

Здравоохранение **на урале**

Орган уралобл-
здравоотдела

1932

ОГИЗ—УРАЛОГИЗ—СВЕРДЛОВСК

с о д е р ж а н и е

	Стр.
Итоги XVII Всесоюзной конференции ВКП(б) и задачи здравоохранения на Урале . . .	1
А. Лурье — К перевыборам научной ассоциации врачей гор. Свердловска . . .	4
Постановление общегородского собрания по докладу бюро научной ассоциации врачей	5
Здравоохранение на помощь посевной . . .	7
За санитарную культуру	9
С. Бридь — О летней оздоровительной работе среди детей и подростков в 1932 году	11
К вопросу о вовлечении женщин в угольную промышленность	13
К вопросу организации рациональной лечебной помощи больным туберкулезом верхних дыхательных путей	16
К вопросу о переливании крови в военной обстановке	19
Речь акад. Келлера	22
Здравоохранению—внимание и помощь . .	23
Договор по социалистическому соревнованию между обкомами союза медсантруд и обкомом союза общественного питания . .	25
Постановление об'единенного заседания президиума обкома МСТ и обкома союза общественного питания 1 апр. 1932 г. . . .	27
Обзор печати	27
Хроника	28

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА УРАЛЕ

№ 1

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА

1932
Г О Д

Итоги XVII всесоюзной конференции ВКП(б) и задачи здравоохранения на Урале

К XVII Всесоюзная партконференция работала в начале 4, завершающего года первой пятилетки народного хозяйства, т. е. как раз в такой отрезок времени, когда результаты 3 лет и третьего решающего года пятилетки можно было с достаточной полнотой подвести. О чем говорят эти результаты? О громадных достижениях, о таких успехах, которые с бесспорной очевидностью показывают, что «решающий год пятилетки заканчивается итогами, которые означают создание новой мощной технической базы всего народного хозяйства страны, в первую очередь для реконструкции тяжелой промышленности... Итогами 1931 г. обеспечено выполнение пятилетки промышленности в 4 года» (из пост. конференции).

Здесь у нас, в стране Советов, несомненные (этого не отрицают и наши классовые враги) успехи завершения построения фундамента социализма, ликвидация безработицы. Там, у них, в странах гниющего капитализма 1931 год был годом продолжения и углубления жесточайшего, невиданного еще в истории капитализма кризиса, годом невиданного роста безработицы (количество безработных в Европе и САСШ превысило 25 мил. ч.)

6832 Это не означает, конечно, что выполнение годового плана 1931 года проходило гладко, без напряжения, без недостатков в работе народного хозяйства. Годовой план 1931 года как в количественных, так и в качественных показателях был недополнен. Это объясняется в основном тем, что плохая работа транспорта в 1 квартале 1931 г. затормозила быстрое развитие промышленности, что обезличка и уравниловка в работе самой промышленности не изжиты, что значительно перерасходован фонд заработной платы, что хозрасчет внедряется недостаточно, что проверка исполнения в отдельных звеньях хозяйственной работы осуществляется слабо.

— Конференция считает, что на ликвидации этих основных недостатков должны быть сосредоточены силы партии и рабочего класса, чтобы обеспечить выполнение плана 1932 г....

Планом завершающего года пятилетки намечается получение валовой продукции не всей про-

мышленности на 37,5 млрд. рублей вместо 27 млрд. 1931 г., снижение себестоимости на 7 проц., поднятие производительности труда на 22 проц., ассигнования на капиталовложения в сумме 12 млрд. в том числе по тяжелой 9,2 млрд. рублей.

«Центральной задачей всего народного хозяйства на 1932 г. является выполнение производственной и строительной программы по черной металлургии, углю и машиностроению».

В связи с этим «необходимо всемерно форсировать окончание Уральского и Кременторского заводов тяжелого машиностроения, Сибирского завода горного оборудования, Луганского паровозостроительства и Нижне-Тагильского вагоностроительного завода».

Таким образом на долю уральских большевиков и пролетарий падает выполнение стройки двух гигантов-заводов в 1932 г. Выполнение этой почетной задачи в деле завершения пятилетки потребует от рабочего класса Урала и уральских большевиков коренной перестройки работы, принятия решительных мер для обеспечения выполнения плана 1932 г. и особенно выполнения и перевыполнения строительства уральского завода тяжелого машиностроения и Н.-Тагильского вагоностроительного.

Соцсоревнование и ударничество должны быть главнейшими рычагами борьбы за план. Основной лозунг в 1932 г. для каждого предприятия, для каждой профессиональной, советской и хозяйственной организации, в том числе и для медицинской должны быть «при данных материальных средствах, на основе большей экономии, лучшего использования производственных возможностей, лучшей мобилизации сил и лучшего практического руководства, дать стране больше продукции и лучшего качества».

Окончание выполнения первой пятилетки поставило перед партией и рабочим классом вопрос о приступе к составлению второго пятилетнего плана народного хозяйства СССР (1933—1937 г.)

Итоги первой пятилетки показывают, что собственная база для реконструкции всего народного хозяйства создана что Советский союз «из страны

желкого и мельчайшего земледелия превратился в страну самого крупного в мире земледелия на основе коллективизации, развертывания совхозов и широкого применения машинной техники», что ленинский вопрос «кто-кого» решен в пользу социализма бесповоротно в городе и деревне, что основы и источник эксплуатации человека человеком ликвидируются. Эти успехи являются результатом неуклонной борьбы за генеральную линию партии, против правой, главной опасности на данном этапе, «левых» загибов и примиренчества к ним. Эти успехи обеспечили «создание предпосылок для выполнения первой пятилетки в четыре года, разгром классового врага и победу социализма в СССР».

Основной политической задачей второй пятилетки является окончательная ликвидация капиталистических элементов и классов вообще, преодоление пережитков капитализма в экономике, и сознании людей... Решительное улучшение всего жилищного и коммунального дела в СССР... (Из резолюции XVII партконференции). Ставя эту основную политическую задачу XVII партконференция, помимо того, наметила увеличение обеспечения населения предметами питания к концу второй пятилетки в два-три раза больше против конца первой пятилетки. Совершенно ясно, что выполнение этих задач возможно лишь на основе развернутой технической реконструкции всего нар одного хозяйства.

Отсюда хозяйственные задачи второй пятилетки: завершение реконструкции на базе дальнейшего развития машиностроения и создание новейшей энергетической базы. В 1937 г. должно быть не меньше 100 млн. квт. час. вместо 17 млн. в 1932 г., 250 млн. тонн угля вместо 90 млн., увеличение добычи нефти в 2½—3 раза. Отсюда по черной металлургии исходить в 1937 г. из выплавки чугуна не менее 22 млн. тонн (или годовой план 9 Магнитогорских металлургических заводов гигантов), соответственное развитие цветной металлургии, химической промышленности, водного транспорта, дорожного и шоссейного строительства, автомобилизации, железнодорожного транспорта на 25—30 т. километров, воздушного сообщения, связи всех видов, в особенности радио, легкой и пищевой промышленности, лесной и мелкой кустарной.

Развитие сельского хозяйства и животноводства должно обеспечить резкое улучшение питания. Зерновую продукцию к концу второй пятилетки довести до 1.300 млн. центнеров. Все это такие грандиозные задачи на фронте борьбы за социализм, выполнение которых требует исключительного напряжения воли строителя социализма **рабочего класса**, вождя его — **партии большевиков**, исключительной **классовой бдительности**. Обострение, классовая борьба, сказала XVII партконференция,

в отдельные моменты, и особенно в отдельных районах и на отдельных участках социалистической стройки, неизбежно».

Все это такие гигантские задачи, успешное выполнение которых требует развернутой (на базе соцсоревнования и ударничества) четкой, героической, беззаветной работы всех звеньев советских хозяйственных и общественных организаций всех отрядов трудящихся масс, в том числе и в первую очередь медицинских работников. Почему, спрашивается «медицинских работников»?

Потому, во-первых, что медицинский участок работы является особенно отстающим: он не меньше транспорта на отдельных участках хозяйственной деятельности Урала оказывался лимитирующим выполнение хозяйственных планов.

Потому, во-вторых, что медработники коренным образом не перестроили своей работы, что соцсоревнование и ударничество не являются еще основным рычагом на фронте медицинского труда, на фронте борьбы за здоровье трудящихся.

Потому, в-третьих, что медработники не опираются на трудящихся, не ведут их боевыми колоннами на ликвидацию грязи, на реконструкцию условий быта и труда, на ликвидацию бытовой азиатчины, на борьбу за систематическое снижение заболеваемости, на борьбу за здоровое тело, за высокую производительность труда, за перевыполнение хозяйственного плана. Медработник в основном ведет борьбу с болезнями, а не за оздоровление среды. Медработник в борьбе за здоровье **кустаף одиночка**.

Потому, в-четвертых, что техническая вооруженность здравоохранения крайне слаба, примитивна, дедовская.

Потому, в-пятых, что идеологическая перевооруженность только началась, что механистические и виталистические установки не подвергнуты диалектико-материалистической критике.

Итак, какие же задачи на фронте здравоохранения должны быть поставлены медработниками Урала на данном этапе социалистического строительства, когда завершается выполнение первой пятилетки и намечается программа второго пятилетнего плана народного хозяйства СССР?

Первое. Преодолеть во что бы то ни стало непереносимую отсталость здравоохранения. Это может быть достигнуто следующими тремя путями: а) соцсоревнованием и ударничеством в формах труда, б) рационализацией труда и в) укреплением материально-технической базы.

Ведь совершенно же ясно, что та азиатская примитивная доисторическая, техническая вооруженность, которой располагают медработники, будет замедлять темпы разворачивания работы, будет задерживать рост качества работы.

В большинстве сельских, да и во многих поселковых и городских больницах не работают ванны или работают с огромными переборами, нет водо-

продов, перебои с топливом, нет инструментария, нет хирургических кроватных тележек для перевозки больных, отсутствуют дезустановки и т. д. и т. п.

Подавляющее большинство медико-санитарных учреждений технически вооружены так же, как вооружены техникой те б. капиталистические предприятия Урала, которых реконструкция еще не коснулась.

Ведь совершенно же ясно, что пока поголовно все медработники (и не на словах только, а на деле не будут охвачены социалистическими формами труда, медико-санитарное дело по прежнему будет отставать от развития всего народного хозяйства.

Второе. Коренным образом сверху до низу перестроить здравоохранение, все звенья его.

Реконструктивные процессы в отдельных звеньях медико-санитарного дела начаты еще в 1930 году. К началу четвертого, завершающего года пятилетки есть в ряде районов положительные итоги: на Надеждинском заводе здравпункт стал оздоровительным цехом предприятия; в Молотове медорганизация в целом реконструировала здравоохранение на основах диспансерного объединения и диспансерного медобслуживания; в Златоусте развернута массовая борьба за снижение заболеваемости; институты Охраны ММ., травматологический и др. добились первых успехов работы **по-новому**: здравоохранительская организация ВИЗ'а нащупала формы здравпунктовой работы в быту и т. п.

Но все эти отдельные элементы **реконструкции здравоохранения** надо рассматривать как первые шаги. В большинстве своем медорганизация работает **по-земски**, только лечит, лечит и еще раз лечит. Широко-оздоровительные мероприятия не стали генеральной линией медорганизаций в борьбе за здоровье трудящихся, **санминимум** на предприятии, в бараке, в квартире, в школе, столовой и т. п. не стал основным содержанием в работе медработников, постановление правительства о государственной общественной санитарной инспектуре на первых порах было встречено замалчиванием, кое-где «в штых», и до сих пор (прошло уже полгода) в ряде районов или не проведено, или проведено формально. Отсюда вывод: **реконструктивным процессом в медицинской практике должно быть уделено исключительное внимание.** Пора прекратить топтаться на месте, пора перестать думать, что «мы все знаем», пора по-боевому, по-большевистски взяться за внедрение того, что уже сегодня является новым.

Третье. Борьба за санитарную культуру, за освоение ее есть **массовая работа.** Ведь это же бесспорно, что если каждый трудящийся сегодня будет вооружен знаниями борьбы за здоровье

развернет эту борьбу, завтра заболеваемость резко снизится, а послезавтра дойдет до того минута, который будет соответствовать уровню производственной и жилищно — бытовой техники (внешняя среда). Ведется ли массовая оздоровительная работа медработниками и медучреждениями? К сожалению, или нет, или если ведется, то в форме партизанских набегов и силами кустарей-одиночек.

Что нужно сделать для усиления массовой здравоохранительской работы? Как реконструировать этот боевой участок фронта зд-ия?

В каждом диспансерном объединении, крупном лечебно-профилактическом учреждении, поликлинике, научно-исследовательском Институте немедленно организовать звено, группу, отделение массовой работы, как штаб организации рабочего актива (санармейцев), который должен при правильно развернутой работе стать головным отрядом, командным составом на фронте борьбы трудящихся масс за их здоровье.

Четвертое. Начатую борьбу за овладение марксистско-ленинской идеологией, за преодоление классово-чуждых, враждебных рабочему классу идеологий — механизма, витализма и пр. развернуть таким образом, чтобы в ближайшие год-два командный состав медработников, в особенности врачи, был перевооружен полностью.

Тот, кто сегодня не взялся за усвоение диалектико-материалистической идеологии, кто «оправдывает» свою пассивность (пассивность ли только?) тем, что нет необходимых учителей, что он вышел из возраста учебы и т. п. тот объективно противодействует идеологическому перевооружению, тот объективно льет воду не на социалистическую мельницу, а на мельницу классовых врагов пролетариата.

Индивидуальная работа с книгой Маркса и Энгельса, Ленина и Сталина, марксистско-ленинские кружки, курсы, заочное обучение, критический пересмотр написанного и т. п. должны стать обязательным **марксистско-ленинским минимумом**, который должны усвоить поголовно все.

Впредь не должно быть места таким заявлениям когда один из руководителей секции городской Науч. Ассоциации Врачей в прениях начал свое выступление следующим образом: «Я не претендую на политическое руководство секцией. Я не могу политически руководить, но заявляю, что обвинение т. Минкевича ни фактически, ни идеологически не соответствует действительности.

Пятое. Ведущей задачей второй пятилетки народного хозяйства СССР является ликвидация классов, создание бесклассового общества, преодоление пережитков капитализма в экономике и сознании людей».

Эта задача ставит перед органами здравоохранения ряд проблем, разрешение которых должно заложить основы новой медицины, нового здравоохранения.

Осуществление второго пятилетнего плана народного хоз-ва закончит реконструкцию условий труда, построят фундамент реконструированного быта, улучшит в 2—3 раза питание трудящихся, — все это в невиданной мере снизит заболеваемость, создаст действительные условия оздоровления трудящихся; все это к концу пятилетки поведет к

глубочайшей перегруппировке сил и средств на отдельных участках здравоохранительской практики.

Отсюда проработка второй пятилетки здравоохранения медработниками должна быть развернута с наибольшей продуманностью **будущего** отдельных звеньев здравоохранения, с широчайшим привлечением к этой проработке всех звеньев советской общественности.

Коновалов.

