки кисты совершенно гладкая. После фиксации препарата—местами неровности, обусловленные фиксацией препарата. Гнойное содержимое кисты, вызвав мацерацию тканей, повлекло за

собою легкую разрываемость эпителиальной выстилки кисты на внутренней ее стенке. Наличие эпителиальной выстилки из многослойного плоского эпителия, молодой возраст больного, размеры кисты и ее внешняя форма, ее положение в толще черпало-надгортанной складки и надгортанника позволяют отнести наш случай к группе врожденных кист. Из описанных в литературе случаев гортанных кист только немногие трактуются, как врожденные.

В периоде эмбрионального развития в области гортани происходит соприкосновение элементов, являющихся производными, с одной стороны, системы жаберных ходов, с другой—системы глоточной кишки. Хрящи, щитовидный и надгортанник, перстневидный и черпаловидный, развиваются из второй, 3-ей, 4-й и 5-й жаберных дуг, слизистая же оболочка гортани (связки, Морганиев желудочек) происходит из выпячивания



передней стенки глоточной кишки на границе туловищного и головного отделов ее. Благодаря перекресту двух трубок—пищеварительной и дыхательной—происходит встреча двух видов эпителия—многослойного плоского и мерцательного цилиндрического.

Слизистая оболочка гортани в области истинных голосовых связок межчерпаловидного пространства, черпало-надгортанных складок и на гортанной поверхности надгортанника покрыта мостовидным эпителием с обильным образованием сосочков, в особенности в области истинных голосовых связок. Во всех других местах эпителий мерцательный. Слизистые железы ацинозного типа встречаются главным образом на гортанной поверхности надгортанника, на ложных голосовых связках, Морганиевых желудочках и на задней стенке гортани. Что касается истинных голосовых связок, то железы в них имеются в части ближайшей к пластинке щитовидного хряща. По исследованиям Chiari, на истинных голосовых связках имеется зона, свободная от желез на пространстве от 3 до 4,5 мм.: главная масса желез, скопления желез передние, находится в области *petiolus epiglottidis*, скопления желез задние—в области нижней части входа в гортань, скопления желез боковые—в области черпало-надгортанных складок и санториниевых хрящей (Luschka). Ebner на срезе гортани 9-ти летнего мальчика наблюдал «появление группы плотно набитых скоплений клеток в области складок морганиевых карманов, которые выступают, как интраэпителиальные железки» (Kollikers Handbuch).

Во многих местах, в особенности в области истинных голосовых связок, слизистая оболочка гортани содержит эластические волокна.

Подслизистая ткань в гортани мало развита. Больше всего она встречается в дубликатах, главным образом, в ложногласовых складках и в черпало-надгортанных складках; несколько слабее она развита на язычной поверхности надгортанника и в межчерпаловидном пространстве. Во всех

остальных частях слизистой оболочка более или менее крепко спаяна с подлежащими тканями. Места с развитой подслизистой тканью отличаются сильной склонностью к отекам при воспалительных процессах, например, при ангинах. Морганиев синус, нижняя поверхность покровов гортани, придаток Синуса с Френкелевской гортанной миндалиной богаты аденоидной тканью. Это обстоятельство имеет значение для образования так называемых лимфатических кист.

Кисты надгортанника описаны многими авторами (Жирмунский, Скачковская, Opikoff, Glas, Schmigelow, Donitzky, Massei, Durham, Schrotter, Richard, Riester, Moses, Mischkin, Crobygrien, Noquet, Ptotiades, Lake, Noquet, Juras, Kahler, Klar и др. По данным Mischkin'a, из 98 сл. в 49 (51 проц.) кисты располагались на язычной поверхности надгортанника, в 10-11 проц. на гортанной и в 17-19 проц. по краям. Развиваются они преимущественно у мужчин в возрасте от 18 до 50 лет.

По преимуществу это кисты ретенционные; кисты другого происхождения представляются более редкими. В случае Mischkin'a полость кисты, развившейся у 28-ми летнего мужчины, между основанием языка и надгортанником была выстлана многослойным плоским эпителием. Жирмунский описал случай кисты эпидермоидного типа. Внутренняя и наружная оболочки кисты состояли из плоского эпителия. В толще стенки среди клетчатки попадают элементы лимфоидной ткани. В случае Niskmann'a опухоль врожденная у основания языка, захватившая надгортанник, привела к смерти через 16 часов после рождения. В одном из случаев Glas'a имелась врожденная киста надгортанника. Полость кисты была выстлана многослойным плоским эпителием. В глубине стенки кисты местами островки эпителия. Никаких желез. В двух других случаях кист, образовавшихся из преформированных лимфатических сосудов, в полости кисты нет ни эндотелия, ни эпителия. Сильное скопление круглых клеток, густо эластические волокна. В случае Groby Grien'a шарообразная, занимавшая правую половину надгортанника и правую глоточно-надгортанную складку, киста полностью прикрывала *sacum laryngis* и оттесняла надгортанник влево. При микроскопическом исследовании—только подострое воспаление в стенке кисты.

Кисты черпало-надгортанной складки, куда мы относим и наш случай, представляют большую редкость. Maloens собрал только 17 наблюдений подобных опухолей (Moure, Krakauer, Ullrich, Garel, Krieg, Clifford, Beale, Pursaigle, Labarre). В его случае киста занимала левую черпало-надгортанную складку у 52-х летнего мужчины. Содержимое—густая, в волокна тянущаяся коричневая жидкость, впоследствии после укола нагноившаяся. Porak de Cheweny привел случай кисты левой черпало-надгортанной складки сильно напряженной, шаровидной, обнаруженной на секции у новорожденного; при жизни наблюдался сильный цианоз и диспноэ, смерть через 12 часов. В случае Jurasz'a киста возникла в глубине черпало-надгортанной складки, в содержимом кисты обнаружены холестериновые кристаллы. Киста экстирпирована не была. В одном из случаев Glas'a киста левой черпало-надгортанной складки у 40-ка летнего представлялась плотной красной опухолью величиною с горошину. Внутренняя стенка покрыта многослойным плоским эпителием, местами имелись образования сосочков, круглоклеточное пропитывание, островки эластического хряща. Киста врожденная. Этому случаю гистологически близок случай Louis'a. Во втором случае Glas'a киста левой черпало-надгортанной складки имела снаружи многослойный плоский эпителий, под ним слой с богатой круглоклеточковой инфильтрацией, далее слой аденоидной ткани с располагающимися рядом фолликулами; никаких желез. Это, по Glas'у, типичная киста от расширения к. аденоидного типа. Panser демонстрировал препарат кисты левой черпало-надгортанной складки между Вризберговым и Санториниевым хрящами с микроскопически многослойным плоским эпителием. Остатки желез повсюду отсутствовали. Содержимое из организованного кровяного экстравазата, сыворотки и гомогенной глыбчатой массы. Panser полагает поэтому, что большие кистовидные пространства возникли благодаря кровоизлиянию в преформированные широкие лимфатические пространства и серозной эксудации.

Кисты истинных и ложных голосовых связок описаны многими авторами (Moure, Inedite, Sommerbrodt, Gibb, Fauvel, Krisshaber, Coupard, Heinze, Leto, Chiari). Часто это—полипообразные опухоли, иногда за таковые и принимавшиеся. На правильный диагноз наводит наличие жидкости и микроскопическое исследование. Локализация чаще всего по свободному краю истинных голосовых связок или на их передней (верхней) поверхности. В случае Leto красновато-бледная поч-

кообразная опухоль сидела на широком основании на левой истинной голосовой связке в передней ее трети. До этой границы аддукция совершалась хорошо. При осмотре оказалась типичная киста с двумя полостями. Steinart продемонстрировал в лондонском ляр. о-ве случай большой кисты, расположенной на голосовых связках у 70-ти летней женщины. В случае Маскензие наблюдалось затруднение дыхания в течение года и имелась гладкая опухоль на левой голосовой связке вплотную у передней комиссуры. Спенглер в петербургском о-ве продемонстрировал опухоль левой голосовой связки, похожую на кисту. При пункции кровавистое содержимое. Glas приводит случай кисты правой голосовой связки у 30-ти летнего, с прозрачной просвечивающей жидкостью. Главную часть опухоли образуют разветвляющиеся кистные пространства, обнаруживающие на отдельных местах эндотелий (киста из расширенных лимфатических пространств). Бурмейстер описал случай кисты правой ложной связки. Опухоль на широком основании величиной крупнее лесного ореха. Микроскопически—стенка кисты состоит из кубического, местами многослойного плоского эпителия и рыхлой соединительной ткани. Несмотря на отсутствие внутри кисты эпителия, автор относит ее к группе ретенционных.

В случае Jurasz'a киста правой ложной связки позволяла думать о туберкулезе. Однако, шприцем было добыто 1 кб. см. прозрачной жидкости. Riestер сообщил о двух кистах, исходивших из ложных голосовых связок. Полости их были выстланы мерцательным эпителием, поэтому ясно было, что дело шло о кистах ретенционных. В другом случае Jurasz'a у 43-х летней женщины наблюдалась опухоль в правой половине шеи, покрытая неизменной кожей, с ней неспаянная, эластической консистенции, следовавшая за движением гортани при глотании. В правой половине гортани опухоль заподняла сбоку Sin. piriformis, прикрывая правый черпаловидный хрящ и голосовые связки. Пункцией извлечено 2 кб. см. жидкости шоколадного цвета. Jurasz полагает, что киста исходила из правой ложной связки и затем уже проникла в ткани, сгладила черпало-надгортанную складку и заполнила S. piriformis. В случае Logan Turner'a у 47-ми летнего киста в правой ложной связке содержала светлую желатинозную жидкость. Vald Klein демонстрировал опухоль колбасовидной формы ($2,5 \times 1$ см.), лежавшую между голосовыми связками. Место выхода опухоли в передней части краев ложных г. связок. Стенка кисты представляет прямое продолжение соединительной ткани слизистой оболочки. Wylie демонстрировал в лондонском о-ве кисту черпаловидного хряща у 7-ми летнего туберкулезного мальчика. Благодаря своей большой величине, она закрывала и нижележащие части. Она вызывала сомнение, киста-ли это или туберкулема, что редко бывает у детей.

Кисты в области желудочков описаны Bruns'ом, Inedit'e, Luschka, Riestер'ом, Glas'ом и другими. В случае Bruns'a опухоль располагалась главной своей массой в правом морганиевом желудочке, достигая высоты черпало-надгортанной складки. При проколе вытекла жидкость. Случай Luschka интересен тем, что пришлось удалить m. thyreo-hyoid. и листок ч-надгортанной складки, чтобы опухоль стала видимой. В сл. Riestер'a киста, сидевшая на широкой ножке, шла явственно в левый желудочек от края ложной голосовой связки. Содержимое желтоватая в нити тянущаяся, слизистая субстанция. Снаружи у кисты эпителий цилиндрический, у ножки многослойный, плоский, внутри мерцательный. Это обстоятельство говорит за кисту ретенционную. В случае Glas'a киста левого желудочка имела стенку, снаружи покрытую цилиндрическим, на отдельных местах мерцательным, эпителием, внутри-кубическим, местами плоским. Между ними среди рыхлой соединительной ткани разрезы желез. Эластические элементы, только как составная часть больших сосудов. Киста ретенционная. В двух других его случаях речь идет также о ретенционных частях левого желудочка. В другом его случае конгенитальная киста правого желудочка содержала растворяющуюся в эфире субстанцию. Наружная стенка покрыта цилиндрическими, внутренняя—кубическими эпителиальными клетками. В толще стенки много эластических волокон, островки плоско-эпителиального характера. Jurasz наблюдал у 27-ми летней 6-ной случай кисты, исходившей из правой membr. quadrangularis. Широко сидящая, гладкая, красноватая опухоль, совершенно прикрывала ложную и истинную связки. В полости кисты молочно-мутная жидкость. Sanapel демонстрировал кисту S. piriformis яйцевидной формы, розового цвета. При операции из разрыва вытекала жидкость.

Подводя итоги описаниям случаев кист разными авторами, мы можем их расположить в следующем нисходящем порядке. Кисты надгортанника преимущественно кисты ретенционные и в значительной части случаев кон-

генитальной природы. Для этих кист характерно наличие эпителиальной выстилки из многослойного плоского эпителия на внутренней поверхности стенки кисты.

Однако, метаплазия эпителия нередкое явление. В стенках врожденных кист находили, помимо выстилки из мостовидного эпителия дериватты мезодермы, задерживающуюся костную, мышечную ткань и слизистые железы, хрящевые и эпителиальные островки, а в содержимом, способном раствориться в эфире, кристаллы холестерина. Наличие дериватов мезодермы, однако, не является обязательной принадлежностью врожденных кист. Orikoffer отрицает значение хрящевой ткани, находимой в стенках кист, как безусловного признака конгенитальной кисты. Кисты 4-надгортанных складок преимущественно кисты врожденные, частью кисты лимфатические. Кисты голосовых связок и желудочков преимущественно кисты лимфатические, частью ретенционные. Наличие мерцательного эпителия на внутренней поверхности стенки кист указывает на ретенционный характер кисты.

Генез кист и локализация, как уже отметил Glas, находятся в известной связи. Вышеприведенные анатомо-гистологические и эмбриологические данные позволяют понять, почему преобладающая часть врожденных кист располагается в области основания языка и надгортанника и 4-надгортанной складки.

Для развития ретенционных кист в общем имеют значение те же моменты, что и для ретенционных кист иных локализаций. В основе лежит закрытие выводного хода желез инфра-и -интра-эпителиальных. Orikoffer полагает, что большинство описанных в литературе кист надгортанника могли иметь своим основанием закупорку так называемых мешеччатых желез. Способствующим этому моментом, на наш взгляд, чаще всего служат воспалительные и механически травмирующие процессы. Благодаря особенностям анатомического строения, гортань, особенно надгортанник, часто вовлекается в процесс. При ангинах легко наступают отеки надгортанника с прилежащими частями. Сопутствующим воспалению моментом является десквamation эпителия, усиленная пролиферация и эмиграция клеток, благодаря чему создаются благоприятные условия для закупорки и зарощения выводных ходов желез. Если к этому прибавить, что надгортанник легко может подвергаться травме при глотании проходящими пищевыми массами, то станет понятным, почему главная масса описанных ретенционных кист гортани наблюдалась на надгортаннике и именно на его язычной поверхности и отчего их меньше на гортанной его поверхности, несмотря на обилие здесь желез. В состоянии воспаления при отеке эпителиальный покров слизистой оболочки должен быть особенно чувствительным к этим травмам (ожоги, действие грубой, плохо размельченной пищи и т. д.). Вдавливание пищевых масс в устье желез передней поверхности гортани, по мнению Jurasz'a, также может являться способствующим моментом для образования кист.

Для образования интра-ларингеальных кист таким же благоприятствующим моментом могут быть кашлевые раздражения. Причиняемая ими травма наносится как раз в момент воспаления слизистой гортани (бронхит, трахеит, ларингит). Следом за закупоркой выходного хода железы происходит задержка продуцируемой железой слизи. Однако, параллельно с механическим, пассивным растяжением железы происходит и активное размножение клеточных элементов стенки, следовательно, увеличение размеров кисты вследствие роста.

Для образования кист лимфатических имеют значение эти же моменты. Если в кистах ретенционных происходит застой отделяемого железы, то

здесь происходит застой лимфы. Надо полагать, что полипы гортани или фибромы, уже в силу своего положения подверженные постоянной травме, при появлении воспалительной эксудации или застойной трансудации могут проявиться, как кистозные опухоли. Chiari в работе «по вопросу об образовании кист в полипах голосовых связок», имея много гистологически исследованных полипов, нашел, что «в полипах голосовых связок образование кист почти всегда зависит от расширения лимфатических сосудов или расширения пространств рыхлой соединительной ткани или серозной трансудации в эпителий или под эпителий». Однако, по сравнению с общим числом полипов, такие кистозные полипы редкая находка. Glas представил препарат гортанного полипа, где имелись такие неправильные формы, покрытые эндотелием пространства. Вполне естественно, что опухоли подобного рода чаще всего встречаются на голосовых связках, как больше всего подверженных раздражению при кашлевых толчках. Для затруднения оттока в области истинных связок и Морганиева желудочка даны способствующие моменты в узости пространственных отношений, отчасти в обилии эластической соединительной ткани, возможности ущемлений при переменах положения опухоли по достижении ею известной величины. В случае Галебского киста развилась из лимфангиомы.

Кисты травматические стоят и по локализации, и по происхождению несколько особняком. В случае Glas'a подобная киста развилась у больного при значительном давлении долго носимого оловянного бужа на ларингеальной поверхности надгортанника и передней части левой половины гортани. Существенно способствующими образованию кисты условиями при этом, по мнению Glas'a, было многочасовое сильное давление на ткани и без того ослабленные, которые, благодаря ларингофиссуре (удаление грануляций, рубцов, экскориеация, каутеризация) и присоединившемуся воспалению находились в условиях измененного питания. Гистологически стенка кисты обнаруживает с обеих сторон многослойный плоский эпителий. Внутренняя стенка местами разделяется интраэпителиальными кровоизлияниями. По Schrotter'у, кистовидные пространства могут происходить из кровоизлияний, которые Gleitsmann называет травматическими гематомами. Здесь речь идет о субэпителиальном или интра-эпителиальном кровоизлиянии. В сл. Gleitsmann'a у рабочего, получившего удар кулаком в гортань, имелась языкообразная опухоль на правой стороне задней стенки гортани. Нортманн нашел у мужчины, за несколько дней до того упавшего с лестницы, в области правой голосовой связки темно-красную, почти черную, болтавшуюся при опыте фонации, неподвижную опухоль. В подобном же случае Glas'a укол слева в шею повел к образованию кровяного пузыря, выступавшего за среднюю линию, занимавшего левую поверхность надгортанника, ч-надгортанную складку и захватывавшую переднюю часть левой ложной связки.

Часть случаев кист преларингеальных и кист в области *foram. coecum*, которые мы оставляем в стороне от рассмотрения, может находиться в связи с зачатками щитовидной железы (Rottmund, Louis) или бронхиогенной системы (сл. Chiari *Struma cystica accessoria*).

Диагностика кист обычно не представляет особых затруднений. Симптомы, вызываемые ими, зависят от локализации опухоли. Интраларингеальные кисты могут вызывать охриплость и явления стенотического дыхания. В некоторых случаях приходится дифференцировать кисту и туберкулему. При ларингоскопии обращает на себя внимание гладкая блестящая поверхность опухоли, сквозь стенки которой иногда просвечивает ее содержимое. От трения могут появляться помутнения и изъязвления опухоли. Решающее

значение имеет пункция или инцизия опухоли, позволяющие дифференцировать кистную опухоль, в частности от *laryngocele* и воздушных кист.

Прогноз зависит во многом от размеров опухоли. При длительном стенотическом дыхании возможно сильное перерождение сердечной мышцы вследствие интоксикации ее в связи с недостаточным газообменом в крови, что легко может привести к летальному исходу от паралича сердца; такой случай сообщен Галебским. Подобное об'яснение причины быстрой смерти возможно и в нашем случае.

Лечение только хирургическое. В случае небольших опухолей—эндолярингеальное вмешательство. В нашем случае, вследствие больших размеров кисты, возможно было бы только экстраларингеальное вылушение кисты. Однако, вследствие больших размеров кисты и трудности вылушения ее в узких пространственных отношениях, можно было бы также ограничиться резекцией медиальной стенки кисты таким образом, чтобы слизистая полости кисты на ее латеральной стенке стала бы в дальнейшем стенкой гортани, подобно тому, как это допускается при операции корневых кист в одонтологии по *Partsch* у 1.

Приведенный случай пополняет статистику этого далеко не частого заболевания, представляющий особенность по размерам кисты. Попутно мы стремились найти об'яснения для частной локализации разного рода кист гортани (врожденных, ретенционных, лимфатических и травматических), т. к. происхождение их и локализация находятся до некоторой степени в связи.

Литература: 1) Скачкова Ж. У. Н. Г. Б. 1926. 2) Бурмейстер—Ж. У. Н. Г. Б. 1927. 3) Жирмунский «Ежемесячник У. У. Н. Г. Б. 1929 г. 4) Галебский «Засед. ляр. О-ва в Ленинграде». 5) Воячек «Учебник У. Н. Г. Б.». 6) Малютин тоже. 7) Glas. *Über larynxzysten* 1909 г. 8) Riester—*Kasuistische Mitteilungen über cysten des Kehlkopfs*. 9) Jurasz. *Kasuistische Beiträge zu seltenen und bemerkenswerten Erkrankungen der Oberen Atmungsorgane* (Arch f. L-Rhin 1904 г.). 10) Mischkin-Ueber *epiglottis cysten im Anschluss an einem Fall* 1912 г. 11) Chiari Ueber *cystenbildung im stimmbandpolypen*

Случай из практики.

СЛУЧАЙ УРОДСТВА ПЛОДА *Jschiapagus*.

А. З. Дягилева (Свердловск).

18-го сентября 1922 г. в Екатеринбургский Повивальный Гинекологический Институт поступила роженица 23 лет (История болезни № 1392), русская, крестьянка, беременна в 1-ый раз. Детских болезней не было. В 1921 г. перенесла сыпной и возвратный тифы. Во время беременности имела не большое количество белей. Менструировать начала с 13 лет обильно по 6—7 дней с болью. Во время беременности имела малярию и желтуху. В настоящее время t^0 нормальная, уклонений никаких нет. Многоплодной беременности в родне ни у кого не было.

Таз нормальный. Окружность живота 110. Положение плода по наружному исследованию головное, продольное. Сердцебиение в право, ниже пупка. Продолжительность беременности 10 лунных меся-

цев. Продолжительность родов 4 ч. 10 м. Механизм родов—нормальный. t^0 у больной на другой день 38,3—38,1, на третий день—36,6—36,9. Дальше нормальная. Больная выписалась здоровой. Родились сросшиеся тазовыми частями двойни Живые.

Плод жил около суток, причем ребенок № 2 сразу был синий, очень плохо дышал, не кричал; первый без синюхи, вначале стонал довольно громко.

Наружный вид. Двойни, сросшиеся тазовыми концами. Головки расположены на противоположных полюсах. От середины в области сращения с той и другой стороны отходят ножки. Головка № 1 правильная, хорошо развитая; вторая головка меньше, наклонена вправо, с небольшой атрофией тканей с левой стороны в области

шей и нижней челюсти. С правой стороны—выпячивание, вследствие этого заметна асимметрия. Грудная клетка, ручки правильны, кроме присутствия 6-го пальца на правой руке. В области пупка кожный дефект круглой формы, диаметром 5,5—6 сант. В правую сторону, считая от хорошо развитого ребенка—дефект передней стенки живота, в котором видна слизистая оболочка пузыря, в виде складчатого выпячивания. Дальше между двумя нижними конечностями—наружные женские половые органы, с широко раздвинутыми 1 maiores; между ними видны 2 узких круглых отверстия, в которые проходит зонд. На головке зонда извлекается в значительном количестве слизь и плоский эпителий (установлен микроскопически). Канал, расположенный ближе к первому ребенку—глубже. Ниже задней спайки губ—отверстие; из него выделяется меконий. Кожа между пупком и другой парой ножек нормальна. Женские

половые органы развиты менее отчетливо. Отверстие одно, глубиной 1—2 сант. Рядом с отверстием и выше него находятся 2 кожных выступа. В середине дефект—отверстие, глубоко уходящее внутрь. Пуповина отходит от края.

Внутренний осмотр. Ребенок № 1. Грудобрюшная преграда высока. Всю левую половину грудной полости занимает сердце, окруженное нормальной сердечной сумкой, свободно его охватывающей. Левое легкое в виде 2-х недоразвитых долей лежит сзади у позвоночника за сердцем: сбоку и спереди его не видно. Правое развито нормально, состоит из 3-х долей, расправлено, занимает правую половину грудной клетки. Зобная железа хорошо развита. Внутри сердца значительное количество крови. Пищевод нормален.

Ребенок № 2. Грудная полость занята резко увеличенной сердечной сумкой, заключающей в себе неправильно развитое сердце. Состоит из 2-х неодинаковой величины круглых мешков, соединенных между собой довольно широким перешейком. Слева меньший и более плотный, разделенный на 2 полости; по строению—желудочки сердца; над левым желудочком—правильно развитое предсердие, справа большой круглый мешок с тонкими, но плотными стенками, соединяющийся непосредственно с правым желудочком—правое предсердие. Большие сосуды отходят от соответствующих желудочков. При разрезе во всех полостях кровь. Пищевод развит нормально. Сзади у позвоночника, в виде рудиментарных органов—легкие, почти совершенно не расправленные.

Полость живота. Между двумя, хорошо развитыми диафрагмами—общая брюшная полость. Непосредственно под диафрагмой ребенка № 1 лежит печень увеличенная, неправильной формы. Правая и левая доля—одинаковы. Подвешивающая связка расположена посередине; верхней поверхностью печень повернута кпереди. Продольный и поперечный диаметр обеих половин—одинаков. На переднем крае, обращенном вниз, в месте отхождения круглой связки—широкая вырезка, приходящаяся как



раз в области пупка. Желчный пузырь на своем месте. Под левой долей совершенно скрыты желудок, правильно развитый, и селезенка; последняя увеличена, состоит из 2-х долей соединенных под углом.

Печень второго ребенка лежит под соответствующей диафрагмой, по величине она составляет едва $\frac{1}{3}$ часть первой печени; бугристая, темно-синего цвета. Желчный пузырь развит хорошо. Слева нормальный желудок, около него селезенка, имеющая длинный отросток, лежащий рядом с селезенкой. От большой кривизны желудка отходит складка брюшины, к которому подвешены петли кишок, по пути сальник подтянут к задней стенке живота.

Почки. У ребенка № 1 за печенью, левая в виде круглой розетки, дольчатая. Мочеточник отходит от середины передней поверхности. С правой стороны—почка нормальной величины и формы. Мочеточник проходит по задней, боковой стенке живота, прилегает к матке и уходит к пупку.

У второго младенца—правая почка с хорошо выраженной дольчатостью, лоханка по объему больше самой почки растянута жидкостью, левая почка соединена с правой. От той и другой отходят мочеточники, один к мочевому пузырю, другой к пупку. Надпочечники хорошо выражены, лежат над почками. Поджелудочные железы лежат не в кривизне, а немного ниже и каждая подходит к соответствующей 12-типерстной кишке.

Внутренние половые органы. У ребенка № 1 мочевого пузыря в виде веретенообразного плотного тела, с вершиной доходящей до пупка. Мышечная стенка развита хорошо. Отверстие в центре обнаженного участка передней стенки ведет в канал мочевого пузыря. Снаружи имеется выходное отверстие. За пузырем, у задней стенки, отделенные брюшиной складкой женские половые органы в виде двух отдельных рогов, имеющих самостоятельные отверстия наружу. Между ними проходит кишечная трубка, впадающая в мочевой пузырь.

У ребенка № 2 мочевого пузыря нет. Матка одна, в середине чрезвычайно утолщается в большое тело овальной формы, полость разделена перегородкой. По бокам от дна отходят фаллопиевы трубы. Сзади

кишка идет отдельно под брюшиной, так что образуется задний Дуглас.

Кишечник. (Описание идет в обратном порядке). От правого (по отношению к ребенку № 1) Anus'a идет широкая трубка под маткой и впадает тотчас же в кишечную трубку, которая начинается от левого мочевого пузыря, идет поперек и в месте впадения первой кишки поворачивает в сторону ребенка № 2, образует несколько петель и выходит на переднюю поверхность; в этой области она прикреплена брюшинными связками к задней стенке полости и стянута между собой. В начале широкая она постепенно делается уже и продольные мышечные тяжи выделяются резче; кончается она небольшим расширением, от которого отходят 2 червеобразных отростка. Дальше идет узкая кишечная трубка, длиной до 10 сан., кончающаяся слепо. На расстоянии 2-х сант. от слепого конца, в 2-х противоположных направлениях отходят 2 тонкие кишки, одна к первому ребенку, и образует массу петель, стянутых на брызжейке. Последняя не прикреплена к задней стенке, а висит свободно над ней. Сверху эти кишки ничем не прикрыты. Петли кишек, идущие к ребенку № 2, также на брызжейке и часть петель покрыта сальником, идущим от желудка к толстой кишке.

Микроскопия. В большой печени правильного расположения долек нет. Изредка хорошо развиты прослойки Глиссоновой капсулы со всеми составными элементами (кровеносные сосуды и желчные протоки). Клетки хорошо развиты, много типа эмбриональных, с большим круглым ядром и малым количеством протоплазмы; расположены группами в виде скоплений. В малой печени большое количество соединительной ткани, ограничивающей почти каждую клетку.

Селезенка имеет нормальное строение. В обоих органах—большое количество пигмента.

Мозги по наружному виду уклонений от нормы не имеют.

Уродство *Ischiopagus* встречается в литературе сравнительно редко, что заставило меня описать настоящий случай.

АУТОГЕМО КАЛЬЦИО ТРАНСФУЗИЯ *).

КУСЕВИЦКИЙ И. А.

Свердловск, Туберкулезная больница санатория.

В № 11 «Вопросы Туберкулеза» за 1928 год освещен довольно ярко метод остановки кровотечения, в частности легочных, предложенный д-ром Горделевским и названный им Аутогемотрансфузией. Будучи в санатории «Захарьино» и познакомившись там с этим

*) Доложено Уральскому Медицинскому Обществу 23-IV-1929 г.

методом, я по приезде стал применять этот метод для остановки легочных кровотечений в больнице санатории для туберкулезных больных в Свердловске.—Обычно кровотечение средней силы довольно быстро останавливались, но, как правило, через 8-10 час. снова появлялась кровь.

И вот к этому методу нужно было прилагать другие способы и средства для остановки кровотечения. Прибегали отдельно к кальцию, эрготину и т. д. Достаточно освоившись с техникой вливания кальция в вену нам никогда не приходилось задумываться над вопросом, что произойдет с кровью в шприце наполненном кальцием.—Мы знаем из литературы, что хлористый кальций повышает свертываемость крови и далее, что процесс свертывания крови происходит в присутствии солей кальция. Сам же процесс свертывания происходит под влиянием энзима фибрин-фермента или тромбина или по другим авторам зимоген фибрин-фермента протромбина, который под влиянием тромбокиназы, заключающегося в лейкоцитах и кровяных пластинках превращается в активный протромбин. Тромбокиназа образуется при распаде лейкоцитов и кровяных пластинок. Тромб же образуется путем агглютинации кровяных пластинок. И так, для получения тромбокиназы необходимо подвергнуть распаду кровяные пластинки, что и достигается путем кальция.

Наш способ состоит в следующем: мы набираем в шприц емкостью в 10,0, примерно 5-6,0 10 проц. хлористого кальция стягиваем жгутом предплечье, насаживаем кровь до 10,0 и, отпуская жгут, первую порцию смеси крови и кальция вводим медленно. Не выпуская содержимого всего шприца в вену, мы снова натягиваем жгут, высасываем снова кровь до 10,0 и, распуская жгут, вводим с желательной быстротой, так делается до тех пор пока введение крови не будет затруднено, благодаря свертыванию.

Этим способом мы были в состоянии перегнать значительное количество крови до 50-60,0, достигнуть полного исчезновения побочного действия кальция, как то: ощущения жжения, тошноты, головокружения, слабости и, наконец, самое важное, достигли быстрого прекращения кровотечения и удлинения срока между новыми вспышками кровотечения, минимальный 12 час. и больше, а в целом ряде случаев если не полного исчезания, то на 2-3 сутки.

Практически наш вопрос разработан на многих десятках случаев, лабораторному же исследованию подвергались 3-4 человека—с исследованиями крови на количество тромбоцитов в разное время. Подсчет тромбоцитов производился до Аутогемокальциотрансфузии и непосредственно за Аутогемокальциотрансфузией. Для проверки был произведен подсчет тромбоцитов до и после аутогемотрансфузии без кальция.

Результат следующий: 1) до Аутогемотрансфузии 167.980 тр., после 128.260; как идите значительное и быстрое падение количества тромбоцитов, подтверждающее наблюдение «Захарьино», где указывалось на падение тромбоцитов в первые 15 минут. 6) До аутогемокальциотрансфузии 102.180 тр., после 280.060, 3) до 163.680 после 317.440.

Мы не хотим пропагандировать наш метод остановки кровотечения, как обязательный, но рекомендуем испытать его нашим коллегам, как способ быстрой остановки кровотечения в амбулаторной обстановке без каких-либо обострений, подтвержденный нашим большим опытом.

ИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ШАДРИНСКОЙ ОКРБОЛЬНИЦЫ, УРАЛОБЛАСТИ.

(Зав. докт.—Шейнкман Л. Г.)

Ордин-р—Гашев Н. Н.

«Ранение кишечника и матки с 7-ми месячной беременностью с исходом в выздоровление».

14-го июня с. г. в хирургическое отделение больницы доставлена крестьянка села Погадайского, Шадринского района (12 килом. от города) Уфимцева К. М. 19 л. с ранением живота и выпадением внутренних органов. Больная находилась в очень тяжелом состоянии. В 10 часов вечера 13-го июня ранена перочинным ножом мужем. Привезена через 3 часа после ранения.

