

Фонд
В. П. Бирюкова

2-3

Здравоохранение

на урале

1933

ОГИЗ—УРАЛОГИЗ—СВЕРДЛОВСК

ОРГАН УРАЛ-
ОБЛЗДРАВ-
ОТДЕЛА

СОДЕРЖАНИЕ

В. Величкин —Памяти революционера ученого М. Н. Покровского	1
А. Т. Лидский —Первые шаги ученого медицин- ского совета при Уралоблздравотделе	3
Резолюции пленума ученого медицинского совета по докладу тов. Коновалова	5
Я. И. Куналев и С. Стрёмовская —К вопросу производительности труда беременных тек- стильщиц	7
О. Ф. Рыкова, А. В. Беркутова и А. Н. Шумакова — Ориентировочная оценка некоторых пун- ктов Уралобл. по наиболее важным метео- рологическим факторам	10
Б. П. Кушелевский и И. М. Ворошилин —Мальтий- ская лихорадка в Свердловске в 1931-1932 г. .	17
Проф. Л. М. Ратнер —День переливания крови на XXII всесоюзном съезде хирургов	19
Б. Быховский —Отчет о двухмесячной научной командировке в Германию	24
Из отчета врача Б. Б. Быховского о загранич- ной командировке в 1931-32 г.	37
Приказ № 103-а по Облздравотделу	39
Рапорт Уральского научно-практического инсти- тута травматологии и ортопедии	41
Широков — Совещание врачей здравпунктов горной промышленности	41
Постановление коллегии НК РКК РСФСР по докладу группы здравоохр. о состоянии и борьбе с промышленным травматизмом . . .	42

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НА УРАЛЕ

№ 2-3

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ОРГАН ОБЛЗДРАВОТДЕЛА

1932

Г О Л

В. Величкин

Памяти революционера ученого М. Н. Покровского

10 апреля 1932 года, на 64 году жизни, скончался старейший член коммунистической партии и крупнейший ученый М. Н. Покровский.

В его лице партия и рабочий класс Советского союза потеряли виднейшего представителя старой большевистской гвардии, революционера—непримиримого борца за генеральную линию партии, активнейшего участника социалистического строительства, всемирно-известного ученого-историка.

М. Н. Покровский окончательно определился как теоретик-марксист и практик-революционер к 1905 году. В это время он вступил в ряды большевистской партии и принял активное участие в организации вооруженного восстания в качестве пропагандиста, агитатора и публициста. Он входил в состав редакций всех большевистских газет, выходивших в Москве в годы первой революции. Он был членом М. К. на Лондонском съезде партии в 1907 г., куда он был делегирован Московской организацией. М. Н. был избран членом большевистского центра. После этого съезда М. Н. вынужден был перейти на нелегальное положение и эмигрировать за границу.

К этому времени относятся его крупнейшие работы: «Русская история с древнейших времен» и первая часть очерков «Истории русской культуры». В этих работах М. Н. Покровским впервые был дан блестящий марксистский анализ русского исторического процесса.

В августе 1917 года М. Н. возвратился в Россию и принял участие в революционной борьбе в качестве активнейшего члена Московской большевистской организации, являясь решительным сторонником вооруженного восстания. В ноябре 1917 г. М. Н. был председателем Московского совета рабочих депутатов.

С мая 1918 года М. Н.—заместитель наркома по просвещению.

С первых дней основания М. Н. является бес-

сменным руководителем Комкадемии, Института истории и общества историков-марксистов, Центрархива СССР и РСФСР, Государственного ученого совета Раднор, ИКП и членом дирекции института Ленина. В то же время М. Н. вел большую педагогическую работу в ИКП и в вузах.

С 1929 года М. Н. Покровский—действительный член Академии наук.

После XVI съезда партии М. Н.—член президиума ЦКК. М. Н. состоял членом ЦИК СССР и ВЦИК ряда созывов.

Так велика и многогранна была деятельность М. Н. М. Н. Покровский был историком, а не медиком, но это не значит, что нам, медикам, нечему у него поучиться.

М. Н. является образцом для работников теоретического фронта во всех отраслях науки, в том числе и медицинской.

Чему же, мы, работники теоретического фронта медицины, должны поучиться у М. Н.?

Прежде всего,—его воинствующей партийности в науке. М. Н. категорически отвергал так называемую «объективность» науки. В своем последнем выступлении на заседании по поводу десятилетия Института красной профессуры М. Н. говорил: «Вы должны в массовой, коллективной работе показать буржуазным ученым пример, как нужно строить науку, не объективную науку, о которой мечтают буржуазные ученые... а как нужно строить нашу большевистскую науку, гораздо более действительную, гораздо более сильную». И дальше: «Наука понималась не как мощное оружие в руках рабочего класса в борьбе за социалистическую революцию, а как некая специальность сама по себе. Рот перед этой специальной наукой всякий буржуазный профессор останавливается в почтении.—А разве у нас в среде советских врачей не сохранились еще такие старые буржуазные взгляды на науку? К сожалению, сохранились, и с этими взглядами надо бороться».

Останавливаясь в той же речи на письме т. Сталина в редакцию журнала «Пролетарская революция». М. Н. сказал: «Недавно была отмечена т. Сталиным троцкистская контрабанда на участке истории, и его указания, конечно, сейчас же подхватили и те историки, ибо такая контрабанда несомненно существует на всех участках, не на одном только историческом». Самому М. Н. принадлежит заслуга разоблачения антимарксистских взглядов Троцкого в ряде вопросов русской истории, непосредственно связанных с его контрреволюционной борьбой против ленинского руководства коммунистической партии.

Были и есть попытки протаскивания троцкистской контрабанды и в теории здравоохранения (Бравая, Шевелев), и мы должны вскрывать их и беспощадно разоблачать. А для этого надо овладеть марксистско-ленинской теорией. М. Н. говорил: «Твердое усвоение теории (марксизма-ленинизма, — В. В.) входит в то понимание воинствующего большевизма, боевой партийности, которое нам ставит партия как задание». Призывая к борьбе со всякими извращениями марксистско-ленинской теории во всех отраслях науки. М. Н. указывал и на необходимость борьбы с гнилым либерализмом, который он отождествлял с т. наз. академизмом. Он говорил, обращаясь к кикапистам: «Вы помогли покончить в значительной степени с тем академизмом, который называется еще также гнилым либерализмом, потому, что академизм и гнилой либерализм — это не просто родные братья, это одно и то же».

И М. Н. показывал пример того, как наука должна быть пропитана партийностью: в партии, в ее практической работе он черпал силу для развития теории; вся его научная работа сочеталась с революционной борьбой. Он неустанно, под руководством партии, боролся за партийность науки.

У М. Н. были иногда ошибки, но он всегда умел делать из них урок для себя, умел честно и большевистски признаться в ошибках и исправлять их. Он как-то сказал: «Я уже очень давно работаю пылесосом и твердо надеюсь, что этих непроветренных углов у меня все меньше и меньше». В полном соответствии с задачами партийности в науке М. Н. всю свою научную работу развивал на основах марксистско-ленинской методологии, методологии диалектического материализма. Он писал, что «марксизм минус диалектика, — это марксизм минус революция».