А. Лурье

К перевыборам научной ассоциации врачей гор. Свердловска

Пройден огромный и исключительный путь развития страны до завершения построения фундамента социализма в СССР каждый этап его теоретически освещен тов. Сталиным. Дан образец величайшего сочетания теории с практикой насущных задач сегодняшнего дня, образец материалистической диалектики при раскрытии содержания каждого этапа социалистического строительства, намечены дальнейшие пути, дан образец **большевистской непримиримости** в борьбе на два фронта, образец борьбы за чистую марксистско-ленинскую методологию.

Огромных успехов в социалистической стройке добился Урал. Из старой захудалой и заброшенной окраины царской России он становится огромным индустриальным центром. Заново перестраивается Урал для того, чтобы во второй пятилетке, вместе со всей страной «завершить реконструкцию всего городского хозяйства, создание новой технической базы для всех отраслей народного хозяйства».

Эти огромные успехи, которые рабочий класс обеспечил, давая беспощадный отпор классовому врагу и его агентуре, вызывают и вызвали обострение классовой борьбы со стороны гибнущих капиталистических элементов. Небывалая острота противоречий между системой строящегося социализма и гибнущим капитализмом отражается в науке, в проникновении в науку ряда теорий враждебных идеологии рабочего класса и вредных строительству социализма. Эта борьба не могла не отразиться и отразилась на фронте здравоохранения.

Перевыборы бюро Научной ассоциации г. Свердловска показали, что абстрактность, аполитичность, полный отрыв теории от практики, объективизм, свели себе гнездо в лице ее основных руководителей, что в ассоциации нередко проводились влияния, чуждые рабочему классу. Попрямому процветала идея «чистой науки», оторванной

от практики социалистического строительства. Ленинский принцип партийности философии и науки ни разу не освещался. Даже после письма тов. Сталина в редакцию журнала «Пролетарская Революция» в научной ассоциации не было застроено внимание на основных проблемах здравоохранения под углом зрения партийности, не была развернута широкая самокритика и критика ошибок, допущенных отдельными научными руководителями.

«Объективное» мышление и чистая эмпирия получили широкий приют в научной ассоциации врачей отсюда вытекало, что наука была оторванной от практики и основных вопросов социалистического здравоохранения.

Могли получить приют целый ряд теорий, вроде таких, как признание труда, фактором, способствующим заболеваемости.

Получили развитие идеи целесообразности человеческого организма в его борьбе с инфекциями и заболеваемостью. Отставание от революционной практики выражалось в том, что ассоциация прошла мимо таких вопросов, как методы борьбы с отдельными эпидемическими вспышками, мимо вопросов борьбы за санминимум и борьбы за повышение производительности труда. Бюро не уделяло должного внимания вопросам марксистско-ленинского воспитания врачей и пронизыванию теорий познаний марксизма всей сущности вопросов здравоохранения. Поэтому бюро прошло мимо разоблачения методологических корней и ошибок т. КАПЛЮНА которые находили отражение в работах Угипнот'а и фактически поддерживала его концепцию, что «необходимо устанавливать, возможно ли длительно поддерживать производительность труда на достигнутом уровне и не грозит ли накапливающееся утомление дальнейшим срывом по линии производительности труда и по линии здоровья». Проблемы труда принимали формы,

целиком направленные на противопоставление человека труду. Бюро прошло мимо и не поставило ни одного методологического доклада, ибо ее руководители считали, что этим делом надо было заниматься раньше, со студенческой скамьи, а потому широкой врачебной массе могли преподноситься отнюдь не завуалированные идеалистические концепции в вопросах о роли желез внутреннее секретиции, их функции, о связи их с лучами весеннего солнца, или теория «здорового смысла», который может служить критерием познания истины. Поэтому бюро врачебной ассоциации не могло мобилизовать врачебной общественности, не создало во круг себя актива из врачей, которые могли бы в институтах и учреждениях возглавить борьбу за партийность в медицине и за тесную увязку теории с практикой. Поэтому идеологическая борьба в хирургическом, гинекологическом, травматологическом, терапевтическом институтах, не возглавленная бюро, скатывалась на почву чисто личных взаимоотношений, причем победителями нередко могли оказываться тенденции, враждебные новым задачам советского здравоохранения. Не возглавив идеологической борьбы, ассоциация тем самым и не создавала кадры, закаленные в борьбе. Бюро не уделяло никакого внимания делу пропаганды воинствующего атеизма среди широких масс, в ком Ленин видел одну из важнейших задач материалистов диалектиков, а потому поповские теории «вечной целесообразности» и «защитной приспособленности» остались непоколебимыми еще в большинстве клиник и больниц. Бюро не заострило вопроса о созерцательном восприятии субъектом объекта, на старой врачебной истине «созерцай, но не вмешивайся». Поэтому теория самотека, созерцательное констатирование фактов (нарастание сыпн. тифа весной, как определенной закономерности) не получали должного отпора со стороны руководителей отдельных секций. Отсюда концепция неизменной предрешенности всякого процесса, отсюда замкнутость клиник, их созерцание внешнего и оторванность от активной практики социалистического строительства. Бюро не вскрыло ясно бросающегося в глаза разрыва между формой и содержанием внутри самих клиник и отдельных секций, не показало на конкретных примерах, как

за их советской внешностью скрывается старая до-революционная сущность. Поэтому в Свердловске не произошло еще действительного изменения в работе медицинских учреждений, что они носят старый академический характер несмотря на то, что носят название учреждений, направленных на помощь социалистическому строительству. В своей работе бюро не позаботилось вскрыть целеустремленность каждого института и не поставила вопроса о снижении заболеваемости под углом зрения 6 условий т. Сталина и не показало, как проведение их является основным методом в научно-практической деятельности. Все это с достаточной ясностью говорит о том, как далеко стояла ассоциация от задач советского здравоохранения, как скатывалась она в оппортунистическое болото. Перевыборы научной ассоциации вскрыли всю ее оппортунистическую практику и антимарксистские установки ее руководителей. Должна начаться решительная перестройка форм и методов в научной работе. Вся врачебная масса должна быть мобилизована в сторону помощи социалистическому строительству и советскому здравоохранению. Борьба за генеральную линию партии, борьба против всяких антиленинских уклонов в медицине, разоблачение теоретических основ правого уклона, как главной опасности на данном этапе, борьба с идеалистическими извращениями марксизма на основе изучения Маркса, Энгельса, Ленина, Сталина—такова основная и главная задача. «Эта честь генеральной проверки и генеральной чистки авгиевых конюшен II-го Интернационала выпала на долю ленинизма. Вот в какой обстановке родился и выковался метод ленинизма» (Сталин). Метод ленинизма, так ясно и отчетливо сформулированный тов. Сталиным в его 4 положениях, должен лечь в основу всей дальнейшей работы научной ассоциации.

Развертывание подлинной большевистской самокритики, разбор научных работ—научных руководителей учреждений, разработка проблем 2 пятилетки—борьба за снижение заболеваемости таковы и другие задачи. Задачи эти огромны. Они могут быть выполнены лишь сплоченными усилиями вооруженных марксизмом-ленинизмом врачей Свердловска.

П о с т а н о в л е н и е

общегородского собрания по докладу бюро научной ассоциации врачей *)

Урал переживает эпоху бурного социалистического строительства. Мы вплотную подошли к выполнению задач, поставленных перед нами созданием Урало-Кузнецкого комбината.

Огромные успехи нашего строительства на Урале выражаются в близком окончании строительства таких мировых гигантов, как Уралмашинострой, Уралмедьстрой, Березниковский Хим. Ком-

*) Резолюция печатается в сокращенном виде. Редакция.

бинат, Магнитострой и др. и начале строительства новых гигантов (Татилстрой, Бакальский завод и т. д.).

Огромны наши успехи на фронте соцстроительства, но еще большие задачи стоят впереди.

Это строительство имеет ту особенность, что оно проходит в условиях ожесточеннейшей борьбы, в условиях бешеного сопротивления классового врага.

Наука, научные О-ва не должны оставаться в стороне от соцстроительства, от этой борьбы. Они должны активно помогать этому величайшему в истории строительству.

«Все силы, все знания все умение отдавать творчеству миллионов тружеников, которые переделывают страну на социалистический лад» (из обращения конференции по планированию научно-исследовательской работы).

Так называемый аполитизм в работе научных организаций на настоящем этапе является вполне определенной политикой направленной объективно против соцстроительства.

Также недопустимо замыкаться вокруг отвлеченных, оторванных от задач текущего периода вопро сов.

Надо помнить что теория, если она является действительно теорией, дает практикам силу ориентировки, ясность, перспективы, уверенность в работе, веру в победу нашего дела (Сталин).

Но не всякая теория служит на пользу соцстроительству.

В условиях ожесточенной классовой борьбы начинают поднимать голову враждебные пролетариату открыто - идеалистические теории, а также стремление «протациить» «причесанные под марксизм враждебные нам теориейки».

Задачей научных обществ является пропаганда и научная разработка действительной марксистско-ленинской теории, основанной на применении метода диалектического материализма. Этих задач Бюро Свердловской научной ассоциации совершенно не выполняло, хотя некоторые из них и ставило перед собой.

Научная ассоциация работала оторванно от практики, замкнуто, «аполитично», по старинке, самотеком. Переименование, «Научно Медицин, Общества Врачей Урала» в **«научную ассоциацию врачей»** ничего не изменило, все осталось по прежнему. Политическая линия в работе «Научной ассоциации врачей» должна быть квалифицирована, как оппортунистическая, как линия, которая являлась если не бесспорным тормозом в деле развития социалистического здравоохранения на Урале, так во всяком случае не содействовала его развитию. «Научная ассоциация врачей» пропала в своей работе мимо таких узловых политических вопросов как: а) письмо тов. Сталина в редакцию журнала «Пролетарская революция» по

вопросу «О некоторых вопросах истории большевизма», б) классовая борьба на медицинском фронте, в) овладение врачами диалектическим материализмом.

Исходя из этого, общее собрание врачей города Свердловска постановляет:

1. Работу бюро гор. Н.А.В. признать неудовлетворительной. Бюро научной ассоциации переизорать и освежить его состав полностью.

2. Отметить, что со стороны союза Медсантруд не было достаточного руководства работой научной ассоциации.

3. Новому составу Бюро развернуть настоячивую борьбу за овладение диалектическим материализмом, за усвоение марксизма - ленинизма, как теории борющегося за коммунизм пролетариата, как теории дающей «практикам силу ориентировки, ясность перспективы, уверенность в работе, веру в победу социализма» (Сталин). Организация в Свердловске филиала общества врачей марксистов - ленинцев при Комкадемии, кружков по изучению марксизма - ленинизма, индивидуального изучения Маркса-Энгельса. Ленина-Сталина и т. д. — вот те пути, по которым должно вновь избранное бюро Н.А.В. повести врачей, чтобы последние в кратчайший срок овладели основами марксизма-ленинизма.

4. Бюро Н.А.В. повести решительную борьбу за большевистскую идеологию на медицинском фронте, беспощадно разоблачая виталистические, механистические и эклектические теории и теориейки в медицине (Шумков и др.) для чего во 1-х в трехмесячный срок бригадно внимательно изучить исследовательские работы научных работников, во 2-х широко пропагандировать метод коллективной проработки научно-исследовательских работ и в 3-х приступить к изданию специального журнала для печатанья научных работ.

5. Обязать бюро Н.А. широко проработать на обще-городских собраниях врачей все узловые политические вопросы, в частности на очередном общем собрании проработать итоги XVII Всесоюзной партконференции и XI областной партконференции.

6. Предложить бюро работу Н.А.В. поставить так; чтобы теория была тесно увязана с практикой, чтобы ни один актуальный вопрос здравоохранительской практики не прошел мимо внимания Научной Ассоциации, чтобы такие вопросы, как оздоровление условий труда и быта рабочих Урало-Кузнецкого комбината, снижение заболеваемости, диспансерное обслуживание трудящихся масс, проведение санитарного минимума, вопросы обороны страны и т. д. стали узловыми вопросами плана работ Н.А., кроме того практиковать созывы Пленумов и отдельных секций с участием рабочих производства.

7. Обязать бюро немедленно приступить к проработке основных установок по составлению 2-й пятилетки здравоохранения, пятилетки такого этапа социалистического строительства, когда классы будут ликвидированы. Этап второго пятилетия перспективного планового строительства должен поставить на разрешение Н. А. ряд важнейших вопросов политики и практики здравоохранения, например: отмирание классовой вообще медицины и развитие классовой отраслевой медицины, форм рабочего отдыха, диспансерное медобслуживание, физкультура могущественный профилактический рычаг, поголовный охват физкультурой, приближение физиотерапевтических (солнце, воздух, вода т. п.) факторов воздействия с целью оздоровления и закалки рабочих на предприятии, в цеху, агрогородке, бригаде, тракторной колонне и т. д.

8. Обязать бюро и секции Н. А. в декадный срок пересмотреть и составить планы своих работ, положив в основу их указанные в п. п. 1-6 установки

и взять на себя действительное руководство и контроль над работой секций.

9. Считая совершенно правильным решение ЦК МСТ о передаче руководства Н. А. органам здравоохранения, просить Облздрав и Горрайздравотделы руководство свое научной ассоциацией сделать постоянным, систематическим и конкретным. Научные ассоциации в работе органов здравоохранения должны стать главнейшими и ведущими звеньями в цепи руководства охраной здоровья трудящихся масс, для обеспечения чего Облздрав и его органы на местах должны создать все необходимые условия (предоставление материалов, отпуск средств на проработку отдельных вопросов, включения представителя Бюро в состав членов орг. совещания при Облздраве, активное участие работников Облздрави в работах Н. А., проработка основных вопросов здравоохранения Н. А. и т. д.)

10. Облздравотделу совместно с Обкомом союза проработать вопрос об организации Областной научной ассоциации и ее периферии.

Здравоохранение на помощь посевной

Реконструировать здравоохранение означает в основном поставить здравоохранение на службу производству, сделать здравоохранение производственным фактором, способствующим выполнению производственных хозяйственно-политических задач, поставить здравоохранение и весь коллектив медработников в ряды борющихся за промфинплан.

3-я большевистская посевная кампания является переломом, ибо ее должен осуществить в основном сельско-хозяйственный сектор, коллективизированный свыше чем на 70 проц., а площадь обобщественной земли в 1932 году должна составить 96 проц. всей основной земли Уральской области. Приведенные показатели сами по себе достаточно убедительно говоря о всей хозяйственно политической важности поставленной перед сельхоз-сектором задачи в нынешнюю посевную и в решении этой задачи органы здравоохранения и весь коллектив медработников Уральской области в целом должны принять активное участие.

Бесспорно, что функционирующая в настоящее время медико-санитарная организация в сельхоз-секторе чрезвычайно недостаточна, нет никакой надобности доказывать, что даже на основных участках указанного сектора, в ведущей его части—в совхозах медико-санитарное обслуживание поставлено неудовлетворительно. Нельзя, однако, из сказанного сделать вывод, что материально-техническая сеть и физическая (кадры) вооруженность здравоохранения на селе использована

полностью, использована правильно, что силы расставлены так, как этого требует партия и правительство, как этого требуют производственные задачи сельхозсектора. Нельзя сказать, что здравоохранительская организация на селе исчерпала по существу неисчерпаемый резерв общественных ресурсов в интересах оздоровления широких масс совхозного и колхозного населения.