Stat. praeiens.

Резкая бледность лица и покровов тела. Осунувшееся лицо. Блуждающий взгляд. Клейкость во рту. Сильная жажда. Рвота. Очень частый еле ощутимый пульс. Одышка. Живот сильно вздут. Ниже пупка резаная рана по средней линии тела, длиною около 4-х сантиметров. Из раны выпал громадный клубок тонкого кишечника, длиною около 1,5 метр. На кишечнике прободная рана, длиною в 1,5 с., из которой выделяется обильное содержимое. Выпала значительная часть

сальника с явлениями ишемии и поступившего некроза. Кишечник также в состоянии отека, так как сильно ущемлен краями раны живота. Из влагалища кровянистое выделение: у больной семимесячная беременность. Выпавшие внутренности завернуты в грязное полотенце, обильно загрязнены калом.

Операция через 5 часов со времени ранения. Кишечник и сальник обильно промыты сильной струей физиологического раствора. Кишечная рана закрыта двухэтажным швом. Омертвевший кусок сальника резецирован. Промывание раствором риванола. Через рану стенки живота внутренности вправить было невозможно. Разрез продолжен вниз на 4-5 сантиметров. Вправление. В полости живота обильное количество поступающей крови и масса кровяных сгустков. Сгустки удалены. Осушка полости живота от крови компрессами к цели не приводила. Кровяная жидкость появлялась вновь. Обследование матки. На дне последней, по средней линии ее, на переходе в заднюю стенку обнаружена линейная прободная рана, длиною в 2-2,5 сант., из которой выделялась околоплодная жидкость и кровь. Контуры семимесячного плода хорошо прощупывались через стенку матки. Плод мертвый. Матка выведена из раны живота.

Кесарское сечение разрезом передней стенки матки по средней линии (продолжил рану вниз). По извлечении мертвого плода удален послед. Матка зашита двухэтажным швом. Полость живота осушена, промыта риванолом; влито 30-40,0 эфира. Послойное глухое зашивание стенки живота.

Падение кровяного давления во время хода операции быстро прогрессировало, в грудные железы введено по 500,0 физиол. раствора. Под кожу 5,0 камфоры. После операции введен Extr. Secale. Corn, ножной конец кровати приподнят.

Послеоперационное течение.

Через 2 часа больная в сознании. Кровяное давление поднялось. Пульс 88 в 1', среднего наполнения. Тошнота. Рвоты нет. Темпер. 36°. 10 часов спустя помочилась самостоятельно.

15-VI. Самочувствие среднее. Пульс ровный, частый 120 в 1'. Боль в груди. Живот вздут. Газы не отходят. Язык влажный. Мочится сама. Введен Atropin 1,0 (1 проц. раствор), газоотводная трубка. Через полчаса газы отошли. Кровянистые выделения из влагалища. T° 38,5—38,8.

16-VI. Рвота зеленоватыми сгустками. Промывание желудка дало значительное облегчение. T° 37,0—39,3.

17-VI. Икоты, рвоты нет. Появился понос. T° 38,0—38,1.

18-VI. Стула нет. Живот мягкий. Появился аппетит. T° 37,5—38,2. Пульс среднего наполнения, 88 в 1'. Бледность покровов исчезает.

20-VI. Нагноение в нижней части шва. Расшивание. Нагноение поверхностное.

22-VI. Желтуха. Боли в области печени. Введено в вену 5,0 Sol. Urotropin 40 проц. Грелки на область печени.

24-VI. Желтушность покровов меньше. Болей в животе нет. Самостоятельный стул. Аппетит.

28-VI. Urotropin повторен.

30-VI. Желтуха исчезла.

5-VII. Назначено железо внутрь.

С 6-го по 20 июля силы больной постепенно возрастали. Аппетит улучшался. Бледность исчезала медленно. Грануляция раны, вялая вначале, продолжалась до 20-VII. Температура колебалась в пределах 37°—39° в зависимости от расстройств кишечника и полученного обострения бронхита. По объективным условиям невозможно было больной предоставить рационально усиленное питание.

20-VII. Больная в удовлетворительном состоянии с явлениями общего малокровия органов была выписана из больницы.

ГОТОВЫ ЛИ ВЫ

К ОБЛАСТНОМУ НАУЧНОМУ СЪЕЗДУ ВРАЧЕЙ.

: : Последний срок для представления : :
: : заявок на доклады 30 ноября : :

ХЛОРИРОВАНИЕ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ*).

Проф. К. Н. Шапшев (Пермь).

Эпидемиология точно установила роль питьевой воды в распространении желудочно-кишечных инфекций вообще и брюшного тифа в частности. В то же время всем известно, насколько неудовлетворительно наше водоснабжение не только в деревнях и рабочих поселках, но и в городах имеющих водопроводы. Если негородское население пьет в огромном большинстве случаев или грунтовую, колодезную воду, неудовлетворяющую санитарным требованиям; или воду открытых водоемов без всякой очистки, то и городское население часто получает недоброкачественную воду из своих водопроводов. Из 278 наших водопроводов к 1926 году только 62 проц. питались подземной водой, тоже не всегда достаточно доброкачественной, а остальные 38 проц. брали воду из открытых водоемов с мало удовлетворительной очисткой или даже совсем без нея.

Хорошим и очень точным показателем состояния водоснабжения в той или другой местности является брюшной тиф; точность этого показателя такова, что по числу заболеваний брюшным тифом в городах и деревнях какой-либо губернии имеется возможность судить, хороша-ли водопроводная вода в городе. Если городская вода хороша, то число заболеваний брюшным тифом в городе меньше, чем в губернии (Москва и Московская губ.), если же водопроводная вода не удовлетворительна, то город дает больше заболеваний (Ленинград и Ленинградская губ.).

Этой тесной связью между водоснабжением и желудочно-кишечными инфекциями объясняется тот факт, что за все время существования санитарной организации в нашей стране не ослабевал интерес санитарных органов к вопросам водоснабжения, являющимся, естественно, основным вопросом оздоровления населенных мест. Не ослабевает этот интерес и в настоящее время. Однако, экономическое состояние нашей страны не дает возможности производить значительные и радикальные улучшения водоснабжения, всегда связанные со значительными расходами. Санитарная мысль должна была думать об очистке питьевой воды способами более дешевыми, но в то же время достаточно эффективными. Хлорирование питьевой воды, введенное в санитарную практику в этом столетии, как раз является способом и дешевым и эффективным.

История хлорирования питьевой воды указывает, что сдержанное в течение продолжительного времени отношение гигиенистов Европы и России к хлорированию воды сменилось теперь полным признанием хлорирования, как достаточно верного способа очистки питьевой воды. В результате этого мы имеем опубликованные Наркомздравом в июне с. г. «Санитарные правила по хлорированию питьевых вод («Вопросы Здравоохранения»). Официальный отдел. 1929 г. № 20). В этом циркуляре НКЗ предлагает производить хлорирование как поверхностной, так и грунтовой воды, пода-

*) Доложено на окружном санитарно-профилактическом совещании в г. Пермь (25—27 сент. 1929 г.).

ваемой водопроводами для питьевых и хозяйственных целей, если водные источники подвергаются загрязнению или если имеется только возможность загрязнения. Хлорирование водопроводной воды является обязательным, если нет очистных сооружений или эти сооружения дают всегда или иногда (паводки, сильные едожди и т. п.) не безупречную в санитарном отношении воду, или, наконец, при появлении в данной местности желудочно-кишечных эпидемий. Хлорирование же воды должно производиться и в местностях без водопроводов, как постоянная или временная мера, в зависимости от обстоятельств. Этим распоряжением НКЗ хлорирование становится официально признанным методом очистки питьевой воды и вводится в повседневную санитарную практику.

Сейчас нам приходится особенно думать о введении хлорирования воды в некоторых местах, потому что за последние два месяца поступают тревожные сведения об эпидемическом развитии брюшного тифа во многих городах и округах Украины (Харьков, Днепропетровск, Одесса, Сталинский и Артемовский округа и др.), в Москве, Туле и других городах, а также у нас на Урале. Можно думать, что осенью и зимой этого года борьба с брюшным тифом станет одной из наших первоочередных санитарных задач, а вместе с тем остро станет вопрос о доступной и верной очистке питьевых вод, каковой как раз является хлорирование.

Таким образом, доступность и хорошие результаты хлорирования, как способа очистки воды, официальное признание этого способа, и, наконец, значительное усиление в настоящее время брюшно-тифозных заболеваний делают необходимым не только для санитарных, но и для участковых врачей ознакомление с этим методом очистки питьевых вод. Для полного освещения вопроса хлорирования необходимо коснуться слегка истории хлорирования, современного положения этого вопроса, химизма этого метода, самой техники производства хлорирования, осветить достоинства и недостатки этого способа, и, наконец, рассмотреть результаты такой очистки воды.

Первое литературное указание о дезинфекции воды хлорной известью относится к 1894 году (М. Traube), а уже в 1896 г. в Северной Америке в г. Louisvill'e ставились опыты с хлорированием воды на опытной станции. В 1897 г. хлорирование воды проводится в жизнь уже в Англии в городе Maidston'e, как временная мера во время эпидемии брюшного тифа. Первый большой опыт хлорирования питьевой воды был поставлен в Америке уже в начале этого столетия, в 1908 г., когда начинает хлорироваться водопроводная вода в Чикаго и частично в Нью-Йорке. После вполне удачных результатов хлорирования воды в этих двух крупных городах этот метод очистки очень быстро получает в Америке самое широкое распространение. Не то мы видим в начале этого столетия в отношении хлорирования в Европе, где хлорирование применяется только в единичных городах, и то как временная мера.

Такое различное отношение Старого и Нового Света к хлорированию объясняется не только сдержанностью европейских гигиенистов к этому методу, видевших здесь все же ядовитый хлор, применявшийся хотя бы и в незначительных количествах, но главным образом разницей постановки водоснабжения в Европе и Америке. В то время как в Европе или пользовались чистой грунтовой водой или воду открытых водоемов тщательно очищали фильтрацией, озонированием или даже ультра-фиолетовыми лучами, и таким образом не было большой нужды прибегать к хлорированию, в Америке главную роль в питании водопроводов играют открытые водоемы, при чем «сказочный» рост американских городов все больше и больше

затруднял очистку на фильтрах огромных потребных количеств воды, к тому же проходивших чаще всего через менее постоянные по своим результатам американские фильтры. Также непостоянное, а иногда и совсем неудовлетворительное водоснабжение в Америке и побуждало прибегать к хлорированию, как к дополнительному способу очистки, при чем американцы сразу же учли и экономическую выгоду его. Россия придерживалась взглядов Европы, почему введение хлорирования, как постоянного способа очистки питьевой воды, и здесь задерживалось. Но все же жизнь требовала введения этого метода хотя бы как временной меры, а потому мы видим, что в 1910 г. временно хлорируется вода Кронштадта, в 1911 г. Ростова на Дону и с 1913 г. часть невольской воды в Ленинграде. В дальнейшем; однако, и в Европе изменяется взгляд гигиенистов на хлорирование, и этот способ очистки получает и здесь распространение.

Современное положение хлорирования таково, что оно является повсеместным и общепринятым методом очистки и получает все более и более широкое применение. Достаточно указать, что Лондон хлорирует свою воду, Париж также хлорирует, отказавшись от ранее применявшегося озонирования воды. В Германии хлорирует воду более 30 городских водопроводов. У нас более 20 городов применяют хлорирование, в том числе Москва и Ленинград, отказавшийся также от озонирования; сейчас делается установка для хлорирования части воды в Перми. В Америке уже хлорируют всю воду Чикаго, Нью-Йорк, а всегда применяли хлорирование 6000 американских водопроводов, и к 1927 г. 70 проц. всего населения Северной Америки пило хлорированную воду, для чего доставлялось населению свыше 18.000.000 куб. метров в сутки воды, подвергнутой этому способу очистки. Можно только еще отметить, что в одном Чикаго в 1923 г. на хлорирование израсходовано до 23000 пудов чистого хлора. Эти цифры являются вполне достаточной иллюстрацией современного применения хлорирования и можно определенно сказать, что в настоящее время хлорирование прочно утвердилось в санитарной практике.

Спрашивается, чем, т. е. каким веществом, хлорируют и каков химизм этого способа. У нас почти исключительно хлорируют воду хлорной (белильной) известью и только как исключение, жидким хлором (Ленинград, Москва). Во Франции для этого применяют преимущественно хлорноватистонатровую соль или жидкость Жавеля, имеющую формулу NaOCl (гипохлорит натрия). В Северной Америке почти все 6000 водопроводов пользуются жидким хлором, за исключением 25 водопроводов, которые применяют хлорную известь, и 12, которые применяют гипохлорит натрия, полученный путем электролиза поваренной соли. Кроме того, пробуют применять капорит, содержащий до 67 проц. активного хлора, хлор-пермутит и, наконец, органические соединения хлора-хлорамины.

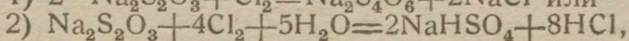
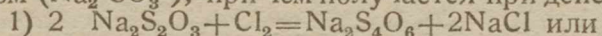
Мы остановимся на рассмотрении химизма действия только хлорной извести, поскольку она у нас главным образом применяется при хлорировании; кроме того химизм действия других хлорирующих веществ в общем тот же, что и хлорной извести.

Хлорная или белильная известь получается путем пропускания газообразного хлора через гашеную известь и насыщения хлором этой извести. Она представляет смесь соединений основного продукта гашеной извести с производными хлора, при чем до сих пор формула хлорной извести не вполне установлена. В настоящее время считают, что она содержит: хлорноватисто-кислый кальций или гипохлорит кальция CaOCl_2 , гашеную известь— Ca(OH)_2 , хлористый кальций CaCl_2 и воду. Другими словами, формула ее

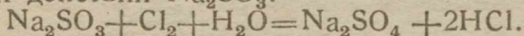
такова: $\text{CaOCl}_2 + \text{Ca}(\text{OH})_2 + \text{CaCl}_2 + 2\text{H}_2\text{O}$. Кроме того, в незначительных количествах может быть магнезия, окись железа, мел, глинозем, кремнекислота, как примеси гашеной извести, идущей на выработку хлорной извести. Заводский продукт хлорной извести должен содержать 35—37 проц. действенного хлора, т.-е., такого хлора, который можно получить из хлорной извести обратно в виде газа; при хранении этот проц. хлора уменьшается. По виду хлорная известь представляет сухой белый или со слегка зеленоватым оттенком порошок с резким запахом хлора.

Интересно, что бактерицидное (а также окисляющее и белящее) действие хлорной извести зависит собственно не от хлора, а от выделяющегося кислорода. Хотя здесь реакция может течь в различных направлениях, но схематично ее можно представить так, что под влиянием углекислоты, всегда находящейся в воде, гипохлорит кальция распадается на хлорноватистую кислоту по формуле: $2\text{CaOCl}_2 + \text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{CaCO}_3 + 2\text{HClO} + \text{CaCl}_2$; образовавшаяся очень нестойкая хлорноватистая кислота (HClO) сейчас же распадается на соляную кислоту и кислород по формуле: $\text{HClO} \rightleftharpoons \text{HCl} + \text{O}$. Выделяющийся кислород и производит бактерицидное действие, которое и свойственно хлорной извести. Соляная же кислота вступает в соединение с углекислыми и двууглекислыми солями, находящимися в воде, образуя хлористые соли, двууглекислые соли, углекислоту и воду, т.-е. такие соединения, которые вообще присущи воде, а потому не меняют особенно химического состава воды и ее вкуса.

Обычно хлорной извести прибавляют с таким расчетом на активный хлор, чтобы вода после 2—3 часового соединения с хлором и при подаче после этого населению или совсем не содержала свободного хлора или содержала его в таких количествах, чтобы он едва открывался реактивами, но не ощущался ни на вкус, ни на запах. Если же прибавляется много хлора и после хлорирования остается остаток свободного хлора, то вода должна до подачи населению подвергнуться дехлорированию антихлорами (дехлораторами); серноватисто-кислым натром ($\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$) или сернисто-кислым натром (Na_2SO_3), при чем получается при действии $\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ такая реакция:



а при действии Na_2SO_3 :



Образующаяся в двух случаях дехлорирования соляная кислота опять же, как и при хлорировании, дает обычные для воды соли, не меняющие ее вкуса так же, как и образующийся в самых незначительных количествах тетратионовокислый натр ($\text{Na}_2\text{S}_4\text{O}_6$), не портят вкуса воды. Но если в воде остается после дехлорирования избыток антихлора ($\text{Na}_2\text{S}_3\text{O}_3$ или Na_2SO_3), то получается некоторый привкус в воде; поэтому необходимо избегать прибавления избытка антихлора.

В практике же надо стараться проводить хлорирование такими количествами свободного хлора, чтобы не было надобности прибегать к дехлорированию, что в подавляющем большинстве случаев вполне возможно. И инструкция НКЗ предлагает применять дехлорирование только в исключительных случаях и обязательно при ежедневном химическом определении необходимого количества антихлора.

К химизму действия хлорной извести, прибавленной к воде, надо отнести еще и многосторонность получающихся при этом реакций: так здесь происходит и окисление органических и неорганических соединений, могущих окисляться, и поглощение хлора органическими веществами (процесс еще не вполне изученный) и, наконец, действие хлорной извести (т. е.

выделяющегося кислорода) на бактерии, обуславливающее как раз самый дезинфекционный процесс. В виду такого разностороннего действия, а отсюда и расходования хлора, при чем раньше происходит окисление веществ (а может быть и хлоропоглощение), а затем только непосредственное, интересующее нас, бактерицидное действие хлора, понятным является тот факт, что наиболее верное бактерицидное действие хлора будет в воде с малым содержанием окисляющихся и хлоропоглощающих веществ. Наоборот, при большом наличии таких веществ, как взвешенных, так и растворенных, необходима затрата большого количества хлорной извести, и все же получается менее верное бактерицидное действие. Эти свойства хлорной извести имеют большое практическое значение и выдвигают положение, что лучше всего получается результат в воде прозрачной и с малым содержанием растворенных органических веществ.

Переходя к технике хлорирования хлорной известью надо указать на следующие моменты:

1) Хранить запас хлорной извести надо хорошо закупоренный в темном, сухом, прохладном и проветриваемом помещении, т. к. она теряет активный хлор от действия света, влаги, высокой температуры и углекислоты воздуха.

2) В виду того, что растворение хлорной извести в воде не дает прозрачного раствора, т. к. имеющаяся здесь гашеная известь не растворяется и образует осадок, приходится устанавливать два бака: один для растворения, а другой—для переливания в него отстоявшегося и просветлившегося раствора хлорной извести.

3) Каждая вода, как указано было выше, в зависимости от прозрачности и химического состава, требует различного количества хлорной извести для получения хороших результатов хлорирования. Поэтому для каждой воды надо определить потребную дозу хлорной извести. Для этого наливают воду, подлежащую хлорированию, в 3 одинаковых ведра и прибавляют приготовленного 1 проц. раствора хлорной извести (10 гр. хлорной извести на 1 литр воды или 6 гр. на бутылку воды): в одно ведро $\frac{1}{2}$ чайной ложки (2=к.с.), во второе ведро 1 чайн. ложку (=4к.с.) и в третье ведро 2 чайн. ложки (=8 к.с.), перемешивают и оставляют стоять $1\frac{1}{2}$ часа. Считают нужной дозой хлорной извести дозу того ведра, которая после $1\frac{1}{2}$ ч. стояния не дает ни запаха, ни вкуса, а при химическом определении хлора в этой воде дает едва заметное посинение. Это обычно бывает меньше 0,2—0,3 mgr. активного хлора на литр. Химическая проба производится очень легко берут из каждого ведра по $\frac{1}{2}$ стакана воды и прибавляют в каждый стакан: 5 капель серной кислоты (разведенной так: 1 часть кислоты и 3 части воды), 5 капель 10 проц. водного раствора иодистого калия и 5 капель крахмального клейстера. Все эти растворы можно приготовить в любой сельской аптеке при больнице, но надо только помнить, что крахмальный клейстер надо менять через 3—4 дня, т. к. он портится. При прибавлении этих реактивов к воде содержащей свободный хлор, этот хлор вытесняет из иодистого калия иод, который дает с крахмалом синее окрашивание. Реакция очень простая и наглядная.

Если во всех трех ведрах нигде не получилось посинения, то значит всюду прибавлено мало 1% раствора хлорной извести, и надо повторить опыт с новыми тремя ведрами, прибавляя большие количества хлорной извести; наоборот, если во всех ведрах в первый раз получилось сильное окрашивание, то значит надо повторить опыт с меньшими количествами хлорной извести. Обычно приходится брать на литр воды хлорной извести столько, чтобы активного хлора было или 1 млгр. или с небольшими колебаниями

в ту или другую сторону, что и определяется этим путем. Определить таким путем потребную для данной воды дозу хлорной извести очень легко и доступно для каждого врача в условиях участковой работы. Инструкция НКЗдрава требует проверки потребной дозы хлорной извести по этому способу не реже 3-х раз в неделю.

4) Для хлорирования хлорной известью надо иметь: а) бак для растворения хлорной извести, б) бак для отстаивающегося и просветлившегося раствора, в) желательно еще иметь бачек для дозировки прозрачного раствора хлорной извести, чтобы измерять количество этого раствора перед вливанием его в резервуар с водой; при малых установках хлорирования можно этого дозирующего бачка не иметь, а вливать в воду раствор любой меркой из расчета необходимого количества его, г) резервуар для воды, в котором в течение 2—3 часов должно происходить соединение воды с раствором хлорной извести. Все это оборудование может быть или специально устроенными баками или обыкновенными бочками или кадками в зависимости от расхода воды и емкости их.

5) Если приходится производить дехлорирование, то надо иметь еще бак для растворения антихлора и дозирующий прибор для вливания определенного количества его в тот же резервуар с водой, где происходило хлорирование.

6) Производство хлорирования тоже не сложно: в первом баке готовят 1 проц. или 2 проц. раствор хлорной извести и здесь этот раствор отстаивается; просветлившийся раствор переводят во второй бак, где он и хранится (не более суток); отсюда наполняют этим раствором дозирующий бачок или другой измерительный сосуд, который и опорожняют в резервуар с водой, которую хотят хлорировать. Надо только, чтобы резервуар для воды был определенной емкости, которой и соответствовал бы дозирующий бачек из расчета ранее определенной дозы раствора хлорной извести на ведро воды. В этом резервуаре после размешивания с раствором хлорной извести вода остается в течение 2—3 часов, после чего проверяется наличие или отсутствие избытка свободного хлора, и при отсутствии его вода или непосредственно из этого резервуара поступает населению, или, еще лучше, выпускается в другой резервуар, где и хранится до раздачи, для этого необходимо иметь еще второй резервуар.

7) Контроль на избыток хлора в воде, подаваемой населению уже после хлорирования, производится при помощи той же реакции посинения от прибавления серной кислоты, иодистого калия и крахмального клейстера, как это делается при определении потребной дозы хлорной извести, при чем инструкция НКЗдрава требует, чтобы этот контроль производился ежедневно.

8) При отсутствии специального резервуара для смешения воды с раствором хлорной извести в течение 2—3 часов инструкция НКЗ разрешает использовать для этой цели водонапорные баки после их дезинфекции более крепким раствором хлорной извести из расчета 5—10 мгр. активного хлора на литр воды.

9) Производство хлорирования в самом водоеме (колодце, пруду и т.п.) не допускается.

10) Желательно, чтобы вода для хлорирования была прозрачна, в противном случае ее стремятся до хлорирования очистить или осаждением, или коагуляцией, или фильтрацией. При невозможности получить прозрачную воду можно подвергнуть хлорированию и мутную, только результаты могут получиться худшие.

11) Бактериологический контроль за результатами хлорирования, состоящий в определении общего числа бактерий и величины титра кишечной

палочки, должен производиться на водопроводах не реже чем через день. При малых хлорирующих установках контроль может быть изменен в сторону уменьшения санитарным надзором.

Хлорирование жидким (сгущенным) хлором еще легче, удобнее, проще, экономичнее и дает лучшие бактерицидные результаты, но для применения жидкого хлора надо иметь прибор, регулирующий поступление хлора в воду,—хлоратор, вырабатываемый пока за границей. Это обстоятельство, а также затруднение с получением всюду жидкого хлора, отпускаемого химическими заводами в стальных баллонах, являются пока препятствиями для применения у нас жидкого хлора, поэтому в большинстве случаев мы пользуемся хлорной известью.

Интересно подытожить недостатки и достоинства хлорирования.

К недостаткам надо отнести следующее:

1) Желательность хлорировать воду прозрачную, хотя возможно хлорировать и мутную воду, но с худшими результатами.

2) Соединение воды с хлорной известью должно продолжаться 2—3 ч., что требует соответствующих резервуаров, емкость которых будет зависеть от количества потребляемой в это время воды; уменьшение же времени хлорирования влечет увеличение количества активного хлора, а это ведет к дехлорированию, что нежелательно.

3) Появление иногда, но очень не часто, в некоторых водах слабого привкуса или легкого запаха «иодоформа» или «карболки». Объяснение этому дается различное: или наличие в данной воде органических веществ в коллоидном состоянии фиксирующих на себе часть нераспавшегося гипохлорита, или наличие в воде хотя бы минимальных следов фенола или крезола (напр. с дождем из воздуха в лондонской воде), также дающих с хлором такое явление. При этом отмечено, что появление привкуса или запаха чаще бывает при хлорировании хлорной известью, чем жидким хлором. Как бы то ни было, этот даже незначительный привкус или запах делает данную воду непригодной для употребления после хлорирования.

Из этих трех недостатков хлорирования только последний, а именно, появление неприятного вкуса или запаха, является абсолютным препятствием для хлорирования, тогда как первые два недостатка являются недостатками относительного характера и все же не мешают производству хлорирования при наличии значительного числа достоинств этого способа очистки питьевых вод.

Достоинства хлорирования следующие:

1) Хлорирование представляет способ несложный и вполне доступный как в техническом отношении, так и в отношении контроля за ним, т. к. не требует устройства ни сложных очистительных сооружений, ни особой лаборатории.

2) Способ дешев как в отношении оборудования, так и самой эксплуатации, почему вполне доступен и для небольших источников водоснабжения (по данным Ленинградского водопровода, эксплуатационные расходы при хлорировании хлорной известью обходились в 0,04—0,05 копеек на 1 куб. метр воды).

3) Применение этого способа очистки не опасно, т. к. никакого отравления или даже расстройства здоровья, хотя бы и при некотором избытке свободного хлора, нигде не наблюдалось.

4) В громадном большинстве случаев хлорирование не портит вкусовых качеств воды, т. к. не дает никакого привкуса или запаха.

5) Все эти качества хлорирования делают этот способ легко применимым не только для городских водопроводов, но и для сельских общественных источников водоснабжения (колодцев, ключей, рек и т. п.).

6) Хотя ничтожные дозы активного хлора (около 1 млгр.) и не дают полной стерильности воды, но значительное уменьшение бактерий получается. Вопрос о результатах очистки воды при хлорировании от бактерий в первую очередь интересует санитарный надзор, и здесь необходимо привести хотя бы некоторые данные по этому вопросу.

Мы остановимся только на двух случаях хлорирования воды в нашей стране: один—хлорирование воды г. Одессы из р. Днестра, прошедшей через английские фильтры, но при временной установке хлорирования (Б. Кремер), второй—постоянная установка хлорирования воды р. Невы в Ленинграде, без всякой очистки на «Пролетарском заводе», т.-е., случай, чаще всего встречающийся на практике при малых установках (д-р А. Селезнев и проф. В. Углов).

К хлорированию воды р. Днестра пришлось прибегнуть как к временной мере зимой 1927-28 г., когда вследствие очень больших морозов английские фильтры покрылись льдом и стали давать фильтрованную воду с числом бактерий свыше 1000 и с титром кишечной палочки 20 к.с. Предложено было срочно приступить к хлорированию этой воды хлорной известью. Результат хлорирования, по данным лаборатории водопровода, показал снижение числа бактерий до 40—70 в 1 к.с., т. е. уменьшение приблизительно в 15—25 раз, а титр кишечной палочки с 20 к.с. увеличился до 200—300 к.с., т.-е. улучшился в 10—15 раз.

На «Пролетарском заводе» в Ленинграде, имеющем свой водопровод из р. Невы, при чем вода бралась без всякой очистки недалеко от берега и в очень загрязненном месте, пришлось прибегнуть к хлорированию потому, что заводское население болело брюшным тифом в $6\frac{1}{2}$ раз больше, чем все городское, а холерой во время эпидемии 1918 г. в 5 раз больше, а в 1919 г.—в 8 раз больше, чем в городе. Здесь результаты хлорирования за 4 года дали уменьшение числа бактерий в среднем в 16 раз, а титра кишечной палочки в 112 раз. Интересно, что та же невовская вода, но прошедшая на главной городской водопроводной станции через префильтры и потом хлорированная хлорной известью, получается в 2 раза лучше воды «Пролетарского завода», а невовская вода, прошедшая на заречной городской водопроводной станции через американские фильтры и потом хлорированная жидким хлором, по бактериологическому составу оказалась в 27 раз лучше.

Из разбора этих двух случаев видно, каким бактерицидным действием обладает хлор и насколько увеличивается его действие при предварительной очистке воды.

Труднее учесть, по литературным данным, результаты хлорирования в Америке, т. к. там применяется или американская фильтрация хлорирование, или осаждение—хлорирование, или двойное хлорирование еще с какой-нибудь очисткой, и не ясно, что здесь надо отнести за счет хлорирования, что за счет другой очистки, но цифры здесь таковы в различных городах: до очистки в реке—3300 бактерий, после всей очистки—70 бактерий при отсутствии кишечной палочки, до—4500 бакт. после—3 бакт.; до—18000, после—8 бакт. Приведенных примеров достаточно, чтобы показать, что бактериологический контроль при хлорировании дает значительное уменьшение числа бактерий и резкое уменьшение кишечной палочки. Отсюда можно определенно сказать, что при наличии всех выше указанных достоинств хлорирования и при таком бактерицидном действии мы имеем

в хлоре могучий фактор для очистки питьевых вод, к тому же безвредный, вполне доступный и дешевый.

Нельзя не указать еще на самые новые усовершенствования и модификации в хлорировании, которые показывают, что научная техническая и санитарная мысль идет дальше в смысле усовершенствования этого метода очистки. Сюда надо отнести:

1) Введение двойного хлорирования: сырой воды до фильтрации или осаждения и после этой очистки; до очистки прибавляется 0,7—1,5 мгр. активного хлора, а после 0,2—0,3 мгр. В результате получается уменьшение заиливания фильтров, уменьшение развития *Crenothrix* в трубах и еще большая бактериальная очистка воды, но полной стерилизации воды пока еще все же не получено. На такое двойное хлорирование перешло до 20 городов Америки.

2) Так называемая «верденизация» воды (от г. Вердена, где она впервые была применена)—это хлорирование при очень энергичном взбалтывании воды; в результате получается возможность уменьшить дозу хлора приблизительно в 30 раз, очистка не требует такого продолжительного времени и вода не приобретает никакого привкуса. Объяснение этому пока дают такое, что при взбалтывании воды с хлором возникает радиация, которая и действует так сильно бактерицидно. «Верденизация» воды введена в 60 французских городах и в некоторых городах других стран.

Невольно возникает вопрос, можно ли подвести в настоящее время итог хлорирования в смысле конечных результатов, т. е. какую роль сыграло хлорирование в охране здоровья населения. Ведь, для этой цели проводится хлорирование, и этот результат решает вопрос о ценности этого способа очистки питьевой воды. Повидимому, мы можем ответить на этот вопрос в отношении Северной Америки, при чем воспользуемся и здесь точным показателем состояния питьевой воды: заболеваемостью и смертностью от брюшного тифа. В 1908 г. в Сев. Америке началось первое хлорирование и в 1910 г. смертность от брюшного тифа была 19,6 на 100.000 населения, а в 1924 г. она, при уменьшении из года в год, упала до 3,5 на 100.000. Такое колоссальное падение, безусловно, надо отнести почти всецело на счет бурного роста хлорирования. Это подтверждается еще тем, что заболевания брюшным тифом, бывшие до развития хлорирования, главным образом, в городах, остаются теперь преимущественно в сельских местностях Америки, где хлорирование не проводится и качество питьевой воды хуже, чем в городах. Наконец, что касается американских городов, то многие из них снизили смертность от брюшного тифа даже ниже 4—5 на 100.000, а это пока считается пределом снижения при наличии безупречной воды, т. к. зависит уже не от воды, а от других эпидемиологических моментов (перенос пищевыми продуктами, мухами, бациллоносительство и т. п.). Если принять, что в среднем 1 смертный случай от брюшного тифа приходится на 20 брюшнотифозных заболеваний, то значение хлорирования для охраны здоровья населения уже и в этом только отношении огромно.