М. Н. был блестящим марксистом-историком, с исключительным успехом применявшим метод диалектического материализма в области истории и вот почему его исторические работы представляют собой огромную ценность в научном отношении, большой шаг вперед в развитии науки истории. И в этом отношении нам, медикам, надо учиться

у М. Н. Мы до сих пор еще слабо успеваем в изучении марксизма-ленинизма, до сих пор слабо применяем методологию марксизма-ленинизма — диалектический материализм в каждой конкретной отрасли нашей теоретической работы.

Далее, характерной чертой для М. Н. было единство теории и практики. Он был крупнейшим теоретиком и блестящим мировым ученым, выдающимся историком России и в то же время непосредственно обслуживал пролетарское восстание и вел практическую работу по социалистическому строительству. М. Н. не был ученым-одиночкой, замкнутым в своем кабинете, оторванным от запросов жизни. Он всегда боролся против замкнутости, кастовости ученых. Он всегда работал над тем, чтобы искоренить самую возможность отрыва науки от революционной практики и прежде всего — широко раскрыть двери в науку для тысяч рабочей молодежи. Недаром он был одним из главных организаторов рабфаков. Недаром рабочие — металлисты завода им. Сталина писали: «Мы многим обязаны работам М. Н. Покровского: он учил нас понимать историю его труда нам во многом помогли изменять эту историю».

И в этом отношении нам, медикам, надо поучиться у М. Н. и до сих пор, очень часто, мы строим нашу научную работу, исходя не из запросов жизни, не из задач социалистического строительства, а продолжали заниматься совершенно бесполезным делом — жевать академическую жвачку чистой науки, в то время, как основная задача нашей научной работы должна состоять в том, чтобы на основе учения Маркса — Ленина — Сталина помогать строительству социализма на участке здравоохранения, помогать быстрее и лучше разрешить те или иные практические задачи, выдвигаемые жизнью. В частности в настоящий момент, после исторического решения XVII партконференции о построении бесклассового социалистического общества во втором пятилетии, перед нами стоят колоссальной важности и необычайной глубины задачи по разрешению ряда научных проблем здравоохранения во второй пятилетке. А шесть указаний т. Сталина, — разве не являются также и указаниями для работников теоретического фронта? Разве неблагодарная задача теоретическим работникам здравоохранения помочь органам здравоохранения своей научной работой исполнению этих указаний в деле здравоохранения? Все силы научной мысли мы должны направить на разрешение задач социалистического строительства. В. И. Ленин на III Всерос. съезде советов в 1918 году говорил:

«Раньше весь человеческий ум, весь его гений творил только для того, чтобы дать одним все блага техники и культуры, а других лишить са-

Много необходимого — просвещения и развития. Теперь же все чудеса техники, все завоевания культуры станут общенародным достоянием, и отныне никогда человеческий ум и гений не бу-

дут обращены в средства насилия, в средства эксплуатации. Мы это знаем, и разве во имя этой величайшей исторической задачи не стоит работать, не стоит отдать все силы?

А. Т. Лидский

Первые шаги Ученого медицинского совета при Уралоблздравотделе

«Лишь сознательная организация общественного производства, в которой происходит планомерное производство и потребление, может поднять людей над прочими животными в общественном отношении так, как их подняло производство вообще в специфическом смысле. Благодаря общественному развитию подобная организация становится с каждым днем все возможнее. От нее будет датирована новая историческая эпоха, в которой люди, а вместе с ними все отрасли их деятельности, и в частности естествознание, сделают такие успехи, что все совершенное до того покажется только тенью».

(Энгельс — Дialeктика природы. Стр. 121—122).

Это «пророческое» предсказание сбывается у нас на глазах: знаменитый исторический план ГОЭЛРО, план первой пятилетки, план второй пятилетки. Все виды труда подводятся под планирование. Научно-исследовательская работа при той роли, которая отведена ей историей, более чем какая-либо иная отрасль человеческого труда должна быть сейчас проводима в строго плановом порядке.

К сожалению, в то время как большинство институтов ВСНХ, напр., давно уже перешли на эту систему работы, восприняв все ее преимущества и убедившись на опыте в чрезвычайной плодотворности ее, наши здравоохраненческие н.-иссл. учреждения до сих пор коренным образом не перестроились и значительно опоздали с освоением и внедрением в свою работу идеи планирования.

Правда, каждый ин-тут вырабатывал свой план. Но эти планы не были увязаны одной идеей, и каждый из них не отвечал тем требованиям, которые мы предъявляем сейчас к планированию вообще. Жизнь толкала на путь создания такого авторитетного учреждения, которое взяло бы на себя работу по созданию единого плана н. и. работ всех институтов и по методологическому и тематическому руководству работой всех институтов.

Таким органом явился Ученый медицинский совет при облздравотделе, организованный в конце 1931 года. Ученый совет поставил себе первоочередной задачей: 1) подчинение плана научно-исследовательской работы всей системы научных институтов облздравотдела практическим требо-

ваниям социалистического строительства на Урале в порядке планирования тематики и выявления узловых проблем, подлежащих первоочередному разрешению.

2) Объединение в едином плане экспериментальной и клинической работы для разрешения узловых социально-гигиенических проблем с привлечением к этой работе практических работников здравоохранения.

Ученый совет не закрывал глаза на те трудности, которые ему предстоят на первых же порах. Не имея опыта подобных организаций, который можно было бы после предварительной критики взять в своей работе за отправную точку, Ученому совету приходилось в самом процессе рассмотрения планов и в условиях спешности не раз перестраивать свои работы, методы и менять установки в зависимости от предъявления самой жизнью новых требований к научно-исследовательской работе.

Чтобы подсчитать свои силы и узнать, чем заняты были ин-ты, Ученый совет с самого же начала приступил к рассмотрению планов их работ.

При этом было отмечено:

1. Разбросанность интересов в некоторых институтах. Нет определенного целеустремления и единой идеи в работе всего коллектива ин-та, не видно почти стремления к разрешению узловых проблем здравоохранения.

2. Нет ясности в целевых установках.

3. Нет связи в работе отдельных институтов.

4. Совершенно не вовлечены в научно-исследовательскую работу врачи периферии, врачи здравпунктов, диспансеров крупных, лечучреждений области и т. д.

5. Институты не увязались с хозорганами, профессиональными организациями, стройками, окрестраховской и даже руководящими органами здравоохранения. Отсюда почти полное отсутствие тем по заданиям указанных организаций.

6. Нет тем, посвященных вопросам реорганизации здравоохранения в условиях социалистической стройки.

7. Нет почти тем, посвященных вопросам повышения эффективности работы больничных учреж-

дений благодаря отсутствию связи между последними институтами.

8. Нет тем, которые давали бы теоретическое обобщение опыта и практики здравоохранения на настоящем этапе его развития.

Все эти дефекты Институтам было предложено устранить и внести в свои новые планы все указания, которые делались Ученым советом в процессе рассмотрения плана.

Прокорректированные и переработанные ин-тами на основе указаний Ученого совета эти планы были объединены в сводный план научно-исследоват. работ ин-тов, каковой был предоставлен на обсуждение пленума Ученого совета.