Огромнейшее в мире социалистическое промышленное строительство развернутое на Урале, коренная реконструкция действовавших здесь заводов и фабрик вызвали передачу колхозами значительного количества рабочей силы, оставшейся в деревне, безусловно более, чем достаточно для успешного выполнения и перевыполнения значительно выросших производственных программ. Органы здравоохранения обязаны обеспечить соответствующие санитарно-бытовые условия и лечебно-профилактическую непосредственно участвующим в севе, обязаны развернуть максимальное количество ясельных коек для освобождения ясельной рабочей силы к севу.

Во время сева должны функционировать на селе 171.000 ясельных коек. Облздравотдел формирует 125 медицинских бригад, из коих 30 облздравотдела, 5 Обкома с. Медсантруд, 20 Обкома РОКК, 10 Уралмедснабпрома, 30 город-и промпоселков для своих промсовхозов и 30 сельхоз-районы для себя. Обком РОККа должен дать к севу 20.000 кружковцев первой помощи. Райздравы, Райкомы с. Медсантруд и Рики должны

освоить указанные мероприятия и обеспечить перевыполнение данных им контрольных цифр.

Задание вполне выполнимое, если медико-санитарная организация сумеет перестроиться, переключиться на обслуживание сева, а это она обязана сделать.

Каждый райздрав должен иметь оперативный календарный план обслуживания сева, такой-же план должен иметь и каждый медпункт. Каждый колхоз должен быть прикреплен к ближайшему медпункту. Обслуживание совхозов со всеми его участками в общем плане Райздрава должно быть выделено в отдельный раздел. Каждый участок совхоза должен иметь медицинский пункт 1-й помощи (фельдшерский или сестринский). В целях приближения медобслуживания к месту работ каждое постоянно существующее медицинское учреждение района выделяет медперсонал (врача, фельдшера, м-сестру) с медикаментами для организации на время сева временных медпунктов в участках совхозов, крупных колхозах, не имеющих постоянной медсети. Временные медпункты работают как медбригады.

Помимо указанных медпунктов, чрезвычайно важным и эффективным должно явиться вовлечение самих работающих в порядке самостоятельности в самообслуживание оздоровительными мероприятиями. В каждой рабочей бригаде должен быть хотя бы один человек, который умеет оказать первую помощь и который имеет чем помочь эту оказать. Районные организации РОККа должны указанных кружковцев подготовить к посевной с учетом приведенных выше потребностей, коллектив медработников обязан всемерно содействовать подготовке кружковцев 1-й помощи, районные организации с. Медсантруд должны развернуть массовую работу, обеспечив через райколхозсоюзы и совхозрабочкомы выделение каждой бригадой человека для подготовки его в кружке 1-й помощи. Кружки должны быть кратковременные, дней 5-6, чтобы дать основные практические навыки и вместе с тем не надолго отрывать от производства участников сева.

Особенное внимание должно быть уделено вопросам санитарно-бытовому и ясельному. Каждый медпункт должен в плане иметь и на деле осуществить определенное количество профилактических законченных (оспелых- проведенных и брюшно-тифозных трекратных) прививок.

Вопросы общественного питания и водоснабжения должны стать моментами особой заботы медсанучреждений и их персонала. Помимо активного содействия организации общественного пи-

тания в каждой столовой, кухне должен быть выделен общественно санитарный инспектор которому медпункт должен обеспечить систематический инструктаж и помощь. Обеспечить снабжение питьевой водой бригад, работающих в поле, явится одним из основных моментов профилактики возможного весеннего развития брюшного тифа.

Ясли приобретают решающее значение в обеспечении сева женской рабочей силой. В плане Райздрава должны быть точно определены точки организации ясель, количество коек в каждой, финансирование ясель. Вопросы питания ясель должны быть исчерпывающие ясны, при чем надеяться на областные и центральные фонды никаких оснований нет? Необходимо продукты питания изыскать внутри района, внутри заинтересованных колхозов.

В настоящее время проводится санитарный двухмесячник. Период сева является периодом наибольшей организованности колхозников и, естественно, в этот период и легче всего будет проводить массовые оздоровительные мероприятия среди организованных колхозников. Массовой работе соответствующее внимание, соответствующий масштаб. Облздравотдел забрасывает на сев санлитературы на 6.000 руб., конечно, этого недостаточно, и необходимо использовать литературу имеющуюся в местных проводящих литературу организациях.

Во всей работе органов здравоохранения по обслуживанию сева должна четко вырисовываться классовая линия. Освоить, что совхозы являются ведущим звеном в сельхозсекторе — в первую очередь обеспечить совхозы и их участки медбригадами, медпунктами, яслями, аптечками 1-й помощи, трактористов индивидуальными пакетами, не забыть, что пригородные совхозы-комбинаты призваны играть значительную роль в снабжении трудящихся промгорода и поселков и соответственно отразить в оперативном плане по посевной обязательная задача Райздравов.

Необходимо поставить точный учет всего организуемого для сева, особенно учесть работу бригад, по форме, разосланной Облздравотделом. Информация Облздравотдела является обязательной и выполнение последнего даст возможность сделать итоги и выводы по участию органов здравоохранения в 3-м, решающем большевистском севе, позволит опыт лучших организационных форм обслуживания сева сделать достоянием всех районов области.

Г. М. Сербин.

За санитарную культуру

(К проведению санитарного 2 месячника на УРАЛЕ)

Может-ли быть терпимо такое положение, когда в полкилометра от величайших достижений современной техники, у основных фортов социалистической индустриализации Урала, мы можем встретить еще картины не тронутой грязи, вшивости, грубейшего пренебрежения с основными санитарными требованиями в бытовом обслуживании трудящихся? Можем-ли мы подыскивать какое-либо оправдание даже временной «закономерности» этих антисанитарных безобразий, приближаясь к годовщине опубликования исключительных по своему значению шести условий тов. Сталина? Казалось-бы, нет оснований к поставке этого вопроса и тем, не менее, на разрешение именно его должно быть сосредоточено сейчас все внимание и все силы не только медицинских работников, но и всей хозяйственной, профессиональной, партийной и советской общественности. Март и апрель должны рассматриваться как решающие месяцы борьбы за подготовку всех условий организации успешной борьбы за промфинплан III и IV кварталов.

Если мы не сумеем создать условий удовлетворительной бытовой обстановки для рабочего, не сумеем подчинить задачам охраны его здоровья, развития производительности его труда различные звенья его бытовой и трудовой обстановки, оставим nepотревоженную, накопленную вокруг рабочих общежитий грязь, мы на графике выполнения промфинплана тотчас будем иметь точное отражение допущенных на местах ошибок оппортунистической недооценки санитарно-бытовой работы.

Всякая армия требует для обеспечения своей боеспособности законченной системы медико-санитарного обслуживания. Суровый санитарный режим для нее необходим. Трудовые армии, по самому характеру своей деятельности находящиеся в обстановке барачного размещения с повышенной плотностью расселения, в условиях постоянного притока новых и новых пополнений, требуют введения этого санитарного режима в первую очередь.

Этого основного положения часто не понимают и не хотят понять. Налицо-грубое пренебрежение к санитарным требованиям, третирование санитарных работников, маскировка бездеятельности в этом направлении производственным лозунгом. Чего стоит, например, знаменитая магнитогорская формула — «Что важнее — домна или культурный здоровый барак, здоровая вода, наличие асбоза» и проч. и проч., неизменно мотивировавшая объективную невозможность развернутых санитарных

мероприятий. Такому противопоставлению конечной и основной производственной задачи частным, но необходимым звеньям обеспечения ее выполнения больше места быть не может.

Органы здравоохранения должны быть боевыми организаторами правильного использования важнейшей составляющей часть производственного процесса живой рабочей силы. Утвержденное СНК положение о санитарной инспекции кладет конец попыткам отдельных санитарных работников ограничиваться мелодекламацией на тему о нехороших хозяйственниках и заботливых, но бессильных работников, здравоохранения. Заниматься констатациями, упражнять перо в составлении актов и протоколов, не доводимых до конца, не обеспечивая контроля выполнения, — довольно!

Органы здравоохранения в лице своей санитарной инспекции приобретают на основе постановления СНК и необходимый авторитет, и действительную возможность немедленного воздействия на нарушителей санитарных требований. На основе того-же постановления органы здравоохранения имеют в своем распоряжении тысячи проводников санитарного воздействия в массы населения — общественных санитарных инспекторов. Но это-же постановление устанавливает, наряду с ответственностью хоз-организации, и **ответственность** органов здравоохранения за санитарное состояние порученного участка работы.

В этом направлении в течение всей зимы 1931-1932 г. шла напряженная работа — формы санитарного обслуживания населения резко перестраивались, но того, что проделано, — далеко недостаточно. Проводимый сейчас по директиве руководящей областной организации санитарный двухмесячник должен создать повсюду перелом в санитарном состоянии района, и этот перелом необходимо организационно закрепить.

Содержание работы двухмесячника работы здравоохранения широко известно. Рабочая программа, разработанная Облздравом, настолько полна, что на местах необходимо лишь насыщение отдельных пунктов рабочей программы местным содержанием. Общая установка месячника, методология его совершенно ясны.

Санитарный месячник, к проведению которого привлечены решительно все звенья советского, партийного, профессионального, кооперативного аппарата и общественности должен быть проверкой способности здравоохранения организационно руководить на самых ответственных участках медико-санитарного обслуживания. Санитарный двухмесячник должен быть периодом установле-

ния самой тесной связи работников здравоохранения с многотысячным рабочим активом. От начала до конца он должен быть наполнен конкретным содержанием. Каждое мероприятие—пусть самое небольшое, должно быть оперативно продумано. В плане не может быть общих мест—в плане должен быть срок, исполнитель, место работы. Санитарный месячник—не месячник разговоров и заклинаний,—месячник практических действий. Отремонтированная и вычищенная уборная стоит трех бесед об угрозе брюшного тифа. Установка бака с кипяченой водой должна заменить собой душевный разговор о вреде сырой воды, от заклинаний вшей и вшивости надо перейти к действительному обеспечению населения баней раз в 10 дней и паровой дезокамерой. Так должен ставиться вопрос, и органы здравоохранения должны быть строго последовательны в выполнении плана санитарно-технического перевооружения области. Длинные простыни планов, если они складываются в ящики стола, длинные постановления о порядке проведения двухмесячника не могут подменить собой действительной работы. Здесь необходимо отчетливо сделать упор на основное звено организующей санитарной работы—государственного и общественного санитарного инспектора. Эти кадры не только должны быть выделены, но и освоены. Они должны стать в центре всей работы здравоохранения. Нужно ликвидировать дух «аристократического» пренебрежения среди самих медработников и к «смотрителям уборных и помойных ям». Эта вульгаризация санитарной работы либо отражает моменты саботажа, сопротивления реконструкции работы здравоохранения, либо просто объясняется невежеством медработников хлесткой фразой скрывающих отсутствие элементарных представлений о санитарной работе. Между тем, в отношении выделения государственной санитарной инспектуры в нашем распоряжении имеются факты, подтверждающие нездоровые тенденции внутри самих врачей. Так, в Свердловске отдельные врачи не захотели взять мандат государственного санитарного инспектора. Право штрафовать в их неискушенном сознании преломилось как нечто сводящее их, служителей культуры науки, к положению старшего милиционера. Это, повидимому, «оскорбляет».

Можно рассказать факт, который приближается к анекдоту.—Свердловский врач гр-ка В. подала специальное заявление с просьбой освободить ее от назначения на работу государственного инспек-

тора по мотивам «службы в гражданскую войну в Красной армии и приближающегося международного женского дня». По этим выступлениям—огонь, беспощадная критика, разоблачение! Этого требуют интересы обеспечения санитарного благополучия области. С общественной санитарной инспектурой тоже неблагополучно. Профсоюзы затаили с выделением, здравоотделы—с оформлением. Ряд работников не включены в работу, ряд рабочих начинают тяготиться ей только потому, что руководящие работой общественных санитарных инспекторов не сумели и не захотели поднять их работу выше уровня наблюдения за элементарных внешним благоустройством, свели работку механически формальной реализации административных прав надзора.

Между тем, сложность санитарной обстановки и резкий дефицит санитарных врачей перекладывают на плечи вспомогательных санитарных кадров полноту ответственности, широту санитарной инициативы; выдачей на руки обязательных постановлений здесь не обойтись, нужна специальная подготовка и ее обеспечить надо.

Необходимо всячески закреплять многотысячный комсомольский, партийный и профсоюзный актив, брошенный сейчас на санитарную работу. Они смогут сами быть теми передовыми бойцами за санитарную культуру, которые обеспечат решительный перелом в санитарном состоянии наших населенных мест.

Сообщения с мест показывают, что, наряду с положительными сдвигами и организацией подлинно-массовой работы (Тагил, Сухой Лог, Челябинская проработка и увязка на протяжении чуть ли не целого месяца. Ряд ошибок организационного порядка имеют место и в Свердловске. Дни уходят, и каждый организатор здравоохранения обязан сейчас произвести проверку своей работы по санитарному 2-х месячнику. Он должен помнить, что оценку его работы даст уровень летней специфической заболеваемости.

Роста желудочно-кишечных инфекций допустить мы не можем.

Санитарный 2-х месячник предоставил нам все организационные возможности к этому, и эти возможности должны быть использованы полностью.

В. С. Серебrenников.

О летней оздоровительной работе среди детей и подростков в 1932 году

«Именно ей, этой молодежи предстоит закончить, завершить дело коммунизма, именно ей предстоят еще горячие бои за коммунизм, и она эти бои должна встретить крепкой, здоровой, со стальными нервами и железными мускулами».

Ленин.

В переживаемый нами период коренной реконструкции народного хозяйства, уже закончившей свой первый этап построением фундамента социалистической экономики—вопросы подготовки кадров приобретают особенное значение, выдвигаясь на одно из первых мест по их исключительной социальной значимости.

Особенно ярко это проявляется у нас, на стройке величайшего в мире промышленного комбината—социалистического Уралокузбасса.

Основным фондом, из которого черпается и будет черпаться квалифицированная рабочая сила и рабочая производственно-техническая интеллигенция являются детские и подростковые контингенты—ясно, которые должны стать объектом особого внимания со стороны широкой советской общественности и ее проводников в виде отделов народного образования и Здравоохранения.

На протяжении последнего времени мы видим целый ряд важнейших постановлений партии и правительства специально посвященных вопросам работы с детьми.

Полгода тому назад было издано историческое решение ЦК ВКП(б) о начальной и средней школе, поставившее во главу угла вопрос о повышении качества школьной работы, о такой перестройке его, которая обеспечила бы действительно всестороннее развитие подрастающего поколения строителей социализма. Два месяца тому назад мы имели специальные постановления СНК об упорядочении распорядка работы в школе и НКП и НКЗ об установлении твердого и рационального режима в детских учреждениях.