Тот же результат виден и на «Пролетарском заводе» в Ленинграде, где при введении регулярного хлорирования заболеваемость брюшным тифом, бывшая ранее 78,9 на 10.000 населения и в $6\frac{1}{2}$ раз выше заболеваемости городского населения, спустилась до 5,1 на 10.000, т. е. уменьшилась в 15,5 раза и стала в 2 раза даже ниже заболеваемости всего городского населения.

Надо привести еще две цифры для сравнения и конечный результат хлорирования питьевой воды станет еще яснее: в 1924 г. в С. Америке на 101 мил. населения было 33.244 заболевания брюшным тифом, а в Союзе ССР было

166.209 заболеваний, при чем здесь надо принять во внимание неполную регистрацию, особенно в сельских местностях. Кроме того Союз ССР отличается от Сев. Америки тем, что заболеваемость в Союзе выше в городах, что зависит от неудовлетворительного городского водоснабжения.

Таково современное положение с хлорированием и достигнутые в настоящее время результаты. И то, и другое определенно говорит, что в хлорировании мы имеем хороший общепризнанный способ очистки питьевой воды, безвредность, легкость, дешевизна и простота которого делают его вполне применимым не только в городской, но и в сельской практике.

САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ ШКОЛ Г. ШАДРИНСКА.

Д-р А. А. Грацианов.

На 1-е января 1929 г. в г. Шадринске состояло 15 школ, из них: педагогический техникум и школа 2-й ступ., школа повышенного типа и 12 школ I ступени, в том числе I железнодорожная школа—пятилетка. Педагогический техникум и школа второй ступени помещаются в здании б. реального училища. Из школ I ступени 4 помещаются в зданиях, в которых при старом режиме были церковно-приходские школы и которые ныне принадлежат окружному Отделу Народного Образования, 4 школы размещены в муниципализированных зданиях, которые были построены для целей частного жилья и 4 школы размещены в верхнем этаже одного из муниципализированных зданий; из них две занимают самостоятельные помещения, а в других двух занимаются во вторую смену. Железнодорожная школа размещается в двух муниципализированных зданиях, которые при старом режиме служили для торгово-промышленных целей и частного жилья.

Специально построенных зданий под школьные помещения только два: б. реальное училище и одно из зданий б. церковно-приходской школы, в котором ныне помещается школа № 2 первой ступени. Усадьбы при школах находятся в полном распоряжении последних, за исключением школ: №№ 3, 5, 9, подростков и железнодорожной школы, где они эксплуатируются вместе с другими учреждениями и лицами. Усадьбой школ № 9, подростков, по ликвидации безграмотности и школы повышенного типа пользуются постоянное население 16 квартир, в количестве 69 чел., а надворные постройки ее эксплуатируются с торгово-промышленными целями. Площадь усадьбы школы 2-й ступени 13405,77 кв. м., а площадь усадеб остальных школ колеблется от 1240 до 4000 кв. м. Площадь усадеб всех школ первой ступени 22687,07 кв. м.

Педагогический техникум со школой 2 ступени помещается в двухэтажном с полуподвалом каменном здании, а из школ I ступени 3 помещаются в каменных 2-х этажных домах, 5 в одноэтажных домах деревянных на каменных полуподвалах, 2 в одноэтажных каменных и одна в одноэтажном деревянном доме.

Два здания школ №№ 4 и 6 требуют капитального ремонта, остальные школьные помещения сравнительно в удовлетворительном состоянии, но все требуют текущего ремонта: окраски полов, побелки внутренних помещений, ремонта печей и устройства санитарных установок. Окраска полов и побелка внутренних помещений всех школ, кроме школы № 8, не производилась по 2-3 года. Потолки и стены в них чрезвычайно загрязнены, а от окраски полов осталось одно воспоминание. Все школы тесные,

но сухие, за исключением двух из них (№№ 4 и 6), в которых за недостатком помещений по одному классу вынесено в сырые и полутемные полуподвалы.

Из всех школьных усадеб только на одной нет никаких служб, на трех имеются холодные надворные постройки и на семи в ряду повелдних, по одной бане. Службы при школе 2-й ступени в хорошем состоянии, во всех остальных требуют текущего ремонта. На усадьбе школы № 2 уровень почвенных вод стоит очень высоко, а так как усадьба стоит к тому же в котловине, то с весны службы залиты водой и нижние венцы их подвержены большому гниению. Отличительной чертой школьных бань, как и всех других в г. Шадринске, является то обстоятельство, что отработанные воды из них лотком выводятся наружу и разливаются по поверхности усадеб.

В школе 2-й ступени и педагогическом техникуме классами и кабинетами занято 23 комнаты, а вместе со вспомогательными учреждениями (библиотека, канцелярия, учительская, столовая для учащихся, раздевальня, военный уголок, местком и мастерские для учащихся), занято 38 комнат. Рекреационных комнат в здании нет, но таковыми служат два коридора верхнего и нижнего этажей, площадь которых достигает 747,36 кв. м.

Во всех школах первой ступени 40 классных комнат, из них 5 в железнодорожной, в 5 школах по 3 и в 5 по 4 класса. Если выделить железнодорожную школы, имеющую в числе вспомогательных помещений музей, рекреационную комнату, столовую, 2 раздевальни, читальню, столярные мастерские и 2 учительских комнаты, то в остальных школах 1-й ступени, кроме раздевален, передних и коридоров, нет других вспомогательных помещений, только в школе № 1 есть две маленькие комнатки под столовой и учительской, да в школе № 8 имеются очень скромных размеров и почти без света рекреационная комната и полутемная комната для чтения.

Для заведующих школами жилые помещения имеются: при школе 2 ступени и в школах : №№ 2, 3, 4, 5, 6 и 8 первой ступени. Обращает на себя внимание квартира заведующего школы № 2, в которой она помещается в составе 3 членов семьи, а площадь пола комнаты всего 8,70 кв. м. Технические сотрудники: в школе 2 ступени помещаются 2 машиниста, 2 кочевара и 1 сторож, а при школах 1 ступени по одной сторожихе. Из этих последних только 3 имеют по самостоятельной комнате, а все остальные живут в школьных кухнях, кроме сторожихи школы подростков. Последней, за неимением помещения (семья в 8 человек) занята учительская. Пустующих жилого характера помещений в школах не имеется.

Общая площадь классов и вспомогательных помещений по внутреннему обмеру выражается: для педагогического техникума и школы 2-й ступени в 3376,67 кв. мтр., для 2-х зданий железнодорожной школы в 398,06 кв. мтр., а для 10 школ 1-й ступени 2167,18 кв. мтр.

Кубатура их выражается: для педагогического техникума и школы 2-й ступени в 15221,99 кв. мтр., для 2-х зданий железнодорожной школы в 1385,34 кв. мтр. и 10 школ 1-й ступени в 7459,81 кв. мтр.

А так как учащиеся $\frac{4}{5}$ времени в школах проводят в классных комнатах, целесообразно учесть размеры последних отдельно от вспомогательных помещений, но в общих цифрах.

В школе 2-й ступени и педагогическом техникуме 8 классов, площадь пола в них 526, 18 кв. мтр. и объем 2186,06 кв. мтр.; занимаются в 2 смены по 320 в каждую. На одного учащегося приходится: 1,64 кв. мтр. площади

пола и 6,83 куб. мтр. об'ема. В железно-дорожной школе 5 классов. Площадь пола их 175,81 кв. мтр. и об'ем 552,29 кв. мтр. Световой коэффициент в них 1:5,27. Учащихся 196 человек. На каждого из них 0,90 кв. мтр. площади пола и 2,82 кв. мтр. об'ема.

Городские школы I ступени представлены в следующем виде:

№	Число классов	Площадь пола	Об'ем	Световой коэффициент	Кол-ч. смен	Учащихся	Площадь пола на 1 уч-ца	Кубатура на 1 учащегося
1	3	135,94	442,66	1:9	2	162	1,11	3,76
2	4	224,05	1039,00	1:4,86	1	161	1,38	6,47
3	3	138,24	493,51	1:5,76	1	121	1,14	4,07
4	4	156,67	500,70	1:6,24	1	152	1,03	3,29
5	4	163,28	531,30	1:6,65	1	161	1,14	3,30
6	4	135,90	453,02	1:4,27	1	166	0,81	2,72
7	3	175,96	651,05	1:5	2	168	1,39	5,16
8	4	126,98	387,75	1:5,29	1	128	0,99	3,03
9	3	112,00	355,94	1:6,22	2	166	0,99	3,15
Подростков .	3	106,56	319,68	1:5,59	2	328	0,85	2,55

В 10 школах в 35 классных комнатах, площадь пола которых выражается в 1475,58 кв. мтр., а об'ем в 5174,61 кв. мтр., занимается 1713 учащихся, из них 1373 в первую и 340 во вторую смену. На одного учащегося, как видно из приведенной таблицы, падает от 0,81 до 1,39 кв. мтр. площади пола и от 2,55 до 6,47 кв. мтр. об'ема, а в среднем 1,07 кв. мтр. площади пола и 3,76 кв. мтр. об'ема.

По исследованиям местной лаборатории в отношении температуры воздуха в классах, относительной влажности и содержания углекислоты (CO₂)—имеем следующие данные:

В школе № 1 в конце второй смены в классе 4 группы и во время 4 урока (до исследования двери в классе были открыты и только во время исследования закрыты):воздух неприятный,спертый, t 19°C, CO₂ 3,50 pro mille и относительная влажность 56 проц. В школе № 2 в классе 4 группы после 2-х уроков во время перемены и при открытых дверях и форточке: воздух спертый t 17°C, относительная влажность 60 проц. и содержание CO₂ 1,84 pro mille. В школе № 9, во время 4-го урока первой смены в классе В, при закрытых дверях и форточках: воздух спертый, t 17° С, относительная влажность 63 проц. и содержание CO₂ 3,50 pro mille. В школе подростков в конце первой смены, во время 3-го урока во 2 классе при закрытых дверях и форточке, из коих последняя до исследования была открыта: воздух неприятный, спертый, t 19° С, относительная влажность 82 проц. и содержание CO₂ 3,30 pro mille. В той-же школе подростков, в конце 2 смены и во втором классе, при занятиях по ликвидации безграмотности: воздух спертый, неприятного запаха, t 19°C, относительная влажность 60 проц. и содержание CO₂ 3,50 pro mille. В школе 2-й ступени, через 1/2 часа после окончания первой смены t классов при закрытых дверях и не функционирующей искусственной вентиляции достигала 20° С, влажность 62 проц., а содержание углекислоты в них до 2,84 pro mille, а через 1/4 часа после окончания занятий второй смены, последняя, при тех же условиях, возрастала до 3,70 pro mille. Даже

в корридорах в 9 часов вечера, т.-е., через час после окончания занятий второй смены, содержание в воздухе углекислоты достигало 1,56 pro mille.

При этом надлежит не забывать, что в детских организациях окислительные процессы происходят очень усиленно, а потому детьми выдыхается значительно больше углекислоты по сравнению со взрослым человеком. Если ребенок 11 лет на 4 клг. своего веса выделяет ее 100,0, то взрослый человек за то же время и на тот же вес только $1\frac{1}{2}$ указанного количества. Выделяя относительно большее количество угольной кислоты, дети нуждаются и в относительно большем количестве свежего воздуха, чем взрослые. Световой коэффициент в школах колеблется от 1:4,27 до 1:9. Классы всех школ г. Шадринска обращены: 4 на восток, 10 на юг, 2 на запад, 8 на север, 5 на северо-восток, 2 на северо-запад, 9 на юго-восток и 8 на юго-запад.

При всех школах имеются кухни, кроме школы подростков. 7 кухонь расположено в нижних этажах школ и в полуподвалах. В ближайшем соседстве с классами расположено 9 кухонь. Отработанные воды из них ведрами выносятся в помойную яму или разливаются по усадьбе. 8 кухонь служат для изготовления завтраков учащимся и для обслуживания семей технического персонала, количественный состав которых от 1 до 8 человек, и для целей жилья этих последних. Школа подростков не имеет кухни. Таковая обращена в раздевальню и в ней же построен подтопок, в который вмазан котел. В нем готовят и горячие завтраки, и кипятят воду для питья. Дети пьют из него отварную воду, а подростки и взрослый элемент отказываются и предпочитают пить сырую воду.

Острые инфекционные заболевания среди учащихся всех школ за первое полугодие 1928-29 года представлены 1 заболеванием паратифом, 4 скарлатиной, 2 корью, 5 гриппом и 175 эпидемическим паротитом. Из-за скарлатины для производства дезинфекции 2 школы в истекшем полугодии закрывались каждая на 4 дня.

По заявлениям части заведывающих школами общее состояние здоровья школьников систематически ухудшается. Освидетельствование их состояния здоровья производится профилактической амбулаторией, но далеко не в полном объеме, и 8 школ туберкулезным диспансером.

Вентиляция приточная и вытяжная имеется только в одном здании педагогического техникума и школы 2-й ступени. Вентиляция не функционирует вследствие недостаточности давления парового котла. Во всех остальных школах вентиляция примитивная—оконными форточками или железными трубками и всюду недостаточна. Классы не успевают проветриваться, и дети за отсутствием рекреационных комнат не выходят из душных и пыльных помещений. Исключением является только школа № 8, в которой классы вентилируются фрамугами и оконными форточками. Недостаток только тот, что в ней рекреационная комната очень мала и темна. В школе № 6 нет совершенно искусственной вентиляции вверху в классе 1-й группы и в сыром полуподвале, в котором занимается 4-я группа, а в школе подростков нет таковой в классе 2 группы Б. В школе 2-й ступени, сравнительно при большой кубатуре воздуха в классах и при наличии превосходных рекреационных комнат в виде обширных коридоров, не улучшается положение дела благодаря полному отсутствию в ней искусственной вентиляции. На площадок, и на игр на свежем воздухе нет ни в одной школе, и физкультура не нашла для себя применения ни в одной из них. Школьные кухни, как правило, не имеют вентиляции, и чад большинства из них смешивается и с без того тяжелым воздухом классных помещений.

Квартиры заведующих школами довольно скромны и обычно без всяких удобств, но ими все же вполне можно пользоваться для целей жилья.

Исключением являются две школы №№ 2 и 6. В первой из них квартира заведующей чрезвычайно мала (8,70 кв. мт. площади пола на 3 членов семьи), тогда как квартира заведующей школой № 6 хотя и в полуподвале, но состоит из двух огромных комнат со специальной кухней при них и при том залита солнцем. По состоянию здоровья населения квартиры—семье целесообразно выбраться из полуподвала, что, с другой стороны, улучшит безотрадное положение школы: легче найти квартиру для заведующей, чем вывезти школу из того помещения, какое она занимает.

Освещение школ большею частью смешанное: и керосиновое, и электрическое. В тех помещениях школ, в которых производятся вечерние занятия, таковые обычно освещены электричеством, и, наоборот, остальные части зданий, в том числе и квартиры заведующих школами, обычно имеют керосиновое освещение. Отопление в школе 2-й ступени центральное водяное, а во всех остальных голландскими или утермарковскими печами с герметическими затворами, 50 проц. которых требуют ремонта.

Домашний водопровод из имеющегося на усадьбе бурового колодца имеется только при школе 2-й ступени, все остальные школы не имеют водопроводов и пользуются привозной водой из р. Исети. Собственных источников водоснабжения нет на школьных усадьбах, а если и имеются, то пользоваться водой из них с питьевыми целями невозможно. Примером может служить усадьба 9 школы и подростков. Здесь имеется колодезь, но с водой недоброкачественной и негодной к употреблению (густая, зеленовато-желтоватого цвета) и с запахом, что приходится объяснять наличием рядом с колодцем уборных, коими пользуется население в 69 человек из 16 квартир, базар и бани, отработанные воды которых выведены непосредственно на усадьбу, при чем колодезь стоит ниже бани.

Умывальных комнат нигде нет. При уборных школы 2 ступени имеются водопроводные раковины перед уборными, а при всех школах 1-й ступени примитивные железные умывальники, обычно установленные в коридорах, в раздевальнях и даже в классах (школа № 9).

Канализации нет нигде. В школе 2 ступени имеются ватер-клозеты обычно на половину закрытые, как требующие ремонта и с тяжелым не вентилируемым воздухом в уборных. При железно-дорожной школе холодные отхожие места имеются при школе, тогда как во всех остальных школах таковые во дворах. Выгреба всюду или грунтовые, или {деревянные, но обычно без дна и за недостатком средств очищаются только однажды в год. Загрязнены отхожие места до-нельзя, а про уборные школ № 9, подростков, по ликвидации неграмотности и школы повышенного типа, по указанным выше соображениям, и говорить не приходится. При некоторых зданиях школ 1-й ступени имеются теплые уборные, но они, как таковые, не функционируют из-за недостатка топлива, потребности ремонта печей, недостаточности размера их и крайней нужды в них в качестве складочных помещений.

Стирка белья производится на кухнях или в банях. Из кухонь отработанные воды выносятся в помойные ямы, обычно тоже грунтовые, а из бань всюду специальными лотками выводятся на поверхность усадьбы.

Садов на школьных усадьбах, несмотря на значительные размеры некоторых из них, нигде нет, если не считать небольшой и при том довольно жалкой растительности на некоторых из них, что объясняется недостатком средств и нарушением целостности изгородей в некоторых из них, через которые проникают на усадьбу животные и губят растительность в зачаточном состоянии.

Древонасаждения на улицах нигде нет, кроме жалких тополей, обглоданных козами, против железнодорожной школы и школы № 7. Болот на школьных усадьбах нет, но школа № 2 стоит в котловине, залитой в весеннее время водой, а школа № 6 имеет позади себя огромное болото, ухудшающее и без того безотрадное состояние школы.

На школьных усадьбах очень мало своих животных, обычно принадлежащих техническим сотрудникам и изредка заведующим школами, но на усадьбах жел.-дор. школы, школ № 9, подростков и других, расположенных на данной усадьбе, таковые имеются и принадлежат частным жильцам. Усадьбы железнодорожной школы сильно загрязняются скотом, на котором привозятся грузы в имеющиеся на усадьбах складочные помещения торгово-промышленного характера.

Школьная мебель во всех школах без исключения негигиенична и не приспособлена к возрасту учащихся (к тому же часть ее находится в полуразрушенном состоянии, что вместе взятое создает определенную угрозу в смысле нездорового влияния на недоразвившийся организм учащихся. В специальных кабинетах школы 2 ступени с мебелью обстоит еще хуже: недостает стульев и скамеек и учащиеся часами вынуждены простаивать весь урок, стоя на ногах.

Из вышеизложенного вытекают следующие выводы в отношении санитарного состояния школ:

Ни одна школа в полном объеме не удовлетворяет элементарным требованиям гигиены,—то по площади пола школьных помещений и по кубатуре, то по другим статьям санитарного благоустройства школьных зданий, то, наконец, по содержанию их.

Не повторяясь во всех отмеченных подробностях школьной жизни, дозволительно вновь остановиться на более существенных дефектах.

Минимальная санитарная норма на учащегося в классе, ниже которой спускаться без явного ущерба для его здоровья невозможно,—это 1,25 кв. м. площади пола и 3,50 куб. м. объема. Из школ 1 ступени этой норме удовлетворяют только две школы №№ 2 и 7, но и они обесценены: первая наличием в ней школьной библиотеки, а вторая второй сменой учащихся, так пак классов в ней только 3, а групп 4. Школы № 6 и подростков не далеко ушли от гробового содержания в них воздуха, каковым именем школьная гигиена характеризует такие школы, в коих содержание воздуха на одного учащегося не превышает 1.80 куб. м. объема.

Рекреационных комнат и столовых, собственно говоря, нет ни в одной школе. Столовая, имеющаяся в школе № 1, так мала, что не может служить таковой, а рекреационная комната №8 туберкулезной школы—и полутемная, и по размерам своим не соответствует наличию учащихся в ней.

Завтракают дети в душных и пыльных классах и проветрить их за неимением рекреационных комнат, при крайне незначительной искусственной вентиляции или при полном отсутствии ее, а еще более при наличии второй и третьей смен в школах,—не представляется возможным.

Все школы, кроме № 8, грязные, и с выбитыми полами, так как не ремонтировались (побелка и окраска) по 2—3 года. Мытье полов производится только один раз в неделю, а в остальные дни—сухая уборка и пыль в это время стоит невероятная. Отхожие места холодные, весьма загрязнены и очень удалены от школ. Мебель в классах негигиенична и не приспособлена к возрасту учащихся.

Школьно-санитарного врача Здравоотдел только что получил.

Если так печально обстоит дело в школах первой ступени и больше всего из-за того, что в них вместо 3 дореволюционных классов, школа пер-

вой ступени определена в 4 группы, вследствие чего под четвертый класс пришлось занять рекреационную комнату,—то в превосходном здании школы 2 ступени нужно было ожидать обратных явлений. И здесь, действительно, несмотря на огромное количество учащихся, мы имеем достаточных размеров и площадь пола, и хорошую кубатуру воздуха в классных помещениях. Но в ней самым существенным дефектом является искусственная вентиляция.

Имеющаяся в школе паровая вентиляция не функционирует вследствие недостаточности парового котла. Чтобы вентиляция работала, необходимо или увеличить размеры парового котла, или поставить 3 переключателя и вентилировать помещение частями. Но даже и в том случае, если бы паровая вентиляция совсем вышла из строя и ею невозможно было бы пользоваться, выход из положения в школе имеется и очень хороший, только руководители школы не желают воспользоваться им. Оконные рамы в здании так построены, что в них в каждый данный момент могут быть открыты фрамуги: необходимо только снабдить их шарнирами и ручками, но и этого не сделано школой. Наконец, можно было бы открывать, в виду крайности, окна, но и это воспрещено в целях экономии топлива. В конечном результате, как указано выше в данных лабораторного исследования воздуха, мы имеем в школе в течение всего дня насыщенный углекислотой воздух, отравляющее действие которого даже при малых дозах содержания ее сказывается весьма пагубно на состоянии здоровья учащихся и обслуживающего их персонала. Бактериологическое исследование воздуха в школе, несомненно, дало бы при указанных выше обстоятельствах еще большие результаты, но меру эту, к сожалению, осуществить невозможно за неимением в лаборатории бактериолога.

Другие дефекты школы 2-й ступени вынуждают прийти к заключению, что руководители школьной жизни далеко недооценивают значения оздоровления среды и обстановки, при которых происходит учение в школе и недооценивают значения самого преподавания: усталость, переутомление и хроническое отравление углекислотой, вернее, сопутствующими ей газами. Последствием этого является, с одной стороны, понижение сопротивляемости организма внешним вредным влияниям, а с другой ослабление умственных способностей учащихся.

Во всех школах обучается $\frac{1}{12}$ населения г. Шадринска. Если бы как при поступлении в школу, так и по выходе из нее все дети подвергались надлежащему медицинскому освидетельствованию состояния здоровья, то тубдиспансеру при наличии в городе большого количества сырых и полутемных подвалов, а также текстильной фабрики, несомненно, не пришлось бы удивляться высокому распространению среди населения г. Шадринска туберкулеза.

Меры, которые необходимо принять для устранения недочетов, следующие:

1. В виду несоответствия подавляющего большинства зданий, занятых под школы, своему назначению, Шадринский Городской Совет должен принять меры к замене их наиболее подходящими зданиями.

2. Количество школьных помещений должно быть увеличено настолько, чтобы площадь пола и кубическое содержание воздуха в классах было не ниже установленных гигиенической минимальных норм.

3. Рекреационная комната и столовая обязательны для каждой школы, при чем размеры первой должны быть не менее половины площади пола классов, а размеры второй соответствовать количеству учащихся в одну смену.

4. Вторые и третьи смены должны быть уничтожены.

5. В виду недостаточности имеющейся в школах 1 ступени искусствен-

ной вентиляции должна быть без промедления введена в них вентиляция чрез фрамуги без исключения во всех классах. В школе 2 ступени должна быть восстановлена паровая вентиляция выше указанным способом, а при невозможности этого—вентилировать помещения чрез фрамуги во всех классах, кабинетах и коридорах.

6. Световой коэффициент в школах должен быть не ниже как 1:6.

7. Из полуподвалов, вследствие их огромного вреда для населения, и школьного в особенности, вследствие их чрезмерной сырости и недостаточности световой поверхности, должны быть немедленно выведены классы.

8. Закрытые при школах теплые уборные должны быть восстановлены и расширены в соответствии с количеством учащихся, а где их нет,—таковые должны быть пристроены к школьным зданиям.

9. Уборка классных помещений должна быть исключительно влажная и производиться ежедневно с последующим проветриванием всех школьных помещений.

10. Пред началом предстоящего учебного года должен быть произведен в школах текущий ремонт с обязательной побелкой стен и потолков и с окраской хотя бы одних полов.

11. Школьная мебель должна быть в достаточном количестве и по характеру своему отвечать требованиям гигиены.

12. Школьные усадьбы и изгородь должны быть приведены в надлежащее состояние, согласно действующим обязательным постановлениям округа.

13. На каждой школьной усадьбе должно быть проведено древонасаждение с устройством площадок для игр. Все работы в указанном направлении должны проводиться под наблюдением санитарного врача.

14. Окрздраву необходимо принять меры к периодическому и систематическому освидетельствованию всех школьников со стороны профилактической амбулатории с привлечением к работе рентгеновского кабинета для более определенного разрешения вопроса о характере и степени вреда населению, наносимого тяжелыми условиями школьной жизни.

15. Ежегодно, перед началом каждого учебного года, все школы должны быть осмотрены специальной комиссией в составе санитарно-технического надзора и представителей Наробраза и Горсовета с составлением на них соответствующего акта о их состоянии и соответствии своему назначению.

16. Усадьба 2 школы первой ступени должна быть поднята, и библиотека из нее выведена.

17. Здания 4 и 7 школы первой ступени должны быть капитально отремонтированы.

18. За счет квартиры заведующей школы № 6 должна быть расширена школа.

19. Каменная стена полуразрушенного дома перед окнами школы № 8 должна быть немедленно снесена.

20. Школы № 9, подростков и по ликвидации неграмотности должны быть немедленно выведены из занимаемого помещения, как не удовлетворяющего элементарным требованиям гигиены.

Такова практическая программа работ по оздоровлению обстановки школьных занятий в Шадринске. Лето 1929 года было использовано для устранения части дефектов и до 10 проц. их были устранены. Наиболее существенным из сделанного в этом направлении было: все школы, кроме одной, освежены (полы выкрашены, стены и потолки выбелены), из школы № 2 выведена библиотека, во всех школах устроена примитивная вентиляция, школы № 9, подростков и по ликвидации неграмотности выведены в другое здание, наиболее благоприятное для школы.

ЖИЛИЩНЫЙ ВОПРОС И ПИТАНИЕ В КОЛХОЗЕ „ГИГАНТ“ ИРБИТСКОГО ОКРУГА.

Врач Ш. Яфуняева.

Будучи командированной Облздравотделом в колхоз «Гигант» для выявления его санитарного состояния, я работала в качестве временного санитарного врача на территории колхоза с 20 августа по 1 октября. В виду новизны и своеобразия колхозного строительства я считаю не излишним поделиться своими впечатлениями и данными обследования, которые удалось получить в течение моей работы.

В такое короткое время выявить полностью все санитарные нужды колхоза «Гигант» мне, конечно, не удалось. Большим недостатком в работе было то, что я не имела в своем распоряжении ни хотя бы маленькой лаборатории для анализов, ни помощника в работе. Колхозная молодежь, на помощь которой при выяснении жилплощади кубатуры и собирании некоторых других статистических данных я рассчитывала, уезжая из Ирбита, вся была занята полевыми работами, и иногда трудно бывало найти даже одного члена санитарной комиссии (в каждом колхозе имеется санитарная комиссия), чтобы совместно провести санитарный осмотр коммун. Пришлось работать почти одной и взять на изучение такие вопросы, которые можно было бы выяснить без помощи особых лабораторных исследований. Прежде всего меня интересовал жилищный вопрос и питание колхозников. При первом же посещении с.-х. коммун и артелей резко бросалась в глаза большая разница в обеспеченности их жилплощадью и кубатурой: артели находились в гораздо лучших квартирных условиях, чем коммуны. Жилплощадь колеблется от 6,1 до 7,8 кв. метр., кубатура от 15,9 до 23,4 куб. м. Иные данные получаются в коммунах, при чем в смысле обеспеченности жилплощадью и кубатурой коммуны можно подразделить на два разряда: коммуны-выселки и коммуны, оставшиеся у себя в деревнях. В коммунах - выселках площадь от 2,1 до 4,1 кв. метр., кубатура 4,8 — 8,6 куб. метр. В коммунах, оставшихся у себя в деревне, площадь от 4,8 до 5,8 кв. метр., кубатура от 11,2 до 13,3 куб. метр. Такая разница между с.-х. артелями и с.-х. коммунами в пользовании жилплощадью и кубатурой объясняется чрезвычайно быстрым темпом коллективизации и ростом коммун за счет притока в них новых членов, преимущественно батраков и бедняков. Разницу в наличии жилплощади, между коммунами - выселками и коммунами, оставшимися в деревнях, можно объяснить тем, что последние на все 100% используют имеющиеся у них дома в то время, как коммуны - выселки вывезли из своих деревень не все жилые дома.

В коммунах на каждую квартиру приходится 2—3 семьи, а в артелях квартирой пользуется преимущественно одна семья, очень редко две. Если отбросить разницу в уплотненности жилищ, то по своему санитарному состоянию как артельные, так и коммунальные квартиры не отличаются друг от друга. Все дома построены по одному типу и чаще всего это одноэтажные деревянные пятистенные крестьянские избы, расположенные большей частью вдоль улицы. Высота квартир от 2-х до 2,6 метр., в среднем 2,3 метр.. Световая площадь не всегда достаточная. Уличные окна обыкновенно больше по своим размерам, чем дворовые, например, уличные окна имеют высоту 0,78 метр.; ширину 0,54 метр., а дворовые высоту 0,66 метр., ширину 0,48 метр. Световой коэффициент от 1:9 до 1:16.

Очень характерными во всех домах являются довольно низкие двери, так, что нигде не удастся войти в квартиру или в сени, не согнувшись предварительно под углом. Нигде в квартирах нет форточек. Не удалось обна-

ружить форточек даже в тех домах, где помещаются детские ясли, детплощадки, сельсоветы, избы-читальни и народные дома. Дома состоят из двух половин: кухни и горницы. В первой имеются: русская печь, полати и узкие скамейки, расположенные вдоль стены, в другой половине 1—2 стола, кровать и сундуки. В двух таких комнатах помещаются 2—3 семьи. Постель раскладывается на полатах, частично на кровати; спят большей частью на полу. Постель содержится очень грязно. В квартирах, за исключением 2—3 коммун, много тараканов, мух, клопов и блох. Антисанитарному состоянию жилых домов способствует полное отсутствие надворных построек. Из обследованных мною 23-х коммун лишь 2—3 имеют уборные и помойные ямы, которые по своему устройству далеки от санитарных требований.

Площадь около домов, дворы и улицы содержатся очень грязно: почва загрязняется помоями, отбросами людей и скота. В условиях более выгодных в санитарном отношении находятся квартиры в коммунах, давно существующих. Здесь уже имеются скотные дворы, построенные на известном расстоянии от жилых домов, столовые общественного питания, уборные и помойные ямы, правда, примитивного устройства. В квартирах таких коммун нет грязной посуды, площадь около домов не заливается помоями, грязь сосредоточена лишь около скотных дворов, и столовой. Очень плохо еще обстоит со стиркой белья, которая за неимением общей прачечной производится в квартирах, а летом где-либо около дома или в бане. Бань общих, за исключением 2—3 коммун, не имеется.

Кроме вышеописанного типа домов в некоторых коммунах («Трудовик», «Луч» и «Путеводная Звезда») строятся дома по типу домов общежитий. Такие дома, хотя имеют по несколько жилых комнат, рассчитанных на 1 семью, но постепенно заселяются выше нормы, и в них живут нередко по 2 семьи. Тяжелое положение с жилищным вопросом настоятельно требует усиленного развертывания нового жилищного строительства, но и в 3-х летнем плане строительства колхоза жилищному строительству уделено недостаточное внимание: к постройке в течение 3-х лет намечено всего лишь 8 жилых домов, из которых 3 дома 3-х квартирные и 5 домов 2-х квартирных. Совершенно не затрагивается вопрос об общих прачечных и надворных постройках. Все эти крупные недостатки санитарного характера отлично сознаются самими колхозниками, которые всегда готовы их устранить, но все дело в средствах. Колхозники считают необходимым в первую очередь обеспечить себя хозяйственными постройками, как то: овчарниками, свинарниками, птичниками и пр. С точки зрения экономического развития колхоза такой подход, конечно, вполне правильный и вытекает об общих задач хозяйственной реконструкции колхоза «Гигант». Но в то же время нельзя пренебрегать и здоровьем колхозников, а потому необходимо широкое участие центральных и областных организаций в разрешении жилищного вопроса путем отпуска долгосрочных кредитов на жилищное строительство.