Однако у самого Президиума Уч. совета в самом процессе работы над созданием этого сводного плана вновь накапливается опыт и выявляются задачи такого плана. У всех членов президиума оставалось чувство неудовлетворенности и сомнения в том, насколько этот план действительно отвечает предъявляемому к нему требованиям. К этому времени в специальной и общей прессе появился ряд статей освещающих тот путь, по которому должна пойти сейчас н. и. работа. Громадное значение в смысле выяснения и уточнения задач н.-и. ин-тов внес доклад тов. Коновалова, который (доклад) на заседании пленума был предпослан рассмотрению сводного плана. Критика плана в свете новых задач, которые встали перед здравоохранением в целом и н.-и. институтами его в частности, дала очень ценный материал и руководящие установки для коллективов всех наших институтов. Новая тематика, направленная к разрешению жгучих вопросов здравоохранения и его реконструкции, новые формы работы ин-тов, подчеркивание всей необходимости комплексной разработки узловых проблем здравоохранения, необходимость срочной ликвидации отставания теоретической работы от практических вопросов социалистического строительства, снижение заболеваемости и реконструкция здравоохранения—все это должно лечь в основу н.-и. работы наших институтов. Это и заставило пленум предложить ин-там пересмотреть свою тематику и методы выполнения намеченных работ.

Два момента должны сыграть решающую роль в направлении работ наших ин-тов, а следовательно и в работе Ученого совета. Первое—это решения XVII партийной конференции, которыми роль и задачи науки в социалистической стройке конкретизированы как никогда, и второе—разработка плана второй пятилетки. Этот момент целиком вытекает из первого, и если мы его сейчас выделяем, что делаем это с той целью, чтобы подчеркнуть всю значимость для правильной работы н.-и. ин-тов участия научных руководителей наших ин-тов в составлении этого плана, то здесь в этой

работе они должны черпать свою тематику, установки и методологию при проведении научно-исследоват. работ в своих ин-тах; в процессе проработки плана здравоохранения второй пятилетки они получают ценнейший материал и отчеканенные идеологические установки.

Исторические директивы XVII партконференции выдвигают перед всей массой научных работников Союза чрезвычайной важности задачи. Роль науки неизмеримо повышается во всем деле претворения плана 2-й пятилетки. В то же время создаются новые условия для развертывания научно-исследовательского дела, которые неминуемо должны стимулировать творческий труд, отдельного научного работника и коллектива.

Намечающиеся грандиозные проблемы в области здравоохранения можно будет разрешить при совершенно определенных условиях.

Таковыми являются:

- 1) плановость в работе н.-и. институтов;
 - 2) применение коллективных методов труда в наших институтах;
 - 3) подведение марксистско-ленинской методологии под всю научно-исследовательскую работу;
 - 4) теснейшая увязка всей работы в своем содержании с социалистическим строительством.
- «Основное требование, которое необходимо предъявлять к нашим институтам, это чтобы теоретическая работа не только поспевала за практикой, но и опережала ее, вооружая наших практиков в их борьбе за победу социализма» (Сталин).
- Это должно стать основным, ведущим лозунгом в работе всех ин-тов.

Роль институтов уже сейчас в значительной степени изменилась в сравнении с недавним еще прошлым. Нужно сделать еще один шаг, шаг решающий. Институты должны взять на себя основную работу по реконструкции здравоохранения на всех без исключения участках его. Только тогда лозунг тов. Сталина о том, что наука должна опережать практику, будет претворен в действительность. Руками работников ин-тов должна быть проведена вся эта работа, и тогда науке не придется только поспевать за практикой.

Это совершенно новая задача имеет уже много предпосылок для успешного своего разрешения. Так: 1) проводимое планирование н. и. работ явилось школой, где ин-ты могли научиться овладеть этим «важнейшим орудием преодоления отставания научно-исследоват. работ от практики социалистического строительства и поднятия ее на новую невиданную высоту» (резолюция IV съезда научных работников СССР); 2) частично уже преодолена распыленность тематики и главные силы институтов сосредоточиваются на наиболее важных узловых проблемах здравоохранения; 3) есть небольшой опыт в увязке н.-и. работ ин-тов с планами

объединений. Имеется известный опыт по вовлечению работников периферии в научно-исследовательскую работу ин-тов и 4) и наконец, в самое последнее время все ин-ты Свердловска пробуют свои силы и нащупывают пути и методы своего участия в реконструкции здравоохранения на ограниченном территориальном участке — на Урал-машинстрое.

Эту задачу, задачу реконструкции здравоохранения должны взять на себя научно-исследователь-

ские ин-ты. Как главная работа на данном этапе развития она требует сосредоточения всех сил научных работников для своего разрешения. Она же предопределяет тот путь, по которому пойдет развертывание сети ин-тов, предопределяет темпы развертывания всей научно-исследовательской работы и подготовки кадров, так же как предопределяет детали тематики, которая должна быть построена в соответствии с задачами 2-й пятилетки.

Резолюции пленума

Ученого медицинского совета по докладу тов. Коновалова «О коренной перестройке научно-исследовательской работы» от 15.III 32 г.

1. Ученый медицинский совет констатирует, что «современный загнивающий» капитализм стал оковами не только для дальнейшего развития производительных сил, но и оковами дальнейшего развития научной мысли (из резол. I ВК по плану н.-и. работы), что только в Стране советов, в стране строящегося социализма создаются неограниченные возможности для развития производительных сил, для развития коммунистических методов труда, для широчайшего развития научно-исследовательской работы, науки и техники. Творческая инициатива в Стране советов развязана, имеет все возможности безгранично нарастать, укоряя бег социалистического строительства, все более и более вооружая знаниями и техникой трудящиеся массы в борьбе последних за социализм, все скорее и скорее приближая наступление развернутого коммунистического общества.

2. Исторические задачи — выполнение первой пятилетки в четыре года и создание бесклассового общества к концу выполнения второго пятилетнего плана народного хозяйства СССР (1933-1937 г. г.) должны стать боевыми задачами всех научных работников, в том числе и в первую очередь научных работников в области охраны здоровья трудящихся масс.

Ожесточенная борьба против СССР со стороны всего международного капиталистического окружения, сопротивление ликвидируемых капиталистических элементов внутри страны и вредительство со стороны классово враждебных кругов в области науки и техники требуют ясной и четкой постановки вопроса о месте и роли научно-исследовательской работы в социалистическом строительстве (рез. первой ВК по плану н.-и. работ). В условиях ожесточенной классовой борьбы тео-

рия нейтральности науки, «объективности» ее, науки для «науки» льет воду на мельницу классовых врагов; объективно сторонники этих теорий и теоретик помогают классовым врагам, противодействуют социалистическому строительству.

УМС считает, что научные работники должны решительно переключиться на выполнение грандиозных задач важнейшего исторического строительства социализма и обороны социалистического отечества против его классовых врагов.

3. Практически и политически это обозначает: а) не боясь трудностей и не отступая перед ними, по-большевистски преодолевать их; б) решительно отмежевавшись от теорий и теоретик, декларирующих объективность науки, беспартийность ее, овладеть марксистско-ленинской философией, диалектико-материалистической методологией и в) концентрировать творческую активность научных работников на том звене, на той проблеме, которая является на данном отрезке времени ведущей, разрешение которой максимально ускоряет темпы социалистического строительства.