Одним из весьма существенных моментов, которые должны обеспечить лучшую и наиболее эффективную работу школы, вытекающим из всех этих постановлений, является оздоровление самой школы и оздоровление детей и подростков.

По причинам совершенно понятным особенное развитие эта работа получает в летние месяцы, когда школы не работают, и когда мы получаем возможность наиболее широкого использования природных факторов для оздоровления больших масс детского и подросткового населения.

Оздоровительная работа среди детей и подростков идет в двух основных направлениях: 1) по охвату оздоровительными мероприятиями широких масс детского и подросткового населения путем развертывания сети дошкольных и школьных площадок, лагерей октябрят и Ю.П., лагерей рабочей молодежи, вовлечение детских и подростковых масс в туризм, развертывание среди них физкультурной работы и пр. и 2) по обеспечению больных и наиболее слабых из них (резкое малокровие, туберкулезная интоксикация, физическая отсталость, переутомление, легкие формы нервных заболеваний) санаторно-курортным лечением и отдыхом в детских и подростковых учреждениях полусанаторного типа, санаторных лагерях октябрят и Ю.П., санаторных колониях рабочей молодежи, оздоровительных станциях, выходного дня, санаторных площадок и пр.).

Органы здравоохранения должны принимать самое активное участие и оказывать свое влияние на планирование всей сети перечисленных учреждений и мероприятий, на их объем и размах, они должны обеспечить предварительный и текущий санитарный надзор, медико-санитарное обслуживание их и, особенно, твердое выполнение санитарного минимума.

Что же касается непосредственного развертывания и содержания сети, то учреждения первого типа должны находиться в системе органов народного образования и общ. организаций, учреждения же полусанаторного типа для физически слабых детей и подростков — в системе здравоохранения.

Сеть этих учреждений и соответственно с этим охват детей и подростков оздоровительной работой за последние годы, если принять во внимание всеобщий и бурный рост школ Ф.З.У. развивались на Урале совершенно неудовлетворительно, что видно из таблицы помещенной ниже.

Развертывание всеобщего обязательного начального обучения, переход к дошкольному всеобщему обучению, небывалый рост подростковых контингентов в школах Ф.З.У. (от 3000 в 1929 году до 100.000 на конец 31 года), все перечисленные выше постановления партии и правительства обязывают

хуторов (Троицк, Пермь). В это же самое время крупнейшие промышленные районы еще ни в чем не проявили себя и, за исключением нескольких районов (Надеждинск, Алапаевск и несколько других), начинают представлять реальную угрозу срыва оздоровительных мероприятий.

До открытия оздоровительных учреждений остается еще 1½ месяца—срок вполне достаточный

для того, чтобы наверстать упущенное, создать все предпосылки, обеспечивающие полное развертывание запланированных мероприятий и удовлетворительно организовать работу летних учреждений. Все это должно быть сделано безоговорочно и всем мероприятиям, перечисленным выше, должно быть обеспечено полное и своевременное осуществление.

К вопросу о вовлечении женщин в угольную промышленность

(Предварительные сообщения клинических статистических данных бригады по обследованию Кизела Бунимович, Э. А., Крохина, Ф. И., Москевич, И. А., из Уральского Института ОММ — директор Ладыгина).

Всем известно, какое огромное значение в данный момент придается вопросу внедрения женского труда во все виды промышленности и, главное, в тяжелую индустрию, где раньше нигде не применялся женский труд (горная, нефтяная, металлургическая).

Известно, что, в связи с вовлечением женского труда во все виды промышленности, появились различные толкования, доказывающие, что женщина в производстве невыгодна, дает большой процент смертности, заболеваемости, прогулов, не выполняет норм выработки вследствие физиологических и биологических особенностей своего организма.

Привлечение женщин в производство встречает и оппортунистические противодействия части хозяйственников и даже профессиональных организаций.

Выводы очень высокий процент женской заболеваемости почти во всех профессиях, Гирш приводит читателя к мысли о почти полном запрещении или, во всяком случае, ограничении женского труда. В этом, отнюдь мы не сомневаемся, есть проявление классовой сущности. Отражение гиршевых работ мы находим у ряда русских авторов (Вигдорчик, Голеницкий).

Идеологического порядка ошибки в основном вытекают из голого эмпирического собирания фактов и их констатирования, что и приводит как Вигдорчика, так и Гирша почти к полному каузализму, т. е. к утверждению, что профессия специфична и является причиной заболеваемости. Сочетание условий и причин их взаимоотношений дает возможность вскрыть ошибочную сущность утверждения этих авторов в области женского труда и подойти к вопросу правильной диагностики. Поэтому наша установка заключается в том, что женщина может быть допущена во все профессии и что лишь при наличии известных условий во внутренней или внешней среде могут

возникнуть причины заболеваемости и наш путь есть не ограничение женского труда, а устранение условий и причин, способствующих заболеваемости. Из фактически обоснованного материала научных бригад НКТ и ВСНХ видно и доказано, что, в связи с широкой механизацией всех видов промышленности, женский труд вполне может быть применен по целому ряду профессий наравне с мужским и в отношении производительности оказалось, что в одинаковых условиях на одном и том же станке женщина справляется с работой и дает меньший процент прогулов.

Народным Комиссариатом Труда разработана целая система мероприятий, обеспечивающих вовлечение женщин в производство. С этим вопросом тесно связана перестройка бытовых условий жизни (организация общественных столовых, детских ясель, площадок, садов, прачечных, закрытых распределителей), освобождающих женщин от малопродуктивного отупляющего труда у плиты и кухни с ребенком.

Вопрос освобождения женщины и вовлечения ее в производство есть общегосударственная задача, на этом вопросе сейчас сосредоточено внимание всей партии, профессиональных и хозяйственных организаций.

В горной промышленности женский труд почти не применялся, а если и применялся, то большая часть женщин работает на поверхности.

Механизация производства, развертывание сети бытовых учреждений дадут возможность широко вовлечь женщин в это производство. Если взять каменноугольную промышленность, то до революции механизации добычи угля почти не было, кое-где встречались врубовые машины (на Донбассе).

В изучаемых нами районах Кизела (Губаха, Ленинка, Володарка) добыча угля производится механизированным способом, но женщины у машины работает мало.

Бригада, ехавшая в Кизел, поставила себе за

дачу ознакомления с угольной промышленностью, изучение труда и быта женщин вовлеченных в это производство, всестороннее обследование женщин, работающих в горе и на поверхности как со стороны социального их положения, возраста, так и со стороны общего состояния их здоровья и детальное обследование генитальной сферы. Попутно был проведен санитарный минимум в быту и на производстве и внесен ряд практических мероприятий в связи с обследованием работниц, как-то перевод с работы на работу, взятие на учет и под наблюдение женщин с хроническими воспалительными процессами и т. п. Большое внимание было уделено выработке особой спецодежды для этих женщин-шахтеров.

Работа в шахтах происходит в горе на разной глубине. Вредности обстановки заставили отдел Труда сократить работу шахтера до 6 час. В Кизеловском районе шахты механизированы и рабочим приходится иметь дело с машинами и лишь очень небольшой проц. занят физическим трудом на откатке.

Бригадой обследовано было 170 женщин, из них 106 в Губахе, 35 на Володарке и 29 на Ленинке. Всего женщин в Кизеловском районе в то время работало 240 человек; таким образом было обследовано 70 проц. всех женщин-работниц.

Женщины эти были детально обследованы как со стороны общего состояния их здоровья, так и со стороны гениталий со взятием мазков на флору влагалища, осмотр влагалищной части матки зеркалами. У группы работниц было произведено обследование влагалищ на предмет загрязнения его угольной пылью, над другой группой были произведены опыты, показывающие насколько происходит опущение стенок влагалища, матки и повышения внутрибрюшного давления при той или другой работе.

Кроме того, бригада ознакомилась с бытовыми условиями женщин-шахтерок, с состоянием общежитий, питания, ясель. На группе работниц были произведены опыты по вопросу об отеке шейки матки у работающих на тяжелой работе. У группы работниц произведен полный анализ крови и, наконец, у 8 работниц произведены повторные исследования крови.

По возрасту по всем обследованным штольням на работу вовлечены главным образом женщины молодые—от 17 до 25 лет. Их 73 проц., в возрасте от 26—35 лет—20 проц. и остальные 7 проц. падает на более старший возраст—после 35 лет. Это наблюдается во всех 3-х штольнях, которые нами обследованы. Таким образом мы видим, что в шахты пошла работать молодежь. Что касается грамотности, то здесь преобладают малограмотные 60,6 проц., грамотных всего 26,5 проц. и 12,9 проц. неграмотных. Нас интересовал вопрос, кто же, по социальному происхождению пошел рабо-

тать в шахты? При опросе обнаружено, что главным образом чернорабочие, женщины одиночки, работающие с детства в батрачках, очень небольшая часть крестьян и домашних работниц. Из всех обследованных одиноких женщин 79 проц. семейных—21 проц.; из одиноких—26 проц. девушек, 68 проц. разошедшихся со своими мужьями и 6 проц. вдов. При ознакомлении с бытовыми условиями обнаружено, что еще очень малый процент (38 проц.) работниц живет в общежитиях. Общежития по своему санитарному состоянию как в Губахе, так и на Володарке и Ленинке оставляют желать много лучшего: бригада организовала в общежитиях санитарные тройки, которые следили бы за чистотой. Кроме того, введен целый ряд практических предложений о дополнительных комнатах при постройке новых общежитий: комнаты для суши спецодежды, детской комнаты и спальни, столовой (она же красный уголок), возбужден вопрос об устройстве в каждой комнате (стенного шкафа для посуды, продуктов и т. п.

Все эти небольшие дополнения могут создать более спокойную обстановку для отдыха работниц.

На Ленинке и Володарке общественным питанием охвачены 31 и 34 проц.

По специальности всех женщин можно разбить на 3 большие группы: к I-й группе относятся женщины, занимающиеся физическим трудом—откатка вагонов, каталья, чернорабочие. Ко II группе относятся женщины, работающие на машинах и к III группе—женщины, исполняющие разную подсобную работу,—контролеры, бирочницы, инструментальщицы, выдающие инструменты, телефонистки, сигнальщицы, преддверщицы и т. п.

В I группе работает 29 проц. всех обследованных женщин, во второй группе работает 41 проц. всех обследованных женщин и 30 проц. заняты на разных подсобных работах.

Занимаясь вопросом правильности использования женской силы бригада пришла к заключению, что женщины должны работать скорее на машинах, чем на откатке, каталем и т. п. Работа на машинах не представляет особой сложности, не требует напряжения физической силы и, конечно, на этой работе женщина будет на своем месте. Работа на откатке, а тем более катальями, требует большого напряжения физической силы, сопровождается напряжением брюшного пресса и опущением матки. Это было подтверждено опытами, произведенными на работницах. Опыт определения внутрибрюшного давления производился по методу Л.Н. Щегловой следующим образом: баллончик вводился во влагалище и нагнетался воздухом до 50 мм. ртутного столба—постоянная, условная величина. У всех женщин при этом влагалище плотно облегал баллон. Баллон соединен с ме-

тглическим сфигмоманометром, на котором и отмечались колебания при том и другом движении на работе.

При этом обнаружено, что наибольшее опущение влагалишных стенок бывает у женщин при откатке вагонетки животом и при катке вагона руками. Кроме того, когда вагон сходит с рельс, откатчикам приходится поднимать его и ставить на рельсы (вагон весом 65 пуд.), на сфигмоманометре цифра показывает 130 — при 50 условных единиц.

У каталей наибольшее напряжение брюшной стенки и опущение влагалища бывает при отбрасывании угля в вагон до 140 м... условных единиц. Ясно, что такое большое напряжение является не безразличным на женский организм и группу женщин, у которых бригадой было обнаружено значительное опущение влагалишных стенок и воспалительные процессы половой сферы, было предложено перевести с этой работы на более легкую физическую, хотя и более ответственную по существу.

Что касается физического состояния женщины-работницы в шахте, то в общем в гору пошли работать молодые, здоровые женщины.

Благодаря недостаточности питания у многих из них отмечается видимое малокровие, бледность кожи и слизистых оболочек с упадком питания. Такое малокровие обнаружено у 27 проц. всех обследованных женщин: у многих отмечено расхождение прямых мышц живота не как результат многих родов, а, очевидно, как результат тяжелой физической работы с детства так как такое расхождение бригада находила и у женщин нерожавших ни разу.

Динамометрия в среднем 80—90, у некоторых 50 и некоторых 120—140 (мало).

Состояние половой сферы. Менструации большинство носит правильно по 3—4 дня—80, 5—6 дн. 10 проц., остальные 7 проц. больше 7 дней.

Все обследованные женщины в среднем работают в шахтах не более 3-х месяцев и изменений в типе и течении менструаций за это время не отмечают. Гинекологические заболевания найдены в 39 проц. всех обследованных женщин. 61 проц. совершенно здоровы. Все эти женщины, особенно с воспалительными процессами, взяты под особое наблюдение врача пункта первой помощи и для них была предложена дополнительная спецодежда для предохранения от охлаждения нижней части туловища, дабы это охлаждение не вызвало обострения уже имеющегося воспалительного процесса.

Как было указано ранее, у 50 женщин был сделан общий анализ крови, у 60 женщин взяты мазки на флору влагалища, часть женщин была исследована на загрязнение угольной пылью влагалища и у группы в 8 человек произведено дву-

кратное исследование крови, т. е. до и после работы.

При исследовании были получены следующие данные. У большинства (81 проц.) количество гемоглобина 70—80 проц.; эритроцитов свыше 4 милл. (54 проц.); со стороны белой крови общий проц. лейкоцитов ни в одном случае не превышал нормы. Предельные колебания лейкоцитов от 4.200 до 8.400, из них между 8 и 6 тыс. 21 случай (или 42 проц.) и ниже 6 тыс. (гилеукоцитов) в 29 случ. или 48 проц. (6—5 тыс. 15 случаев и ниже 5 тыс. 14 случ.). При определении лейкоцитарной формулы обратило на себя внимание в значительной части случаев увеличение процентного содержания лимфоцитов. Так, в 18 случ. т. е. $\frac{1}{3}$ женщин отмечено лимфоцитов свыше 35 проц., причем в отношении общего состояния здоровья эти женщины найдены вполне здоровыми, в возрастном отношении эта группа 17 и 25 т.г.

В наших случаях как было указано выше, количество лейкоцитов не превышало нормы, а в 48 проц. оно было даже ниже 6 тыс. Следовательно, в большей части мы имеем относительный лимфоцитоз. Параллельно с этим нейтрофилы не давали больших ядерных сдвигов, при окраске по Гимза не отмечено дегенеративных изменений. Со стороны красной крови, патологических изменений также не наблюдалось.

Подобный сдвиг гемограммы невольно обращает на себя внимание, требует дальнейшего изучения и попыток объяснения этого процесса.

При двукратном исследовании крови, которых имелось очень небольшое количество случаев, особо интересных данных получено не было: количество Нв оставалось тем же или понижалось на 1—3 проц.; лейкоциты увеличились на 1—1 $\frac{1}{2}$ тыс. в лейкоцитарной формуле там, где имелся лимфоцитоз, после работы он несколько увеличивался.