На ряду с жилищным вопросом не менее важное значение имеет вопрос о питании. В связи с быстрым ростом коллективизации и образованием коммун идет быстрая организация столовых общественного питания. Из 23-х обследованных мною коммун уже в 18 имеются столовые общественного питания. Отсутствие столовых в некоторых коммунах объясняется только отсутствием подходящих помещений. В столовой сосредоточено все питание коммунаров. В квартирах у них приготовления пищи не производится и съестные продукты не хранятся, держится только питьевая вода. Помещениями для столовой служат обыкновенные пятистенные деревянные дома. Если дом 2-х этажный, то столовая помещается в нижнем этаже. В одной

половине этого дома устроены длинные столы и скамейки; эта половина служит обеденным залом. Иногда здесь же бывает красный уголок. Столы деревянные и обыкновенно ничем не покрыты. Другая половина приспособлена для кухни, где производится приготовление пищи, а в большинстве случаев (в тех коммунах, в которых не имеется отдельного помещения для пекарни) и выпечка хлеба. Пекарями служат женщины. Все они жалуются на тяжесть этой работы. Пища готовится в двух больших чугунных котлах. В одном из них варится суп, а в другом каша или картофель. В виду того, что каша и картофель готовятся не всегда—второй котел чаще используется для кипячения воды к чаю. Такое явление нельзя считать нормальным, ибо кипяченая в котле, после варки каши или картофеля, вода приобретает особый привкус и неприятна для питья. Кипятильников, кроме как в двух коммунах «Путеводная Звезда» и «Федерация» нигде нет. В некоторых столовых не имеется котлов для варки и суп варится в русской печи в больших чугунах. Чугуны приходится вытаскивать по нескольку раз в день, что очень затрудняет работу стряпок на кухне. Ни в одной из столовых нет плиты и в виду однообразия меню, может быть, в ней пока нет надобности. Очень плохо обстоит дело со снабжением столовых необходимой мебелью и посудой. Вся посуда чайная и кухонная в большинстве случаев сборная; почти совсем нет чайных ложек. За исключением двух коммун «Луч» и «Красная Звезда», мелкая столовая посуда (ложки, тарелки) тоже сборные, ложки деревянные. Встречаются старые почерневшие деревянные чашки. Нет в достаточном количестве кухонной посуды и шкафов для посуды и хлеба: чистая посуда часто хранится на том же столе, где производится резка хлеба и других продуктов. В столовой коммуны «Социализм» чистая посуда сохранилась в ящике на полу без крышки. Часто приходится встречать хлеб, сложенный где-либо на столе или скамейке и не покрытый. Не совсем благополучно обстоит вопрос с обслуживающим столовые персоналом. Дело в том, что состав их довольно текучий: в разных коммунах обслуживающий персонал меняется через определенный период времени. Не всегда и не везде принимаются на работу лица, подвергнувшиеся медицинскому осмотру. В коммуне «Ленинизм», Знаменского района, члены правления коммуны и зав. столовой были удивлены, когда им было предъявлено требование о необходимости подвергнуть врачебному осмотру служащих столовой и коровниц (доильниц). В той же коммуне в столовой на печи сушились сухари, а в пекарне 12—15 овечьих шкур. Столь недопустимое явление можно объяснить недостаточным уровнем элементарной санитарной грамотности колхозников и недостатком внимания их к своему здоровью. Надо сказать, что в каждой коммуне имеются специалисты плотники, которые могли бы сделать простые столы, шкафы и снабдить столовую необходимой мебелью, создав более благоприятную в санитарном отношении обстановку без затраты на это особых средств. Везде (кроме коммуны «Путеводная Звезда», которая произвела серную дезинфекцию во всех имеющихся помещениях) много мух и тараканов. Обилие мух и тараканов объясняется общей грязью в столовой, отсутствием погребов, кладовых для хранения продуктов и помойных ям. Хранящиеся где попало, без надзора пищевые продукты, куски хлеба, сухарей, грязная посуда и грязная залитая помоями площадь около столовой создают благоприятные условия для развития мух. Все эти моменты лишний раз подчеркивают полную неосведомленность колхозников в санитарно-гигиенических вопросах, требуя от всех работников здравоохранения активного участия в поднятии культурного уровня колхозников и в создании нового здорового быта.

Для определения калорийности суточного пайка были две возможности: 1) выяснить количество расхода продуктов путем опроса, что и проделано в с.-х. артелях или 2) путем изучения отчетных данных. В коммунах представлялась возможность выяснить калорийность по месячным отчетам, данным заведующими столовыми; определение калорийности суточного пайка в коммунах не составило особых затруднений в виду полного учета всех израсходованных продуктов. Гораздо труднее обстоит вопрос с выяснением калорийности пайка в с.-х. артелях, где за неимением столовых учитываются только хлеб, молоко и мясо. Все остальные продукты здесь приходится учитывать путем опроса. Ответы и данные, полученные опросами, весьма не точны и не могут служить ценным материалом для суждения о питании.

Что касается хлеба, молока и мяса, то они в с.-х. артелях дают в среднем такую калорийность: хлеб 1690 калор., молоко 285 калор., мясо 85 калор., всего 2060 калор.

Калорийность суточного пайка в коммунах с учетом всех продуктов, примерно, следующая: хлеб 1789 калор., мясо 133 калор., картофель 60 калор., молоко 294 калор., сахар 74 калор., а всего 2350 калор. В общем калорийность питания в коммунах колеблется от 2215 до 2385: стоимость питания одного члена коммуны от 16 до 20 копеек в сутки.

Примеры меню в столовых: утроем чай с молоком, с сахаром и с хлебом. Обед: 1 окрошка, 2 суп мясной, 3 стакан молока. Ужин: чай с молоком, с сахаром и с хлебом. Иногда к ужину варится каша или картофель. Как видно из раскладки, питание носит довольно однообразный характер. Максимум калорий получается за счет хлеба. Ощущается большой недостаток в овощах, картофеля, крупах, в мясе. Есть коммуны, в которых суточное количество мяса разнится 30 гр.

Очень однообразный характер носит также детское питание. Дети всех возрастов дополнительно получают от 600 до 800 грамм молока в сутки. В детских яслях кормят, главным образом, молоком, манной или ячменной кашей, мясным супом. Очень редко получают овощи и фрукты сушеные; свежих фруктов совсем нет. Оргбюро колхоза «Гигант» выработаны нормы питания для взрослых и для детей. Эти нормы устанавливают цифру 3297 калорий в сутки. В данных нормах, за исключение мяса 150 гр. (по нормам Окргздравотдела мяса рекомендовалось 200 гр. в сутки), все продукты в достаточном количестве. Детские нормы, составлены по данным проф. Игнатова. Нормы оргбюро являются ориентировочными и проведение их в жизнь зависит от постепенного укрепления и роста хозяйства «Гиганта».

Для устранения наиболее важных санитарных недочетов необходимо принятие следующих мер:

1. В виду быстрого роста колхоза и происходящего в связи с этим жилищного уплотнения, в коммунах необходимо принять срочные меры к разрешению жилищного вопроса на территории колхоза «Гигант» путем отпуска долгосрочных кредитов на новое жилищное строительство.

2. Улучшить санитарное состояние имеющихся жилых квартир устройством форточек, проведением борьбы с насекомыми и выработкой санитарных правил содержания жилищ.

3. Устроить общественные бани и прачечные.

4. Требуется содействие в открытии столовых во всех имеющихся коммунах и с.-х. артелях колхоза «Гигант». Столовые общественного питания, кроме экономии в продуктах питания и освобождения рабочих рук,

создают более благоприятные санитарно-гигиенические условия жизни в квартирах.

5. Обеспечить столовые мебелью, чайной, кухонной и мелкой посудой, изъав из употребления деревянные ложки, чашки и тарелки.

6. Снабдить квартиры умывальниками. Устроить при столовых погребя, ледники и кладовые для хранения запасных продуктов. Подвергать медицинскому осмотру обслуживающий персонал не реже одного раза в месяц.

7. Устроить на усадьбах помойные ямы с соблюдением основных санитарных требований.

8. Обратит серьезное внимание на улучшение питания колхозников во время летних работ выдачей достаточного количества мяса, круп и овощей.

9. Развернуть санитарно-просветительную работу среди колхозников для поднятия общего культурного уровня и создания нового здорового быта.

ОТ РЕДАКЦИИ.

Очерк т. Яфуняевой—первый шаг по пути санитар. описания колхозов. Работа страдает рядом дефектов, наличие которых сознает сам автор. Нет в ней характеристики тех изменений к лучшему, которые уже произошли со времени объединения мелких раздробленных хозяйств района в колхоз.

Было бы очень уместно, на ряду с несомненно низким еще уровнем экономических возможностей только что организованного колхоза, показать и санитарное состояние окружающих деревень, население которых на опыте сравнительной оценки своего быта и быта колхоза приходит к необходимости дальнейшего развития коллективизации

хозяйств, как пути к перестройке всей своей жизни и ее улучшению.

Печатаая это далеко неполное описание, редакция руководится желанием: 1) дать объективную зарисовку важнейших участков быта колхоза «Гигант» в самой ранней полосе его развития, в момент первоначального оформления колхозного движения на Урале, давая тем самым материал для всяких сравнительных характеристик в последующее время; 2) дать сразу ориентировку в ряде санитарных дефектов в быте колхоза всей этой группе врачей, которая начинает в этом году работу в «Гиганте».

АЛКОГОЛИЗМ СРЕДИ РАБОЧИХ КАМЕННОУГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ.

П. Ф. Обухов (Кизел).

Материалом для настоящей работы служили анонимные анкеты, а также сведения, полученные из Кизеловского Рудоуправления и некоторых других организаций. При заполнении анкет был предпочтен индивидуальный опрос рабочих, так как учитывалось, что таким путем легче получить ответ на все интересующие нас вопросы в правильном истолковании их и легче собрать нужное количество анкет, охватив ими как грамотных, так и довольно высокий процент неграмотных рабочих. Анкеты собирались в течение декабря месяца 1928 года и января 1929 года. Всего среди рабочих опрошено 353 человека, при чем около 50 проц. анкет рабочих заполнено лично мною, 30 проц. сотрудником лаборатории (лаборантом) и 20 проц. предварительно инструктированными комсомольцами. Для сравнения полученных результатов были распространены анкеты также среди совслужащих и комсомольцев. Первых собрано 57 и вторых 84 анкеты. Среди женщин удалось собрать всего 25 анкет; число потребляющих алкогольные напитки среди них составляет 12 проц. Из дальнейшей обработки женские анкеты в виду их малочисленности исключены.

Группа опрошенных рабочих по отношению к общему числу северной группы копей*) составляет 13,8 проц. Общее число опрошенных (рабочие, служащие, комсомольцы), за исключением женщин, по отношению к мужскому населению г. Кизела с пригородами в возрасте от 19 лет и выше составляет 10,4 проц. В качественном отношении анкеты рабочих представляются достаточно удовлетворительными, тогда как в анкетах многих служащих и комсомольцев не имеется ответов на ряд вопросов. Поэтому последние группы не могли быть использованы в достаточной степени. При обработке анкет группу рабочих в некоторых случаях пришлось разбить на 2 подгруппы: рабочих кадровых (постоянных) и сезонных. Последняя подгруппа почти исключительно состоит из крестьян соседних губерний и занимает довольно значительный процент среди рабочих Кизеловской каменноугольной промышленности. Сезонники, как правило, на лето уезжают в свои деревни, а по окончании летних работ вновь возвращаются на заработки, при чем многие из них имеют 10—15 и более лет сезонной работы. Постоянная связь с деревней, с одной стороны, и с рабочим центром, с другой, не могла не отразиться на характере алкоголизма этих рабочих, что и будет видно из дальнейшего изложения.

Таблица № 1.

	Рабочие		Служащие	Комсомольцы	Всего
	Сезонные	Кадров.			
Число анкет	206	147	57	84	494
» пьющих	192	126	38	43	399
Проц. »	93,2	85,7	66,7	51,2	80,8
	90,1 %				

Число пьющих среди обследованных групп составляет в среднем 80,8 проц. (таблица № 1). В это число не вошли лица, бросившие пить 2—3 года, а именно: среди сезонников 1 чел., постоянных рабочих 3, служащих 2 и комсомольцев 4 чел. Процент пьющих рабочих в среднем равен 90,1 проц., при чем среди сезонников он достигает 93,2 пр. По частоте же потребления алкогольных напитков кадровые рабочие занимают первое место.

Табл. № 2.

		Потребляют алкогольные напитки в % к общему числу группы			
		До 6 раз в год и меньше	В м е с я ц		
			1-2 раза	3-4 раза	5 раз и больше
Рабочие {	Сезонные .	30,2	51,1	13,4	5,3
	Кадровые .	11,9	60,3	23,8	4,0
Служащие		12,9	58,0.	26,5	2,6
Комсомольцы		23,2	74,4	2,4	—

*) Опрашивались главным образом рабочие северной группы копей.

Число пьющих 1—5 раз в месяц на 18,3 проц. больше в группе сезонных рабочих. Пьющих почти ежедневно и запоем отмечено 10 случаев, в том числе среди рабочих 9 (2,8 проц.), служащих 1 (2,6 проц.). Кадровые рабочие, как оказалось, не только пьют чаще, но и больше сезонников, примерно, на 16 проц., выражая в чистом алкоголе:

Табл. № 3.

	Выпито 1 человеком в год литров						На сумму	
	40°	Пиво	Вино	Самогон	Пиво, брага, наливки и др. напитки домашнего изготовления	Чистого алкоголя	Р.	К.
Рабочие сезонные	9,97	33,84	0,23	0,46	4,64	5,9	49	32
„ кадровые	12,9	66,0	0,7	0,29	2,3	8,15	79	92
Служащие	4,76	56,5	0,1	—	—	4,17	41	28
Комсомольцы	2,9	48,3	—	—	—	3,1	34	08

Приводя каждую в отдельности группу алкогольных напитков в чистый алкоголь, мы получаем, что наибольший процент алкоголя рабочие потребляют в виде 40°, несмотря на то, что торговли 40°-й в г. Кизеле нет, и рабочие получают ее непосредственно из лавки Центроспирта, находящейся в Александровске (в 12 километрах от г. Кизела), или от лиц, занимающихся перепродажей этого напитка. Служащие же, и особенно комсомольцы, как видно из таблиц 3-й и 4-й, предпочитают пиво. Некоторый процент среди алкогольных напитков, потребляемых рабочими, занимает и самогон, при чем это имеет место не только среди сезонников, но и кадровых рабочих. В довольно значительных размерах рабочие пользуются и другими алкогольными напитками домашнего изготовления: пиво, брага и т. п.

Табл. № 4.

	Потребляют чистого алкоголя в % к общему количеству в виде:				
	40°	Пиво	Вино	Самогон	Др. алкоголь, напитков домашнего изготовления
Рабочие сезонные	68,4	22,1	0,5	1,2	7,8
„ кадровые	63,1	32,5	1,1	0,5	2,8
Служащие	45,7	54,1	0,2	—	—
Комсомольцы	38,3	61,7	—	—	—

Касаясь алкоголизма среди молодежи, мы видим из приведенных таблиц, что около половины комсомольцев (51,2 проц.) пьют, при чем 19 проц. 2 раза в месяц и 1,2 проц. 4 раза в месяц. В то же время беспартийная молодежь в возрасте до 23 лет имеет в своих рядах до 85,3 проц. потребляющих алкогольные напитки, в том числе пьющих 3—5 раз и более в месяц 12,2 проц.

Вместе с этим нужно признать, что воспитательная работа со вновь поступившими в комсомол все же далеко не достаточна. Указания на это мы имеем в таблице № 5:

Табл. № 5.

	Число случаев	Возраст первого опьянения в процентах к общему числу														Больше 25 лет
		5	8	10	12	14	15	16	17	18	19	20	21	23	25	
Рабочие сезонные . .	170	1,2	2,4	5,9	1,2	2,9	24,1	8,8	10,0	20,0	6,5	12,3	1,2	0,6	2,3	0,6
Рабочие кадровые . .	114	1,8	0,9	6,1	6,5	5,3	9,6	9,6	14,9	14,0	4,4	13,1	7,0	3,5	2,6	0,9
Комсомольцы	30	—	—	—	—	3,3	10,0	3,3	16,7	16,7	20,0	26,7	3,3	—	—	—

Наибольший возрастной процент первого опьянения относится к 19 г. К сожалению, у нас не было вопроса о комсомольском стаже, но надо полагать, что большая часть опрошенных комсомольцев в указанном возрасте уже состояла в комсомоле.

Вовлечение подростков в число потребителей алкогольных напитков среди кадровых и сезонных рабочих несколько различно (см. табл. № 5). У первой группы мы видим более или менее постоянный и неуклонный рост вовлечения, заканчивающийся максимумом в 17—18 лет, и после некоторого подъема в 20 лет идет постепенное понижение. Среди же сезонных рабочих наблюдаются резкие колебания, причем максимум вовлечения падает на 15, 18 и 20-летний возраст. В этом, несомненно, играют роль те особенности, которые наблюдаются в жизни этой группы сезонных рабочих. В 15 лет он становится заметным помощником в крестьянском хозяйстве, получая вследствие этого некоторые привилегии и свободу действий от главы хозяйства. Этим, надо полагать, и объясняется первый максимум вовлечения в указанном возрасте. Увеличение числа пьющих в 18-20 лет сезонных рабочих и в 17—20 лет кадровых объясняется началом участия их в производстве, о чем говорят сами рабочие.

При распределении анкет опрошенных групп по возрасту получилась следующая картина:

Табл. № 6.

В о з р а с т	Р а б о ч и е					С л у ж а щ и е					К о м с о м о л ь ц ы				
	Число слу- чаев		В т. ч. пьющих		Чел.	Число слу- чаев		В т. ч. пьющих		Чел.	Число слу- чаев		В т. ч. пьющих		Чел.
	% к общему числу			%		% к общему числу		% к общему числу			% к общему числу		% к общему числу		%
До 18 лет	18	5,1	13	72,2	1	1,8	—	—	—	19	22,6	6	31,6		
От 19 до 20 лет	68	19,3	59	86,8	3	5,3	1	33,3	35	41,7	17	48,6			
» 21 » 23 »	77	21,9	57	87,1	6	10,5	4	66,6	27	32,1	17	63,0			
» 24 » 25 »	50	14,2	46	92,0	9	15,8	4	44,3	3	3,6	—	—			
» 26 » 30 »	62	17,6	59	95,2	20	35,0	12	60,0	—	—	—	—			
» 31 » 40 »	56	15,9	54	96,4	11	19,3	10	90,9	—	—	—	—			
» 41 г больше	21	6,0	20	95,2	7	12,3	7	100,0	—	—	—	—			

Процент пьющих по мере увеличения возраста, как видно, постепенно возрастает. Аналогичное же явление наблюдается при группировке по стажу работы.

Табл. № 7.

Который год работает		Рабочие				Служащие				Комсомольцы			
		Число слу- чаев	% к общему числу	В т. ч. пьющих		Число слу- чаев	% к общему числу	В т. ч. пьющих		Число слу- чаев	% к общему числу	В т. ч. пьющих	
				Чел.	%			Чел.	%			Чел.	%
Работает	1-й год . . .	50	17,98	45	90,0	3	5,3	1	33,4	14	16,7	4	28,6
»	2-й » . . .	46	16,55	40	87,0	3	5,3	1	33,3	17	20,2	6	35,3
»	3-й » . . .	38	13,67	35	92,0	3	5,3	1	33,3	17	20,2	7	41,6
»	4-5-й » . . .	48	17,26	43	89,5	8	14,0	4	50,0	18	21,5	12	66,7
»	6-10-й » . . .	56	20,15	53	94,6	18	31,5	11	61,1	17	20,2	13	76,5
»	больше 10 лет .	40	14,39	38	95,0	22	38,6	20	90,9	1	1,2	1	100,0

Следует отметить, что с увеличением стажа работы возрастает не только число пьющих, но и расход на алкогольные напитки. Группа рабочих, работающих первый год, хотя по числу пьющих стоит выше последующих, но на алкогольные напитки она расходует меньше всех. Средний расход одним человеком в месяц, равняющийся в первой группе 2,5 руб., постепенно возрастая, достигает в последней группе 7 руб. Процент расхода к заработку также с 7,5 проц. увеличивается до 12 проц. Постепенное возрастание расхода на алкогольные напитки с увеличением стажа наблюдается также среди служащих и комсомольцев, но цифры здесь значительно меньше. Так, служащие всех категорий расходуют в месяц в абсолютных цифрах от 1,5—3,7 р., а в относительных от 3,2—4,6 проц., комсомольцы же в абсолютных цифрах от 0,4 до 3,3 руб., в относительных от 1,0—3,6 проц. Общий вывод, который можно сделать из последних таблиц, сводится к тому, что поступающая на работу молодежь является постоянным резервом, пополняющим ряды потребителей алкогольных напитков. В этом отношении весьма характерен ответ одного рабочего в возрасте 20 лет, который на вопрос, — потребляет-ли алкогольные напитки, ответил: «не пью, но буду пить».

Процент расхода на алкогольные напитки в среднем не превышает 12,2 проц., но в ряде случаев он достигает 50. Расходующих от 20 до 50 проц. своего бюджета на алкоголь среди кадровых рабочих насчитывается 21 чел. или 14,5 проц. к общему числу этой группы (см. табл. № 8). Среди сезонников максимум расхода отмечен 40 проц., при чем расходующих от 20 до 40 проц. 24 чел., или 11,6 проц.

Некоторые авторы в работах, посвященных вопросам алкоголизма, устанавливают связь повышенного потребления алкогольных напитков с тяжестью и опасностью профессиональной работы. Не имея достаточно точной

Табл. № 8.

Расход на алкогольные напитки в % к зарплате	Рабочие						Служащие		Комсомол.	
	Сезон.		Кадровые		Все		Чел.	%	Чел.	%
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%				
0	14	6,9	21	14,2	35	9,9	19	33,3	41	48,8
До 1	22	10,7	13	8,8	35	9,9	2	3,5	7	8,3
От 1-- 5	63	30,6	25	17,0	88	24,9	21	36,8	18	21,4
„ 5—10	35	16,9	28	19,0	63	17,9	11	19,3	14	16,7
„ 10—20	48	23,3	39	26,5	87	24,7	4	7,0	1	1,2
„ 20—30	16	7,7	11	7,6	27	7,7	—	—	3	3,6
„ 30—40	8	3,9	6	4,0	14	3,9	—	—	—	—
„ 40—50	—	4	2,9	4	1,1	—	—	—	—	—

Характеристики детальных профессий Кизеловских горнорабочих по их тяжести, мы все же считали уместным выяснить распространение алкоголизма по отдельным профессиям. Данные по этому поводу приведены в таблице № 9 на стр. 73.

Из таблицы видно, что наибольший процент (96,3 проц.) пьющих дают забойщики. Эта же группа из числа подземных рабочих расходует больше на алкогольные напитки не только в процентном отношении к заработку, но и в абсолютных цифрах. Исключение составляют горные десятники, заработок которых больше, и запальщики (группа последних состоит всего из 4-х чел., а потому приведенные цифры по отношению к этой группе не могут считаться достаточно удовлетворительными).

В работе доктора Карамышева М. И. «Промышленный травматизм на Кизеловских каменноугольных копях»*) имеется определенное указание на то, что забойщики чаще подвержены травмам. Смертельные случаи от травм среди них встречаются чаще, чем среди других профессий. Иначе говоря, работа забойщиков в наших условиях, очевидно, относится к числу наиболее тяжелых и опасных. Это, повидимому, и является одной из существенных причин повышенного потребления алкоголя указанной группой рабочих, а это последнее, в свою очередь, ведет к повышенному травматизму.

Среди поверхностных рабочих довольно большой процент расхода на алкоголь дают плотники (17,66 проц. к заработку при среднем заработке 43,1 рубл.).

Сравнивая (табл. №№ 6, 7, 8, 9) группы комсомола по возрасту, стажу и профессии с соответствующими группами рабочих, видно, что как число пьющих, так и расход на алкоголь среди комсомольцев значительно меньше, что, вероятнее всего, объясняется дисциплинирующим значением комсомольской организации.

*) «Новая хирургия» за 1927 г., № 5.

Таблица № 9.

Профессии	Рабочие					Служащие					Комсомольцы					
	Число случаев	% пьющих	Средний заработок в ме- сяц в рублях	Расход на алкоголь в месяц на 1 чел.		Число случаев	% пьющих	Средний заработок в ме- сяц в рублях	Расход на алкоголь в месяц на 1 чел.		Число случаев	% пьющих	Средний заработок в ме- сяц в рублях	Расход на алкоголь в месяц на 1 чел.		
				Абс. цифры в рубл.	% к заребот.				Абс. цифры в рубл.	% к заребот.				Абс. цифры в рубл.	% к заребот.	
Горные десятники	12	83,3	84,6	7,0	8,28	—	—	—	—	—	1	0,0	95,0	—	—	
Забойщики	137	96,3	55,1	6,13	11,13	—	—	—	—	—	10	70,0	51,4	3,8	7,5	
Катали	79	91,1	36,3	3,11	8,56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Плитовщики	26	84,6	36,4	1,33	3,65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Крепильщики	9	88,9	44,1	2,92	6,62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Запальщики	4	100,0	52,5	8,0	15,16	—	—	—	—	—	2	50,0	62,5	0,3	0,4	
Прочие рабочие в горе	22	90,9	50,8	4,56	8,97	—	—	—	—	—	18	50,0	47,2	1,3	2,7	
Рабоч. по- верх. работ	{		Плотники	13	92,3	43,1	7,61	17,66	—	—	—	3	33,3	53,3	1,7	3,1
			Чернорабочие	51	74,5	31,7	3,44	10,88	—	—	—	10	30,0	24,9	1,2	4,6
Рабочие не горняки	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	57,1	46,5	1,1	3,5	
Служащие	—	—	—	—	—	57	66,7	76,4	2,3	2,95	12	50,0	46,1	1,0	2,2	

Размер заработка по данным ряда авторов определенно влияет на потребление алкогольных напитков, при чем, чем меньше заработок, тем больше расходуется средств на них, например, среди рабочих Орловской губ. *) при среднем заработке отдельных групп рабочих от 20 до 88 руб. процент расхода на алкоголь с 10,5 падает до 3,4.

Среди кизеловских горнорабочих эта закономерность также имеется, что видно из следующей таблицы:

Табл. № 10.

З а р а б о т о к	Ч и с л о с л у ч а е в				Расход на алкоголь- ные напитки	
	Всего	% к обще- му числу	В т. ч. пьющих		В абс. цифр. в рубл.	% к зар- ботку
			Челов.	%		
До 30 руб.	67	19,0	54	80,6	2—50	8,88
От 30—40 руб.	128	36,2	115	88,1	3—39	8,89
„ 40—50 „	60	17,0	57	95,0	6—02	12,6
„ 50—60 „	46	13,0	44	95,7	6—95	11,81
„ 60—70 „	23	6,5	21	91,3	6—44	9,6
„ 70—80 „	21	6,0	19	90,5	6—81	8,78
„ 80—90 „	3	0,9	3	100,0	4—67	5,45
„ 90—100 „	5	1,4	5	100,0	6—70	7,82

Таким образом наибольший расход на алкоголь в относительных цифрах наблюдается при заработке в 40—50 руб. С понижением и повышением заработка проц. расхода на алкогольные напитки к заработку падает. По семейному положению мы разбили обследованную группу рабочих на женатых, одиноких, имеющих связь семьей, и одиноких, порвавших эту связь.

Табл. № 11.

Семейное положение	Ч и с л о с л у ч а е в				Расход на алкоголь. напитки в м-ц 1 чел.	
	Всего	% к обще- му числу	В т. числе пьющих		Абс. число в рублях	% расхода к заработку
			Чел.	%		
Женатые	176	50,0	164	93,2	5,0	9,7
Одинокие, имеющие связь с семьей	94	26,7	81	86,2	2,8	7,2
Одинокие, порвавшие связь с семьей	82	23,3	73	89,0	6,0	13,4

*) «Алкоголь в современном рабочем быту. И. З. Израильсон и В. В. Петиков. „Гиг. и Эпид.“ за 1926 г., № 9.

По числу пьющих на первом месте стоят женатые (93,2 проц.), тогда как по затрате на алкогольные напитки как в относительных, так и в абсолютных цифрах первое место занимают одинокие, порвавшие связь с семьей.

В цитированной выше статье также отмечено, что процент пьющих среди женатых больше, но авторы не склонны в семейном положении видеть причину повышения потребления, а ставят это в связь с возрастом. По отношению к кизеловским горнорабочим повидимому нужно сказать то же самое, так как 80 проц. женатых имеют возраст 25 лет и выше, а уже в этом возрасте, как указано в таблице № 6, процент пьющих достигает 92,0. С другой стороны, и пониженный расход на алкогольные напитки среди женатых также не является следствием влияния семьи, а скорее всего есть результат большей обеспеченности этой группы рабочих. Средний заработок одиноких равен 40,6 руб., т. е. относится к группе с максимальным расходом на алкогольные напитки (табл. № 10); женатые же рабочие со средним заработком в 51,2 руб. относятся уже к следующей группе, с несколько пониженным расходом на алкоголь (в относительных цифрах).

Влияние грамотности на потребление алкогольных напитков приведено в таблице № 12.

Табл. № 12

Грамотность	Служащие			Комсомольцы			Рабочие		
	Число служаев	В т.ч. пьющих		Число служаев	В т.ч. пьющих		Число служаев	В т.ч. пьющих	
		чел.	%		чел.	%		чел.	%
Неграмотные	—	—	—	—	—	—	62	57	92,0
Малограм. *)	39	28	71,8	65	32	49,2	278	252	90,6
Средн. образов.	18	10	55,5	19	11	57,9	13	9	69,2

Процент пьющих с повышением образования уменьшается как среди рабочих, так и служащих. Комсомольцы же в этом отношении имеют обратное явление. Объясняется это тем, что в группе малограмотных комсомольцев преобладают лица с более низким возрастом. Несмотря на приведенные данные, все же один признак грамотности, по крайней мере в пределах начального образования, в потреблении алкогольных напитков, повидимому, играет небольшую роль. Если рабочих сезонных и кадровых взять отдельно, то среди первых процент пьющих неграмотных больше последующей группы (малограмотных) только на 0,9 проц., среди же вторых малограмотные, оказывается, пьют даже в большем количестве, чем неграмотные, на 3 проц.

Общеизвестно, что для отвлечения рабочих от алкоголя одним из могущественных средств является привитие им потребности в здоровых культурных развлечениях, самообразовании, активном участии в общественной жизни и т. п., с одной стороны, и удовлетворение этих потребностей, их доступность и дешевизна—с другой.

Не вдаваясь в детали культурно-воспитательной работы среди горнорабочих, мы все же интересовались, в какой степени рабочие участвуют в доступных при наших условиях культурных развлечениях и здоровом

*) В том числе и окончившие начальную школу.

время препровождения вне работы, и как это отражается на потреблении алкогольных напитков.

Культурная жизнь кизеловских горнорабочих в данное время складывается из следующих основных моментов: 1) посещение кино и спектаклей, 2) выписывание газет и чтение их, 3) посещение читальни и чтение книг на дому, 4) работа в кружках профессиональных, политических и т. п., 5) работа в общественных организациях. Полученные на указанные вопросы ответы представилось возможным сгруппировать в виде таблицы № 13.

Табл. № 13.

Г р у п п ы		Кадровые рабочие						Кадровые и сезонные вместе					
		Число случаев	% к общему числу	В т. ч.		Расход на алкоголь на 1 чел. в месяц		Число случаев	% к общему числу	В т. ч.		Расход на алкоголь на 1 чел. в месяц	
				пьющих		на 1 чел. в месяц				пьющих		на 1 чел. в месяц	
				Чел.	%	В абс. цифр. в руб.	% к зарплате			Чел.	%	В абс. цифр. в руб.	% к зарплате
1	Пользуются регулярно всеми доступными культурными развлечениями, работают в кружках или проф. и полит. школах .	42	28,6	34	81,0	3,4	6,5	66	18,2	57	86,4	3,5	7,3
2	Пользуются, но не регулярно и не всеми доступными культурными развлечениями и не работают в кружках	79	53,7	69	87,3	6,2	11,8	195	53,7	172	88,2	5,2	11,1
3	Вовсе ничем не пользуются, или очень редко посещают кино	26	17,7	23	88,5	8,9	15,3	102	28,1	89	87,2	5,3	9,6

Из этой таблицы видно, что чем больше рабочие вовлечены в культурное время препровождения, тем меньше среди них пьющих и расход на алкогольные напитки. Это особенно ясно выражено у типичной группы рабочих — кадровых. В отношении сезонных рабочих отдельно эти данные не приведены, но они в достаточной мере отражены в общей сводке. Наблюдающееся в 3-й группе этой сводки (т. е. в группе почти не принимающих участия в культурной жизни) уменьшение числа пьющих, по сравнению с предыдущей группой, произошло за счет сезонных рабочих с небольшим стажем (1—1½ года) и низкооплачиваемых (30—35 руб.). В таблицах 7-й и 10-й мы находим подтверждение этого. Из последней таблицы видно, что довольно значительная часть рабочих очень мало или вовсе не принимает участия в культурной жизни. Одной из существенных причин этого нужно считать отсутствие более или менее удовлетворительных помещений для ведения культурной работы. Приспособленные под клубы здания в большинстве своем совершенно не удовлетворяют их требованиям. Работа клубов по преимуществу сводится к постановке киносеансов и спектаклей (3—4 раза в неделю). Эти же клубы служат местом общих собраний. Для

другой культурно-воспитательной работы ни мест, ни соответствующих условий почти нет. При таких условиях рабочий часто не находит в клубе того, чем бы он мог заинтересоваться, и развлекается одурманивая себя алкоголем. Об этом отчасти говорят ответы, данные в анкетах на вопрос— для чего пьют?