Все это возможно осуществить при решительном внедрении плановости в научно-исследовательскую работу во всех ее звеньях. Плановость усилит эффективность научной работы, плановость наиболее рационально приспособит научно-исследовательскую мысль к нуждам социалистического строительства.

4. Наиболее трудным звеном в планировании научной работы является планирование тематики научно-исследовательской работы. «Научно-исследовательская проблематика должна вытекать из очередных и перспективных нужд социалистического строительства на этом этапе, из задач технико-экономической реконструкции хозяйства СССР»

(из рез. нерв. ВК по плану н.-и. работ). Таким образом, для составления общего плана научно-исследовательских работ здравоохраненческих институтов Урала, а также и для составления частных планов каждого института в отдельности на данном этапе необходимо исходить из задач выполнения контрольных цифр четвертого, завершающего года первой пятилетки и из задач второго пятилетнего плана, сформулированных XVII Всесоюзной партийной конференцией.

Это, разумеется, ни в коей мере не обозначает, что работа над крупными узловыми вопросами современной науки, от решения которых зависит дальнейший ход технико-экономического развития социалистической страны, выпадают из тематического плана; это не обозначает также и того, что начатые работы должны быть приостановлены, так как они не вытекают из задач данного этапа социалистического строительства.

5. При составлении плана тематики н. и. работы необходимо прежде всего найти основное, главное, ведущее звено в проблематике, ему подчинить все другие частные темы. Так, в травматологии и ортопедии основной проблемой должна быть общая тема «Снижение травматизма на предприятиях», которой должны быть соподчинены все другие частные темы, которые помогают наиболее успешно, наиболее эффективно разрешить главную проблему. В качестве таких частных тем можно было бы наметить следующие: а) организация травматологических кабинетов на предприятиях, б) подготовка кадров, в) стандартизация шин, г) функциональное восстановление полной трудоспособности конечностей, д) наиболее эффективное использование остаточного труда после тяжелых травм; е) правильная организация травматологической работы на предприятии и т. д. В физиотерапии основной задачей должно быть массовое применение физиотерапии с целью закаливания, укрепления стойкости организма как на фронте труда, так и на фронте биологическом в борьбе с инфекциями. Соподчиненные темы: а) организационные формы и методы, б) формы технической вооруженности: душ-примитив, примитив-солярий, правильное с точки зрения гигиены катание на лодке и т. п.; в) изучение эффективности массового применения физиотерапии и т. п. И вторая основная задача—влияние физиотерапии на отдельные виды болезней в направлении скорейшего выздоровления и полного восстановления трудоспособности. Соподчиненные частные темы: а) влияние грязи озера Горького на ревматические заболевания, б) электротерапия в борьбе с ТБК и т. п. В курортологии две основные задачи: должны быть курорты как штабы за овладение массовыми курортными методами воздействия на организм в

целях укрепления его и курорты как кузницы здоровья для лечения заболевших, для восстановления сил, реконвалесцентов и т. д. и т. п.

6. Количество научных тем, намеченных в качестве плана н.-и. работы на данный отрезок времени, необходимо соразмерить с наличием научных сил, качеством их и наличием технической вооруженности, дабы избежать такого положения когда план останется только на бумаге.

7. Овладеть марксизмом-ленинизмом, диалектическим материализмом, как боевым оружием пролетариата в борьбе его с буржуазией, как философией борющегося пролетариата, как единственными правильными философией и методологией и гигантски двигающими вперед развитие науки и техники. Отсюда ряд задач в научной работе: а) развернутая критика идеалистических, механистических и электрических теорий; б) ревизия с точки зрения диалектического материализма своих собственных трудов каждым научным работником; в) кружки, курсы и пр. по овладению марксизмом-ленинизмом.

8. Соцсоревнование и ударничество должны стать в научной работе господствующим методом труда. Соцсоревнование и ударничество в научно-исследовательской работе—это социалистические темы, это точные календарные сроки разрешения научных проблем, это увязка медицинской теории с здравоохраненческой практикой.

9. Бригадную и комплексную проработку проблем должны широко применять в н.-и. работе, во-первых, предупредить параллелизм в научной работе; во-вторых, повысить качество и эффективность научной работы; в-третьих, содействовать лучшей подготовке кадров и, в-четвертых, повысить научную ответственность и выковать научную эмансипацию субъектов научного коллектива.

10. На Ученый медицинский совет в деле реконструкции, коренной перестройки научно-исследовательской работы ложится огромная задача. УМС должен стать научным штабом планирования научно-исследовательской работы, помогать отдельным звеньям правильно развертывать работы, руководить работой, являться центром обмена научным опытом, методами и формами работы, штабом по получению «социальных» сигналов на социалистическую актуальность разрешения тех или других проблем.

11. Обязать президиум УМС на основе данного решения и решений I ВК по планированию научно-исследовательской работы в двухмесячный срок проработать:

а) профили институтов, возможность комплексирования или ассоциирования, или кооперирования отдельных институтов в целях повышения эффективности научно-исследовательской работы;

б) объем технической вооруженности институтов для успешного развертывания научной работы;

в) количество необходимых кадров и получение их (подготовка и привлечение извне);

г) формы обмена научным опытом;

д) возможность планирования изобретательства и формы компетентной помощи изобретателям;

е) целесообразность стандартизации. Традиции ее применения не только в области предметов ухода, хозяйственного оборудования, питания и пр., но и в области медицинской техники (шина, повязка, операция, помощь на дому и т. п.) исключение в объем научно-исследовательской работы институтов этого вида научной изобретательской деятельности.

Я. И. Кукалев и С. Стремовская

К вопросу производительности труда беременных текстильщиц

(Предварительное сообщение)

Из Уральского областного института ох. мат. млад.

(Директор В. М. Ладыгина, научный руководитель А. Лурье)

В то время как производительности труда женщин посвящено много работ (Лурье, Курдиновского, Гирша), вопросу труда беременных должного внимания не уделялось.

Большинство авторов, работая над вопросом производительности труда, ставят последнюю в исключительную зависимость от физико-химических процессов в организме.

Так, Фейгер говорит что под влиянием трудовых процессов в организме человека скапливается большое количество молочной кислоты, которая является причиной утомления, а отсюда и влияет на производительность труда.

Ефимов отмечает сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза и колебание в содержании К.

Ряд авторов указывают на изменение отдельных органов. Фишер отмечает появление белка в моче при тяжелом физическом труде. Кекчев делал указание на удлинение систолы и укорочение диастолы у лиц, занятых тяжелым физическим трудом. Кровь, по мнению Вальтера, Фрейфельда, и Смирновой, также не остается без изменения, хотя и зависит от характера проводимой работы.

Тяжелый физический труд в крови дает эозинофилию, нейтрофилию и наличие молодых форм. Общий лейкоцитоз значительно увеличивается. Эритроциты менее насыщены гемоглобином, а в некоторых случаях появляется в них зернистость.