Исследование флоры влагалища дало следующие проц., I ст. чистоты в 16 сл. (26 проц.); II ст. 36 сл. (60 проц.) и III ст. 8 сл. (13 $\frac{2}{3}$ проц.); следовательно, особого загрязнения в смысле флоры не найдено, т. к. такие же цифры, т. е. с преобладанием 11 ст. чистоты, имеют место обычно.

Бригада интересовалась также вопросом загрязнения угольной пылью влагалища, с каковой целью сейчас после работы в самой шахте на пункте первой помощи у работниц после освобождения от загрязнения угольной пылью наружных половых частей ватным тампоном протиралось влагалище. Наличие угольной пыли было констатировано микроскопически во всех случаях. В неясных случаях тампон смачивался физиологическим раствором, слегка отжимался на покрывное стекло, при рассматривании с малым увеличением находили мельчайшие частички угля.

Переходя к анализу всех полученных данных мы

разрешаем себе сделать выводы предварительного характера, сводящиеся к следующему:

1. В основном в гору пошла рабочая молодежь.
2. Поскольку уничтожается уравниловка между подземными и надземными рабочими существует стимул для продвижения женщин в гору, несмотря на то, что бытовые условия женщин-горнячек еще неудовлетворительны; недостаточный охват общественным питанием, детей яслями, недостаточно хорошо устроены общежития.
3. Короткий период работы (до 3-х мес.) в шахтах не оказал, по предварительным данным, никаких резких изменений в организме, которые можно было бы связать с работой в горе.
4. Из всех профессий угольной промышленности

могут оказывать при соответствующих условиях наиболее сильное влияние на половую сферу профессии каталей и откатчиков, как работа, связанная с резким опущением влагалищных стенок и повышением внутрибрюшного и влагалищного давления.

5. Влагалище несомненно загрязняется угольной пылью, которая проникает даже в спецодежду одетую на свою одежду.

6. 3-х месячное пребывание в горе не оказывает изменений на флору влагалища женщин, в противоположность табачной пыли.

7. Со стороны крови наблюдается относительный лимфоцитоз у $1\frac{1}{3}$ женщин работающих в горе.

К вопросу организации рациональной лечпомощи больным туберкулезом верхних дыхательных путей*)

Ларинголога пермского тубдиспансера Г. С. ВЕРШОВА

Туберкулез верхних дыхательных путей, в частности и особенности гортани, является одним из тяжелейших осложнений легочного туберкулеза, а также осложнением наиболее часто встречающимся среди других осложнений.

Если принять во внимание сравнительную частоту указанного заболевания, с одной стороны, с другой—возраст больных наиболее цветущий, наичаще поражаемый, тяжесть самого процесса, нрудность борьбы с ним, психическую травму больных, заболевающих тбк гортани, станет понятным почему так много пишут ларингологи по этому вопросу, почему на нем ставится такой акцент.

По сводной статистике Schech'a гортанный туберкулез встречается в 30 проц. туберкулеза легких**), но по данным других авторов, цифра эта колеблется от 90 проц. до 6 проц.*), по данным же Ялтинского тубдиспансера всего 1 проц., что д-р Блох относит к влиянию благодатных климатических условий Южного берега Крыма**). Возможно, что такая широкая амплитуда процента разных авторов объясняется различием

характера материала, с которым каждый из них оперировал; возможно, что цифры процента зависят от активности или инактивности процесса, бацилло-носительства и проч.). Как бы то ни было даже средняя цифра—30 проц.—довольно значительна. Возраст больных 20—40 лет.

Больной тбк гортани обычно обращается к специалисту только тогда, когда его начинает беспокоить или продолжительная охриплость голоса, или довольно ощутимая неловкость при глотании, или наконец, боль. За своевременным диагнозом поражения гортани мало следят, а как для терапии, так и для профилактики этого заболевания, как впрочем, и всякого другого, необходимо возможно ранняя диагностика его.

В наших условиях больные тбк гортани являются тяжелым крестом и для врачей, и для себя, и для своей семьи. На самом деле, что получает такой больной при редких своих посещениях кабинета ларинголога: вливание, смазывание, прижигание, что надо, сознаться, делается часто совершенно бессистемно. В условиях обычной работы ларингологического кабинета у врача нет достаточно времени, чтобы уделить такому больному то необходимое внимание, которого он заслуживает. Еще хуже обстоит дело, когда легочный больной в стационаре заболевает и процессом гортани: там им совершенно некому заняться. Современный взгляд на тбк гортани заключается в том, что «тбк гортани есть местное проявление общего страдания, и общее лечение должно являться основанием, помогающим и закрепляющим успех наших местных мероприятий, и, наоборот, всякое местное лечение, будет ли это консервативно-медикаментное,

*) Доложено на объединенном заседании тубсекции пермской научной ассоциации врачей и ото-рино-ларингологической секции пермск. медицинского общества 26/III-1931 года.

**) Доктор Л. Басенко «К вопросу о лечении тбк гортани», «Вопр. туберкулеза» 1924 г. т II, № 1

*) Пр-доц. Н. А. Шнейдер «Тбк верхних дыхательных путей» (программный реферат 2 Всесоюз. ОРЛ-ского сезда), «Жур. Ушн. носов. горл. болезней» 27 г. № 3-4.

**) Труды 3 Всесоюз. сезда ото-рино-ларингологов, стр. 254.

или хирургическое, должно быть применяемо постольку, поскольку этим местным воздействием не наносится ущерба общему состоянию сил больного и местной реактивной способности тканей к самоизлечению*) А это значит, чтобы более или менее рационально лечить местный процесс гортани, ларинголог должен знать и разбираться, как в характере легочного процесса, так и общего состояния больного.

«Проводить радикальное местное лечение гортани без постоянного контроля легких и общего состояния терапевтом и недостаточно, и опасно»**)

Может ли ларинголог на обычном приеме заниматься такими деталями, как просмотр поражения легких больного, данными произведенных биологических и друг. реакций Рентгена, и т. д. Конечно нет.

Может ли он заняться наблюдением за процессом гортани систематически раз за разом отмечая происшедшие изменения, соответственно чему он должен менять и терапию? И, наконец, может ли он в амбулаторных условиях применить при процессах в гортани целый ряд мероприятий, ценность которых уже доказана клинически, как например, туберкулинизация, и протеинотерапия, светолечение во всех его видах, хемотерапия и т. д.? Остается ли при этом у врача сознание, что он помог больному если даже последний получил какую-либо манипуляцию, в особенности больной с дисфагией, место которому не на амбулаторном приеме? А нам известно как быстро и болезненно реагирует легочный процесс при падении питания, что сразу и неизбежно наблюдается при дисфагии.

Больные тбк гортани не находят для себя места в стационаре: для них нет койки; а если такой больной случайно и попадает на койку — он тягостен для персонала, ибо последний не обучен уходу за такими больными, он тягостен самому себе, ибо у него нет врача, который бы его систематически вел.

Мы можем с полным правом, несколько не преувеличивая истинного положения вещей, сказать: среди больных — самыми беспризорными, самыми обиженными являются больные тбк гортани. И нам казалось своевременным фиксировать на этом вопросе внимание медработников, органов здравоохранения и советской общественности.

Как же по нашему мнению должна быть поставлена помощь больным тбк гортани (еср. верхних дыхательных путей)?

1. При каждом тубучреждении, будь это диспансер, или стационар с койками для туббольных — должен быть ларинголог.

Положение это, как бы оно ни было основательное и жизненно — прежде всего упирается в вопрос

о кадрах. Где взять столько специалистов ларингологов, каковых вообще в Союзе недостаточно, даже для специальных кабинетов поликлиник, амбулаторий, и даже отделений больниц? Нам кажется, что единственным пока выходом из этого положения может явиться специальная ларингологическая подготовка врачей фтизиатров. Тем более, что этот вопрос, выдвинутый не нами, уже давно назрел, а в некоторых учреждениях уже успешно проводится в жизнь (Моссдрав). Практика показала, что такое разрешение вопроса жизненно и целесообразно. Моссдравотдел, прикомандировав врачей к Тубинституту в качестве стажеров с обязательством отслуживания в его тубучреждениях, вменяет им в обязанность основательное ознакомление с ларингологической практикой, курс который они теоретически и практически проходят в Ларингологическом отделении Тубинститута*) В программу курсантов фтизиатров, приезжающих в Москву для усовершенствования, также входит ознакомление с диагностикой и терапией тбк верхних дыхательных путей, что также проводится в Московских Тубучреждениях.

Для Уральской области кадр таких фтизиатров — ларингологов или, по крайней мере, фтизиатров, знакомых с простейшей техникой терапии тбк гортани, мог бы готовить Уральский Тубинститут.

II. Все больные тбк гортани с общих приемов ларингологов должны направляться в тубдиспансеры для соответствующей терапии и взятия на учет (диспансеризация гортанного тбк).

Это положение, нам кажется, не требует доказательств, поскольку оно проводится в жизнь в отношении легочного тбк.

III. Все больные с легочным процессом, вступающие на учет тубдиспансера, особенно бациллоносители, а также с суб-и декомпенсированными формами должны в обязательном порядке, вне зависимости от их жалоб на верхние дыхательные пути, проходить через кабинет ларинголога для своевременного и раннего распознавания заболевания гортани, а также и соответствующего лечения.

По этому поводу существует резолюция, принятая на 1-м Всесоюзном съезде ото-рино-ларингологов по группе докладов о туберкулезе, которая гласит: «Съезд признает необходимым обязательное включение в штаты туберкулезных учреждений ларинголога в интересах своевременного его участия в профилактической и лечебной помощи больному*).

*) Д-р Л. Басенко „Обзор деятельности ларинголог отделения I советск. тубинстит. моссдравотдела за 1925 г.“.—Труды института т. II, вып. 2-й.

**) „Русская ото-ларингология“, 25 год, № 1, стр. 54.

*) Д-р Л. Басенко (см. выше).

**) Труды 3 Всес. съезда ОРЛ-гов, стр. 249.

У нас, к сожалению, и од рукой нет данных, в каком положении находится ларингологическая помощь при тубдиспансерах в настоящее время, но по данным тубсекции НКЗ за 1922 год ларингологические кабинеты были только в 6 провинциальных тубдиспансерах (кроме Москвы и Ленинграда)**). С большой долей вероятности можно допустить, что за это время количество ларингологов в тубдиспансерах увеличилось даже в несколько раз, но все же, вероятно, не в каждом диспансере, как правило, работает ларинголог.

Само собой, разумеется, что ларингологические кабинеты должны быть в достаточной мере оборудованы соответствующим инструментарием и аппаратурой.

Кстати, необходимо коснуться вопроса, где должны получать лечение больные легочным тбк с неспецифическими заболеваниями уха, горла, носа. Нам кажется, что эта помощь должна им оказываться в ларингологических отделениях тубучреждений, т-к всякое, даже неспецифическое заболевание у туббольных, может сказаться на течении основного процесса. На аналогичной точке зрения по этому вопросу стояла ларингологическая подсекция секции Общественной борьбы с туберкулезом Мосздраводела *).

В работе ларинголога тубучреждения должна быть еще одна сторона крайне важная: у всех легочных больных едущих на курорт, с профилактической целью должны быть приведены в порядок верхние дыхательные пути: нос, носоглотку, глотку желательно, по возможности, излечить на месте, чтобы на курорт больной попал с нормальным носовым дыханием, которое чрезвычайно важно для течения легочного процесса.

Далее: в постановлениях 3-го Всесоюзного съезда по борьбе с туберкулезом по вопросу о госпитализации мы читаем: «Госпитализация туббольных необходимое звено в общей цепи санитарно-профилактических мероприятий диспансера, вследствие чего необходимо создание специальных туберкулезных больниц (отделений), в целях расширения возможности изоляции бациллоносителей, а в первую очередь находящихся в тяжелых социальных условиях *)»

IV. Для больных тбк гортани должны быть организованы отдельные стационары. И понятно почему: кроме терапии, которую целесообразнее проводить стационарно, больные должны подвергаться особому режиму (молчание, отвыкание от курения), проводить который в домашних условиях очень трудно, если не невозможно.

Только отсутствие соответствующей обстановки заставляет ларингологов прибегать при лечении

тбк гортани к паллиативным мероприятиям в виде смазывания и вливаний, и не применять тот теперь довольно большой арсенал средств, которым располагает современная медицина. Такие мероприятия, как лучистая энергия (кварцевая лампа, Соллюкс, дуговые фонари), туберкулинизация, протеинотерапия и проч., не говоря уже о хирургических вмешательствах, могут применяться, как мы указывали, только в стационаре, т-к. требуют после себя самого тщательного, самого подробного наблюдения над больным. Нам известно, что такое невинное, на первый взгляд, вмешательство, как прижигание трихлоруксусной кислотой местного очага в гортани, может вызвать при слабом иммунно биологическом состоянии больного обострение легочного процесса. После таких вмешательств необходимо следить за температурой больного, за РОЭ, за состоянием легких, весом, общим самочувствием и т. д. Амбулаторно все это проводить и немыслимо, и недопустимо. Здраводелам придется серьезно задуматься над вопросом выделения некоторого количества коек для больных гортанным тбк — без этого более или менее рациональная помощь этого рода больным не будет достигнута, причем желательно, чтобы койкам этим был придан характер санаторный. Целый ряд авторов (Любомудров, Басенко, Шнейдер, Блох, де-Форестье, Маргулис, Дашевская, Мекешина-Вислоух и др.) в своих работах убедительно доказывают, что в условиях не только санаторной обстановки, но даже просто коечной — соответствующей терапией можно достигнуть очень хороших, ободряющих результатов при заболевании гортан и тбк.

При правильной постановке такой санаторной помощи часть больных могла бы вместо дорого стоющих курортов пользоваться санаториями в привычных климатических условиях.

Нам кажется совершенно непонятным, тот малый интерес (можно даже говорить об отсутствии такового), который проявляют страховые организации к вопросу устройства санаторной помощи туберкулезным больным на местах. Какую экономию средств это могло бы дать наравне с эффективностью лечения!

V. Последнее, на что нам хотелось бы обратить внимание — это на совершенно определенную необходимость на каждом курорте для легочных больных иметь ларинголога или фтизиатра с ларингологической подготовкой. Это относится, главным образом, к Уральским курортам (Коссовобродск Чебаркуль, а также Боровое).

Если мы вначале выставили положение, что каждый туберкулезный с легочным процессом должен с профилактической целью осматриваться ларингологом, то совершенно несомненно, что туббольные на курорте должны быть все время под неослабным наблюдением в отношении состояния их

*) Е. Г. Мунблит. «Организац. борьбы с туберкул. в РСФСР» — «Вопр. туберк.» 23 г. т. I, № 3-4.

*) «Вопр. туберк.» 23 г. том I, № 2, стр. 209.

*) «Вопр. туберк.» 24 г., т. II, № 5-6, стр. 150.

верхних дыхательных путей: особенно это положение относится к тем случаям, когда больные с пораженной уже гортанью попадают на курорт, где, в силу тех или других причин, гортанный процесс у них ухудшается вплоть до дисфагии со всеми вытекающими из этого последствиями.