Табл. № 14.

	П ь ю т д л я							
	Развлечения	Здоровья	С устатку	Компании	Аппетита	От недовольства окруж. средой	Потребность	Не знают, для чего
Число	50	17	10	3	3	3	2	6
%	53,2	18,1	10,6	3,2	3,2	3,2	2,1	6,4

53,2 проц. из 94 ответивших на этот вопрос пьют для развлечения. Больше половины (63 проц.), из них одиночки в возрасте до 23-х лет; иначе говоря, с целью развлечения к алкогольным напиткам прибегает больше та часть рабочих, которая по своему возрасту должна быть наиболее восприимчивой к культурно-воспитательной работе, и хорошая ее постановка легко могла бы вытеснить из ее обихода алкоголь, как средство увеселения. С другой стороны, сезонные рабочие или вовсе не знакомы или мало знакомы с культурными развлечениями, а потому и не ощущают потребности в них. С алкогольными же напитками, как средством увеселения, они знакомы с малых лет и предпочитают пользоваться ими.

Довольно характерным показателем участия рабочих в культурной жизни является расход средств на это дело из их бюджета:

Табл. № 15.

Семейное положение	Сезонные рабочие			Кадровые рабочие		
	Расход в проц. к заработку на					
	Алкоголь, напитки	Табакокурение	Культурн. потребн.	Алкоголь, напитки	Табакокурение	Культурн. потребн.
Женатые	9,8	5,4	1,7	10,5	5,1	2,9
Одиночки, имеющие связь с семьей . . .	8,1	6,2	1,8	4,8	4,5	3,2
Одинокие	18,5	7,5	2,5	13,8	7,0	3,1

Из таблицы видно, что расход на культурные потребности составляет вообще очень небольшую часть их бюджета. При этом кадровые тратят на алкогольные напитки вместе с табакокурением в 5 раз больше, чем на культурные нужды, сезонные же рабочие расходуют в 8 раз больше.

Некоторый интерес представляют результаты, полученные при распределении опрошенных рабочих по месту потребления алкогольных напитков.

Табл. № 16.

Где пьют	Кадровые рабочие			Кадр. и сезон. вместе		
	Число случаев	% к общему числу	Расход на алкоголь в % к зарплате	Число случаев	% к общему числу	Расход на алкоголь в % к зарплате
Дома, в гостях и у приятеля	34	27,0	7,3	144	35,8	5,2
Дома	37	29,4	8,9	98	30,8	11,3
Где придется	19	15,0	16,3	33	10,4	15,3
В пивной	36	28,6	17,4	73	23,5	16,0

Большинство рабочих пьют дома, и на втором месте стоит пивная, при чем посетители пивных расходуют на алкогольные напитки больше всех.

Следующий вопрос, который нас интересовал, это влияние алкогольных напитков на производство. За основу для суждения по этому вопросу мы взяли прогулы и травмы, полученные на производстве, увязав их, сколько это оказалось возможным, с потреблением алкогольных напитков. Материал о прогулах частью дали те же анкеты и более полный получен из Рудоуправления. Что касается травм на производстве, то материал целиком взят из Рудоуправления со специальных карточек, которые заполняются в обязательном порядке при всяких несчастных случаях, от легких до смертельных включительно.

На поставленный в анкетах вопрос, бывают ли прогулы из-за выпивки, положительный ответ получен в 18 случаях, что составляет 5,1 проц. к общему числу анкет. По числу прогулов в течение месяца полученные ответы распределяются следующим образом:

Табл. № 17.

Число прогулов в месяц из-за алкогольных напитков	Число случаев	Средний заработок в месяц	Расход на алкогольные напитки 1 чел. в месяц	
			Абсолютн. цифры в руб.	% расхода к зарплате
1 прогул	3	53,3	5,3	10,0
2 »	6	66,8	8,0	12,0
5 »	2	40,0	10,0	25,0
Число не указало	7	49,4	12,6	25,4

Учитывая рост расходов на алкогольные напитки от первой до последней группы прогульщиков, приведенных в табл. № 17, можно считать, что 7 человек, не указавших число прогулов, делают их не менее предыдущей группы, т. е. 5 прогулов в месяц. Внеся эту поправку, мы получаем 60 прогулов в месяц, перечисляя соответствующим образом это число прогулов на общее количество рабочих северной группы копей—2.571 чел., получаем 437 прогулов в месяц, или 5.244 в год. *)

В материале, полученном из Рудоуправления, прогулы разделены на 2 категории: 1) прогулы по уважительным причинам и 2) прогулы по неуважительным или неизвестным причинам. Для выявления связи прогулов с потреблением алкогольных напитков нами взята последняя категория прогулов, как наиболее характерная в этом отношении.

Из анкет мы получили сведения о том, когда рабочие больше всего пьют. Эти данные приведены в таблице № 18.

Табл. № 18.

Когда пьют	Сезонные		Кадровые		В с е	
	Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
В получку	46	24,0	49	38,9	95	29,9
» » и праздн. . .	36	18,8	17	13,5	53	16,7
В праздники	97	50,5	18	14,3	115	36,1
После работы	6	3,1	6	4,8	12	3,8
Неопределенно	7	3,6	36	28,5	43	13,5

Большинство рабочих пьют в получку и праздники. Отсюда можно предположить, что в дни после получек и праздников число прогулов по неуважительным и неизвестным причинам должно быть больше, чем в другое время. Для выяснения этого вопроса составлена таблица на основе списочного числа рабочих по дням месяцев и прогулам в эти же дни в зависимости от получки. (См. табл. № 19).

Из приведенной таблицы ясно видно, что в течение первых 5—7 дней после получки число прогулов возрастает.

Послепраздничные дни также дают довольно резкое повышение прогулов. Так, среднее число прогулов в день из общего количества их на 1.000 списочного числа рабочих равно 24, тогда как после праздников среднее число прогулов составляет 60 на 1.000 списочного числа рабочих.

В этом отношении первые дни после Пасхи стоят на первом месте с числом прогулов 582 в первый день и 248 во втором. В последние же дни и предыдущие того же месяца число прогулов колеблется между 73 и 140.

Таким образом не приходится сомневаться в том, что повышенное число прогулов после получек и праздников есть результат похмелья.

К прогулам от пьянства следует прибавить еще некоторую часть прогулов по больничным листкам вследствие тех или иных травм, полученных на производстве. Последние, как видно из той же таблицы (19), дают значи-

*) Вопрос о прогулах—один из щекотливых вопросов, поэтому приведенные цифры являются значительно преуменьшенными.

тельное повышение после получки и на основании предыдущего надо полагать, что в некоторой части они также находятся в связи с алкогольными напитками.

Табл. № 19.

	День после получки															День получки — середина месяца
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
Прогулы (на 1000 списочн. числа рабочих)	30,4	24,6	39,3	38,9	34,7	22,2	19,1	17,1	22,4	25,5	22,5	29,0	18,6	18,6	22,0	
Травмы (на 1000 работав.)	19,0	18,8	18,1	15,0	16,4	14,4	16,2	19,3	14,3	13,4	17,2	13,9	16,4	11,3	10,0	

	День после получки													День получки — середина месяца	День после получ.	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		1	2
Прогулы (на 1000 спи- сочн. числа работав.)	33,8	56,5	23,1	39,3	32,8	28,5	24,2	18,9	20,4	18,3	18,4	25,0	23,9	23,9	40,3	36,7
Травмы (на 1000 рабо- тавших)	26,0	13,6	12,8	11,4	18,2	16,3	11,4	18,0	16,9	12,8	16,7	14,4	15,7	10,3	22,0	16,1

Учитывая все изложенное, можно считать, что половина прогулов по неуважительным причинам (около 10.000 прогулов в год) есть результат потребления алкогольных напитков. Это значит, что только северной группе копей нужно было бы иметь около 30 рабочих, чтобы компенсировать тот ущерб в производстве, который наносят прогульщики из-за пьянства. При средней добыче угля на одного рабочего в год 263 тонны*), вследствие прогулов из-за потребления алкогольных напитков, производство не получает 7.890 тонн угля в год на сумму 58.938 руб. по себестоимости.

В заключение выражаю искреннюю благодарность проф. Шапшеву Константину Николаевичу, по инициативе и под руководством которого проводилась настоящая работа.

*) По сведениям Рудуправления за 1927—28 г. добыто по северной группе копей 496669 тонн на 3710117 руб. (по себестоимости).

ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.

(Из Наркодиспансера при Областной Лечебнице для нервно-больных).

Д-р Д. Р. ОВЕЧКИН.

Несмотря на общеупотребительность термина «хронический алкоголизм», понятие это далеко не является ясным и точным. Furer в 1895 г. классическими опытами доказал, что вредное действие однократной умеренной дозы алкоголя на центральную нервную систему обнаруживается в течение длительного времени—до 36 часов после ее приема. Ухудшение высшей нервной деятельности сказывается при этом в увеличении ошибок при выборных реакциях и при сложении чисел, качественным ухудшением ассоциаций и понижением способности заучивать наизусть. Аналогичные опыты были проведены Ruden'ом, а позднее Kraepelin'ом и Kurz'ом, которые также доказали, что под влиянием постоянного употребления умеренных доз алкоголя наблюдается неизменное понижение различных психических реакций. На основании этих исследований можно утверждать, что ежедневное употребление малых доз алкоголя является распространенной формой хронического алкоголизма, вредное действие которого на центральную нервную систему в настоящее время вполне доказано. Kraepelin, суммируя многочисленные опыты целого ряда лет, называет хроническим алкоголиком такого человека, который «вводит в организм новую порцию алкоголя в то время, когда действие предыдущей порции еще не прошло» (Нервн. Псих. гиг. и профилактика А. Л. Мендельсон). А. Л. Мендельсон различает 4 основных формы хронического алкоголизма: а) привычное пьянство, при котором воздержание бывает лишь вынужденное, б) дипсомания, в) ложный запой, следующий за случайной выпивкой, после которой больной сам не может остановиться, и г) случайное пьянство, характеризующееся склонностью напиваться при подходящих случаях: встреч с приятелями, праздник и т. п.; потребности к пьянству в последующие дни в этом случае больной не чувствует. Следовательно, хронический алкоголизм мы можем охарактеризовать, как периодическое привычное влечение к употреблению спиртных напитков независимо от того, будет-ли это ежедневное употребление малых доз, безудержное пьянство, дипсомания, периодически повторяющийся кутеж с приятелями, или склонность к употреблению алкоголя всякий раз, как человека постигают тяжелые жизненные невзгоды, или выдающиеся личные радости. Все это несомненный хронический алкоголизм, так старательно иногда сдабриваемый целым рядом личных, семейных, общественных или религиозных предрассудков.

Наркодиспансер при Областной Лечебнице для нервно-больных начал свою работу с 12 декабря 1927 г. До 1 января 1929 г. лечилось 502 чел., сделавших 9.131 посещение. В среднем в месяц мы имеем 41 первичных больных и 760 посещений. До 95 проц. всех больных являются алкоголиками и около 5 проц. с другими наркоманиями: табакокурением, морфинизмом и кокаинизмом. Из всех первичных больных 431 (85,8 проц.) относятся к жителям Свердловска и 71 (14,2 проц.) из округов. Малое количество больных из округов объясняется как отдаленностью районов, так и большими расходами, связанными с транспортированием и содержанием больных, вследствие чего для лечения направлялись лишь случаи с исключительно тяжелыми формами алкоголизма. С открытием стационара для психоневротиков и алкоголиков при Зауральской Психолечебнице в г. Свердловске больные из округов с июня м-ца т. г. направляются для лечения алкоголизма исключительно в это отделение. Обращаемость наших больных по месяцам колеблется между 21 и 60, а посещаемость от 521 до 1.066. Наи-

меньшее количество первичных больных мы имеем в сентябре м-це, а наименьшую общую посещаемость в июле. Больше всего посещений дают м-цы февраль и март.

В задачи настоящего обзора входит характеристика больных алкоголиков. Для этой цели были обследованы 250 индивидуальных карт алкоголиков, жителей г. Свердловска, и на основании этого материала выведена дальнейшая характеристика больных. Из 250 обследованных случаев оказалось мужчин 234 (93,6 проц.), женщин 16 (6,4 проц.), из них активно застрахованных 110 (44 проц.). По социальному составу группа обследованных ра делается следующим образом:

рабочих	110 (44 проц.)	дом. хоз.	11 (4,4 проц.)
служащих	93 (37,2 проц.)	кустарей	17 (6,8 проц.)
инвалидов	11 (4,4 проц.)	прочих	8 (3,2 проц.)

Таким образом диспансер обслуживал по преимуществу рабочих и служащих, при чем нужно отметить сравнительную отдаленность диспансера от крупных рабочих центров (ВИЗ, Ленинская ф-ка и др.), тогда как служащие в этом отношении поставлены в лучшие условия, так как большинство их живет в самом городе, где расположен и диспансер. Приходилось неоднократно отмечать, как рабочий ВИЗ'а, только что окончивший дневную смену, сразу с работы, в своем рабочем платье приходит с противоположного конца города в диспансер, чтобы не пропустить свою очередную консультацию.

Наибольший процент среди рабочих дают плотники и столяры (20%), печники, каменщики и штукатуры (12 проц.), что может зависеть как от большого притока этих рабочих в город в связи с широко развернутым здесь строительством, так и от возможно большего распространения среди них алкоголизма.

Около 4-й части всех служащих лечившихся от алкоголизма, являются квалифицированными счетными работниками. Искключительная точность их работы, постоянное напряжение внимания при отвлеченности и однообразии цифрового материала и большой при этом ответственности, может быть, вызывают у счетных работников своего рода контр-рефлекс в виде приема алкоголя, когда человек начинает жить вне всяких правил и условностей, забывая на время гнетущее однообразие цифр. Возможно также, что концентрация в городе большого количества крупных промышленных и административных предприятий вызывает сравнительно больший приток квалифицированных счетных работников в город и этим самым увеличивает среди них абсолютный процент алкоголиков.

85 проц. наших больных являются старше 30 лет и около половины больных—старше 40 лет. Это говорит о том, что большая часть наших потаторов достаточно убедилаь за свою жизнь в невозможности избавиться от алкоголя своими личными усилиями в то время, как молодые алкоголики часто остаются в ложной уверенности, что они могут прекратить употребление спиртных напитков самостоятельно, и к лечению прибегают реже.

По семейному положению: состояло в браке—230 (92 проц.), не состояло 10 (4 проц.), вдовых 10 (4 проц.), из них 3 мужчин и 7 женщин, что дает 47 проц. по отношению ко всем лечившимся женщинам. Последнее обстоятельство невольно приводит к мысли, что вдовство для женщин является одним из факторов женского алкоголизма.

Алкоголизм отца отмечается у 150 чел. (60 проц.), алкоголизм только матери в 11 (4,4 проц.) случаях, алкоголизм обоих родителей в 22 случаях; алкоголизма родителей не отмечают 11 чел. (4,4 проц.). Следовательно,

64,4 проц. наших потаторов являются наследственными алкоголиками. В действительности цифра эта еще больше, так как по условиям нашей регистрации у 31,2 проц. она не определена. Рядом исследований установлено, что алкоголизм родителей обуславливает тяжелые последствия для конституционального развития их детей. Проф. Laïtinen, Hodge и др. нашли, что алкоголизированные животные дают недоразвитых детенышей, отличающихся худосочием, невыносливостью к инфекциям и недолговечностью. Аналогичные исследования отмечают патолого-анатомические изменения в семенных железах и яичниках людей, страдающих хроническим алкоголизмом (Bertholet, Weichselbaum, Simmonds и др.). Таким образом, не подлежит сомнению, что дети алкоголиков в силу своих конституциональных особенностей оказываются более склонными и менее устойчивыми в наркомании, чем дети трезвых родителей. Кроме того, огромное большинство людей, страдающих хроническим алкоголизмом, дают алкоголь своим детям с самых ранних лет, что отмечается в подавляющем большинстве наших случаев. Если учесть то обстоятельство, что недоразвившаяся центральная нервная система ребенка чрезвычайно ранима и восприимчива к алкогольной интоксикации, то совершенно понятно, почему ребенок, рождающийся в семье алкоголика, почти роковым образом и сам становится носителем этого порока.

Пили больше 20 лет 102 ч. (40,8 проц.), от 10 до 20 лет 76 (30,4 проц.), меньше 10 лет 70 (28 проц.), в том числе пили 6 и меньше лет 37 чел. и неопределенное количество времени 2 ч. Следовательно, 178 чел. (71,2 проц.) являются алкоголиками с дореволюционным стажем и только 14 проц. всех лечившихся являются алкоголиками по вине нашей действительности, если иметь в виду, что открытая продажа алкоголя введена с 1922 г. Какие-либо выводы из этого обстоятельства можно будет сделать лишь после дальнейшего исследования этих фактов на большом амбулаторном материале.

Из 250 ч. совсем не проводили лечение 35 (14 проц.), лечилось 1 м-ц и больше 125 ч. (50 проц.), от 20 до 30 дней 25 ч. (10 проц.), меньше 20 дней 65 ч. (26 проц.). К проходившим достаточный курс лечения можно отнести только 150 ч. (60 проц.). В отношении длительности лечения нужно сказать, что шаблонный срок лечения алкоголиков установить совершенно невозможно. Наркомания, продолжающаяся иногда десятки лет, требует большей частью длительного терапевтического воздействия. Мы считаем средним сроком основного лечения 1—1½ м-ца, после чего говорим больному, что он должен держать связь с диспансером по крайней мере в течение года, являясь на консультацию не менее одного раза в неделю. Тем не менее лишь немногие на протяжении года поддерживали регулярно связь с амбулаторией, при чем одни из них за это время оставались совершенно трезвыми, другие рецидивировали. Из обследований на дому выяснилось, что часть лечившихся больных не посещает диспансер после лечения потому, что, оставаясь трезвыми, они считают лечение оконченным.

Все являющиеся на прием в диспансер записываются на индивидуальную карту, а затем подвергаются тщательному врачебному осмотру. Врачом собирается подробный анамнез больного, освещающий возникновение, течение и характер наркомании. Ему объясняется, какие из существующих недостатков его здоровья получены им вследствие алкоголизма и как он может избежать дальнейшего ухудшения своего здоровья, сделавшись трезвым. Больному указывается, что при лечении воздерживаться от алкоголя ему будет легко, и с первого же посещения ему назначаются ин'екции

стрихнина в течение месяца. Иногда больным выписываются лекарства для приема внутрь, назначаются те или другие физиатрические процедуры.

Часть больных в числе 73 чел. лечилась гипнозом, при чем было сделано 226 сеансов гипноза. Гипнотерапия, как правило, применялась нами при повторных посещениях больного, когда особенности и наклонности его к наркомании выявлялись более отчетливо. Применялся гипноз в единичных случаях и при первом посещении больного, когда им заявлялось о полной невозможности воздержаться от алкоголя даже один день. Сеансы гипноза применялись не чаще 2-х раз в неделю. Внушениям обычно придавалась форма категорического утверждения, что больной чувствует в себе силу легко отказаться от спиртных напитков, что он всегда считает себя вполне трезвым, у него нет никакой склонности к алкоголю и т. п. Мы можем отметить, что при одной и той-же методике и обстановке гипноза часть гипнотизируемых почти всегда впадает в состояние глубокого сомнамбулизма, тогда как другие испытывают лишь легкую сонливость или сон без амнезий. Не считая гипноз единственно актуальным средством в лечении алкоголизма, мы все же можем отметить случаи весьма эффективного действия его на некоторые формы алкоголизма. Тяжелые наркоманы с многолетним стажем хронического алкоголизма, злоупотреблявшие алкоголем ежедневно, после нескольких сеансов гипноза оставались совершенно трезвыми неопределенно долгое время и, обходясь без надзора, с удовлетворением отмечали, что не питают больше к алкоголю той жгучей страсти, какая мучила их раньше. Однако, нужно отметить и случаи полного отвыкания от алкоголя лечившихся без применения гипнотерапии.

В течение года врачами лечебницы проводились периодические беседы с больными на темы, касающиеся сущности и видов хронического алкоголизма, его влияния на здоровье, быт и трудоспособность человека и современных способов его лечения. Наряду с этим производились систематические обследования больных на дому. Всего сестрою обследовательницею в течение года было сделано 480 патронажных посещений диспансерных больных.

Методика лечения алкоголизма главным образом сводится к психотерапии, независимо от того, применяется-ли гипноз, групповая или индивидуальная беседа с добровольно приходящими в диспансер больными. Человек, потерявший веру в свои силы, надломленный морально неотразимым роковым пристрастием к алкоголю, с сознанием полной невозможности сделаться трезвым без посторонней помощи, идет лечиться в диспансер, где он встречает доброе участие врача и его уверения, что при лечении можно сделаться трезвым.

С другой стороны, встреча наркомана с другими ему подобными, которые при лечении прекратили потребление спиртных напитков, коренным образом изменяет внутреннюю установку алкоголика. Утерянная вера в возможность овладеть собою и контролировать себя в повседневной жизни вновь вызывается к жизни, робкие неустойчивые попытки в прошлом превращаются в твердое решение и уверенность сделаться трезвым. Старые болезненные навыки затормаживаются, прививается новый рефлекс с новой трезвой целеустремленностью. Так, нам кажется, можно объяснить тот терапевтический эффект, который мы получаем при лечении алкоголизма в целом ряде случаев.

Состояние больных до лечения определялось следующим образом: пили от 20—30 дней в месяц 125 чел. (50 проц.), от 10—20 дней 69 (27,6 проц.), меньше 10 дней 10 чел. (4 проц.) и пили неопределенное количество дней в месяц 46 чел. (18,4 проц.). Процент высчитан по отношению к об-

щему количеству первичных больных. Непосредственный результат лечения представляется приблизительно в следующем виде: не пили за время лечения 109 чел. (50,5 проц.), пили за время лечения меньше 5 дней 52 чел. (24,2 проц.), пили больше 5 дней 45 чел. (25,3 проц.). Процент вычитан по отношению к лечившимся. Таким образом 430 лечившихся алкоголиков за время лечения, по нашим подсчетам, пили в месяц приблизительно на 5.000 дней меньше, чем до лечения. Кроме того, лечившиеся в диспансере получали неоценимую пользу в отношении улучшения своего здоровья, упрочения материального положения своей семьи, уменьшения прогулов, а некоторые из них восстановили свое служебное положение, вновь получили надежду на лучшее будущее и из людей опустившихся стали полезными и трудоспособными гражданами.

При лечении алкоголиков мы сталкивались со случаями рецидивирующих больных, для которых лечение в амбулаторной обстановке оказывалось недостаточным. Некоторые из этих больных отправлялись на лечение в закрытые лечебные заведения, но мы должны отметить безусловно недостаточный охват такого рода больных стационарной помощью. Открытое отделение для алкоголиков и психоневротиков при Зауральской Психолечебнице недостаточно по своему объему и не может обслуживать всех нуждающихся в этой помощи.

Изучение отдаленных результатов лечения 100 обследованных на дому лечившихся в диспансере алкоголиков дали следующую картину:—не пили после лечения 49 чел., из них 3 и больше месяцев 34 и от 1—3 месяцев 15 ч., пили после лечения от 5—10 дней в м-ц 34 чел. (раньше пили ежедневно) и больше 10 дней в м-ц 17 чел. Таким образом, говоря клиническим языком, мы имеем в отдаленных результатах лечения 83% резкого улучшения. Окончательный результат лечения можно будет установить лишь после длительного двух—трех-летнего наблюдения лечившихся. Во всяком случае, хотя процент вполне воздерживающихся от алкоголя должен будет со временем снизиться, польза от лечения для алкоголика совершенно очевидна.

В практической работе мы столкнулись с целым рядом трудностей, которые нередко становились помехой в проводимых нами мероприятиях. Прежде всего отсутствие в городе специального вытрезвителя для алкоголиков в целом ряде случаев ставило нас в безвыходное положение. Больной алкоголик приходит к нам за помощью в минуты запоя и, не имея сил исправиться самостоятельно, просит его изолировать. Из-за отсутствия в городе специального вытрезвителя он получает неизбежный отказ или направляется в изолятор городской больницы, всегда и без того переполненный тяжелыми душевно-больными. Там он в большинстве случаев также получает отказ и остается без помощи, будучи предоставлен самому себе. Неблагоприятным обстоятельством в работе диспансера нужно считать и отсутствие специального врача нарколога, так как больных обслуживают все пять врачей лечебницы, из которых никто не имеет возможности посвятить себя этому всецело. Это обстоятельство, в свою очередь, создает неблагоприятную обстановку для исследовательской работы вне диспансера, таковая в настоящее время недостаточно углублена и развита. Мы не имеем специального помещения для обслуживания больных, где можно было бы создать соответствующую показательную обстановку и условия для индивидуальной и массовой психотерапии.

Говоря о лечении алкоголизма, мы далеки от мысли, что таким путем можно изжить алкоголизм в массах. Алкоголиков рождает наша повседневная жизнь, наши будни. В диспансер они приходят в то время,

когда их склонность к алкоголю укрепилась и начинает их тяготить. Остальная борьба с алкоголем должна быть перенесена на фабрики заводы, предприятия, в семьи, в наш быт.

В ы в о д ы:

1. Диспансерный метод борьбы с алкоголизмом является важным фактором в деле оздоровления трудящихся и оказывается экономически выгодным как для лечащихся алкоголиков, так и для производственных организаций.

2. Целесообразно открытие наркопунктов непосредственно на крупных предприятиях и в рабочих районах.

3. Амбулаторное лечение алкоголиков резко уменьшает их склонность к алкоголю во время лечения и удлиняет трезвые промежутки после лечения.

4. Доминирующим фактором в этиологии алкоголизма является наследственность.

ДВА ГОДА РАБОТЫ ГЛАЗНОГО ВРАЧА В КИЗЕЛОВСКОМ ВРАЧЕБНОМ УЧАСТКЕ ВЕРХ-КАМСКОГО ОКРУГА, УРАЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ*)

Врач К. И. ЛИХАЧЕВА.

Летом 1926 года в Кизеле работал глазной отряд облздора, целью которого было обследование населения по заболеваемости трахомой. Обследовательский отряд обнаружил небольшой процент заболеваний трахомой (6—7 проц.), главным образом среди татар, обращаемость же за глазной помощью была очень значительна. Этим отрядом была выявлена необходимость организации постоянной глазной помощи населению, вследствие чего в октябре того же года был приглашен постоянный глазной врач в Кизел.

Кизеловский врачебный участок является районной больницей и амбулаторией; он обслуживает каменноугольные копи Ленинские, Володарские, Фрунзе и более отдаленные пункты от 10 до 35 верст: Половинкинские копи, Химический завод Ивака, Усть-Игум, Няр, Усьвинские копи, карьер Известняк (фельдшерские пункты), Александровский завод, Губахинские копи (врачебные пункты с больницами).

Обслуживаемое участком население состоит в подавляющем большинстве из рабочих каменноугольных копей и их семейств, небольшого числа металлистов и строителей. Рабочих около 10.000, женщин-работниц около 400 и подростков-рабочих около 100 человек. Крестьяне обращаются в больницу сравнительно реже, так как, во-первых, деревни расположены далеко от Кизела, а, во-вторых,—крестьянам часто отказывалось в коечной помощи за отсутствием свободных мест. По национальности население Кизела большею частью составляют русские, небольшой процент татар и китайцев.

Горнорабочие живут или в казармах для одиноких и семейных, или в отдельных домиках. На одного человека приходится площадь пола

*) Доложено на конференции врачей Глазной Клиники Пермского Государственного Университета 9-го марта 1929 г.

2,6—3,6 квадр. метра, что является недостаточным. Несмотря на усиленное жилищное строительство в Кизеле, население живет очень скученно, так как строительство не может идти тем же темпом, как и рост производства.

Рабочие копей—в большинстве сезонники; они подразделяются на горных и поверхностных. Подземные рабочие исключительно мужчины, женщины работают только на поверхности.

В Кизеловских копиях горизонтальные выработки. Уголь добывают в забоях ручным и машинным способом, а нагруженные углем вагончики увозят на поверхность электровозом. Освещаются забои лампочкой Вольфа, электрическое же освещение на плитах, подземном дворе. Подземным выработкам свойственны сырость, сквозняки, недостаточно хороший воздух, плохое освещение, опасность повреждений, угольная пыль. Вентиляция в копиях искусственная и естественная. Газовых рудников в Кизеловском районе нет.

Особенностью работы забойщика является: а) неудобное положение тела и головы при зарубке угля,—сидя, лежа, стоя, смотря по толщине пласта, б) напряжение зрения ввиду плохого освещения, пыли, неудобного положения головы, в) опасность повреждения глаз отлетающими кусками породы, угля. Особенностью работы машиниста врубовых машин является: а) сплошная завеса пыли при работе, шум машины, плохое освещение, напряжение внимания; опасность повреждения глаз меньшая, чем при ручном забое. Тем же вредностям подвергаются разбуровщики. Запальщику угрожает опасность взрыва динамита, а газы и пыль раздражают слизистую оболочку глаз. Подземные рабочие хотя и имеют защитные очки (простые стекла 2,5 м.м. толщиной, окружены частой медной сеткой), но их почти не употребляют при работе, так как считают, что они сильно мешают ее продуктивности. При копиях пунктов скорой помощи нет, а существуют только фельдшерские амбулаторные приемы*).

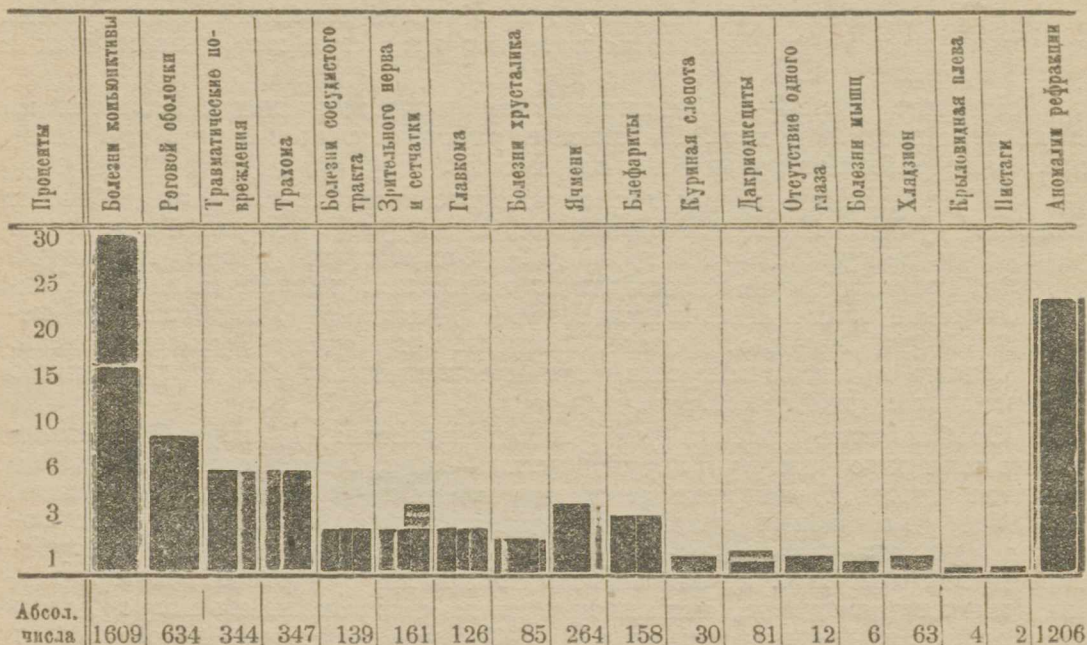
Работа велась нами в больнице и амбулатории. Для глазных больных в больнице было дано 5 коек; больше выделить не представлялось возможным в виду малой площади больницы. В амбулатории была отведена отдельная комната для приема глазных больных при общей ожидальне. В первый год работы ощущался недостаток режущих инструментов; когда же инструменты были получены, то оказались тупыми, пришлось направить их для точки в Ленинград, благодаря чему упускалось время для операций. Не удалось также достать некоторую специальную аппаратуру для кабинета. Ощущался также недостаток в больничных койках и в больницу помещались только оперативные больные и с тяжелыми повреждениями глаз. Особенно остро чувствовался недостаток коек осенью и летом 1928 года, когда прием, ввиду ремонта больницы, глазных больных в больницу был почти закрыт.