Некоторые авторы все отмеченные изменения рассматривают, как результат только физической нагрузки. Это приводит их к толкованию утомляемости к механической точке зрения. Они учитывают только физико-химические стороны процесса,

не уделяя должного внимания социальной стороне труда и всему комплексу процессов.

Что утомляемость является сложным фактором, видно из некоторых работ по затрате энергии. Биндикт и Карпентер на одной и той же работе отметили на протяжении одного часа в одном случае трату энергии в 16 калорий, а в другом—при ином психическом состоянии—180. Это с несомненностью говорит о диспропорции между производительностью труда, тратой энергии и биохимическими процессами в организме.

В большинстве случаев в научных исследованиях все сводится к определению реакции на труд со стороны каких-либо отдельных органов, а не организма в целом. Так Haldane определяет реакцию на физическое напряжение газовым обменом. Винаи измеряет утомляемость по ширине аккомодации, другие авторы ее определяют длиной вдоха и выдоха, кровяным давлением, пульсом, числом дыханий, картиной крови.

В большинстве исследований выпадают эмоциональные состояния, что имеет далеко не маловажное явление. Ибо цель и труд, направленные к одному, дают наивысшую продуктивность, отмечал К. Маркс, когда говорил о большом участии в производительности труда целесообразной воли.

В нашей работе необходимо при разрешении поставленной задачи учесть еще одну особенность организма—это беременность. Зипз, Николаев—хотя и считают беременность физиологическим состоянием, но отмечают в этот период изменение большинства процессов обмена.

Коллоиды клеток в период беременности более гидрофильны. Николаев указывает на наличие в организме беременных, и в частности крови, боль-

шое количество недоокисленных продуктов метаболизма, которые главным образом дают ацидотическое направление обмена веществ. Минеральный обмен нарушен в сторону увеличения солей Са и уменьшения солей К-в крови. Водный обмен нарушен в сторону задержания воды в организме. Углеводы и белковый обмен также подвержены отклонению.

Рядом авторов отмечаются изменения состояния желез внутренней секреции вследствие вступления в цепь новых компонентов: желтого тела и плаценты.

При беременности имеются изменения со стороны кровяного давления, пульса, числа дыханий и ряд других органов; отмечается гиперфункция почек, сердца, легких, кожи и других, пигментация, которая указывает на сдвиг функции ретикуло-эндотелиальной системы. У всех беременных имеется в той или иной степени выраженная отечность кожи (у многих проявляющаяся в форме отеков ног, особенно к концу дня).

Все перечисленные особенности беременных дали возможность Байшу, Орлову и ряду других авторов считать беременность, как общую гиперфункцию организма, которая под влиянием трудовых процессов легко может перейти в патологическое состояние.

Эту теорию мы поставили под сомнение. Отдавая место физико-химическим процессам, мы отвели должное внимание и социальной стороне вопроса.

Вопросы быта, питание, материальное благополучие, культурный уровень, в достаточной мере нами учитывались при постановке нашей работы. Исползовали материал инст. Обуха, методами исследования мы взяли: кровяное давление, пульс, дыхание, динамометрия, межточный обмен по методу проф. Николаева, часовую и суточную выработку ткачих, изменение лодыжек, учет ежемесячной зарплаты работниц, хронометраж.

Для регистрации по установленной методике на каждые из взятых под наблюдение работниц были заведены особые карты. Мы старались расставить женщин на протяжении всего периода беременности на одно и то же качество материала, что и имеет огромное значение для выяснения вопроса.

Прежде чем перейти к данным нашей работы, позволим себе остановиться на описании некоторых условий труда. Ленинская текстильная фабрика в Свердловске — производство по оборудованию и обстановке старого типа. Имеет 5 основных цехов. Вырабатывает брезентовое, мешочное полотно. Вентиляция во всех отделах недостаточна, вследствие чего в атмосфере имеется большее количество пыли, а особенно в тренальном отделении. Для изучения производительности труда беременных мы взяли ткачих.

Специфичностью их труда является: точность движений, быстрота их, постоянное напряжение внимания, умение распределить его и сохранять на весь период рабочего дня. В особенно напряженном состоянии в период работы находятся зрение и осязание (например при заправке нити, проборке ремиз и берд).

Как одно из существенных условий работы здесь нужно отметить быстроту в работе, которая у работниц с большим производственным стажем постепенно вырабатывается.

Всего под изучением взято 42 беременных ткачихи

На втором	месяце беременности	2
На третьем	„	2
На четвертом	„	4
На пятом	„	6
На шестом	„	12
На седьмом	„	1
На восьмом	„	12

Основными элементами работы ткачихи являются: заправка челнока, выборка, протаскивание основы, смена галика, смена челнока и наблюдение за работой станка.

У всех работниц выполнение движений производится стоя. Все они работали на двух станках. Обследование беременных работниц производилось два раза в пятидневку, а именно: 1-й раз — в 1-й день пятидневки и 2-й раз — в 4-й день пятидневки.

Нами взята была группа работниц, занятых на производстве с 12 часов дня до 8 часов вечера.

Все исследования, кроме кровяного давления, пульса и дыхания, мы производили в помещении междупункта. 1-е обследование — при вступлении на работу, а 2-е — тотчас по окончании ее у станка.

Кровяное давление, пульс, дыхание измерялись в течение первых трех—пяти минут после начала работы у станка. Полученные данные дают возможность составить представление о влиянии трудового процесса на беременных текстильщиц.

Лодыжки у женщин к концу рабочего дня увеличиваются. Аналогичное состояние отмечалось и у контрольных небеременных женщин. Кровяное давление, пульс, дыхание, хронометраж и динамометрия, имея индивидуальные колебания, никакой существенной разницы между цифрами института Обуха у небеременных текстильщиц не дали.

Например: кровяное давление в среднем за рабочий день давало повышение на 10-20 мм., пульс — 2—10 ударов, дыхание 1—3, динамометрия уменьшалась на 5—10 делений. Какой-либо заметной

разницы по дням пятидневки отметить также не удалось (все на материале 42 женщ.).

Взятый нами метод определения изменений крови по профессору Николаеву (межуточный обмен).

Количество лейкоцитов, эритроцитов и гемоглобина оставалось без изменения. В формуле крови мы имели уменьшение сегментов, увеличение палочек, гиалиноцитов и моноцитов, без особо заметных колебаний остальных элементов белой крови.

В наших случаях мы получили в основе два типа межуточного обмена. VI группы (пикничек) отмечено к концу рабочего дня нарастание в белой крови гиалино-моцитарных элементов, а у II группы (астеничек) — увеличение сегментов, палочек и лимфоцитов.

В процессе разрушения эритроцитов и количественно изменений лейкоцитов больших изменений мы не имели. Эти данные говорят за то, что у одних (пикничек) труд текстильниц способствует выравниванию межуточного обмена с ацидотического направления в сторону «нормы». У других (астеничек) заметно явление нарастания ацидоза, что при наличии алкалотического уклона в небольших пределах по существу также не является патологическим состоянием.