Мы сочли бы свое краткое сообщение неполным, если бы не коснулись вопроса об организации специальной помощи больным тбк гортани в колхозах.

При существующей медицинской сети планомерная организация такой специальной помощи вне крупных городов может показаться на первый взгляд довольно затруднительной. Надеяться на выездные бригады врачей, работающие спорадически, не приходится. В интересующем нас вопросе нужна известная планомерность, работа случайная может помочь только в смысле выявления гортанных процессов.

Как же можно представить себе такую специальную помощь в районах?

Нам кажется, что в каждой районной больнице должно быть отведено несколько коек вообще для туббольных, в том числе и для гортанных. При каждой такой больнице должен быть организован тубпункт с врачом фтизиатром, для которого ларингологическая подготовка обязательна. Врач тубпункта ведет туберкулезных больных и в стационаре районной больницы. В районные тубпункты больные из колхозов направляются врачами, работающими в последних.

То, что сейчас наблюдается, конечно, явление уродливое, с которым необходимо всячески бо-

роться, которое необходимо изжить: больные подчас за сотни верст посылаются районными врачами в тубдиспансер. Для чего? Только для того, чтобы диспансер уточнил диагноз, констатировал тяжесть заболевания и отправил больного обратно, снабдив его рецептом и наставлениями. Другого выхода у диспансера нет, ибо коек для таких больных в его распоряжении не существует.

А, если принять во внимание, что часто такие больные совершенно не имеют в городе пристанища, не попадают и в Дом Крестьянина, подчас ночуют на случайных квартирах, а иногда на вокзалах и пристанях, часто с высокой температурой, бацилловыделением и т. д. — станет совершенно ясно вся бессмысленность таких посылок из районов в тубдиспансер.

Диспансеры могут, путем шефства над тем или другим колхозом, помочь тубпункту последнего организовать правильно работу, путем выездов, помогать в ней, но не консультировать тяжким, подчас безнадежным больным, посылаемым за сотни верст.

В данный момент, когда внимание советской общественности обращено на реконструкцию здравоохранения, когда совершенно ясно и точно поставлен вопрос о тесной зависимости между темпами работы Лечпрофучреждений и выполнением промфинплана на производствах и в колхозах, надо также ясно и точно сказать: мы, медработники, одни без соответствующей поддержки рабочей общественности, без тесной спайки с теми, кого мы обслуживаем, чье здоровье должны охранять, мы одни многого сделать не сумеем.

„К вопросу о переливании крови в военной обстановке“

(В порядке предложения А. М. АМИНЕВ—Пермь)

(Пермский кабинет по переливанию крови Научный консультант проф. Г. И. Гаспарян, Заведующий- д-р Аминев А. М.)

На тему о переливании крови в военной обстановке имеется большая обзорная статья д-ра Еланского в № 67 «Нового Хирургического Архива» за 1929 год, с истерпызающей полнотой разбирающая необходимость и практические возможности переливания крови в военной обстановке. Мне хочется подать свой голос за немедленное введение этого целесообразного и совершенно неизбежного в будущей войне мероприятия в военный обиход. Доказывать необходимость подготовки армии к переливанию крови едва ли придется, надо только вспомнить, что на войне одной из основных причин гибели раненых является острая кровопотеря; отравленные удушливыми газами на фронте и в тылу также будут в будущей войне составлять большой контингент. Многие тысячи из этих жиз-

ней могут быть спасены переливанием крови. Поэтому неотложной задачей нас, врачей, (и особенно военных) быть во всеоружии в этом вопросе, а Военно-Санитарному управлению красной армии практически провести его в жизнь.

В передовых иностранных армиях введено поголовное обследование солдат на изогемагглютинационные группы и у каждого делается отметка на коже левого плеча, путем татуирования, к какой группе принадлежит обследуемый.

Пермский кабинет по переливанию крови, сразу же после его организации (15 мая 1930 г.) поставил одной из задач своей работы обследование всех красноармейских частей, расположенных на территории г. Перми, на изогемагглютинационные группы о у каждого делается отметка на коже

левого плеча, путем татуирования, к какой группе принадлежит обследованный.

Пермский кабинет по переливанию крови, сразу же после его организации (15 мая 1930 года) поставил одной из задач своей работы обследование всех красноармейских частей расположенных на территории г. Перми на изогемоагглютинационные группы.

Предложение кабинета по переливанию крови о таком обследовании было охотно принято старшим врачом гарнизона и был отдан соответствующий приказ по военно-санитарной части гарнизона. Предварительно, в большинстве случаев, с красноармейцами проводилась в казарме общая беседа о цели данного обследования, после чего они охотно, с сознанием важности дела, приходили на исследование крови.

Группы в 15-20-25 человек освобождались целиком через 30-40-60 минут. Только благодаря тому, что главная часть красноармейцев была летом расположена в лагерях, удалось к моменту составления статьи пропустить через кабинет лишь немного большее 500 человек. Для того, чтобы у каждого красноармейца в любой момент можно было, независимо от его сознания, справиться об его групповой принадлежности, мы решили провести опыт татуировки красноармейцев. Для этого после установления изогемоагглютинационной группы берутся обычные швейные иглы, скрепленные сургучем по 5-6 вместе в пучек и этим пучком обмакнутые в тушь, производится татуаж легкими колющими толчками, вгоняющими тушь только в толщу поверхностного слоя кожи.

Татуаж производится на наружной поверхности верхней трети левого плеча в дельтовидной области. Результаты его остаются, как известно, на всю жизнь. Долго нами подвергался обсуждению вопрос какой классификации придерживаться при татуировке, так как до сих пор в России единой классификации принято не было.*)

Остановились мы на классификации **Янского**)** В левой дельтовидной области, после обтирания ее спиртом, наносится число точек, соответствующее группе крови.

Красноармейцам 1 группы наносится одна точка, второй группе две и т. д.

Точки диаметром 0,5-1 сантиметр. Три точки располагаются в углах мысленного треугольника, четыре в углах четырехугольника.

*) Вероятно, происходивший в Харькове с 7 по 10 сентября 1930 г. 4 Всеукраинский съезд хирургов, где вопрос о переливании крови является программным, принял единую для СССР классификацию. Труды съезда пока не изданы.

**) Во первых за Янским приоритет открытия и подробного изучения групп крови, а во вторых, как признает государственный институт по переливанию крови имени А. А. Богдана

I группа II группа III группа IV группа

Татуаж в естественной величине и расположении точек у разных групп.

Эта минутная операция переносится почти совершенно безболезненно.

Кроме татуажа мы всем красноармейцам ставим в красноармейскую книжку особый маленький штамп, в котором только нужно добавить группу крови, дату исследования и сделать подпись врача. В штампе указана классификация «Янского» и при первой группе добавляется штамп «Универсальный донор» и при IV группе «Универсальный реципиент». Естественно—это менее надежный способ, так как красноармейские книжки иногда сменяются, кроме того книжка всегда может потеряться, особенно во время ранения и переносок раненого на фронте.

Поголовное обследование красноармейцев на группы крови, включая сюда и переменный состав нам представляется существенно необходимым и именно теперь в период передышки в мирное время, так как даже такое примитивное исследование, как определение изогемоагглютинационных групп особенно необходимое иногда в весьма срочном порядке, требует некоторого времени и некоторых установок: штандартные сыворотки, нипетки, стекла, перья, спиртовка и т. д.

Совершенно другая картина получается когда у всех красноармейцев уже определена группа крови и, чтобы узнать ее, нужно только приподнять рубашку и взглянуть на левое плечо раненого, если оно, конечно, имеется в наличии. Тоже и с донором.

Опыт прошлой войны показал, что недостатка в донорах на фронте не ощущается и, вероятно, не будет ощущаться, так как едва ли найдется такой красноармеец, который откажется дать небольшую часть своей крови погибающему товарищу, тем более, что донору необходимо будут давать отдых на несколько дней. Наконец, на основании экспериментов профессора В. Н. Шамова мы знаем, что кровь можно брать от трупа по истечении даже 11 часов после смерти и спасти совершенно (на 90 %) обескровленное животное. Кровь в те

нова в Москве, классификация Янского обладает последовательностью расположения групп в % отношении по принадлежности людей к группам. I 41%. II 38%; III—18% и IV—30% и в третьих наибольшему проценту лиц 41% приходится при татуаже по Янскому ставить одну точку, при классификации же Мосса пришлось бы ставить 4 точки.

чение этого срока остается живой и продолжает выполнять свои функции после переливания ее в новый погибший организм.

В прениях по докладу профессора **Шамова** доктором **Крамаренно**, естественно, была высказана мысль об использовании крови от трупов на войне и в заключительном слове докладчик говорит: «в условиях войны, когда имеется масса трупов, только что убитых людей, у которых легко набрать целые бочки вполне жизнеспособной крови, вопрос об ее использовании обескровленным раненым может иметь вполне реальное значение». На людях этот способ уже применялся с успехом в Институте Скорой помощи им проф. Склифасовского в Москве.

Таким образом, вероятно, на передовых позициях можно будет обходиться и без штатных доноров, которых не надо будет выводить из строя. Крови для переливания на войне будет с избытком, необходимо только, чтобы все врачи умели ее рационально использовать.

Можно только поддержать все положения д-ра **Еланского**, выставленные им в конце статьи о переливании крови в военной обстановке. Только в отношении организации кадров доноров я бы не стал так категорически настаивать, так как, во первых, считаю, что каждый красноармеец должен при необходимости быть донором; во вторых, стоит на очереди исключаящая и вполне реальная проблема использования крови от трупов, надо только заранее ознакомить, путем бесед, красноармейцев с этим вопросом.

2) Организация лабораторий (хотя-бы в центральных пунктах СССР) для изготовления стандартных сывороток.

3) Снабжение сыворотками всех лечебных учреждений в потребном количестве.*)

4) Внесение в смету хирургического инвентаря госпиталей приборов для переливания крови Электра, боброва и т. д.

5) Организация специальных обязательных курсов по переливанию крови для прикомандированных для усовершенствования врачей и я бы добавил: вменить в обязанность всем врачам, особенно военным, подробно познакомиться с учением об изогемсагглютинации и с техникой переливания крови, а также провести и раз'яснительную работу о П.К. в армии.

И, наконец, основное положение, которое я выдвигаю: это поголовное обследование всего кадрового и переменного состава Красной Армии на групповые свойства крови с соответствующий отметкой, лучше всего путем татуажа на левом плече.

*) Пермский кабинет по переливанию крови изготавливает штандартные сыворотки и высылает их а стоимость пересылки.

Адрес: Пермь, I клиническая больница, лаборатория, кабинет по П. К.

Московский Институт по переливанию крови имени **А. А. Богданова**, Харьковская постоянная комиссия и др. заинтересованные учреждения должны вплотную заняться этим вопросом с тем, чтобы, во первых: выработать единую для СССР классификацию кровяных групп, удобную и для татуажа (если предложение о татуаже будет принято—я предлагаю принять классификацию **Янского** по высказанным выше соображениям). Во вторых—поставить перед Военно-Санитарным Управлением красной армии вопрос о введении обязательного обследования всего личного состава армии на группы крови и проведения других необходимых мероприятий по подготовке армии к переливанию крови.

В деле сохранения сотен и тысяч жизней бойцов революции мы не должны отставать от военно-санитарной техники капиталистических стран, еще в прошлую войну широко применявших переливание крови на позициях и теперь проводящих большую подготовительную работу в этом направлении.

Литература для ознакомления с вопросом о переливании крови:

- 1) Акад. Рубашкин — О группах крови — Харьков 1929 г.
 - 2) Еланский — Переливание крови — ГИЗ 1926 г.
 - 3) Брускин — Переливание крови — ГИЗ 1927 г.
 - 4) Д-Гудим-Левкович — Переливание крови в обстановке военного времени УСП. Военно-санитарное дело № 2 и 3, 1929 г.
 - 5) С-Малолетков — Кровяные группы и их определение В. — С. дело № 3, 1929 г.
 - 6) «Бюллетень постоянной комиссии по изучению кровяных групп». Харьков, Пушкинская 14. Украинский протозойный институт.
 - 7) Еланский. Переливание крови в военной обстановке, новый хирургический архив № 67. 1929 г.
 - 8) Криницкий и Руктовский — Переливание крови 1927 г.
 - 9) Гес-де-Кольве. Переливание крови. 1925 г.
 - 10) «Переливание крови, как лечебный метод» Госмелиздат 1930 г. Под редакцией Богомольца, Спасокухцкого и Кончаловского.
- В приведенных монографиях помещены исчерпывающие списки литературы по переливанию крови.

А. Минев.

От редакции. Редакция обращает внимание читателя на печатаемую ниже блестящую речь академика Келлера, произнесенную последним на IX Всесоюзном Съезде профсоюзов. В этой приветственной съезду речи академиком Келлером освещен вопрос о том, как Академия наук овладевает марксизмом-ленинизмом, диалектическим материализмом, как это овладение разворачивается в дискусионных боях критики и самокритики, иногда «проработки» того или иного ученого «чтобы оружие мысли заблестело, как сталь, чтобы оно было отточено острее, чтобы оно лучше помогло нашей социалистической стройке» (академик Келлер).

Речь акад. Келлера

— Я приношу вам горячий привет от имени Всесоюзной академии наук и от всей многоотысячной армии научных работников Советского Союза (Аплодисменты).

Передо мной трудная задача — коротко, в немногих словах рассказать вам о той глубокой перестройке — переплавке, которая происходит сейчас на научном фронте, на пороге второй пятилетки для общей нашей великой цели — построения бесклассового коммунистического общества.

Академия наук например в настоящее время превратилась в Академию науки и техники. Только недавно, в марте, было выбрано 13 новых академиков, действительно новых, необычных, которых раньше не было в стенах Академии. Кто они? Это — инженеры-строители энергетики, металлургии, электротехники. Впервые на самом вершине в научном штабе тесно сомкнулись наука и техника, ученые и строители. Эти новые академики — люди нового склада, люди, которые от производства развивались к высокой теории, у которых число построенных ими сооружений больше, чем число печатных научных работ (Аплодисменты).

Товарищи, этих людей вырастил, воспитал до настоящих академиков наш Советский Союз наша грандиозная социалистическая стройка.

Вот например инженер Александров. Что он делал до революции? В бывш. Тамбовской губернии он построил много больше сотни мелких мостов и плотин.

А Советский Союз дал ему огромную задачу — составить проект Днепростроя. И один проект Днепростроя делает человека настоящим академиком. А сколько у нас еще впереди таких Днепестроев и какие еще более величественные задачи стоят перед Советским Союзом! Разве полная победа над засухой в сельском хозяйстве не больше Днепростроя? А ведь со всеми нашими гигантскими стройками растут не только инженеры, — растут миллионы рабочих.

В Академию наук пришли люди с производства, но и сама Академия наук вышла на производство. В своей выездной сессии в Москве и Ленинграде Академия наук академики выступали на крупных заводах, в деловой обстановке в заводских цехах, они вели беседы с рабочими, получили от рабочих заказы, сотни чрезвычайно важных для производства предложений, ответственных поручений.