Несмотря на эти неблагоприятные обстоятельства, обращаемость за глазной помощью населения была довольно значительна. За два года принято первичных глазных больных 5429 чел., повторных посещений сделано 11194.

Таблица № 1 изображает распределение первичных больных по роду заболеваний (См. табл. на стр. 98).

*) В 1929 г. появится врачебный пункт перв. пом. на Ленинск. копи и организовано дежурство санитаров влугри горы на Володарской копи.

Таблица № 1.



Рассматривая таблицу, видим, что больший процент падает на заболеваемость слизистой оболочки, аномалии рефракции, затем идут болезни роговой оболочки, трахома и травматические повреждения. Большой процент заболеваемости слизистой оболочки можно объяснить отчасти условиями подземной работы у шахтеров (раздражение глаз каменноугольной пылью, горной водой), а отчасти неблагоприятными жилищными условиями, так как в казармах живут очень скученно, близко соприкасаясь друг с другом. В отчете 2 обследовательского глазного отряда в Кизеловских рудниках (врачи Забугин и Вартминская) также указан высокий процент заболеваний конъюнктивитом: у забойщиков 69 проц., у запальщиков—76 проц., у машинистов врубсовых машин—59 проц. Кератиты являлись как следствие ранений у рабочих, а у детей отчасти как результат недостаточного питания, что, быть может, стоит в связи с недостаточным количеством овощей, жиров и молочных продуктов в продаже. Трахома наблюдалась большею частью у татар.

Нистагм отмечен нами только в двух случаях. Врачами Забугиным и Вартминской в Кизеле на 918 обследованных подземных рабочих нистагм отмечен в 8 случаях (0,8 проц.). В обзоре докт. ра Шагова, по данным осмотра забойщиков Гришинского района (Донбасс), указано от 10—36 проц. заболеваний нистагмом у рабочих со стажем работы от 5 лет и выше. В иностранных каменноугольных копях нистагм встречается приблизительно в 10 проц.

По мнению некоторых исследователей, нистагм зависит от отравления углекислотой. Вартминская и Забугин, обнаружив нистагм только у забойщиков северной группы копей и совершенно не найдя его у забойщиков южной группы, объясняют это малым содержанием углекислоты в последней группе, так как прочие вредности одинаковы в обеих группах копей.

Стассен видит причину нистагма в изменении условий давления атмосферного воздуха в шахтах, причем усиливающееся давление на орган слуха вызывает путем раздражения рефлекс глазо-двигательных центров последующим двигательным рефлексом мышц глазного яблока.

Появление нистагма зависит, вероятно, от соковупности многих причин. Что касается Кизела, то, быть может, небольшой процент нистагма здесь объясняется, с одной стороны, тем, что работает текущий состав подземных рабочих, а, с другой, тем, что атмосферное давление в рудниках Кизела мало отличается от наружного: небольшое отклонение бывает м.м. 200 водного столба или 0,02 атмосферы. Для того, чтобы вынести определенное заключение, нужно глубже изучить условия производства и организм рабочего совместно с гиенистом, ото-рино-ларингологом, окулистом, невропатологом, кроме того нужно исследовать состояние зрения рабочего до поступления на работу.

Через стационар прошло 242 больных, проведенных 3151 койко-дней, т. е. 13 койко-дней в среднем на одного больного. Больных с травматическими повреждениями глаз в стационаре было 72 человека, или 29,7 процентов. Операций произведено 148, оперативных пособий оказано 420. По поводу травматических повреждений было произведено 8 иридектомий, 5 экзентераций и 2 энуклеации глазного яблока; в числе оперативных пособий удалено 211 инородных тел.

Большой травматизм в Кизеловском районе, как центре каменно-угольной промышленности Урала, подтверждается цифрами глазного амбулаторного приема (6,3 проц. травматических повреждений по отношению ко всем первичным посещениям) и значительным процентом больных с травмами глаза среди стационарных больных. Кроме того, еще ранее д-р Карамышев в первом съезде хирургов Уральской области указал, что травма глаза в Кизеле составляет 7 проц. по отношению ко всем травматическим случаям. Наконец, обследование 2-го глазного отряда Кизеловских копей дало следующие цифры заболеваний глаз на почве травмы: на северной группе у забойщиков на 628 осмотренных падает на заболевание роговой оболочки 180 (28 проц.), из них со стажем до 1 года—3 проц., более 20 лет—49 проц.; на южной группе копей—со стажем до 1 года 10 проц., более 20 лет 75 проц. Такую разницу в травмах роговой оболочки между забойщиками северной группы копей и южной отряд объясняет тем, что на северной группе копей носят очки при работе, «хотя и немногие», а на южной группе копей их совершенно не носят.

Проникающих ранений наблюдалось 25, что в процентах, по отношению ко всем травматическим больным составляет 7,2 проц., а по отношению к стационарным больным с травматическими повреждениями—34,7 проц. Из 72 стационарных больных травмы бытового характера наблюдались в 5 случаях (6,8 проц.), у лесорубов 4 (5,4 проц.), запальщиков 3 (3,4 проц.), у забойщиков 60 (83,5 проц.). Из приведенных цифр видно, что травматизм здесь носит профессиональный характер.

Конечные результаты тяжелых травматических повреждений глаз таковы: слепота на один глаз 19 случаев (26,3 проц.), слепота на оба глаза 2 случая (2,7 проц.), острота зрения ниже 0,5—24 случая (33,3 проц.), острота зрения выше 0,5—27 случаев (37,5 проц.). Исходы амбулаторных травматических повреждений не отмечены, но нужно сказать, что больные после внедрения угля или кусочка породы в роговицу находились на излечении от 3 до 10 дней. Извлечение кусочка породы из роговицы довольно затруднительно ввиду того, что приходится извлекать по частям из-за ломкости породы. После ранения роговицы наблюдались язвы, трудно

поддающиеся терапии. Повреждения глаз были призведены у работающих в коях по большей части кусками каменного угля или породы. При взрыве динамитом наблюдались тяжелые ранения глаз: из 6 отмеченных случаев закончили лечение с остротой зрения до 0,5—3, со слепотой на один глаз 1, со слепотой на оба глаза 2.

Процент травматических повреждений по отношению ко всем глазным посещениям в Кизеловском районе стоит в среднем ряду между другими промышленными районами СССР. Общее количество стационарных больных с травматическими повреждениями глаз довольно значительно и приближается к высоким цифрам промышленных центров Германии и нефтяной промышленности СССР (Баку), что указывает как на тяжесть травматических случаев глаза в Кизеловском районе, так и на недостаток профилактических мер (см. в статье проф. Авербаха—«Промышленные глазные повреждения»).

Таблица № 2.

	Металло-обрабатывающая промышленность			Кизеловск. угол. пром.
	г. Бежецк	г. Таганрог	Жел.-д. маст. им. Ленина	Кизел
В процентах:				
5				
4				
3				
2				
1				
Число несч. случаев . .	2952	770	600	344
Из них со слепотой на 1 глаз	16	9	1	19

Сравнивая процент потери глаз в каменноугольной промышленности с цифрами потери глаз после травм в металлообрабатывающей промышленности, мы видим, что значительно больший процент гибели глаз наблюдается в каменноугольной промышленности, что объясняется специфичностью горной работы (загрязнение каменноугольной пылью и горной водой), вследствие чего раны глаз легко подвергаются инфекции.

Наибольший процент травматических повреждений дают инородные тела роговицы 144 (47,3 проц.), дальше ранение роговицы 76 (22 проц.), затем кривая спускается ниже, где идут ушибы глаза 25 (9 проц.), инородные тела слизистой оболочки 18 (5 проц.), ожоги глаза 28 (9 проц.). Травматизм глаз, как указано выше, носит профессиональный характер (91 проц.), при чем повреждениям глаз подвергаются, главным образом, забойщики 127 (43 проц.), в зависимости от особенностей их работы; меньший процент дают слесари 29 (9 проц.), что объясняется их малым числом на производстве; дальше идут чернорабочие 27 (8 проц.), остальные же категории рабочих дают небольшой процент.

Травмам глаза подвергаются рабочие в цветущем возрасте от 20—40 лет. Особенно высокий подъем наблюдается в возрасте от 20 до 30 лет—

75 случаев (38 проц.), выше 40 л. кривая падает до 23 случаев (10 проц.), что можно объяснить большей опытностью рабочих в этом возрасте, а отчасти и тем, что в производстве больше занято рабочих в возрасте от 20 до 40 лет.

Что касается стажа работы, то чаще всего травмам глаза подвергаются рабочие с малым стажем, как менее опытные, со стажем до 1 года работы наблюдалось 85 травм (25 проц.), со стажем до 3 лет 44 (12,9 проц.), от 3—4 лет 38 (11 проц.), от 5—10 лет 46 (13,5 проц.), от 10—20 лет 48 (14 проц.), от 20—30 лет 48 (14 проц.), 30 и свыше лет 13 (3 проц.). Повреждения наблюдались чаще к концу смены: в начале смены 36 случаев (19 проц.), а в конце 97 случаев (41 проц.).

Повреждений левого глаза отмечено 100 случаев, правого глаза 86 случаев, обоих глаз 12. Цифры травм по дням недели не приведены, так как по их распределению нельзя было вывести определенного заключения.

Профилактический день в Кизеле не установлен, но индивидуально с приходящими больными мы вели беседы по гигиене глаза и о предохранении членов семьи от заражения. Кроме того, нами эпизодически прочитаны лекции по гигиене глаз в клубах Ленинском и Свердловском и на собрании женщин-татарок. Два раза были осмотрены глаза учеников горнопромышленного училища и осматривались все дети перед поступлением в горнопромышленное училище; произведен осмотр глаз партийцев и учеников школы семилетки, в связи с общим осмотром. В школах были отмечены единичные случаи трахомы, конъюнктивита и несколько случаев аномалии рефракции.

Сделана попытка выяснения, какой тип предохранительных очков более всего подходящ для горняков, для чего была создана комиссия из представителей профсоюза горняков, охраны труда, представителя от забойщиков и окулиста. Комиссией были розданы очки разных типов забойщикам для работы, но через некоторое время рабочие заявили, что ни один тип очков их не удовлетворил, так как очки при работе быстро загрязняются, запотевают и через них очень плохо видно. И действительно, существующие типы очков неудобны для применения при работе в горе, ввиду специфических условий подземной работы.

На основании своей двухгодичной работы на Кизелкопях, мы приходим к следующим выводам:

1) Нистагм в Кизеловском каменноугольном районе наблюдался в незначительном проценте (2 случая—0,03 проц.).

2) Травматизм глаз носит профессиональный характер, причем травматическим повреждениям глаз чаще подвергаются забойщики.

3) Исходя из того, что в 60,6 проц. травмах глаза подвергаются рабочие в возрасте от 20 до 40 лет и наибольший процент травм встречается у неопытных рабочих (до 1 года стажа) необходимо привлечение постоянной рабочей силы, для чего следует улучшить условия жилищно-рабочего как жилищные, так и продовольственные.

4) Необходима популяризация ношения предохранительных очков рабочими, начав с молодых рабочих и учеников горнопромышленного училища, вменив им в обязанность ношение очков. Желательно применение в горнообрабатывающей промышленности очков более усовершенствованного типа, удовлетворяющего условиям горной работы.

5) Необходимо организовать пункты первой помощи на предприятиях, куда, при наличии врача, привлечь медицинских сестер, обученных обращению с травмами как всего организма, так и глаза.

6) В Кизеле необходима лечебно - профилактическая работа окулиста, совместно с гигиенистом, ото-рино-ларингологом, невропатологом, для чего нужно увеличить штат и приобрести необходимую аппаратуру для исследований. Желательно произвести исследование горнорабочих на адаптацию при работе в слабо освещаемых забоях.

7) Необходимо увеличение числа коек для глазных больных в Кизеловской больнице и организация общежития для больных, приезжающих из района.

8) Необходимо ввести точную, однообразную статистику травматических повреждений глаз, обратив внимание в каменноугольной промышленности на ручные и машинные забои.

ЗОБ СРЕДИ КУСТАРЕЙ Г. СВЕРДЛОВСКА И ЕГО БЛИЖАЙШИХ ОКРЕСТНОСТЕЙ.

Врач В. П. ЛУКАНИН.

«Урал является важным центром зубной эпидемии, местами встречается, повидимому, и кретинизм. Имеющиеся литературные сведения о районах распространения зоба являются устаревшими». «Необходимо поднять вопрос об обследовании центров эпидемии зоба на Урале» — так Уральским областным съездом хирургов в 1927 году сформулированы основные заключительные положения о необходимости обследования эндемии зоба на Урале. Вопрос о зобе настолько обширен, что здесь необходима большая коллективная работа. Только при помощи ее возможно будет разрешать такие вопросы, как распространение уральского зоба, его характер, клиника, этиология зоба и кретинизма, лечение, предупреждение и т. д.

По новейшим данным (д-р Гебе М. «М. Ж.», № 20, 1928 г.), отмечается — колоссальное учащение случаев увеличения щитовидной железы. На первом месте стоят жители горных местностей, но и среди жителей равнин увеличивается число зобатых. Докт. Гебе были исследованы все поступающие больные терапевтического отделения одной берлинской больницы. Это исследование дало 18,0 случаев увеличения щитовидной железы, из них мужчин 13,9 проц., женщин 86,1 проц. Что касается телосложения, то 99 проц. были стройные, худощавые, в 73 проц. можно было наблюдать признаки повышения функции щитовидной железы: живой темперамент, — физическое и умственное беспокойство, бессонница, слабое дрожание, блеск глаз, влажная мягкая кожа, потливость, учащение пульса, сердцебиение.

Постепенное увеличение количества зобатых отмечается и русскими авторами. Так, по данным проф. Тихова, количество зарегистрированных зобатых в России:

с 1884 по 1886 год	5.059 случаев
» 1887 по 1889 год	26.591 »
» 1890 по 1892 год	31.681 »
» 1893 по 1895 год	34.788 »

По губерниям из 103.745 случаев падало на Вятскую губ. 1.501, Уфимскую 2.202, Эстляндскую 1.657, Петроковскую 1.606, Иркутскую 1.673, Самаркандскую 4.315, Сырдарьинскую 9.221, Пермскую 10.745. Число зобатых по амбулаторным записям первичных посещений в уездах Уральской области таково:

У е з д ы (округа)	По данным д-ра Лежнева с 1894 по 1901 год		По данным Облздравотдела за 1925 г.		
	Всего	В среднем в год	Мужчин	Женщин	Всего
Пермский	2045	292,1	560	1217	2224
Екатеринбургский	1042	148,8	821	2084	2905
Верхотурский	1893	270,4	—	—	—
Красноуфимский	2551	637,7	—	—	—
Камышловский	27	4	—	—	—
Соликамский	608	87	—	—	—
Шадринский	87	12,4	86	127	213
Ирбитский	22	3	—	—	—
Кунгурский	1817	259,5	753	1312	2065
Осинский	1267	181	—	—	—
Оханский	1090	156	—	—	—
Чердынский	696	99,4	—	—	—
Сарапульский	—	—	76	173	249
Тобольский	—	—	55	71	126
Челябинский	—	—	97	144	241

По данным д-ра Лежнева за 15 лет число рекрутов в уездах быв. Пермской губ., забракованных по поводу зоба, равно 1.242., в среднем в год 82 чел., по данным облздравотдела за 1927 год—188 человек в тех же уездах.

Таким образом из этих кратких статистических сведений видно, что число первично зарегистрированных зобатых значительно растет. Особенно резко выделяется по увеличению зобатых в Уральской области Свердловский округ. Этот рост едва ли можно объяснить исключительно улучшением регистрации.

В связи со сказанным нам хотелось бы сообщить, правда, небольшие, но, как нам кажется, не лишние некоторого интереса данные обследования кустарей. Эти данные указывают на распространение зоба среди жителей окрестностей Свердловска, так как осмотренные кустари оказались исключительно местными жителями. Обследование велось мною совместно с доверенным врачом Свердловской страховой кассы В. Г. Логиновым. Всего нами осмотрено 1.291 человек кустарей Свердловска, В.-Исетского, Н.-Исетского заводов и села Шарташ. Обнаружено с увеличением щитовидной железы 124 человека, или около 1 проц. По полу, возрасту и населенным пунктам обследованные распределялись таким образом:

Распределение обследованных на зоб по полу, возрасту и населенным пунктам.

Возраст	Населенные пункты	Свердловск						В.-Исетский завод						Н.-Исетский завод						Село Шарташ					
		Всего мужчин			Из них с увел. щит. жел.			Всего женщин			Из них с увел. щит. жел.			Всего мужчин			Из них с увел. щит. жел.			Всего женщин			Из них с увел. щит. жел.		
		Абсол.	%		Абсол.	%		Абсол.	%		Абсол.	%		Абсол.	%		Абсол.	%		Абсол.	%		Абсол.	%	
До 19 лет		84	—	—	25	1	4	13	1	—	—	—	—	53	7	—	—	—	—	10	4	—	6	2	—
От 20—29 лет		222	6	—	98	11	—	75	5	—	15	4	—	130	17	—	3	2	—	14	4	—	31	28	—
» 30—39 »		137	2	—	61	5	—	22	2	—	7	2	—	58	3	—	2	1	—	1	1	—	9	8	—
» 40—49 »		90	—	—	13	—	—	17	1	—	—	—	—	38	2	—	—	—	—	3	—	—	3	3	—
» 50—59 »		36	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	23	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Всего		569	8	1,4	199	17	8,5	127	9	7	23	6	26	302	31	10,3	5	3	60	28	9	32,1	49	41	83,6

Из таблицы видно увеличение количества зобатых среди кустарей В.-Исетского завода, Н.-Исетского завода и особенно села Шарташ. В Шарташе почти поголовно все женщины (83,6 проц.) страдают зобом, и даже среди мужчин мы имеем сравнительно очень высокий процент зобатых, именно 21,5 проц., тогда как в Свердловске 1,4 проц.

По своей величине зоб у обследованных колеблется от волоцкого ореха до гусиного яйца, причем наибольшей величины он отмечался у жителей Шарташа. Так, из числа отмеченных 50 зобатых только у 5-ти человек увеличение щитовидной железы равнялось грецкому ореху, в 35 случаях мы имели железу, равную куриному яйцу, в 10 случаях, — около гусиного яйца. Консистенция зоба мягко-упругая, свойственная паренхиматозно-коллоидным формам.

Уже при беглом осмотре нами отмечалось не только простое увеличение щитовидной железы. Обследуемые жаловались часто и на сердцебиение и нервное расстройство (в 39 проц. случаев) и нами констатировался ряд функциональных расстройств: так, у 50 проц. мы отмечали повышение сухожильных рефлексов, дрожание век, блеск глаз, влажная кожа, учащение пульса. Из 50 зобатых-кустарей Шарташа 4. У 22 человек мы отмечали ясно выраженные симптомы базедовизма. Это особенно приходится иметь в виду, потому что по данным известного знатока уральского зоба доктора Л. В. Лепешинского более 40 проц. уральских зобов склонны переродиться и давать симптомы базедовой болезни.

Таким образом гор. Свердловск как будто сравнительно благополучен в отношении зоба, чего нельзя сказать про В.-Исетский и Н.-Исетский заводы и особенно с. Шарташ, тем более, что наши цифры следует считать значительно преуменьшенными, так как огромное большинство обследованных мужчины, а известно, что зоб во много раз более распространен среди женщин, нежели мужчин.

Интересно отметить, что в названных выше заводах число зобатых резко разнится по различным пунктам завода. Так, возьмем Н.-Исетский завод. Селение расположено в гористой местности, в 9 км. от Свердловска. Восточная часть завода тянется по реке Исети. У подножия холмов имеется много родников. Существующие колодцы обычно неглубоки и питаются этой родниковой водой. Жители пользуются для питья в части завода, лежащей по реке Исети, почти исключительно речной водой; в частях, расположенных вдали от реки, колодезной водой. Там, где жители пользуются для питья водой р. Исети, мы почти не отметили увеличения числа зобатых, тогда как последнее резко возрастает среди кустарей, живущих в улицах, где пользуются для питья исключительно колодезной водой. Например, в заводе имеется 3 главных колодца в улицах Свердлова, Нижней и Павловской, более удаленных от реки. Здесь жители почти исключительно пользуются водой этих колодцев, и из обнаруженных 36 человек зобатых мы имели 24 человека, живущих в этих улицах, что составляет 12,3 проц. к числу обследованных кустарей, тогда как среди кустарей, живущих по реке Исети, мы обнаружили с зобом только 0,9 проц. Тоже можно сказать и в отношении В.-Исетского завода. Особенно велико, как отмечено выше, число зобатых в селе Шарташе. Здесь увеличение щитовидной железы определяется почти у всех членов семьи осмотренных лиц. Нами опрошено 15 семейств кустарей. Среди женщин членов семьи увеличение щитовидной железы найдено в 85 проц. По рассказу одной больной в селе имеется несколько кретинизмов. К сожалению, мы не имели возможности поголовно осмотреть всех жителей села Шарташ и видеть этих кретинизмов.

Село Шарташ. очень старое, существовало задолго до основания Свердловска. Основано и было населено старообрядцами, поселившимися здесь во времена патриарха Никона. Расположено на северном берегу большого, красивого горного озера. Жители занимаются огородничеством, ягодным садоводством, работами в городе, кустарными ремеслами, как, например, по выработке вачег. Число жителей по данным 28 года в Шарташе 1.798, из них мужчин 814, женщин 984. Заболеваемость, несмотря на то, что население занимается преимущественно крестьянским трудом, очень велика. По амбулаторным записям медпункта в среднем 240 первичных посещений в месяц, т.-е., 159,6 посещений падает в год на 100 человек жителей.

Озеро Шарташ, питьевой водой из которого пользуются жители села, одно из типичнейших уральских озер по своим берегам, состоящим из нагроможденных гранитных камней значительной величины. Озеро лежит на высоте 276,3 мтр. над уровнем моря, выше Свердловска на 21 метр. и настолько же приблизительно выше своей восточной стороны. Длина озера около 6,5 клм., ширина 2,5 клм., площадь около 7 кв. клм. Озеро интересно своими береговыми озерными моренами—гранитными валунами. В последние годы озеро сильно засоряется, зарастает травой, тиной.

Таким образом, на основании материалов нашего обследования можно сделать следующие выводы:

1. Зоб довольно распространен среди кустарей Н.-Исетского, В.-Исетского заводов и особенно села Шарташ. Так как кустари все местные жители, то можно с большой долей вероятности ожидать увеличения числа зобатых и среди остальных жителей названных селений.

2. Зоб кустарей в большом проценте случаев сопровождается явлениями базедовизма, что особенно должно обратить внимание на своевременное лечение и предупреждение его.

3. Необходимо дальнейшее санитарное и клиническое наблюдение над зобом указанных сел с особым обращением внимания на питьевые источники.

Braeuning. В поисках «раннего инфильтрата». (Zeitschr. f. Tub. Bd. 51, N 1).

Автор, подвергнув изучению свыше четырех тысяч направленных в Штетинский тубдиспансер больных, приходит к следующим выводам: туберкулез верхушек легких является доброкачественным заболеванием, которое лишь в редких случаях (приблизительно в 7 проц.) прогрессирует.

Исходной точкой для различных форм острого и хронического туберкулеза в большинстве случаев является «ранний инфильтрат», который локализуется в большинстве случаев поджелудочно. «Ранний инфильтрат» обладает способностью к быстрому распространению и образованию каверн. «Ранний инфильтрат», однако, может иногда существовать, ничем не проявляясь, и часто бывает обнаруживаем только помощью Рентгена.

М. В.

Sprungmann. Прогноз каверны у промышленных рабочих (Zeitschr. f. Tub. Bd. 51, N 6).

На материале санатории, в которой подвергались лечению исключительно промышленные рабочие, автор изучает прогноз у больных с легочной каверной. Три четверти всех находившихся в санатории больных с каверной умирают в течение первых пяти лет после выписки из санатории. Пережившие же этот срок (в пять лет) являются в большинстве случаев работоспособными и у них можно говорить об излечении каверны.

Все же автор полагает, что только те больные с кавернами подлежат приему в санатории, у которых преимущественно односторонний процесс дает гарантию рационального, активного, оперативного лечения.

М. В.

Gutzeit. Заболевания слизистой желудка у отравленных свинцом (Munch. med. Voch., № 38, 1928.).

Кардинальные симптомы свинцовых отравлений далеко не всегда бывают обнаруживаемы и, в большинстве случаев, они непостоянны. Тем ценнее обнаружение у отравленных свинцом объективных симптомов, которые сохраняются с известным постоянством и которые имеются еще продолжительное время после затихания острых явлений. На основании тщательных клинических наблюдений при помощи рентгенологических и эндоскопических исследований желудка автор нашел органические изменения слизистой желудка, которые должны трактоваться как свинцовые вредности. Хронические гастриты часто сопровождают хронические свинцовые отравления. Автором гастроскопически обнаружены, преимущественно, гипертрофические гастриты, но обнаружены и поверхностные катары и атрофические изменения слизистой желудка. Что же касается механизма возникновения этих гастритов, то автор на основании своих экспериментальных исследований полагает, что токсическое действие металла (свинца) достигает слизистой желудка резорбтивным путем, а не путем непосредственного контакта свинцовых солей со слизистой желудка.

От референта. Реферируемая работа заслуживает особого интереса после исследований Свердловского кабинета по изучению профзаболеваемости, доказавших, что гастро-энтеральные явления у рабочих прокатных цехов металлургических заводов Урала объясняются хроническими свинцовыми отравлениями.

М. В.

Schraj. Беременность и туберкулез (Zeitschr. f. Tub. Bd. 51 N 2).

Прерывание беременности из-за туберкулеза верхушки легкого, в общем, необосновано.

М. В.

А. Ф. ПАЛЬМОВ. Проф. Пермского Госуд. Университета. «Терапия родов при узком тазе». (По материалам Госуд. Акуш.-Гинек. Института в Ленинграде). Работа премирована экспертной комиссией ЦКУБВ. Пермь. 1929 г. Стр. 224. Ц. 3 р. 50 коп.

До сих пор вопрос о рациональной терапии родов при узком тазе, выражаясь языком современной эпохи, является одним из «узких мест» в акушерстве. Несмотря на то, что роды при узком тазе далеко не относятся к явлениям редким и, можно сказать, являются принадлежностью будничной работы каждого врача-акушера, терапия при наличии этой аномалии родов до самого последнего времени очень часто представляет собою тяжелую и ответственную задачу не только для «универсального» участкового врача, но и для специально подготовленного врача-акушера. Однако же, как это ни странно, на русском книжном рынке в настоящее время совершенно отсутствует литература именно по вопросу об узком тазе, откуда практический врач-акушер мог бы черпать проверенные наукой и опытом данные для изучения этого сложного вопроса и пополнения своего личного опыта для правильного решения часто очень трудного «уравнения со многими неизвестными».

Поэтому нельзя не приветствовать появление монографии профессора А. Ф. Пальмова «Терапия родов при узком тазе», где в изучение данного вопроса положен материал свыше 1500 случаев узкого таза, материал, являющийся «коллективным опытом» европейски известного учреждения—Госуд. Акуш.-Гинек. Института в Ленинграде, возглавлявшегося до самого последнего времени покойным профессором Оттом.

В обработке своего обширного материала автором применен сравнительно-статистический метод, являющийся наиболее совершенной и по существу единственной формой оценки «коллективного опыта» большого учреждения почти за два десятилетия его деятельности.

Первый беглый взгляд на содержание книги может быть даже в состоянии несколько отпугнуть занятого читателя сблизим цифр, имен, таблиц и т. п., но это только внешнее впечатление. Чем дальше и глубже вникать в содержание книги, тем с большим интересом книга читается до конца. Этому немало способствует живой, образный язык автора, которым сухие столбцы цифр и таблиц оживляются на всем протяжении книги. Поражает изумительная тщательность в разработке материала, где всякая малейшая деталь или особенность в течении каждого случая тщательно фиксирована, каждое малейшее сомнение в обсуждении того или иного случая вынесено на суд читателя, везде соблюдена строгая объективность.

Благодаря этому каждый читатель может по книге изучать вопрос о терапии узкого таза не только с точки зрения освещения автора, но и с точки зрения своего опыта и своих взглядов.

Поэтому книга будет одинаково ценным приобретением для библиотеки и врача-клинициста и практического врача-акушера. Тот и другой найдут здесь немало ярких образов логического акушерского мышления у постели роженицы, найдут здесь опору для научного ведения родов, а также немало практически-важных указаний.

«Коллективный опыт» самого большого в СССР акушерского учреждения дает возможность врачу-акушеру убедиться в том, какие из способов терапии узкого таза, существующие в силу акушерской рутины, нужно в настоящее время отбросить совсем, что оставить для сегодняшнего дня, к чему готовиться на завтра.

Попутно с изложением и критическим анализом материала, автором приведены все возможные способы оперативного лечения узкого таза, включая и самые новейшие, что вместе с огромным количеством собранной литературы делает книгу исключительно ценной и единственной в СССР новейшей монографией по вопросу об узком тазе вообще.

Внешне книга издана хорошо. Количество опечаток, имея в виду технические типографские трудности (обилие цифр, имен, таблиц, сносок), не может быть названо высоким. Цена—не выше существующих на книжном рынке.

Пожелаем же новой книге всякого успеха среди врачей, ибо несомненно, что она будет прочитана с огромной пользой и для врача, и для объектов его забот: матери и ребенка.

Д-р Н. НАКОРЯКОВ.

Л. ЛАНГШТЕЙН. Дистрофии и поносы грудного возраста. 1929 г. Госмедиздат, 344 стр., цена 3 руб. 75 коп.

Нужно всячески приветствовать появление, правда, с большим запозданием (немое издание появилось в 1926 году) русского перевода интересной и важной книги проф. Лангштейна. До последнего времени на русском языке мы не имели почти капитальных трудов по вопросам расстройства питания у грудных детей. Изданная в 1923 г. книга Лангштейна и Мейера «Вскармливание и обмен веществ грудного ребенка» частично уже устарела и трактует больше вопросы обмена веществ, чем практические вопросы расстройства питания. Только появление в текущем году перевода капитального труда проф. Финкельштейна и оригинальной работы проф. Маслова и Тур восполняет этот пробел в русской педиатрической литературе.

Все расстройства питания грудных детей автор делит на 2 основные группы: дистрофии и диарейные заболевания и дает прекрасную клиническую и теоретическую картину этих заболеваний. Нам представляется безусловно спорным (вернее, бесспорным увлечением) утверждение автора о том, что «кроме женского молока пахтанье является единственной смесью, абсолютно необходимой для диетического лечения дистрофий». (Курсив автора). «О других лечебных смесях, предложенных для лечения дистрофий, я не буду даже говорить (продолжает автор), так как без них можно обойтись» (стр. 141). Примерно то же говорится и о лечении диарейных заболеваний: «После того, как я испробовал различные питательные смеси и проверил целый ряд новых рекомендованных смесей, я в моем институте пользуюсь кроме женского молока только пахтаньем» (стр. 253). Вычеркивание из арсенала диетических средств таких смесей, как белковое молоко, смеси Энгеля, Черни и Клейншмидта, вряд ли правильно.

Не слишком ли увлекается автор также применением голодной диеты, иногда повторным?

Книга рассчитана на подготовленного читателя. Но и молодой врач найдет в ней много для себя полезного. Он почерпнет из нее диагностические указания, прекрасно изложенный патогенез заболевания, клиническую картину его. Что особенно ценно, — книга научит его сводить к минимуму медикаментозное лечение при поносах у грудных детей. Нужно только предостеречь молодого врача от одностороннего увлечения пахтаньем, являющимся, несомненно, хорошим диетотерапевтическим средством наряду с белковым молоком и другими прочно зарекомендовавшими себя смесями. Книга издана хорошо с большим количеством кривых в тексте и фотографий на отдельных таблицах. Небольшое предисловие написано проф. Сперанским. Цена книги очень высока.

Н. КОГАН.

РЕФЕРАТЫ

Гусаков Л. — приват-доцент. — Сифилофобия и родовспоможение («Здравоохранение», 1929 г. № 7-8).

Автор освещает практически важный вопрос организации родовспоможения для люэтичек и считает мало результатным организацию специальных родильных отделений при кожно-венерических больницах. Опыт родильных отделений при больнице им. Тарновского (главврач проф. Подвысоцкая) служит доказательством этому положению. Это специальное отделение обслуживало лишь $\frac{1}{4}$ часть люэтичек-рожениц, остальные $\frac{3}{4}$ рассеялись по другим лечебным учреждениям Ленинграда. Существование такого специального отделения может лишь понижать в ряде случаев осторожность персонала родильных отделений общего назначения. Между тем можно без больших затруднений и с большими результатами организовать для сифилитичек внутренние изоляторы на 4-5 коек во всех больших родильных отделениях. Такой порядок больше расположит больных не скрывать своих тайн и понизит имеющуюся опасность от родоразрешения нераспознанных люэтичек в общ. обстановке.