Хронометраж производится у ткачих на протяжении 3 месяцев. Взята была заправка челнока с добавочными операциями. Всего было проведено измерений 40. Полученные цифры однотипны для всех беременных, и срок беременности никаких заметных сдвигов не дает. Отмечено увеличение затрат времени на операцию лишь от третьего часа работы к концу рабочего дня. Четвертый день работы вместо потраченных на операцию в первый день пятидневки 36 секунд дает в среднем 40 сек. Таким образом, все эти цифры данные хронометража существенно не отличаются от таковых же

у небеременных по материалам института Обуха. Получились те же кривые и те же размахи, во многом зависящие от стажа квалификации работниц. Ударницы-работницы дали резкие подъемы в кривой производительности по сравнению с неударницами, даже в последние месяцы беременности. Хотя мы имеем небольшое количество данных исследований, но полученные результаты позволяют высказывать мнение, что взгляд на беременность, легко переходящую в патологическое состояние при наличии того или иного труда, должен быть пересмотрен. Орлов, Байш становятся на механистическую точку зрения, содержание и представляют организм беременной женщины аналогичным максимально нагруженной в работе машине.

Взятые нами методы исследования сердечно-сосудистой системы не дали какой-либо существенной разницы по сравнению с небеременными женщинами.

Выработка по часам, дням, хронометраж, зарплата и количество потраченных часов работы по месяцам также не отличаются от таковых же у небеременных. Это с несомненностью говорит о том, что у квалифициров. работниц-ткачих нельзя поставить знак равенства между физико-химическими процессами в организме беременных и производительности труда.

Слова тов. Сталина, что «труд — дело доблести и чести», нашедшие свое преломление в ударничестве и соцсоревновании дали резкое повышение производительности труда в СССР без вредных воздействий на организм. За это говорит и понижение процента смертности и заболеваний, а также повышение рождаемости в СССР за последние годы, при полном отсутствии безработицы. Все это в равной степени относится и к беременным женщинам.

ТАБЛИЦА.

1. Средний часовой.

ВСЕГО 42 ЖЕНЩИН БЕРЕМЕН.

выработка ткачих на протяжении 1-го и 4-го дня пятидневки

	1-й час	2-й час	3-й час	4-й час	5-й час	6-й час	7-й час
VI м.б. 5 метр.	7 м.	7 м.	7 м.	4 м.	6 м.	7 м.	5 м.
VI » 6 »	7 »	7 »	7 »	5 »	5 1/2 »	6 1/2 »	5 1/2 »
VII » 5 1/2 »	6 1/2 »	6 1/2 »	6 1/2 »	5 »	6 1/2 »	6 »	5 1/2 »

4-й день пятидневки

	1-й час	2-й час	3-й час	4-й час	5-й час	6-й час	7-й час
V м.б. 7 1/2	7 1/2	7 м.	5 м.	6 м.	6 м.	5 1/2 м.	
VI » 7	7 1/2	7 »	5 1/2 »	5 1/2 »	6 м.	6 м.	
VII » 6 1/2	7	6 »	5 »	5 1/2 »	5 1/2 »	5 м.	

ПРИМЕЧАНИЕ: Между 3-м и 4-м часом — перерыв на 1/2 часа

2. Средняя часовая

Зарплата по месяцам беременности.

До 1 мес.	2-й м.	3-й м.	4-й м.	5-й м.	6-й м.	7-й м.
22 к. 23 к.	27 к.	27 к.	24 к.	24 к.	24 к.	23 к.

3. Среднее количество часов, проработан. в 1 м-ц по месяцам беременности.

196 ч. 171 ч. 166 ч. 167 ч. 168 ч. 167 ч. 168 ч.

ПРИМЕЧАНИЕ: В 1-й м-ц беремен. на общее кол. часов, проработ. женщинами нужно учесть, что многие женщины за м-ц, начиная с апреля 1931 г., работали сверхурочно ввиду недостатка на ф-ке рабочей силы.

Общая сводка группировки с V по VIII включительные

Выводы

Наименование пунктов	Ср. темп. воздуха	Относ. влажн.	Сумма осадк.	Облачность	Число дней с осадками
Златоуст . . .	I гр.	I гр.	I гр.	I гр.	I гр.
Н.-Петровск . .	I	I	I	—	—
Невьянск . . .	I	I	II	—	—
Красноуфимск .	I	I	II	I	I
Свердловск . .	I	II	II	I	I
Катав	I	I	I	—	—
Миньяр	II	I	I	—	—
Н. Тагил	II	I	I	I	II
Миасс	II	I	I	III	I
Ножовка	II	II	III	II	I
Челябинск . . .	III	II	III	III	II
Увелька	III	III	III	—	—
Троицк	III	III	III	II	III

1. Колебания кровяного давления, пульса, числа дыхания у беременных текстильщиц почти ничем не отличаются от таких же колебаний у небеременных женщин.

2. Норма выработки беременных ткачих остается почти неизменной на протяжении всей беременности.

3. Зарплата также остается неизменной.

4. Изменений каких либо со стороны крови под влиянием работы беременных ткачих отметить не удалось.

5. Количество проработанных часов у беременных остается на протяжении всей беременности стабильным.

6. На квалифицированном труде ткачих беременность отнюдь нельзя рассматривать как фактор, мешающий женщине работать.

7. Точка зрения авторов стоящих, на ограничении труда беременных, по существу реакционна. Весь центр внимания должен быть направлен в сторону улучшения условий самого производственного процесса и его рационализации.

О. Ф. Рыкова, А. В. Беркутова и А. Н. Шумаков

Ориентировочная оценка некоторых пунктов Уралобл. по наиболее важным метеорологическим факторам

(Ур. филиал Госуд. и-та Курортологии и Ур. обл. Гидр. Мет. комит.)

В связи с выбором мест для новых домов отдыха по материалам Ур. Обл. ГМК мы даем ниже оценку основных эл-тов климата теплого времени года по 13 пунктам Урала, из которых Тагил, Невьянск, Свердловск, Челябинск, Увелька и Троицк расположены на восточном склоне Уральского хребта, Миасс, Миньяр, Катав-Ивановский завод —

среди уральских гор, а Нязе-Петровск, Красноуфимск и Ножовка — на запад от Уральского хребта. Приводимые мет. данные были взяты за след. сроки: (см. таблицу на стр. 11)

Месячные суммы солнечного сияния даны по многолетним наблюдениям в Сарапуле (для Ножовки), Златоусте, Свердловске и Троицке.

Метеорологические данные по районам Увельскому, Невьянскому, Н. - Петровскому, Катавскому и Миньярскому даны по изоляциям карты Ур. области, составленной по многолетним наблюдениям.

Прилагаемые диаграммы I—II дают сравнительные кривые среднего месячного распределения по этим пунктам метеорологич. данных разных элементов. Г. к. они составлены за длительный срок наблюдений, то для наших практических целей они годятся нам, в громадном большинстве

случаев, соизмеримыми. Для большего удобства сравнения различных пунктов мы делим их по каждому метэлементу на 3 группы след. образом. Напр., ср. мес. темпер. с V по VIII включительно наибольшая в Троицке ($16,9^{\circ}$), а наименьшая за это же время в Златоусте ($13,2^{\circ}$). Разность $16,9^{\circ} - 13,2^{\circ} = 3,7^{\circ}$; делим эту разность на 3, получаем приблизительно $1,2^{\circ}$. Это будет пределом, внутри которого могут варьировать ср. темп. каждой группы за период V—VIII включительно.