Предстоящим летом Академия наук с большими силами выезжает в Свердловск, Новосибирск, Магнитогорск, Кузбасс и на другие наши индустриальные гиганты с тем, чтобы научное творчество оплодотворить социалистическим производством и обратно. Из своих толстых глухих стен на Васильевском острове в Ленинграде Академия наук вышла на широкий простор социалистической стройки, она организует свои базы сейчас по всей стране — на Дальнем Востоке, Ср. Азии на Кавказе и т. д., собирая вокруг себя местные научные силы.

Но Академия наук, это — ведь только частица, только один хотя и важный участок нашего научного фронта. А ведь в наших общих профсоюзных рядах имеется 50 тыс. научных работников. Эта армия переживает сейчас свое великое колхозное движение, в котором мы не хотим отставать от крестьян. Правильная расстановка сил, хозрасчет, подход к научной деятельности, как к производству, на основе шести указаний т. Сталина, методы социализации и ударничества — это уже не только установки, это уже проникает, это уже насыщает наше научное творчество. На узко-специальных конференциях идет большая борьба. Почвоведы, ботаники, микробиологи и ряд других узких специалистов завершают сейчас свое полное идеологическое перево-

оружение или точнее, идеологическую переплавку, которая особенно сейчас нужна перед грандиозными задачами второй пятилетки (Аплодисменты).

Идет освобождение научных работников от гипноза крупных буржуазных ученых. Их богатое научное наследство переплавляется в могучем пламени марксистско-ленинской методологии, в огне диалектического материализма. (Аплодисменты).

И вот чудесное явление (я сам на себе его испытываю): мы, седые ученые, стали очень быстро расти. Бывает так — иногда посмотришь печатные страницы, которые я написал два года назад, и мне кажется, что их написал чужой человек. (Аплодисменты, смех).

Недавно я пришел к своему товарищу моего же поколения. У него на столе лежала только что напечатанная его книга «Физиология растений». Я говорю ему, давайте, я вас поймаю сейчас и докажу, что вы механист. Переворачиваю пару страниц, иду то место, где он дает определение физиологии растений. Нашел. Но его не поймал. Оказывается, что он прорабатывает диалектический материализм весьма серьезно, и его определение физиологии растений сделано на диалектической основе. (Аплодисменты, смех).

Характерное явление саблосалось во время только что прошедших выборов в Академию. Мы выбрали ученых с крупным мировым именем. Вы знаете, что средний возраст академиков почтенный, во всяком случае больше 50. И вот мировые ученые этого поколения — вместе с тем и молодые партийцы. Примеры — Рихтер, Тулайков и т. д. Это доказательство того, что они не мертвецы, что они живые, что у них сильно бьется научная творческая мысль, что они не потеряли способности учиться, что они молоды, несмотря на седые волосы. (Аплодисменты).

Но, товарищи, нам еще много надо работать над собой; в частности молодым, трудно себе представить, сколько в нас в старой царской школе набивали вредного и ядовитого хлама: всякие законы божьи, истории Иловайского и т. д. Много у нас ржавчины, и от этой ржавчины нам еще надо освобождаться. Вот почему мы охотно идем на критику, мы не возражаем, когда нас иногда «прорабатывают». Ведь задача такой «проработки» — снять как ржавчину, сделать так, чтобы оружие мысли заблестело, как сталь, чтобы оно было отточено острее, чтобы оно лучше помогло нашей великой социалистической стройке. (Бурные аплодисменты).

Товарищи, миллионы людей недавно ликвидировали свою неграмотность, а теперь эти миллионы не хотят оставаться больше неучеными, они хотят овладеть наукой, изучить технику. Я бы вам много мог рассказать как и что предпринимают научные работники для этой исключительно ответственной задачи.

Вот например слышали ли вы о займе, по которому не нужно уплачивать денег, а есть такой заем. Этот заем выпустили научные работники для техпропаганды. Научные работники Союза — дают рабочему классу, крестьянам-колхозникам полтора миллиона часов техпропаганды; каждая облигация — 30 часов.

В чем наша слабость? Наша большая профессиональная армия ученых еще сравнительно плохо организована, очень слабо наше техническое обслуживание, но это надо как можно скорее преодолеть, потому, что без всяких преувеличений, мы сейчас не маленькая сила, ведь мы уже не просто ученые Советского Союза, но в подавляющем большинстве настоящие советские ученые. (Бурные продолжительные аплодисменты).

Всех национальностей и поколений, от молодого аспиранта до седого академика, мы отдаем свои силы и

знания и готовы отдать свою жизнь для создания новой высокой мировой человеческой культуры — научного социализма (оурные аплодисменты), социализма Маркса, Энгельса, Ленина, Сталина для создания бесклассового коммунистического общества для создания нового мира радостного творческого труда и безграничного, преобразующего жизнь развития научного творчества.

Товарищи, всей силой науки и самой жизнью мы готовы защищать наш Советский Союз, отечество мирового пролетариата, от всех покушений международных разбойников капитализма (продолжительные аплодис-

менты). Мы призываем к этому и всех зарубежных ученых (аплодисменты). Перед ними история поставила уж свой грозный вопрос: с кем они? И они должны связать так же, как и мы, навсегда и полностью свою судьбу, с судьбой мирового пролетариата (аплодисменты).

Товарищи, победа второй пятилетки, защита ее от всяких покушений с вами вместе, в наших общих рядах, для советских ученых также есть дело чести, дело славы, дело доблести и героизма.

Последние слова тов. Келлера покрываются бурными аплодисментами съезда.

Здравоохранению — внимание и помощь

«ПРОЛЕТАРИЙ». Надеждинский р-н, Урал. — «ПЛАМЯ», Шабзский р-н

Просмотрите комплекты большинства районных газет и поинтересуйтесь, как освещаются вопросы здравоохранения.

За редким исключением, обнаружите следующее: в здравоохранении газеты вспоминают главным образом во время кампании перевыборов советов. Среди отчетов разных секций где-нибудь в конце отчета, дается несколько строк, посвященных и секции здравоохранения совета.

Но это наилучший вариант. Бывает хуже. Часто можно встретить и такого рода заметки:

«Если работали хорошо финансовая, промышленная и транспортная секции и в своей работе имеют ряд достижений, то этой работы и этих достижений мы еще пока не имеем в секции труда, секции просвещения, строительной, коммунальной и др.».

Здравоохранение — это «др».

Существует еще один вариант освещения вопросов здравоохранения. После полугода игнорирования вопросов здравоохранения вдруг появляются в какой-либо газете такие две строчки:

«Медицинская помощь должна занять ГЕНЕРАЛЬНОЕ МЕСТО в плане культурного обслуживания сева».

(«Зоря кому»).

Заметьте: «генеральное место»!

Но переройте весь комплект, переройте все номера специально посвященные подготовке к севу, — вексель остался неоплаченным. Даже слово «медицина» больше не упоминается.

Тематика газет. Что интересует газету, если она уж выделила два—три десятка строк для здравоохранения? Какими вопросами занимается она, чему уделяет внимание?

Интересуют, как правило, вопросы гигиены и санитарии.

Тема эта, безусловно, заслуживает серьезного внимания. Это актуальная тема. Но, во-первых, нельзя сводить все проблемы здравоохранения только к вопросам санитарии и гигиены. Во-вторых, самый вопрос о санитарии и гигиене освещается в районных газетах исключительно примитивно. Тема сужена до крайности, дальше швабры и выгребной ямы газеты не смотрят.

Но, даже обкарав вопрос и задев слегка лишь сотую часть его, газеты и тут предпочитают часто ограничиваться голыми лозунгами:

«Борьба за чистый, благоустроенный барак», — пишет надеждинский «Пролетарий», — борьба за хорошую питьевую воду, чистоту около дома, на дворе, на улице, на территории завода, борьба за санитарную культуру в повседневной жизни каждого рабочего ДОЛЖНА СТАТЬ ударной работой профсоюзных, партийных и культурных организаций».

Должна стать! Но как это сделать? Где пример хорошей работы хотя бы одной из трех названных организаций? Где описана плохая работа, где показано, к чему это приводит? Кто, наконец, какие работники, какие организации (фамилии имена, названия, должности!) повинны в том, что срываются партийные и советские решения?

В статье о новом колдоговоре на Надеждинском заводе освещается вопрос о том, что нового принесет колдоговор нынешнего года по сравнению с прошлогодним «в смысле улучшения культурно-бытовых нужд рабочих». Сомнений нет: сейчас узнаем то, что недоговорено в приведенном выше тезисе насчет «ударной работы профсоюзных, партийных и культурных организаций».

Узнаем: заводу отпущено 4½ млн. руб. специально на культурно-бытовые нужды. Узнаем:

большие «мероприятия проводятся по оздоровлению труда. Будет выстроена механизированная кухня-распределитель. Предлагается построить большое общежитие для женщин одиночек. Развертывается громадное жилищное строительство. Будет организована бесплатная перевозка рабочих на работу и обратно. Будут благоустроены рабочие поселки».

Судя по газете, может создаться впечатление либо полного и единодушного бездействия органов здравоохранения и местных партийных, советских и профессиональных организаций, либо на столько обеспеченного благополучия на этом участке культурно-бытовых нужд, что не потребовалось даже включения в колдоговор ни одного здравоохраненческого пункта. Судя о газете...

На деле это не так. На деле неверно и первое, и мы очень многого достигли в смысле дальнейшего улучшения медицинского обслуживания рабочих, у нас есть огромные успехи, но в то же время немало есть еще недоделанного с чем надо неустанно бороться и повинны местные работники.

За два последние года общее число здравпунктов по одной РСФСР увеличилось в 2½ раза. Капиталовложения по линии здравоохранения составляли в 1929 г. 66 млн. руб., в 1930 г. — 110 млн., в 1931 г. — 150 млн. руб.

Число больничных коек значительно увеличилось в промышленных районах и на селе. В одних только совхозах РСФСР число больничных коек выросло с 1930 г. в пять раз. Постоянный ясельный фонд в колхозах и совхозах и РСФСР увеличился в 12 раз. На новое строительство только медицинской сети на селе ассигновано в 1932 г. 25 млн. руб. Какая другая страна, какая капиталистическая страна знает подобные темпы роста обеспечения культурно-бытовых нужд трудящихся!

По Уралу поскольку здесь шла речь об уральском ладейкинском заводе, капиталовложения на новое медицинское строительство выросли за последнее два года с 6 млн. руб. до 25 млн.—больше чем в 4 раза!

Но станем ли мы скрывать, что несмотря на все эти колоссальные затраты, несмотря на то, что с ростом здравпунктов, участков, амбулаторий и больниц растет и армия врачей и среднего медицинского персонала в той же Уральской области абсолютно «медицинский» беспризорный рабочий обшежития..

6 февраля появляется в «Пролетарии» отчет об одной санитарной конференции. Докладчик, а вместе с ним газета, обращает внимание читателей на «колоссальную ответственность сторожих, уборщиц и комендантов» за чистоту барачников. Кроме названных трех категорий охранителей чистоты, никто в газете не назван...

«Всем комендантам, сторожихам, почему кстати сторожихам, а не сторожам (Ред.) и уборщицам включиться полностью на стопроцентное выполнение санитарного минимума».

Вот, пожалуй, все, что можно сказать о тематике многих наших газет, выступающих (если они выступают) по вопросам здравоохранения.

Прибавьте: один—два (в год) обязательных постановления исполкома об оспопрививании или о мерах предупреждения тифа, печатавшихся в газетах, и тематика исчерпана.

* * *

В задачи обзора не входит постановка всех вопросов советского здравоохранения. Это тем более трудно сделать, что почти нет объекта, на котором можно было бы учесть других, нет газеты, которая занималась бы более или менее удовлетворительно вопросами здравоохранения. «Пролетарий» и другие газеты, выдержки из которых приводятся здесь, не столько «герои», сколько иллюстрации.

Вот несколько основных вопросов, совершенно выпавших из поля зрения нашей лизовой печати.

В 1931 г. были Наркомздравом РСФСР направлены из городов в деревню для помощи сельской медицинской организации 2.100 врачей и свыше 8.000 чел. среднего медперсонала.

На совхозные и колхозные поля во время сельскохозяйственных работ было послано около 85.000 аптек первой помощи. Свыше 50.000 колхозников и рабочих совхозов познакомились с оказанием первой помощи.

В этом году наркомздрав развертывает во время сельскохозяйственной кампании 19.000 полевых медицинских пунктов. Будет организовано 3 млн. ясельных кошек.

Вся эта грандиозная работа требует много тысяч людей. Все это требует кадров. Наших кадров. Нужен наш врач, наша медицинская сестра, наши санитарка и няня.

Пишут ли газеты о том, как создаются эти кадры? Следят ли газеты за нашими успехами в этой области? Заботятся ли газеты об оказании помощи новым кадрам в их учебе и работе. Не следят, не пишут, не заботятся.

За последний год значительно усилен санитарный надзор и улучшена лечебная помощь рабочим основных промышленных районов и, в частности, новостроев. Сейчас на 12 новостройках РСФСР 1.070 врачей, а в течение 1932 г. предполагается направить туда еще 500 врачей. Врачами новостройки в общем обеспечены. Это можно сказать почти безошибочно.

У нас кадры готовятся не только «в столицах». Нет почти ни одного более или менее крупного промышленного центра, более или менее крупного района, где бы не было своего медицинского техникума и даже вуза. Заглядывает ли туда газета?

Мы выстроили не мало новых больниц, многими из которых можно гордиться. Но мы не скрывали никогда и впредь не думаем замалчивать организационных неполадок, мелочей, халатности того или иного администратора, врача или санитаря.

Больной стоит в очереди, больного не перевязывают во-время. Должна ли сюда заглядывать газета? Достойна ли газеты такая тема?

Почему об этом не пишут газеты?

Обязательное постановление об оспопрививании — вещь необходимая. Приходится и такими мерами бороться за культуру, за здоровье трудящихся. Но почему бы одновременно не поместить популярную статью об оспе?

Мы просмотрели много комплектов различных газет, и только в одной газете «Пламя», Шебекинского района, нашли попытку организации этого «нового» метода борьбы за санитарную и гигиену. В газете «Пламя» помещены две беседы — об оспе и тифе.

Но будем откровенны: чем так писать лучше вовсе не писать. Вот точная цитата из беседы, даже с сохранением знаков препинания:

«Эпидемия натуральной оспы является очень заразная и тяжелая по своему течению болезнь, дает много смертностей. Вследствие этого желанием каждого гражданина должно быть, привить скорее оспу и если кто не дорожит своим здоровьем, то должен будет в обязательном порядке также привить с тем расчетом, чтобы не распространять эпидемическое состояние района».

Что можно понять из беседы. На каком языке она написана? Неужели во всем районе нет ни одного врача, который взялся бы написать хорошую статью о тифе и оспе?

Таких врачей много!

* * *

Есть в нашей стране 100-тысячная армия медицинских работников. Эта армия строит вместе со всеми нами социализм, преодолевая на пути немало трудностей. Этой армии надо систематически помогать.

Есть в среде медицинских работников маловеры, нытики; есть чиновники и бюрократы; есть прямые пособники классового врага.