Не всегда приходится рассчитывать на помощь консультации для беременных. В роддоме им. Снегирева 20,2 проц. рожениц совсем не имели карт консультации, а 37,1 проц. имели карты, но без заключения венеролога. Необходимо тщательное серологическое обследование всех поступающих в родильные отделения, для чего при всех крупных родильных учреждениях должны быть созданы серологические лаборатории. Такой же порядок требуется установить в работе абортных отделений.

Колесов Ю. Каталог двукрылых Среднего Урала. Из работ Свердловской малярийной станции. Издание Областного Свердловского Бактериологического Института. Свердловск, 1928 г., 16 стр. (тираж 300 экз.).

Небольшая, прилично изданная брошюра приводит 267 видов двукрылых, отмеченных в энтомологической фауне Среднего Урала. Руководствуясь желанием «давать только строго проверенный материал», автор ввел в список только данные о которых имеется литературный или проверенный коллекционный материал. Это, конечно, не могло не отразиться на полноте списка, но, с другой стороны, такой путь только углубляет достоверность приводимых в ней данных. Список, безусловно, неполон, и можно быть уверенным, что последующими изысканиями он будет увеличен во много раз. Но, как законченная сводка за определенный период времени, он имеет и определенную ценность. Нельзя поэтому не приветствовать своевременный и нужный почин Станции Уральского Облздравотдела (насколько нам известно, это первая малярийная станция, отделившаяся на циркуляр Наркомздрава за № 831 от 7 января 1928 г.), выпустившей этот список. Нужно надеяться, что работа Станции на этом не остановится, и она найдет силы и средства к продолжению аналогичных работ, тем более, что среди двукрылых много паразитов человека, переносчиков заразы и не все они учтены списком, хотя и в данном виде список довольно полно охватывает кровь сосущих насекомых (19 видов комаров и 17 слепней).

Из опубликованных видов желательного подтвердить №№ 15, 21 и 246.

А. Шабалин.

ОПЫТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УТОМЛЯЕМОСТИ ВРАЧЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРИИ гор. СВЕРДЛОВСКА*).

Г. В. Мельцер

В июне 1928 года по просьбе сюза МСТ был проведен опыт экспериментального исследования утомляемости врачей Свердловской Центральной амбулатории.

Условия работы врачей в Центральной амбулатории не одинаковы: часть врачей ведет в амбулатории прием, другая часть (так называемые районные врачи) посещает больных на дому, и, следовательно, часть рабочего времени затрачивает на передвижение, а после об'езда больных они в тот же день не возвращаются обратно в амбулаторию, врачи скорой помощи и др. В виду разнообразия условий работы врачей мы остановились лишь на группе врачей, которые ведут амбулаторный прием с одинаковой пятичасовой продолжительностью. Из этой группы 7 врачей ведут утренний прием больных с 9 час. утра до 2 час. дня и 7 врачей ведут вечерний прием—с 4 ч. дня до 9 час. вечера.

МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ.

При исследовании утомляемости нас интересует вопрос, как изменяется психо-физическая деятельность работающего организма под влиянием проделанной им профессиональной работы. Утомляемость определяется нами, как понижение работоспособности, которое должно быть выражено какой-нибудь величиной, каким-нибудь коэффициентом. Для этого нужно найти показатель, характеризующий работоспособность работающего при условии отсутствия производственной утомляемости, и по степени изменения этого показателя можно судить об изменении его работоспособности. Для получения такого показателя известны два основных метода: прямой и косвенный. Прямой состоит в том, что утомляемость, наступившая под влиянием какой-нибудь психофизической работы, измеряется на основании той-же работы, т.-е., устанавливается качественное и количественное изменение, которое испытывает работа под влиянием утомляемости организма. Косвен-

* От редакции: Печатаю настоящую работу, редакция расценивает ее, как первый опыт работы в этом направлении в Уральской области, и знакомит читателей журнала лишь с методикой об'ективного исследования утомляемости. Выводы статьи носят условно-ориентировочный характер, и само обследование не лишено ряда крупных дефектов. Прежде всего сюда необходимо отнести ограниченность во времени и количестве наблюдений (данные лишь одной недели наблюдений) и недоучет ряда об'ективных условий, накладывающих свой отпечаток (отсутствие данных об обрабатываемости в амбулаторию обычной и за данную неделю, недоучет обычного снижения амбулаторной нагрузки в летние месяцы, наблюдение в конце непрерывного рабочего годового периода перед отпусками и т. д.). Эти оговорки особенно необходимы в виду недостаточной обследованности факта стабилизации утомляемости с 4-го дня недели, противоречащего и априорным соображениям, и обычной практике. Редакция полагает, что при всем том помещение этой статьи вызовет усиление интереса к научному изучению профессионального труда врачей и даст толчок к новым работам в этом направлении.

ный метод измерения утомляемости состоит в том, что мы измеряем утомляемость, наступившую вследствие какой-нибудь определенной психофизической деятельности, введением другой психо-физической деятельности, которая должна обнаружить наличие утомляемости организма. Проф. Х. И. Вернон в своей интересной книге «Промышленная усталость и колебание труда» приводит много интересного материала по исследованию промышленной утомляемости прямым методом, при чем приходит к заключению, что колебание производительности не всегда отражает действительную утомляемость работающего организма, так как этот метод не учитывает многообразие социальных и психологических факторов, возбуждающих или депрессирующих нервную деятельность рабочего. Яркой иллюстрацией этого положения является известное в промышленности повышение производительности к концу месяца перед получкой, что, понятно, можно объяснить не уменьшением утомляемости, а «конечным порывом» перед получкой, добавочным нервным напряжением.

При определении утомляемости врачей Свердловской Центральной амбулатории прямой метод неприменим, так как, количество больных, принимаемых врачами ежедневно, почти одинаково, оно регулируется записью, но качественная сторона работы врачей очень мало поддается измерению. Нужно отметить очень интересную попытку измерения качественного колебания работы врачей под влиянием утомляемости проф. Е. И. Рузера (6), который при исследовании утомляемости врачей в качестве коррелата к данным экспериментальных испытаний учитывал диагнозы, которые ставили врачи амбулаторным больным. Оказалось, что к концу приема больных у врачей преобладает диагноз наиболее общего характера (малокровие, неврастения и т. д.). Эти диагнозы, по мнению проф. Е. И. Рузера, свидетельствуют о понижении внимания врача к концу приема, что также подтверждается его экспериментальными данными. Но все же нужно признать (как признает и проф. Е. И. Рузер), что основным методом для определения утомляемости врачей будет второй—косвенный метод. В психотехнике нет универсального метода для определения утомляемости. Каждая профессия предъявляет свои особые, специфические требования работающему организму и в зависимости от специфичности этих требований утомляемость поражает те функции, которые наиболее активно участвуют в данном производственном акте и, понятно, что методы определения утомляемости должны затрагивать наиболее поражаемые данной деятельностью функции. Поэтому нужно считать правильным (как это находят многие исследователи), что исследование утомляемости в каждом случае нужно производить методом, приближающимся к данной профессиональной деятельности. Профессиональная деятельность врача относится к категории деятельности, где преимущественно затрачивается нервно-психическая энергия. Поэтому, естественно, что для испытания его утомляемости нами должен быть выбран метод испытания, который был бы чувствителен преимущественно к нервно-психической утомляемости. В психотехнике известен ряд методов для исследования нервно-психической утомляемости, оправдавших себя практически и имеющих довольно широкое применение.

Проф. Е. И. Рузер (17) исследовал утомляемость педагогов г. Москвы следующими методами: 1) методом проф. А. П. Нечаева (10), по которому испытуемым предлагается заполнить ряд из 12-ти двухзначных чисел; этот метод показывает изменение памяти под влиянием утомляемости по проценту правильно воспроизведенных чисел и изменение внимания под тем же влиянием по длине ряда правильно воспроизведенных в диктуемом порядке чисел; 2) методом Пьерона-Рузера (5), определяющим изменение под влиянием утомляемости в скорости и правильности психомоторных реакций.

Этой же методикой К. Х. Кекчев (5) исследовал утомляемость студентов-медиков Московского университета и А. И. Рудник (9) утомляемость студентов Московского института инженеров-транспортников. Несколько иную методику применил проф. И. Шпильрейн при исследовании утомляемости студентов Ком-университета трудящихся Востока (19) и М.А. Юровская, исследовавшая утомляемость студентов татарского Комуниверситета (18). Эти авторы исследовали утомляемость методом непрерывного счета по Крепелину-Шульце, состоящим из складывания однозначных цифр, и методом объема слуховой памяти, состоящим из запоминания 10-ти элементов.

Согласно опытам, произведенным учениками Крепелина, наиболее чувствительными к утомляемости, наиболее поражаемыми ею можно считать все процессы, стоящие в связи с вниманием, процессы воспроизведения, суждения (15). Психическая деятельность утомленного принимает более механический характер. Внимание утомленного организма становится рассеянным: чем больше утомлен организм, тем больше действуют на него посторонние возбуждения и тем, очевидно, труднее сосредоточить свое внимание на процессе работы. Внимание не есть особого рода процесс, как например, память, оно скорее качество, которым производится работа (20): можно воспринимать, реагировать с вниманием и без внимания или с пониженным вниманием, и в зависимости от этого действие происходит лучше или хуже. Влияние такого важного психологического фактора на ответственную деятельность врача колоссально, так как внимание врача должно быть все время активно. Это было учтено проф. Е. И. Рузером (6), который для исследования утомляемости врачей г. Москвы применил, кроме методов, примененных им для исследования утомляемости педагогов, еще тахистоскопический метод для исследования объема внимания.

При выборе метода исследования психической утомляемости врачей мы остановились на известном методе Бурдона, который считается симптоматичным для исследования способности к сосредоточению. Согласно заданию научно-консультативного бюро союза МСТ, этот опыт должен был иметь ориентировочный характер и после него, по мысли бюро, должно было последовать всестороннее обследование утомляемости врачей. Поэтому мы ограничились одним экспериментальным методом.

Метод Бурдона состоит из бессвязного набора букв. Нами давался для этого пестрый урегулированный текст, приведенный, как образец проф. А. Болтуновым (16). В этом тексте встречаются только десять букв: п т и в а е о х с, которые в беспорядке чередуются между собой, но с таким расчетом, чтобы в каждой строке встречались все десять букв и приблизительно в одинаковом количестве. Задача испытуемых врачей заключалась в том, чтобы вертикальной чертой перечеркивать две заранее указанные им буквы. Им нужно было, рассматривая букву за буквой, строку за строкой, стараться не пропустить нужные буквы и в то же время проделывать всю работу как можно быстрее, так как при подсчете результатов учитывается как качество, так и количество проделанной работы. Какие буквы нужно зачеркивать, указывалось перед самым опытом; эти буквы менялись при каждой работе или давались в другой комбинации. Вычеркивание врачами из текста указанных им букв в течение трех минут до занятия и после занятия должно было показать состояние способности врачей к сосредоточению под влиянием нервно-психической утомляемости.

Для точного соблюдения равных условий испытаний нами предполагалось проводить их коллективно: для утренней смены врачей первое испытание проводится с 9 ч. утра и второе после работы в 2 ч. дня, для вечерней смены врачей первое испытание в 4 час. дня и второе в 9 час. вечера, о чем мы предварительно усложнили с администрацией и просили предупредить врачей. Но при первом же испытании оказалось, что такой порядок проведения их нерационален по следующим причинам: во-первых, время начала и конца приема у врачей не одинаково, часть врачей начинают прием

в 8 час. 30 мин. и кончают раньше других; во-вторых, окончание работы врача зависит еще от его индивидуального темпа работы—при одном и том же количестве больных одни кончают прием на 15—30 мин. раньше, а другие позже. Бывает и так, что некоторые из назначенных на прием больных не являются, вследствие чего врач кончает несколько раньше, или, наоборот, ему «подсыпят» больных больше нормы,—тогда он кончает позднее. Естественно, что при таких условиях работы пришлось от коллективного испытания отказаться.

После первого опыта мы установили индивидуальное испытание. Врач, придя на работу и не приступая к ней, подвергался испытанию; тоже самое повторялось по окончании работы независимо от времени, именно тогда, когда у врача кончается интенсивная работа, так как нередко бывает (особенно у врачей вечернего приема), когда интенсивная работа кончается раньше официального времени окончания приема, но они остаются в кабинетах в ожидании больных, которые должны еще прийти. Кроме измерения способности врачей к сосредоточиванию, их утомляемости к концу приема больных, в нашу задачу еще входило проследить это изменение изо дня в день от начала рабочей недели к ее концу. Поэтому испытания проводились ежедневно в течение всей рабочей недели с понедельника 11-VI по субботу 16-VI.

Результаты испытания тестом Бурдона выражены в прилагаемой сводке, где в первой графе указаны дни испытания; во второй—количество просмотренных знаков за минуту S ; в третьей графе коэффициент качества работы A по формуле $A = \frac{C-W}{C+O}$ (21), где A —коэффициент качества, C число перечеркнутых букв, W число букв, неправильно перечеркнутых, O число пропусков; в четвертой графе общая продуктивность работы за минуту по формуле $A \cdot S$, где A коэффициент качества и S количество; в последней графе для каждого дня указана общая продуктивность за три минуты.

Сводка результатов испытания.

Врачи утреннего приема больных.

1) Работа до приема больных.

	1-я минута			2-я минута			3-я минута			Всего за 3 мин
	Количество просмотренных знаков S	Коэффициент качества работы A	Общая продуктивность $S \cdot A$	Количество просмотренных знаков S	Коэффициент качества работы A	Общая продуктивность $S \cdot A$	Количество просмотренных знаков S	Коэффициент качества работы A	Общая продуктивность $S \cdot A$	
Понедельник	1182	6,24	1041	1172	6,31	1068	1293	6,36	1178	3287
Вторник	1810	6,47	1669	1666	6,68	1588	1715	6,55	1615	4873
Среда	1639	6,36	1489	1576	6,47	1462	1592	6,28	1439	4390
Четверг	1282	6,35	1171	1376	6,38	1259	1406	6,25	1248	3678
Пятница	1433	6,40	1344	1431	6,50	1328	1480	6,45	1355	4027
Суббота	1510	6,52	1344	1412	6,64	1337	1336	6,69	1279	3960

2) Работа после приема больных.

	1-я минута			2-я минута			3-я минута			Всего за 3 мин.
	Количество просмотренных знаков S	Коэффициент качества работы A	Общая продуктивность S. A	Количество просмотренных знаков S	Коэффициент качества работы A	Общая продуктивность S. A	Количество просмотренных знаков S	Коэффициент качества работы A	Общая продуктивность S. A	Общая продуктивность S. A
Понедельник	1302	5,93	1061	1233	6,13	1083	1369	6,22	1207	3351
Вторник	1466	5,87	1213	1367	6,13	1186	1393	6,32	1256	3655
Среда	1238	5,64	986	1164	6,13	1017	1202	6,19	1048	3051
Четверг	1383	6,09	1204	1378	6,40	1263	1302	6,46	1199	3666
Пятница	1328	6,33	1193	1426	6,11	1231	1477	6,19	1121	3545
Суббота	1264	6,35	1155	1326	6,50	1223	1219	6,20	1086	3464

Врачи вечернего приема больных.

1) Работа до приема больных.

Понедельник	1011	5,94	864	1068	6,24	948	1116	6,38	1026	2838
Вторник	1501	6,78	1452	1507	6,52	1406	1446	6,57	1348	4206
Среда	1529	6,60	1438	1493	6,39	1361	1443	6,37	1302	4101
Четверг	1367	6,47	1264	1310	6,50	1205	1387	6,55	1293	3762
Пятница	1463	6,44	1344	1363	6,40	1341	1589	6,52	1478	4263
Суббота	1404	6,52	1313	1411	6,95	1238	1448	6,51	1349	3900

2) Работа после приема больных.

Понедельник	1103	6,02	960	1035	6,41	925	1061	6,33	963	2848
Вторник	1332	6,12	1164	1215	6,27	1109	1204	6,40	1095	3368
Среда	1262	6,21	1115	1143	6,19	1015	1093	6,57	1027	3157
Четверг	1352	6,42	1260	1230	6,56	1206	1340	6,24	1182	3648
Пятница	1376	6,44	1273	1262	6,24	1110	1245	6,27	1120	3503
Суббота	1394	6,43	1281	1338	6,42	1225	1271	6,44	1171	3677

Анализ результатов.

Рассмотрение изменения количества и качества работы по минутам должно показать, как устойчиво происшедшее изменение в работе у врачей, как результат их психо-физической утомляемости под влиянием проделанной работы по приему больных.

Можно ожидать, что под влиянием утомляемости работоспособность у врачей должна снизиться, и чем больше накопилось продуктов утомления, тем устойчивей это снижение должно сказаться во всех моментах контрольной работы. Это еще не будет выражать действительную меру утомляемости, о чем мы будем говорить ниже, это показывает лишь, как устойчиво проявилась утомляемость во всех периодах испытания.

Т а б л и ц а № 1-я.

Количество и качество работы по минутам.

Врачи утреннего приема больных.

			Поне- дельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	В с е г о	Снижение
1-я минута работы	Количеств. просмотр. знаков	До приема	1182	1810	1639	1282	1433	1510	8856	881 зн.
		После приема	1302	1466	1238	1383	1322	1264	7975	
	Коэффициент качества	До приема	6,24	6,47	6,36	6,35	6,40	6,52	38,34	2,08
		После приема	5,93	5,87	5,64	6,09	6,33	6,35	36,26	
2-я минута работы	Количеств. просмотр. знаков	До приема	1172	1666	1576	1376	1421	1412	8623	729 зн.
		После приема	1233	1367	1164	1378	1426	1326	7894	
	Коэффициент качества	До приема	6,31	6,68	6,47	6,38	6,50	6,64	38,98	1,58
		После приема	6,13	6,13	6,13	6,40	6,11	6,50	37,40	
3-я минута работы	Количеств. просмотр. знаков	До приема	1293	1715	1592	1406	1480	1336	8822	860 зн.
		После приема	1369	1393	1202	1302	1477	1219	7962	
	Коэффициент качества	До приема	6,36	6,55	6,28	6,38	6,50	6,64	38,71	1,16
		После приема	6,21	6,32	6,19	6,46	6,19	6,20	37,55	

Врачи вечернего приема больных.

(Продолж. табл. № 1).

			Поне- дельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Всего	Снижение
1-я минута работы	Количеств. просмотр. знаков	До приема	1011	1501	1529	1367	1463	1404	8275	456 зн.
		После приема	1103	1332	1262	1352	1376	1394	7819	
	Коэффициент качества	До приема	5,94	6,78	6,60	6,47	6,44	6,52	38,35	1,11
		После приема	6,02	6,12	6,21	6,42	6,44	6,43	37,64	
2-я минута работы	Количеств. просмотр. знаков	До приема	1068	1507	1493	1310	1463	1411	8252	989 зн.
		После приема	1035	1255	1143	1230	1262	1388	7263	
	Коэффициент качества	До приема	6,24	6,52	6,39	6,50	6,40	6,95	39,00	0,91
		После приема	6,41	6,27	6,19	6,56	6,24	6,42	38,09	
3-я минута работы	Количеств. просмотр. знаков	До приема	1116	1446	1443	1387	1589	1448	8429	1215 зн.
		После приема	1061	1204	1093	1340	1245	1271	7214	
	Коэффициент качества	До приема	6,38	6,57	6,37	6,55	6,52	6,51	38,90	0,65
		После приема	6,33	6,40	6,57	6,24	6,27	6,44	38,25	

Таблица 1 выражает количество и качество работы по минутам и построена так, чтобы выразить, в каком периоде работы мы имеем снижение работоспособности и в чем это снижение выразилось. Оказывается, что снижение работоспособности у врачей утреннего и вечернего приема особенно выражено в периодах после приема больных. Это снижение весьма резко и устойчиво выражено во всех частях трехминутной работы как в качестве произведенной работы, так и в количестве, при чем там, где снижение уменьшается в качестве, оно увеличивается в количестве. Это говорит за то, что: 1) утомляемость у врачей к концу приема больных приобретает весьма устойчивый характер: утомление уже значительно ослабило способность врачей сосредоточить свое внимание на работе, и это проявилось во всех периодах работы, 2) что примененный метод испытания (тест Бурдона) отражает снижение способности врачей к сосредоточению вследствие их утомляемости во всех периодах трехминутной работы, и для удобства дальнейшего анализа полученных результатов можно взять всю произведенную врачами работу за три минуты.

В практике при выполнении работ обыкновенно считаются как с качеством выполнения, так и с количеством. При подсчете результатов психотехнического задания мы должны также подчеркнуть оба эти момента, которые для удобства дальнейшего анализа выразим в одном показателе по принятой формуле проф. Уиппли А. С. (21). Полученный от этой операции показатель будем называть общей продуктивностью. Подсчитанная по этой формуле общая продуктивность в абсолютных числах уже приведена в общей сводке результатов испытания, и здесь для дальнейшего анализа эти результаты выражены не в абсолютных числах, а в относительных, при чем количество первой работы в понедельник, до приема больных, принято за 100. Результаты испытания в относительных числах выражены в таблице 2 и по этим данным составлен чертеж 1.

Таблица 2-я.

Д и и	Врачи утреннего приема		Врачи вечернего приема	
	До приема больных	После приема больн.	До приема больных	После приема больн.
Понедельник	100	102	100	100
Вторник	148	111	148	119
Среда	134	93	144	111
Четверг	112	111	132	129
Пятница	122	108	147	123
Суббота	120	105	130	137

Чертеж 1.



Всякая кривая, выражающая психо-физическую деятельность, будет находиться под влиянием двух основных компонентов: упражнения и утомляемости. Упражнение повышает продуктивность работы, а утомляемость способствует ее понижению. Рассматривая приведенные чертеж 1 и таблицу 2-ю, мы видим, что в работе врачей тестом Бурдона влияние этих двух главных противоположно действующих факторов весьма ярко выражено. Упражнение дает повышение общей продуктивности, что очень ярко выражено в подъеме результатов работы во вторник (до приема больных). Эта работа у врачей обеих смен имеет очень большое повышение — на 48 проц. в сравнении с работой до приема больных в понедельник. Такая приспособляемость (адаптация) к новой работе для людей с таким высоко развитым интеллектом весьма понятна, она и должна быть у них высокой.

(Окончание в след. номере).

ИЗ УРАЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА И НАУЧНОЙ АССОЦИАЦИИ ПРИ ОБЛБЮРО ВРАЧСЕКЦИИ.

Заседание 2 апреля 1929 года.

1) Д-р САХАРОВ демонстрировал больного 43 лет, страдающего ожогом кожи, полученным во время лечения рентгеном в Ленинградском Рентгенологическом Институте злокачественной опухоли. Случай интересен в 2-х отношениях: 1) как редкое осложнение рентгенотерапии, 2) в то же время, как тяжелое страдание кожи, представляющее так наз. *Erithema bullosum*—поражение не только эпидермиса, но и *corium*'а.

Д-р Мышкин отмечает редкость подобных осложнений рентгенотерапии и объясняет возможные причины этого явления. Проф. Ратнер считает демонстрируемый случай хорошей иллюстрацией успешности лечения рентгеном основного страдания семиномы.

Д-р Бахтияров демонстрирует больного с ожогом кожи, полученным путем внушения (см. «Ур. Мед. Журнал», № 6).

2) А. Е. Анциферова. Материалы по Свердловскому водопроводу. Из 19 скважин, предназначенных для Свердловского водопровода, эксплуатируется 7. По составу вод их можно разделить на 3 категории: 1) Более мощные, менее глубокие, в количестве 4-х скважин, их вода характеризуется малой минерализацией, малым содержанием солей, HCl , и $\text{H}_2\text{S.O}_4$, малой жесткостью, большой цветностью (35—100 америк. шпал.), большим содержанием органических веществ и следами аммиака (от 0—81 колоний в 1 к. с. и от —100 к. с. до 200 к. с. титр-кишечной палочки). Широкий размах колебаний t° от 16° до 3°C . Эта вода наиболее приближается к воде В.-Исетского пруда. 2) Менее мощные, более глубокие в количестве 2-х скважин; их основные черты: значительная минерализация, большее содержание солей HCl и $\text{H}_2\text{S.O}_4$, большая жесткость и постоянство t° в $5-6^\circ\text{C}$, но цветность, окисляемость и наличие следов аммиака сближают эту категорию со скважинами 1-й категории. 3) Единственная скважина № 9: от отсутствия цветности, меньшая мощность, малая окисляемость, незначительное содержание солей HCl и $\text{H}_2\text{S.O}_4$, незначительная жесткость, следы аммиака, t° постоянная $5,1^\circ\text{C}$. Вода водосборного бассейна—средняя действующих скважин. А так как в ней преобладают воды скважин 1 категории, то она всегда цветная, мягкая, содержит аммиак, значительно окисляема. С момента введения охранной зоны количество колоний не превышает 61 кол. и титр. кишечной палочки от 50 до 200 к. с.

За 5 лет наблюдений отмечены изменения в составе воды: некоторые из скважин 1 категории из бесцветных стали цветными в связи с ростом эксплуатации их. В скважинах 2-й категории констатировано уменьшение плотного остатка (та же причина). Далее установлен параллелизм колебаний цветности в пруду и в скважинах, а также в окисляемости их: повышается весной и падает в зимнее время. Цветность зависит от содержания гуминовых веществ.

ВЫВОДЫ:

1) Грунтовые воды скважины разбавляются посторонними мягкими водами и сами по себе бесцветны; 2) между торфяниковыми водами, В.-Исетским прудом и почвенными существует связь; 3) колебания цветности в пруду отражаются на изменениях цветности скважин.

Д-р Н. И. Иванов делает содоклад на ту же тему: открыв бесцветную воду из скважины на Конном полуострове, не учли количества ее; по мере откачивания вода делалась все более и более недоброкачественной: возрастали цветность и окисляемость, появился неприятный болотный запах, далее *b. coli* в количествах, часто nepoзвoлитeльных. В 1928 году дело обстояло благополучно в отношении бактериальности воды; в это время в В.-Исетском пруду дело с бактериальностью обстояло исключительно благополучно. Но вот в 1929 г. спустили плотину и примеси прудовой воды не стало, но зато в водопроводе воды не стало хватать; пришлось прибегнуть к В.-Исетскому пруду, к его цветной, загрязненной воде.

Недоброкачественность воды вызвала к жизни хлорирование ее, которое поставлено пока далеко не идеально. Резюме доклада: положение с водопроводом скверное, необходимо немедленно приступить к проведению следующих мероприятий: 1) оборудовать водопровод фильтрами для использования прудовой воды, 2) углубить скважины, 3) ввести охранную зону на территории водопровода.

Прения: д-р Упоров. Вопрос об охранной зоне поднят уже давно и вызван вопиющим фактом загрязнения территории водопровода. Необходимо, наконец, его раз-решить, включив в охранную зону и все поле торфяников, где тоже живут люди.

Д-р Грязнов. Теперь всем стало ясно, что прудовая вода примешана к водопроводной в количестве 40 проц. Эта цифра обязывает нас подумать о пруде. Пруд засорен В.-Исетским заводом; течение воды в нем слабое. Надо устроить биологическую станцию, которая изучала бы тщательно и методически качество воды. Сейчас введено хлорирование воды. Оно поставлено наспех, в силу чего упущены два момента: 1) плохо учитывается количество хлора, он улетучивается в процессе поступления его в воду, 2) в силу большой поглощаемости хлора гуминовыми веществами его бактерицидное действие также ослабляется.

Д-р Сахаров. Необходимо главное внимание сосредоточить на усовершенствовании хлорирования воды, так как именно пруд будет с течением времени все больше и больше служить источником водоснабжения.

Инж. Аверин (представитель водоканала). Геологические исследования велись все время, пока шла работа по постройке водопровода; имелась непрерывная консультация с проф. Липовским и Клером, указаниями которых руководилась администрация водопровода. С самого начала постройки водопровода было двоякое мнение о самостоятельной значимости скважин. Уже тогда существовало подозрение на зависимость их от пруда. В данный момент количество воды упало так сильно вследствие резкого и непредвиденного повышения расхода воды городом. Горизонт воды понизился сейчас уже больше, чем в пруде. Поднять воду из скважин могут только более мощные машины, которых у нас нет. Вот почему пришлось брать воду из пруда и городских ключей. Почему взят был Конный полуостров? Для получения подземных вод он явился наиболее выгодным источником,—таков вывод комиссии перед началом постройки водопровода. Если бы этот источник оказался несостоятельным, предполагалось использовать пруд. Махнуть рукой на скважины сейчас никак нельзя. Их надо изучать: сколько они могут дать воды при эксплуатации нижних горизонтов, а не только верхних? Фильтры для прудовой воды будут строиться в течение значительного времени, к тому же они очень дороги и капризны, и эксплуатация их будет стоить дороже, чем эксплуатация скважин. Для своей промышленности они требуют значительного количества воды, что также удорожает их эксплуатацию.

Д-р Кушелевский. При отсутствии водопровода и ключевого водоснабжении в прошлом Свердловска не наблюдалось больших водных эпидемий брюшного тифа. Для брюшного тифа сейчас почва чрезвычайно благоприятна: 1) недостаток воды, 2) пользование прудовой водой со всеми ее дурными качествами. Возможно, что мы уже имеем первую ласточку—10 больных брюшным тифом поступили в ж. д. больницу на этой неделе, все из депо станции, чрезвычайно тяжелые формы с 2 смертями за неделю. Вывод: меньше оптимизма в оценке водопровода в его настоящем виде.

Д-р Упоров. Сейчас хлорирование—временная мера. Оно несомненно улучшится технически. Заболеваемость брюшным тифом по городу, а не по жел. дор. узлу с его самостоятельной системой водоснабжения, совсем невелика: за март 6 случаев, за апрель 1 случай, при чем на основании карт обследования ни разу не установлен водопровод, как источник заразы.

Д-р Израэль. Не разделяет пессимизма д-ра Кушелевского во взгляде на брюшную тиф: ведь до устройства водопровода в Свердловске всегда пили нечистую прудовую воду. Существующие дефекты водопровода таят в себе опасности скорее в отношении сыпного тифа: бани не работают из-за отсутствия воды. Население отрицательно оценило воду водопровода: оно не присоединяется к его сети и продолжает пользоваться водой из ключей.

Докладчик Анциферова. Хотя водопроводная вода и цветная, но она безусловно лучше всякой другой, имеющейся в городе воды. Водопровод, следовательно, надо все так приветствовать. Правильное хлорирование нисколько не ухудшит вкуса воды. Отмеченные случаи брюшного тифа ставить в связь с водопроводом нельзя, так как эта связь не доказана.

Председатель д-р Карнаухов. Вопрос о водопроводе неоднократно поднимался в Уральск. Мед. О-ве. Для нас ясно, что был допущен ряд ошибок со стороны администрации водопровода, вытекавших из излишнего оптимизма. Ошибки здесь двоякого рода: 1) не учли важнейшего момента—обсадки труб; 2) не допустили широкого обсуждения проблемы водопровода. Ур. Мед. О-во в одном из заседаний вынесло резолюцию о детальном и широком обсуждении вопроса. Эта резолюция не была проведена в жизнь.

Помимо водяного голода особенность Свердловского водопровода—связь воды скважины с водой В.-Исетского пруда и торфяных болот. Нам хорошо надо запомнить предостережение д-ра Кушелевского: наши торфяники приобретают широкое промышленное значение и заселяются. Надо теперь же отказаться от оптимистических выводов. О цветности воды; последняя из за своих гуминовых свойств требует огромного количества кислорода для их окисления, а это ведет к сильному уменьшению процессов аэрации. Биологическое самоочищение совершенно отсутствует в болотных водах. Дальнейшие перспективы городского водопровода упираются в пользование водой из пруда. Отсюда вытекает вопрос о санитарной охране пруда. Скорейшее устройство фильтрационной станции—единственный выход, оправдываемый экономическими и санитарными соображениями. Город растет и скважины не могут его обслужить. Ур. Мед. О-во должно сделать выводы и их зафиксировать. Для этого надо создать комиссию.

Предложение принято.

Заседание 9 апреля 1929 года.

1) Д-р В. Д. Сосон демонстрирует больную, заболевание которой оценивает, как эссенциальную тромбопению. У крестьянки 24-х лет с 6-1—29 г. появились боли в подложечной области, слабость и пятнистая сыпь по всему телу. Безуспешное 2-х месячное амбулаторное лечение привело ее в терапевтическое отделение Горбольницы. За 4 дня перед этим—большое носовое кровотечение. Об'ективно: сливная геморрагическая сыпь на туловище, конечностях и лице. Носовые кровотечения катастрофического характера, по несколько раз в день. В сердце—компенсированный порок. Селезенка значительно увеличена, внутри заходит за среднюю линию. Край органа притуплен. Печень выступает на 2 пальца и как бы сливается с селезенкой в месте их соприкосновения. Menstrua при поступлении затяжные. Lues отрицает. В последние 3 года бывали лихорадки, похожие на малярийные. Общее впечатление—тяжело больной. Т⁰ колеблется в пределах до 38°. Кровь: Hb 60 проц., Ег. 2.870.000, Цв. индекс 1,07, тромбоцитов 22960, лейкоцитов 3500, из них баз. 0,6 проц., эоз. 1,4 проц., нейтр. 60 проц., лимф. 24,6 проц., мон. 9,6 проц. Плазмодии малярии не найдены. Реакция Вассермана сомнительная. Посев крови стерильный. В основе данного заболевания лежит, по мнению докладчика, эссенциальная тромбопения, эритро и лейкопения представляют явление вторичное. Дифференцируя случай с другими заболеваниями, имеющими общие черты по клинической картине, докладчик отклоняет гемофилию, спленомегалию Banti и Gaucher. Особенность случая—спленопатия своего рода, отличающая его от тромбопении эссенциальной в ее обычных проявлениях и от Верлгофовой болезни. Лечение, по мнению докладчика, только хирургическое—спленэктомия. Им испробован хлористый кальций, давший некоторое улучшение—остановку носовых и менструальных кровотечений. Хинин не дал эффекта.