	Ср. темп. воздуха	относит. влажн.	осадки	облачность
Челяб.	1905—1920 гг.	тоже	тоже	тоже
Н. Тагил	1882—1920	т ж	1893—1920	1882—1930
Троицк	1908—1920	1916—19 и 25—30	многол тн.	1926—1930
Свердловс	1880—1920	тоже	1991—1920	ми г летн.
Миасс	1922—1930	т о	ж	е
Красноуф.	1901—1920	многолетн	1890—1920	многолетн.
Ножовка	1899—1920	многолетн.	1899—1920	1913—18 и 22—30
Златоуст	1886—1920	многолетн.	1886—1920	1926—1930

Г. о., пункты со средней мес. температурой за этот период от $13,2^{\circ}$ до $13,2^{\circ} + 1,2 = 14,4^{\circ}$ мы включаем в I группу (наиболее холодных)—Златоуст, Нязе-Петровск, Невьянск, Красноуфимск, Свердловск, Катав-Ивановский зав. II группа включает в себя пункты со ср. мес. темп. за этот период от $14,5^{\circ}$ до $14,5^{\circ} + 1,2^{\circ} = 15,7^{\circ}$; это будет Миньяр, Н. Тагил, Миасс и Ножовка. Наконец,

III группа — наиболее теплые пункты — со средней темп. от $15,8^{\circ}$ до $17,0^{\circ}$ — обнимает 3 пункта: Челябинск, Увелька и Троицк.

Тоже деление ряда всех этих пунктов на 3 группы мы произвели по их влажности, облачности, суммам осадков в порядке уменьшения этих элементов от группы I к группе III. Даем эту сводку:

Группировка исследуемых пунктов (по периоду V—VIII включит).

А. Средняя температура воздуха.

I группа (наиб. холодные)
(ср. темп. от $13,2^{\circ}$ до $14,4^{\circ}$)
Златоуст
Н. Петровск
Невьянск
Красноуфимск
Свердловск
Катав

II группа (умерен.)
(ср. темп. от $14,5^{\circ}$ до $15,7^{\circ}$)
Миньяр
Н. Тагил
Миасс
Ножовка

III группа (наиб. теплые)
ср. темп. от $15,8^{\circ}$ до $17,0^{\circ}$.
Челябинск
Увелька
Троицк

Б. Относительная влажность в 13 час.

I гр. (отн. вл. наибольшая)
(от 57, до 54,5 %)

II гр. (умерен. влажн.)
от 54,3 до 51,3 %

III гр. с наим. влажн.
(от 51 до 48 %)

Н. Тагил,
Златоуст и Н.-Петровск,
Невьянск,
Миасс
Катав и Миньяр
Красноуфимск

Ножовка,
Свердловск,
Челябинск,

Троицк.
Увелька.

В. Облачность

I гр. (от 66,3 до 62,5 %)

II гр. (от 63,3 до 58,3 %)

III гр. (от 58,2 до 55 %)

Красноуфимск
Н. Тагил
Свердловск и Златоуст

Ножовка и Троицк

Челябинск
Миасс

Г. Сумма осадков (за V—VIII вкл.)

I гр. (от 301 до 264 мм.)

Златоуст
Миасс
Катав
Миньяр и Н. Тагил
Н. Петровск

II гр. (от 263 до 225 мм.)

Невьянск
Свердловск и Красноуфимск
Ножовка

III гр. (от 224 до 186 мм.)

Челябинск
Увелька
Троицк

Д. Число дней с осадками.

I гр. (67,8—56,7 дн.)

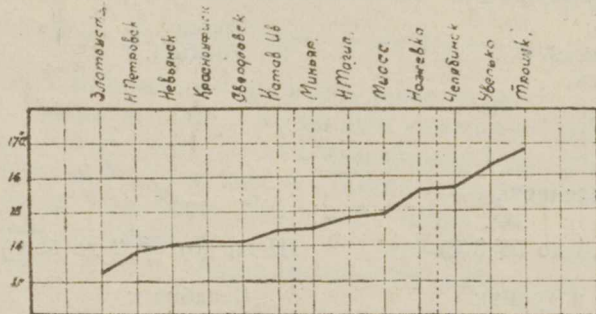
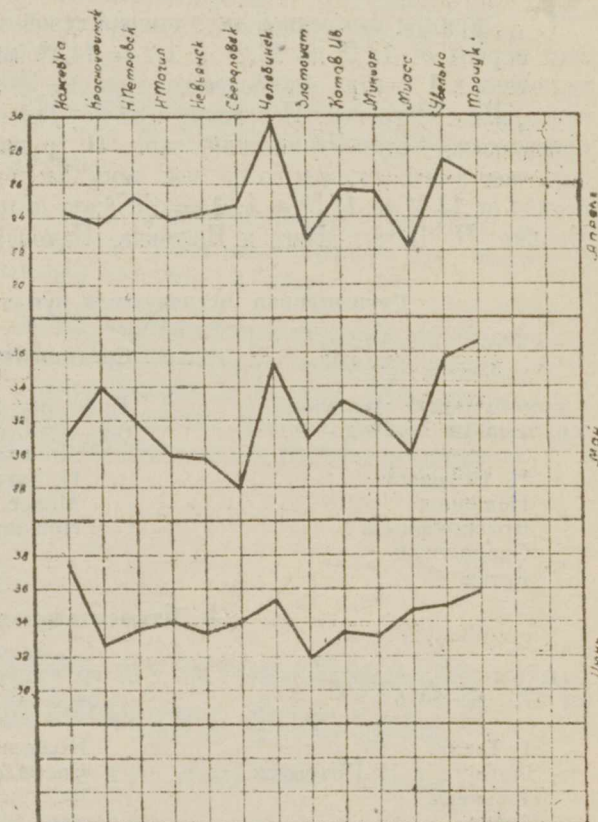
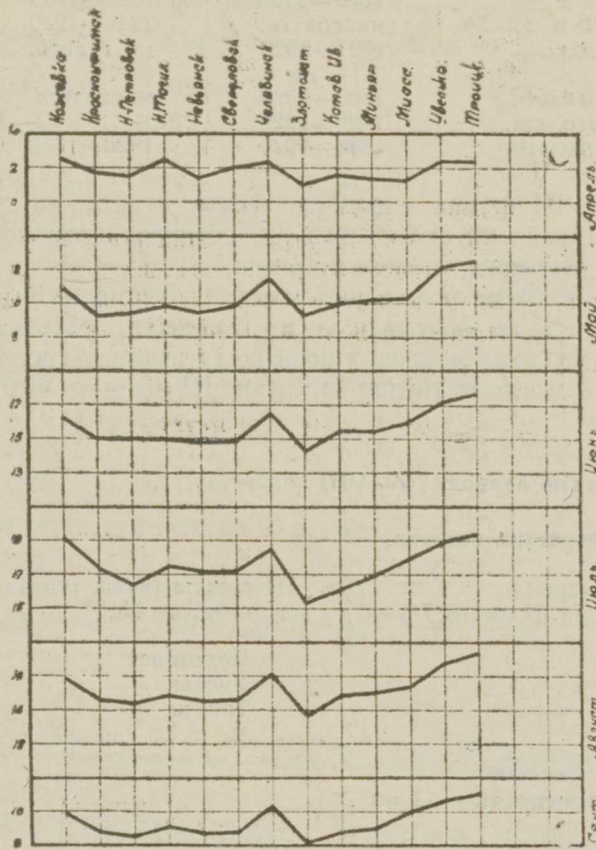
Златоуст
Ножовка
Миасс
Красноуфимск
Свердловск