Их надо знать, чтобы одних перевоспитать, других удалить из нашей среды и заменить новыми кадрами нашей интеллигенции.

Медицинская сумка, полевая аптека, полевой пункт первой помощи сегодня участвуют в строительстве социализма. Но врач и санитар требуются не только в мирной обстановке. Тысячи рабочих и работниц, колхозников и колхозниц, обучающихся сегодня первой помощи в заводском цехе и на поле, завтра могут потребоваться для участия с тем же оружием в руках, с той же полевой сумкой, в защите страны строящегося социализма.

«За дело здравоохранения мы должны взяться со всей серьезностью и конкретностью». (Л. Каганович).

Д о г о в о р

по социалистическому соревнованию между обкомом союза медсантруд и обкомом союза общественного питания

Обком МСТ и Обком Союза Общественного питания в развитие соц-договора ЦК МСТ с ЦК Общественного питания заключил соц-договора на осуществление исторических решений XVII партконференции и производственной программы 32 г. на осуществление полного претворения в жизнь 6-ти исторических условий т. Сталина, на лучшую подготовку к IX съезду профсоюзов и VI съезду профсоюзов Урала. Обкомы союзов берут на себя следующие обязательства:

Добиться, на основе мобилизации рабочих, инженерно-технических и научно-исследовательских работников Союза Общественного питания и работников Здравоохранения, на основе развертывания среди них социалистических методов труда социалистического соревнования и ударничества, коренного улучшения постановки общественного питания и медикосанитарного обслуживания рабочих ведущих промпредприятий и ж.д. транспорта, имеющих решающее значение в выполнении программы угля, металла и машиностроения в заключительном году пятилетки, а именно:

По металлу:

1. Магнитогорск (доменная печь).
2. Надеждинский мед. завод.
3. Златоуст—мед. завод.
4. Лысьва —мед. завод.

По угляю:

1. Кизел.

По машиностроению:

1. Уралмашстрой.
2. Воткинский завод.

По ж.д. транспорту:

1. Свердловский узел.
2. Челябинский узел.
3. Пермский узел.
4. Ст. Карталы.

По горно-рудной промышленности:

1. Рудник имени т. Кабакова, (ст. Магнитная).
2. —, — Бакальский (ст. Бакал).
3. —, — Высокогорский (Тагил).
4. —, — Гороблагодатский.
5. Ауэрбаховский рудник.

В группе этих промышленных предприятий Обком МСТ берет обязательство провести следующее:

I. Санитарные мероприятия

1. Добиться перед центральными и областными организациями здравоохранения выделения 20 санитарных врачей в указанные промпункты до норм, утвержденной Совнаркомом, одновременно выделить из них отдельных санитарных врачей по общественному питанию.

2. Всех вновь принимаемых рабочих обязательно подвергать санитарной обработке.

3. Провести поголовную противоспешную вакцинацию, закончив таковую к 15-V—33г.

4. Полноценная (троекратная) прививка против брюшного тифа с охватом населения от 14 до 60 лет. Закончить к 25-IV—33г.

5. Проведение генеральной весенней очистки территории промышленных предприятий к 1 мая.

6. Добиться улучшения водоснабжения путем обеспечения доброкачественной воды.

7. Добиться перед хозяйственными и строительными организациями строительства бань, прачечных — их оборудования, установив на месте контрольные посты из профактива. Добиться от органов Здравоохранения дезустановок.

8. При проведении нового строительства жилищно-помещений (бараков, домов, добиться от хозяйственных организаций проведения строительства в прямом соответствии с санитарно-гигиеническими нормами.

9. Привлечь в плановом порядке широкий общественный актив рабочих предприятий. РОКК и других общественных организаций в борьбу за чистоту.

II. Лечебно-профилактическая работа.

1. Добиться перед хозяйственными здравоохраненческими организациями полного выполнения постановления СНК об организации на предприятиях здравпунктов.

2. Укрепить здравпункты врачами-общественниками за счет планового распределения окончивших Пермский медицинский институт и за счет внутри-Уральского перераспределения.

3. Организовать вокруг здравпунктов рабочую общественность (встречные предложения рабочих по санитарно-оздоровительным мероприятиям, корреспондентские рабочие пункты и т. д.), систематически использовать местную и общую печать. Организовать смотр работы здравпунктов по отраслям промышленности в целях проведения, намеченных мероприятий по здравпунктам на 1932 г. Обобщения и обмена опытом работы. Установив срок смотра:

а) по горно-рудной промышленности апрель-май 32 г.

б) металлургической — июнь—июль 32 г.

в) машиностроение сентябрь—октябрь

г) по ж. д. транспорту—ноябрь декабрь 32 г.

4. Тесно увязать работу здравпунктов с другими организациями на предприятиях — Страхпункт, Охрана труда, промсанитария, техника безопасности.

5. Проведение плановой работы здравпунктов по борьбе за снижение заболеваемости и травматизмом, добившись снижения заболеваемости травматизмом не менее как на 18 проц. организовать Травматолог. Отделение в Златоусте и Надеждинске.

Добиться от облздравотдела и ДЗО плановой отправки квалифицированных медработников для укомплектования амбулатории.

7. Обеспечить на 100 проц. в амбулаториях больных рабочих всех смен.

8. Обеспечить прикрепление квалифицированных амб. врачей (хирургов, гинекологов) к здравпунктам и обеспечить посещение на дому так, чтобы все больные могли в первый день болезни быть обследованы врачами.

9. Обеспечить 100 проц. госпитализацию больных рабочих указанных промпредприятий.

10. В порядке взаимного шефства прикрепить б-ны к отдельным предприятиям и использовать врачей для санитарно-общественной работы на последних.

11. Обеспечить консультацию амб. врачей, врачами специалистами стационаров.

III. Культурно-бытовое обслуживание

1. Обеспечить постоянный сан-надзор в столовых, кухнях, буфетах, хранилищах продуктов. Добиться отправки 15 врачей для квалификации по диетпитанию, с последующим использованием их в указанных промпунктах.

2. Обеспечить выполнение контрольных цифр 1932 г. по ясельной сети в указанных предприятиях.

3. Добиться от центральных организаций отправки в указанные пункты врачей ОЗДП. —16.

4. провести 100 проц. диспансеризацию рабочих-ударников ведущих профессий.

Обком Союза общественного питания берет на себя обязательство провести следующие мероприятия.

1. Добиться через Уралнарпит, Дортранскоопит и Уралкоопит обеспечения своевременного окончания капитального строительства, начатого в 1931-32 году и начать в срок капитальное строительство 1932 г. предприятий общественного питания, предусмотрено планом 1932 года.

2. Через Уралнарпит, Дортранскоопит и Уралкоопит укрепить материально-техническую базу,

обеспечив в первую очередь стройматериалами и оборудованием ударные новостройки. Одновременно с этим добиться от УОСНХ и Уралснаботдела выполнения в срок заявок, договоров Уралнарпита, Уралкоопита и др. на изготовление инвентаря и оборудования для предприятия общественного питания.

3. Добиться через Уралнарпит, Дортранскоопит и Уралкоопит в 1932 г. охвата общественным питанием основных групп рабочих в ведущих отраслях промышленности и транспорта на 100 проц. горячими завтраками, ужинами, ночных и вечерних смен и цехов.

4. Обеспечить эту группу предприятий общественного питания в первую очередь квалифицированной рабочей силой, поварским составом и административно-техническим персоналом, повести борьбу за вовлечение женского труда в систему общественного питания с таким расчетом, чтобы к концу 1932 г. женщины в сети столовых составляли 86 проц., за счет вовлечения в первую очередь жен рабочих этих предприятий и промышленности, которую обслуживает столовая, охватить технической учебой 100 проц. ведущих профессий рабочих в предприятиях общественного питания.

5. В ведущих отраслях промышленности и транспорта там, где еще не укреплен руководящий аппарат профорганизаций нашего союза, укрепить соответствующим руководящим составом профработников и взять подлинное руководство и под особый контроль Обкома работу этих ячеек, осуществляя систематическое живое руководство под углом выполнения 6-ти исторических условий Сталина, решений XI-и XVII конференции ВКП(б) и VI пленума ВЦСПО.

6. Полностью перевести на хозрасчет подлежащее предприятия общественного питания, главным образом в ведущих отраслях промышленности и транспорта, обеспечив их соответствующими лимитами, оказывая практическую помощь в заключении и выполнении договоров с промышленностью, Трестами Уралнарпит, Дортранскоопит и Уралкоопит. Ударные бригады ведущих профессий рабочих общественного питания перевести в 1932 году на хоз. расчет, обеспечив заключение хозрасчетных договоров с дирекцией предприятий и поставить систематическую помощь, контроль и учет результатов хозрасчетных бригад.

7. Ликвидировать обезличку в цехах и в целом в предприятиях, путем проведения подлинного единоначалия и прикрепления рабочих отдельных групп к определенным агрегатам, цехам, инвентарю и т. д.

8. Устранить своевременно брак и простои в предприятиях при помощи развертывания культурно-массовой работы.

9. Поднять производительность труда на предприятиях Уралнарпита не менее 35 проц., Урал-

коопита 50 проц., Дортранскоопита 50 проц., и Цветметзолото 35 проц., снизить себестоимость продукции на 12 проц.

10. Укрепить трудовую дисциплину среди рабочих, путем развертывания массовой работы, соцсоревнования, буксирных бригад и укрепления работы товарищеских судов.

11. Охватить на 100 проц. союзным членством рабочих предприятий, имеющих право быть членами союза.

12. Улучшить качество выпускаемой продукции путем введения разнообразия в меню, полюбодной системы и введения специальных бракерошников в предприятиях с пропускной способностью 10 т. блюд, в других предприятиях возложить ответственность на зав. производством.

13. Ликвидировать уравниловку в зарплате на основе подлинного выполнения колдоговора и перевода на сдельщину основных групп рабочих.

14. Недопускать ни в коей мере невыполнения

контрольных заданий взятых на себя по колдоговорам 1932 года.

15. Выделить в предприятиях общественных санинспекторов и сантройки, отвечающих за санитарное состояние, из актива рабочих общепитовцев.

16. К крупным нов. стройкам и промышленным организациям на время действия договора прикрепить членов президиума Обкома и ответствен. работников РК, ЛК и ГК.

17. Добиться во 2-м квартале ликвидации очередей в столовых через разгрузку столовых, быстрое обслуживание и правильную расстановку сил.

18. Охватить полностью кружками ликбеза и всеобща всех малограмотных и неграмотных работающих в наших предприятиях.

Пред. Обкома МСТ — ПОЙРОВ

Подписали:

Пред. Обкома Общепит — ВОРОВИНА

П о с т а н о в л е н и е

Об'единенного заседания президиума обкома МСТ и обкома союза общественно-го питания 1 апреля 1932 года

О соцсоревновании между обкомом медсантруд и общественного питания

Разработанный договор утвердить.

Поручить об'единенной комиссии провести Окончательное оформление договора до 3-го IV—32 г.

Предложить производственному сектору Обкома МТС и Обкома общественного питания с привлечением хозяйственных организаций составить на основе соцдоговора оперативный план действий. Срок исполнения 10-IV—32 г.

Арбитром по выполнению соцдоговора между Обкомами избрать редакцию журнала «Медработник» и редакцию газеты «Общественное питание».

Считать целесообразным по ходу выполнения соцдоговора проводить совместные заседания президиумов Обкома МТС и общ. пит. один раз в месяц.

Обязать РК МТС и РК Общественного питания, в обслуживание которых входят перечисленные в договоре объекты в декадный срок представить в Обкомы, конкретные планы по месяцам. Первые отчеты о работе должны быть представлены к 20-IV и последующая информация 1 и 15 числа каждого месяца.

Председатель Обкома МСТ Пойров.

Председ. Обкома Обществ. Питания Воровина.

О б з о р п е ч а т и

Навроцкий. К вопросу о путях профессиональной гигиены на нынешнем этапе социалистического строительства.

Гигиена безопасности и паталогия труда №№ 10—11 за 1931 г.

Между потенциальными возможностями всех организаций, работающих в области патологии и гигиены труда, и удельным весом их участия в строительстве имеется разрыв. Все разговоры, «о кризисе», о «тупике» в области патологии и гигиены труда объясняются отсутствием марксистско-ленинской установки, неправильной методологической установкой, поведшей организации, работающие по труду, в другую сторону от путей развития народного хозяйства страны, в сторону академического эмпиризма, в сторону констатации фактов.

Руководясь лозунгом «все для социалистического строительства» институты, работающие в области патологии и гигиены труда, должны сделать резкий поворот к конкретному оздоровлению труда путем реконструкции следующих трех основных фактов: технологии, производственного агрегата, рабочего помещения.

М. В.

О. Л. Кузнецов. Очередные задачи профпатологии в текущий период строительства социализма.

Гиг. безопас. и патол. труда №№ 10—11, 1931 г.

Автор констатирует резкое отставание теории от практики в работе учреждений по патологии и гигиене труда, наличие глубочайшего отрыва

этих научных дисциплин от темпов социалистического строительства, от задач социалистического здравоохранения. Причины этого коренятся в ползучем эмпиризме и некритическом заимствовании установки у буржуазной научной мысли. Это привело к установлению примата биологического над социальным, к отрицательному или недоверчивому отношению к новым формам социалистического труда, к забвению социально-экономических особенностей proletарского государства.

Необходимость скорейшей ликвидации отрыва теории от практики в области профпатологии требует непримиримой борьбы с методами и установками буржуазной профпатологии. Профпатологию следует рассматривать как науку, на-

правленную, главным образом, на сохранение и восстановление основных социальных качеств рабочего, т. е. его способности к труду.

Идеологически-методологическое перевооружение профпатологии связано с организационной перестройкой всей работы по профпатологии, к совместной ее работе со всей лечебно-профилактической сетью здравоохранения над практическими задачами по оздоровлению условий труда и быта, по снижению заболеваемости.

Развитие профпатологии требует того, чтобы она не оставалась в качестве разновидности частной патологии, а в дальнейшем профпатология должна заполнить основное содержание как общей, так и частной патологии.

М. В.

Х р о н и к а

С 21 по 29-е мая созывается Уральское совещание по борьбе с туберкулезом с привлечением рабочих, колхозников и врачей. На совещании будут заслушаны доклады на темы, посвященные задачам организации борьбы с легочным и внелегочным туберкулезом. Особое внимание будет уделено вопросу организации борьбы с туберкулезом на новостройках.

Совещание продлится 2 дня, после чего начнутся 5-х дневные курсы-конференции для врачей-туберкулезников по различным вопросам клиники, социальной патологии и профилактики туберкулеза.

В проведении курсов-конференции примут участие научные работники центральных тубинститутов и Уральского тубинститута.

Ответственный редактор: К. А. Коновалов

Оформлено комсомольской бригадой конструкторов книги: Б. Новиков, Ю. Цишевский, В. Щептев

Горлит № В 196 Уралогиз № 436. Индекс Пр-1. Формат бумаги 73×105/16. Печ. л. 13/4
Свердловск, Уралгазеттрест. Типография «Гранит» Заказ № 2559 Тираж 3000

344 63

Цена 1 рубль.