Д-р Гитерман не считает тромбопению в данном случае высокой; не соглашается с диагнозом докладчика, признавая данный случай за тромбопению алейкемическую.

Д-р Кушелевский. Случай очень интересен. Тромбопения здесь значительная и ее надо считать лишь симптоматической, так как эссенциальная представляет собою страдание конституциональное, начинающееся у женщин в переходном возрасте и не имеющее ничего общего с инфекцией, которую предполагает сам докладчик. Возможно, что малярия в данном случае и привела к тромбопении. Весь симптомокомплекс говорит скорее за Верлгофову болезнь, как заключительный гемморрагический стадий какой то инфекции, сопровождающейся спленомегалией.

Д-р Сухов. Случай не убедителен, так как недостаточно обследован: нет данных о свертываемости крови, ретракции кровяного сгустка, симптома Румпель-Лида.

Д-р Плотников, обследовавший больную в гематологическом отношении, обращает внимание на обнаруженную им повышенную регенеративную функцию красной и белой крови. Тромбопения здесь резко выражена. Ни возраст больной, ни спленомегалия не препятствуют признанию в случае тромбопении эссенциальной.

Председатель проф. Ратнер, резюмируя прения, считает, что показания к спленэктомии имеются, но предсказание очень плохое; главная опасность—возможность неукротимого кровотечения. Термин «эссенциальная» скрывает лишь наше невежество, незнание существа болезни и так же неудачен, как и термин «хронический».

2) Д-р Ефман «Заболеваемость застрахованных на Урале». (Доклад напечатан в «Ур. Мед. Журн.»).

Прения. Д-р Виленский. Данные докладчика достаточно характеризуют целый ряд местных факторов заболеваемости, но не отражают патологии населения в целом. В виду недостаточности косячного и курления важно разрешать отпуска для лечения с правом выезда из города. Д-р Перетц. Высокие цифры абортотворения зависят от случаев искусственного аборта, а высокие цифры преждевременных родов обуславливаются большим процентом ошибок при определении сроков беременности. Значительный процент заболеваемости женщин на лесозаготовках объясняется их тяжелыми бытовыми

условиями. Д-р Эдугис. В центре на коечного больного падает 22 койко-дня, у нас лишь 11 койко-дней. Недостаток коек требует расширения курлечения.

Докладчик признает желательность продления курортного и амбулаторного лечения при уменьшении общего количества больных, пользующихся микроотсрочками. Койками область обеспечена лишь на 40 проц. Увеличить курортное лечение невозможно. В учете беременности «переходы» и «недоходы» принимались во внимание.

Заседание 16 апреля 1929 года с участием членов окружной конференции врачей.

1) Д-р М. М. Виленский. «Эволюция воззрений на патогенез легочного туберкулеза». (Аутореферат не представлен).

Прения: Д-р Мышкин. С тех пор, как рентгенологи стали искать подключичные инфильтраты, они стали находить их. Они большею частью округлой формы, расплывчатые, скорее — экссудативного типа.

Пров. Ратнер. Патогенез костного туберкулеза не совсем укладывается в схему Ранке. На 17 вскрытий с костным туберкулезом им только в 8 случаях найдены Гоновские очаги большею частью в кишечнике. Инфекция шла гематогенно из лимфатических желез.

Д-р Израэль. К практическому врачу приходят больные обычно с жалобами, связанными с интоксикацией и мы применяем укрепляющее лечение. Так как ничего другого мы не можем предложить и при наличии подключичных инфильтратов, то незачем прибегать к рентгенологии, мало пока доступной.

Д-р Дягилева напоминает слова Ашофа, что первичные очаги всегда удается найти, надо только их искать настойчиво. Часто удается обнаружить специфический очаг в пневмонических фокусах, не совсем типичных, имеющих вид катарральных фокусов.

Докладчик. Далеко не всегда подключичные инфильтраты округлы, но расплывчатые и с большим затемнением в центре. Причина такой локализации их не объяснена. Раннее распознавание их имеет громадное значение именно для терапии, так как здесь, как нигде, пневмоторакс дает поразительно благоприятные результаты.

Председатель проф. Ратнер. Медицина переживает время переоценки ценностей, приведшей к пересмотру патогенеза и клиники многих заболеваний. Рентген остается все же в роли подсобного метода, а не примата и не доминанта, как считает докладчик. В конце концов вырабатывается клиническая картина подключичных инфильтратов, которая позволит обходиться без рентгена.

2) Д-р В. Я. Поляков. «Итоги применения нескольких реакций на сифилис по данным серологического отделения Свердловского Бакинститута». Докладчик манипулирует с 6.000 серологических обследований на сифилис в виде реакций Вассермана, Сакс-Георги и р. помутнения по Мейнике. Особенное внимание обращают случаи с разным выпадением этих реакций. Положительные результаты 20 проц. у Сакс-Георги, 21 проц. у р. Вассермана и 27 проц. у р. Мейнике. Положительная RW в 90,6 проц. совпадала с р. Мейнике, а отрицательная RW в 88 проц.; в остальных 10 проц. реакции разошлись. Наибольшее расхождение в случаях с сомнительными результатами объясняется характером случаев. При сомнительной RW положительность осадочных реакций говорит за положительный результат и наоборот. Удалось отметить родство между осадочными реакциями С.-Георги и Мейнике и принципиальную разницу их с RW. Расхождения между реакциями можно разделить на 3 группы: 1) RW+, осадочн. —. Таких 40 случаев; из них 10 относятся к установленному сифилису, 25 к подозреваемому и 3 в порядке клинического обследования больных. Среди указанной группы преобладают женщины производительною возраста. 2) Реакция Мейнике+RW и С.-Георги —. Таких 70 случаев; из них в 24 проц. сифилис подозревается у больных со страданием нервной системы, а также скрытые и поздние формы. В редких случаях такая комбинация может быть и не специфической. 3) RW—, С.-Георги + или —, Мейнике +. Сюда относится поздно леченный сифилис в 70 проц., остальные — подозрительные на сифилис. Сравнивая RW и Мейнике получаем, что первая полож. чаще при раннем и конгениальном сифилисе, вторая в третичной стадии и главным образом при нервном сифилисе. Изолированная реакция Мейнике не дает уверенности в специфичности ее. Одновременная постановка реакций имеет колоссальное значение.

Д-р Гитерман. RW часто открывает сифилис у здоровых людей. Венерологи в этих случаях иногда отказываются от специфического лечения, а между тем + RW объясняет их к нему. Д-р Польковский. Для невропатологов важно, что и сам докладчик не совсем доверяет исследованию liquor'a на RW. Высказывает желание о производстве дополнительных реакций на сифилис. Д-р Кушелевский. У терапевтов бывают случаи, где реакции оказываются положительными, специфическое же лечение остается безрезультатным, а реакции и после лечения остаются положительными. В этих случаях, если есть возможность объяснить заболевание другой этиологией, положительные реакции следует считать неспецифическими.

Докладчик. При прогрессивном параличе liquor почти всегда дает +, при табесе, особенно леченном, дает —. Известный процент сифилитиков заболевает tbc; здесь специфическое лечение улучшает лечение tbc. При + всех реакций даже при отрицательных результатах специфического лечения следует признавать сифилис.

Председатель проф. Ратнер. Стремление докладчика уточнить результаты исследования при помощи осадочных реакций дало существенные практические результаты, которые учитываются и самим докладчиком, несмотря на скромность его выводов, основанных на об'ективном подходе к ним.

К СТАРЫМ ВРАЧАМ-КАЗАНЦАМ.

(По поводу 125-летнего юбилея Казанского Университета).

(Письмо в редакцию).

18-го (3-го по ст. стилю) ноября настоящего года исполняется формально (подписание Указа), а 27 февраля 1930 года (14 по ст. стилю) фактически 125 лет существования Казанского Университета. Эту крупную юбилейную дату предполагается отметить и отпраздновать. Правление Университета готовит к выпуску вновь составленную историю Университета, намечается юбилейная выставка Университета, отдельные кафедры собирают юбилейные материалы. Этот юбилей второго по времени существования русского Университета (после Московского) именно в наше время—в период социалистического строительства и культурной революции—должен привлечь к себе широкое общественное внимание. От периода политической и культурной Аракчеевщины и Магницкого, с одной стороны, от периода Радищева и декабристов—с другой—к периоду «социалистической яви»—этот более чем вековой период должен получить историческое закрепление и юбилейную расценку по культурному фронту нашего прошлого и настоящего.

В частности кафедра Социальной Гигиены Казанского Университета наметила себе юбилейную тему «История кафедры Гигиены Казанского Университета за 125 лет». Кафедра Гигиены Казанского Университета в ее общественном и социальном разрезе исторически заслуживает особого внимания поскольку Казань и Казанский Университет по справедливости считаются первой колыбелью «общественной медицины» и ее профилактического направления. Профессор В. А. Петров, как председатель Казанского Об-ва врачей начала 70-х годов, А. Е. Осипов, И. И. Молесон, проф. Скворцов, д-р П. А. Песков, проф. А. И. Якоби, д-р В. О. Португалов и друг. учителя и питомцы Казанского Университета составили первую плеяду врачей-общественников, возглавлявших новое профилактическое направление в медицине. Первое наше соприкосновение с материалами, касающимися истории кафедры Гигиены Казанского Университета, начиная с первого гигиениста Казанского Университета—мало кому известного, Федора Калайдовича (1812 г.) сулит чрезвычайно интересную и поучительную летопись развития русской гигиены, как научно-общественной дисциплины.

В виду этого мы решили обратиться с воззванием к старым врачам-казанцам вообще и прежде всего к врачам общественным, гигиенистам, профилактикам—прийти нам на помощь в составлении летописи Казанского Университета. Эта помощь может выразиться в нижеследующем:

1) Присылать нам свои воспоминания о Казанском Университете, учителях и студентах своего времени, о жизни и быте Казани и Казанского Университета, об общественных движениях, о студенческих кружках, землячествах (легальных и подпольных), о революционных и культурных движениях среди студенчества, о своей личной дальнейшей врачебно-общественной деятельности с приложением своих трудов и фотографий.

2) Присылать сохранившиеся печатные труды профессоров и преподавателей Казанского Университета по гигиене за время их работы в Казанском Университете, до прибытия в Казань и после выезда из Казани (так, например, проф. Якоби за время пребывания в Харькове, И. П. Скворцова в Варшаве и Харькове, Н. Д. Орлова в Киеве, Арнольдова в Саратове и Баку, П. А. Пескова, А. Е. Осипова, Н. О. Португалова, А. В. Петрова, Бокарзакова и друг.). Просьба прислать их фотографии с надписью на обороте, имя, отчество, фамилия, время, к которому относится фотография.

3) К старейшим врачам-казанцам просьба прислать воспоминания о деятельности Казанского Об-ва врачей—особенно 70-х годов, о Петрове, его соратниках по об-ву врачей, о борьбе с земством и администрацией.

4) Присылать воспоминания о казанцах-врачах «пироговцах», отдавших санитарной деятельности, их биографии, очерки их деятельности, их печатных трудах и самые труды, их фотографии.

5) Присылать воспоминания о студенческих беспорядках Казанского Университета, об их причинах, характере, участниках.

Все доставленные материалы будут использованы кафедрой; все полученные материалы войдут в «юбилейный архив» кафедры социальной гигиены, часть материалов будут использованы для печати, полученные книги и труды старых казанцев-врачей войдут в состав «библиотеки кафедры», фотографии и документы войдут в состав организующегося «музея кафедры социальной гигиены», а ко дню юбилея будут по возможности использованы для «юбилейной выставки» кафедры.

Кафедра и ее сотрудники твердо рассчитывают на отклик старых товарищей врачей-казанцев. Кафедра с готовностью будет входить в личную переписку с товарищами-корреспондентами кафедры.

Направлять переписку и посылки следует по адресу: Казань, второе здание Университета, Кафедра Социальной Гигиены.

С товарищеским приветом.
Профессор Кафедры Соц. Гигиены (Гран).

Октябрь 1929 г.
Гор. Казань.

Облздравотдел перевел облнервную лечебницу на непрерывную пятидневку. Перевод не потребовал дополнительных штатов, но в процессе работы выяснилось, что в связи с увеличением дней приема, увеличением количества первичных и повторных посещений увеличилось и количество процедур, каковые удовлетворить единственная в штате фельдшерка, работающая на процедурах, не в состоянии. Перевод лечебницы на непрерывку должен увеличить пропускную способность за год: первичных больных на 900 чел., повторных 1.200 чел. и процедур на 9.000 ед.; кроме понятных удобств, предоставляемых больному, возможность в любой день быть принятым лечебницей. Лечебница имеет 45 коек, амбулаторию с электро-свето-процедурами и массажной, а также вечерний наркодиспансер, работающие ежедневно. Штат больницы: врачей 5, среднего медперсонала 11 чел. и технического 17 чел., кроме того 1 педагог по лечению от заикания. В настоящее время ежедневно 4 врача работают по три часа в стационаре, что дает нагрузку 15 коек на врача, затем по три часа. В амбулатории и процедурной работают три врача, а четвертый работает вечером в наркодиспансере, пятый врач выходной. Вышеуказанное увеличение пропускной способности больных и количества отпускаемых процедур совершенно оправдывает добавление в штат одной фельдшерки и показывает наглядно, какой можно получить эффект от непрерывной рабочей недели.

Г. С.

Облздравотделом организованы в Свердловске 3-х месячные курсы по подготовке врачей для медпунктов на предприятиях. Слушателями являются молодые врачи в числе 13 человек, большинство которых окончило Пермский Университет.

В программу занятий врачей включены теоретическая часть и практическая работа по вопросам оказания первой помощи и развития профилактической деятельности медпунктов, а также 5 экскурсий на предприятия. Занятия на курсах проводятся силами работников учреждений: кабинета профессиональных болезней, В.-Исетской поликлиники, медпункта на В.-Исетском заводе, Областной Хирургической больницы, Сан-Бак-Института и Обл. Отд. Труда.

Окончание курсов намечено 8 января, после чего врачи будут направлены в округа для обслуживания медпунктов на предприятиях.

«Центральным Медицинским Журналом» отмечен 10-тилетний юбилей Центральной Медицинской Библиотеки НКЗ. Будучи основана в 1919 году с общим количеством томов около 35.000, к 1929 году Центральная Медицинская Библиотека увеличила количество книг до 330.000. Особенно ценным в работе библиотеки является ее библиографическая работа; библиотека активно участвует в «Центральном Медицинском Журнале» и библиографическом отделе «Большой Медицинской Энциклопедии». Кроме врачей, библиотека обслуживает и рабочего читателя. Осуществление намеченного плана по руководству внутренней жизнью библиотек Облздравов несомненно будет иметь большое значение и для Уральской Областной Медицинской Библиотеки.

Отв. ред. Белостоцкий И. С.

5 октября с/г. разослано во все Окргдравотделы, Дорздравы, врачебные секции и научные о-ва, Охране Труда, Уралстрах-кассе, Медфаку ПГУ и Уралмедторгу следующее обращение Выставочного Комитета по созыву Областного с'езда врачей:

3 января 1930 г. в г. Свердловске созывается научный с'езд врачей Уральской области, на котором будет организована и санитарная выставка. Выставочный Комитет обращается ко всем врачам области, лечебно-профилактическим и научным учреждениям с просьбой принять участие своими экспонатами на этой выставке.

Прежде всего желательно, чтобы экспонаты возможно полнее осветили вопросы, связанные с поставленными программными докладами. К числу их относятся материалы, характеризующие особенности эпидемиологии Урала и профессиональной патологии и гигиены труда на Уральских фабриках и заводах (статистика травм, заболеваемости рабочих, профессиональные вредности и пр.). (См. информацию о с'езде в «Уральск. Мед. Журн.» № 3 и 4).

Программными темами являются также и социальные болезни: трахома, туберкулез, сифилис и пр. венерические болезни. Здесь весьма важно участие своими экспонатами тубсанаторий, туб. и вендиспансеров, специальных лечуучреждений, обследовательских отрядов, глазных, венерологических и пр.

Борьбе с детской смертностью будет посвящен ряд докладов, в связи с чем необходимо участие учреждений по охране материнства и младенчества своими экспонатами, характеризующими их деятельность и достижения.

Далее, одним из программных вопросов стоит костно-суставной туберкулез. Отсюда вытекает необходимость участия на выставке своими экспонатами деттуб-санаториев, а также и хирургических больниц и клиник Уралобласти.

Санаторно-курортное дело на Урале должно быть возможно полнее освещено, так как по этому вопросу будет работать особая секция.

Кроме программных тем, выставка имеет в виду предоставить места и для прочих экспонатов по вопросам медицины и гигиены: больничному строительству, материалам организационного характера, деятельности мед. сан. учреждений, медицинскому оборудованию их и пр. Особенно желательна выставка рентгенограмм, в которых должны принять участие все уральские рентгенокабинеты своими наиболее интересными экспонатами. Кроме того, выставка охотно предоставит место для патолого-анатомических препаратов.

Комитет убедительно просит все заинтересованные учреждения и врачей откликнуться на его призыв, сообщив предварительно о предполагаемых экспонатах и потребной для их размещения площади по адресу: г. Свердловск, Уралоблздравотдел, д-ру И. К. Курдову.

О п е ч а т к а .

В сентябрьской книжке «Ур. Мед. Журн.» в № 7 в статье д-ра Зархи «О предохранительных прививках против скарлатины» на 86 стр. в 14—15 строках снизу допущена опечатка: против цифр напечатано «проц.» надо читать вместо этого слова: ‰ pro mille (на тысячу).

Заразная заболеваемость по округам Урал

№ по порядку	Название округов		Брюшной тиф		Сыпной тиф		Возврат. тиф		Неопредел. тиф		Малярия		Оспа натурал.		Корь	
			Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело		Госпитал.		Заболело	
			2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Уралобласть	28 г.	338	124	72	48	13	—	175	37	10715	292	57	18	3771	167
		29 г.	276	149	62	53	7	—	115	19	8164	228	20	10	2787	127
1	В.-Камский	28 г.	12	12	18	17	—	—	1	1	106	5	—	—	225	2
		29 г.	11	10	6	6	—	—	5	—	111	10	—	—	21	—
2	Златоустовский . .	28 г.	6	2	—	—	—	—	3	—	791	24	1	—	161	—
		29 г.	10	10	1	1	—	—	2	—	661	25	—	—	173	42
3	Ирбитский	28 г.	14	4	8	3	—	—	3	1	78	—	—	—	84	2
		29 г.	14	5	2	2	—	—	4	—	44	2	—	—	202	2
4	Ишимский	28 г.	53	2	8	1	—	—	14	—	790	11	12	7	121	—
		29 г.	32	8	7	5	—	—	13	—	727	15	—	—	139	1
5	Коми-Пермяцкий . .	28 г.	2	2	5	8	—	—	5	—	36	—	1	—	9	2
		29 г.	1	1	1	1	—	—	—	—	45	1	—	—	—	—
6	Кунгурский	28 г.	22	8	2	1	1	—	17	1	365	18	4	—	76	—
		29 г.	5	3	—	—	—	—	—	—	127	6	—	—	2.2	4
7	Курганский	28 г.	17	3	2	—	2	—	5	3	1027	11	2	—	272	5
		29 г.	32	11	—	—	4	—	20	1	885	14	—	—	279	2
8	Пермский	28 г.	22	24	1	1	3	—	12	1	379	48	2	—	545	73
		29 г.	33	29	8	7	1	—	3	—	312	41	—	—	204	31
9	Саранульский . . .	28 г.	18	9	6	3	—	—	10	—	609	19	—	—	71	—
		29 г.	20	6	5	3	—	—	4	1	516	13	2	2	91	—
10	Свердловский . . .	28 г.	25	17	7	6	—	—	11	4	750	31	17	10	791	27
		29 г.	28	27	13	13	—	—	7	1	432	17	—	—	519	15
11	Тагильский	28 г.	23	11	5	3	—	—	3	3	242	17	—	—	506	24
		29 г.	14	8	3	1	—	—	5	—	215	12	17	8	303	2
12	Тобольский	28 г.	5	1	3	2	—	—	4	1	163	41	—	—	15	3
		29 г.	6	5	1	1	—	—	2	—	162	11	—	—	73	11
13	Троицкий	28 г.	10	2	—	—	—	—	2	1	1550	7	4	1	93	—
		29 г.	5	—	3	—	2	—	5	—	1469	—	—	—	139	—
14	Тюменский	28 г.	25	4	4	2	4	—	11	10	375	8	—	—	205	—
		29 г.	17	5	7	6	—	—	10	10	261	12	—	—	160	—
15	Челябинский	28 г.	46	13	2	1	2	—	31	—	2504	37	12	—	224	27
		29 г.	24	4	2	5	—	—	15	—	1483	38	1	—	121	15
16	Шадринский	28 г.	38	10	1	—	1	—	4	11	950	15	2	—	373	2
		29 г.	24	17	3	2	—	—	20	6	714	11	—	—	91	2

области за июнь месяц 1928 и 29 г. г.

Скарлатина	Рожист.	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.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
718	405	2860	4	164	63	30124	1020	574	26
1007	466	5019	24	135	57	27933	1020	592	23
38	24	23	—	3	3	1482	62	8	1
36	26	153	—	6	6	1187	70	17	1
40	13	145	—	5	—	2276	57	40	1
45	33	70	1	6	2	2021	76	35	1
37	24	69	—	5	—	1801	29	18	—
25	10	227	—	2	—	1691	46	64	2
26	—	360	—	12	—	812	11	50	1
31	2	328	4	16	—	1158	36	42	1
—	—	21	—	—	—	377	35	9	—
—	—	15	—	—	—	324	15	7	—
19	13	73	—	—	—	1751	87	30	—
44	33	136	—	1	—	1501	94	25	1
31	4	162	—	8	3	1404	28	51	—
77	13	998	1	7	2	1422	20	28	—
144	119	556	2	15	10	3778	196	68	11
108	84	345	4	16	11	3149	156	67	4
16	11	130	—	8	3	1204	51	35	3
130	60	234	—	2	—	1373	39	16	—
152	115	232	—	49	30	4812	174	71	5
151	120	727	1	25	21	5171	203	65	4
82	50	235	2	17	2	3498	148	55	1
72	50	613	5	12	5	3639	96	80	1
15	11	49	—	1	—	630	22	18	—
1	1	140	7	—	—	335	5	26	—
35	9	144	—	7	1	966	—	41	—
161	—	64	—	15	—	986	—	34	—
62	9	245	—	27	8	1454	34	17	—
56	20	260	—	7	5	1265	56	28	4
12	1	239	—	4	—	1577	37	41	1
26	5	434	1	8	1	1633	54	44	4
9	2	177	—	3	3	2302	49	22	2
44	9	275	—	12	4	1678	54	14	—
26	237	143	8716	375	4400	144	3013	309	5215
102	102	102	102	102	102	102	102	102	102

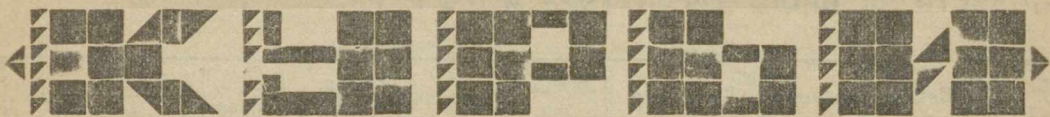
Заразная заболеваемость по округам Урал

области за июль месяц 1928 и 29 г. г.

№ 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.
			2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Уралобласть	28 г.	348	170	68	32	17	1	152	26	7845	152	55	9	2546	104
		29 г.	334	194	31	16	7	—	132	27	7060	238	9	2	2198	85
1	В.-Камский окр.	28 г.	10	10	8	8	—	—	—	—	75	5	—	—	270	7
		29 г.	15	15	—	—	—	—	1	—	130	10	—	—	19	—
2	Златоустовск. окр.	28 г.	9	6	—	—	—	—	4	—	703	25	15	—	181	2
		29 г.	18	18	2	2	—	—	4	1	750	36	2	—	174	—
3	Ирбитский "	28 г.	12	5	5	2	—	—	11	3	67	—	4	2	139	1
		29 г.	3	—	1	—	—	—	3	—	38	—	—	—	112	—
4	Ишимский "	28 г.	52	8	7	—	—	—	4	—	522	3	9	1	73	1
		29 г.	33	10	—	—	—	—	29	1	481	13	—	—	80	1
5	К.-Пермяцкий "	28 г.	14	10	4	3	—	—	1	1	49	2	—	—	1	—
		29 г.	2	1	—	—	—	—	—	—	69	1	—	—	—	—
6	Кунгурский "	28 г.	12	2	2	1	2	—	16	—	253	7	3	—	39	—
		29 г.	11	3	—	—	—	—	1	1	174	13	—	—	208	4
7	Курганский "	28 г.	14	1	14	1	4	—	10	—	760	5	3	—	234	2
		29 г.	13	5	3	—	—	—	13	—	610	16	—	—	146	3
8	Пермский "	28 г.	54	38	6	4	1	—	16	—	303	29	6	2	352	56
		29 г.	57	51	1	1	—	—	13	8	522	69	2	2	408	49
9	Сарапульский "	28 г.	38	16	4	1	—	—	5	1	553	14	1	1	28	1
		29 г.	32	18	2	2	—	—	1	—	481	15	—	—	118	3
10	Свердловский "	28 г.	34	22	8	6	1	—	10	3	509	23	4	3	514	27
		29 г.	37	29	8	8	1	—	26	1	294	16	—	—	379	14
11	Тагильский "	28 г.											с в е д е н			
		29 г.														
12	Тобольский "	28 г.	6	2	1	—	—	—	3	—	213	6	—	—	78	—
		29 г.	9	6	—	—	—	—	—	—	118	4	—	—	78	3
13	Троицкий "	28 г.	5	2	—	—	—	—	6	1	971	3	—	—	84	1
		29 г.	28	6	2	—	6	—	5	—	994	—	1	—	97	—
14	Тюменский "	28 г.	16	7	3	1	4	—	22	9	367	4	1	—	149	2
		29 г.	11	4	4	3	—	—	18	13	236	5	1	—	169	8
15	Челябинский "	28 г.	26	10	3	1	3	—	16	1	1772	17	8	—	203	1
		29 г.	35	7	8	—	—	—	—	—	1573	25	3	—	176	—
16	Шадринский "	28 г.	46	31	3	4	2	1	28	7	728	9	1	—	201	3
		29 г.	30	21	—	—	—	—	18	2	590	15	—	—	34	—

Скарлатина	Коклюш	Дифтерия	Г р и п п		Дизентерия		Трахома		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.
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
616	286	3463	5	157	47	24333	936	1066	60	5193	63	6999	274	3267	98	2471	309
920	338	5600	16	256	48	23611	932	2880	181	5067	74	7137	287	3199	85	2137	193
17	14	6	—	5	5	1212	76	55	10	133	2	380	6	101	2	48	4
46	39	276	—	4	3	1140	41	98	21	88	2	312	12	90	4	22	2
28	10	104	—	4	2	1827	63	39	7	179	3	397	11	126	5	149	1
54	22	152	—	116	—	2030	59	151	42	263	11	400	20	186	8	100	1
18	10	288	—	1	1	2521	54	39	1	135	3	413	14	260	3	82	12
23	3	209	—	2	—	1529	30	310	6	97	—	403	8	189	2	44	12
18	—	535	—	20	—	692	22	51	—	315	—	243	10	172	2	210	—
39	1	306	—	—	—	783	35	99	—	5	—	300	13	232	2	172	—
1	1	37	—	—	—	389	35	32	—	232	13	86	6	83	9	29	6
—	—	96	—	—	—	368	32	139	2	250	21	66	3	68	8	35	10
29	17	60	—	8	—	1726	79	60	5	923	6	402	9	176	4	146	14
24	18	212	—	2	1	1406	55	197	7	545	3	404	15	156	10	80	16
82	9	186	—	14	2	1640	18	173	—	388	7	792	18	271	9	387	22
48	3	909	—	9	2	1102	21	220	2	569	1	422	9	253	—	278	3
128	83	630	2	22	10	3624	214	143	6	351	11	574	48	348	28	297	77
94	46	432	1	31	17	3157	245	408	27	484	17	854	42	354	14	289	66
14	8	164	—	4	—	990	52	67	1	540	2	448	8	170	4	153	26
78	46	416	—	15	—	1581	44	219	4	680	1	453	5	136	6	14	6
151	111	345	2	36	18	4083	162	101	6	335	5	1237	62	450	13	228	40
136	118	1050	7	28	19	4789	219	229	40	198	—	1095	83	461	14	262	45
и й		н е т															
16	4	190	1	12	4	554	15	50	4	205	4	274	7	85	2	59	11
7	2	117	8	1	1	345	14	24	5	65	1	89	24	31	3	30	—
31	4	145	—	12	—	736	1	70	—	299	—	205	—	88	—	144	—
227	—	196	—	23	—	908	—	238	10	239	—	250	—	121	—	162	—
66	10	249	—	7	—	1397	48	64	—	386	6	417	2	242	6	200	11
65	27	435	—	13	5	1434	50	281	12	463	8	497	11	276	4	175	8
5	3	258	—	6	—	1354	35	51	1	557	—	473	28	343	9	173	49
63	8	464	—	10	—	1739	39	149	—	784	1	901	12	452	5	176	4
12	2	186	—	6	5	1013	62	71	19	215	1	658	45	352	2	166	36
16	5	330	—	2	—	1300	48	118	3	337	8	691	30	194	5	163	20

ЗИМНИЙ САНАТОРИЙ



15 ноября 1929 года
при Курьинском курорте
ОТКРЫВАЕТСЯ



ФИЗИО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ САНАТОРИЙ.

Основной контингент больных, подлежащих лечению в санатории: невращения в умеренной степени, легочные нетуберкулезные, малокровные компенсированные формы сердечных болезней, начальные формы склероза центральных и периферических сосудов.

Лечебные средства: а) водолечение: души всех видов (Шарко, восходящий, мантиль и др.), углекислые и сосново-ароматические ванны, обертывания и т. д.; б) электролечение: франклинизация, гальванизация, ритмическая фарадизация, местный д'Арсонваль и т. д.; в) светолечение: кварцевая лампа (горное солнце), лампа Минина, прожектор, световые ванны. Зубоврачебный кабинет. Физкультура: лыжный спорт коньки, катание с гор, волей-бол, легкая гимнастика.

При санатории библиотека, шахматы, шашки, читальня. Имеется кино и радио. ♦ Хороший стол под наблюдением опытных поваров. ♦ Санаторий функционирует на 115 кроватей на срок с 15 ноября 1929 г. по 4 апреля 1930 года.

СТОИМОСТЬ КОЙКИ ЗА КУРС ЛЕЧЕНИЯ 35 ДНЕЙ — 146 РУБЛЕЙ.

ЗАЯВКИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:

СВЕРДЛОВСК, УЛ. РОЗЫ ЛЮКСЕМБУРГ, 34, УРАЛКУРУПР.

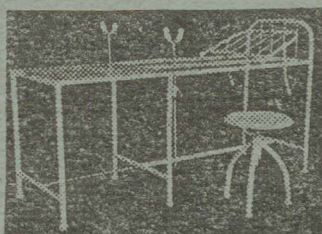
УРАЛМЕДТОРГ

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 панирной 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 (БИКСЫ) всех размеров.

ПРИБОРЫ для измерения роста.

СТЕРИЛИЗАТОРЫ для автоклав разных размеров.

НАПЫЛЬНИКИ для каучука.

ПЛЕВАТЕЛЬНИЦЫ для зубных кресел.

СТАНАНЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для дезинфекции зубных инструментов.

ИШТАТИВЫ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ для кружек Эмарха.

ГРЕЛКИ ДЛЯ ЖИВОТА оцинкованного железа.

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

Кроме того имеется на складе ассортимент хирургических, зубо-врачебных ин-
струментов и материалов, предметов ухода за больными, изготавливаемых 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.

47595

ЦЕНА 1 РУБ.

Р.

55

СВЕРДЛОВСН, „УРАЛПОЛИГРАФ“.
ТИП. „Г Р А Н И Т“. ЗАКАЗ № 932.
УРАЛОБЛЛИТ № 4325. ТИРАЖ 1000.