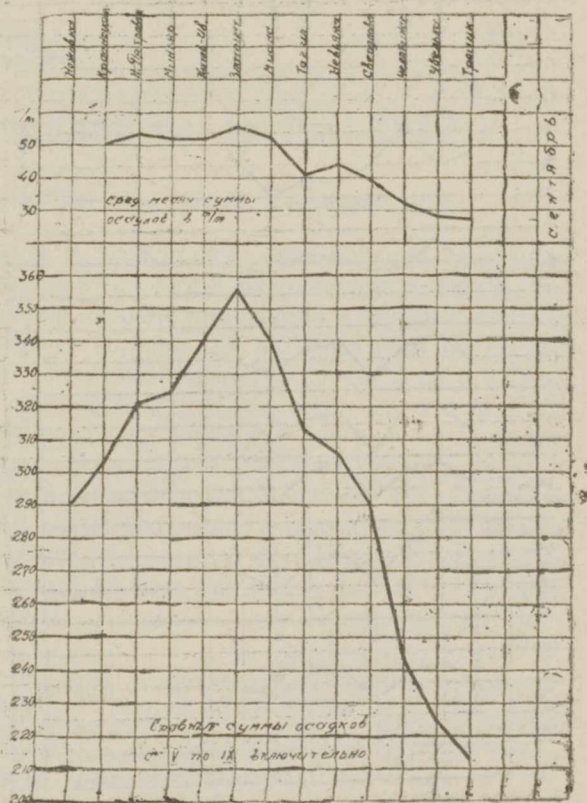
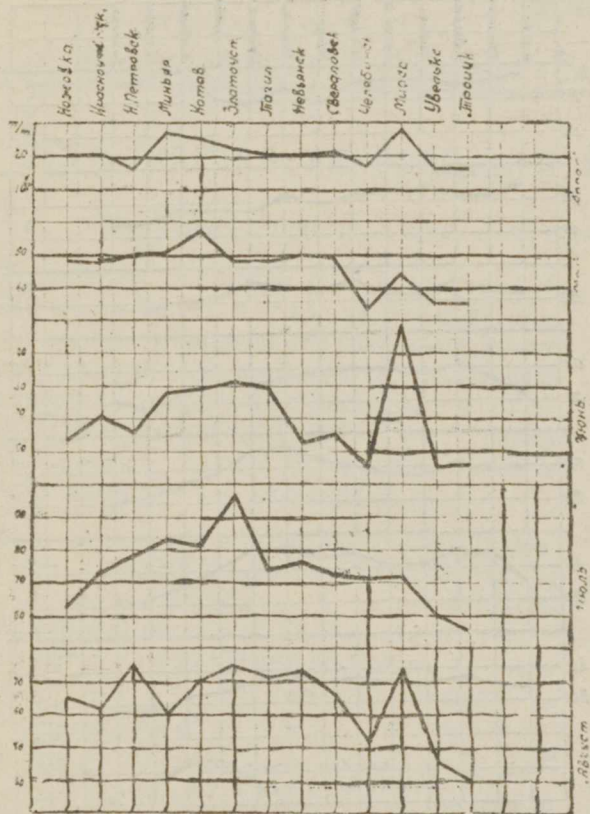
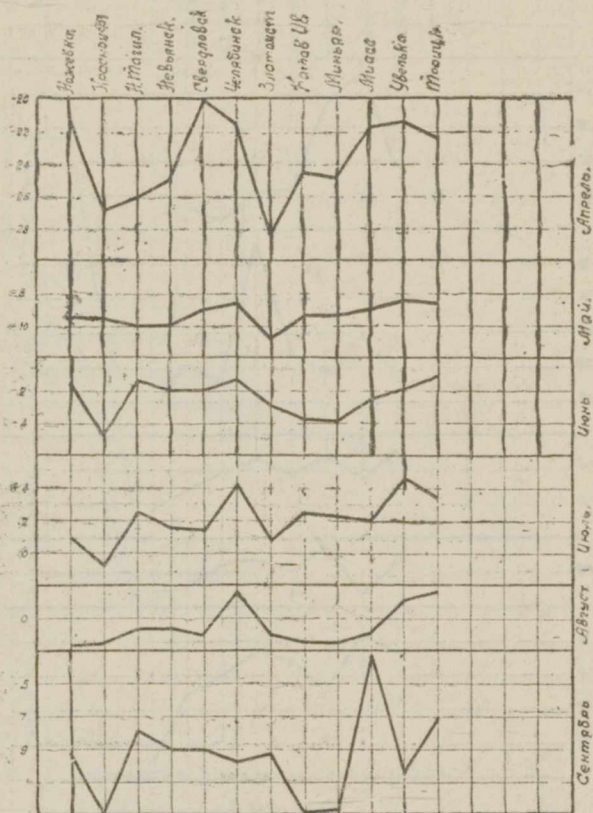
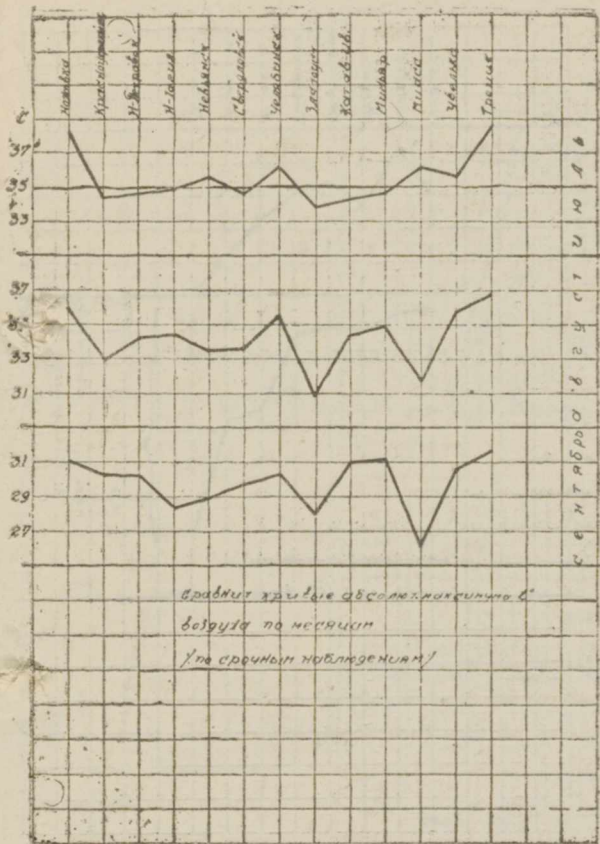
II гр. (56,6—45,5 дн.)

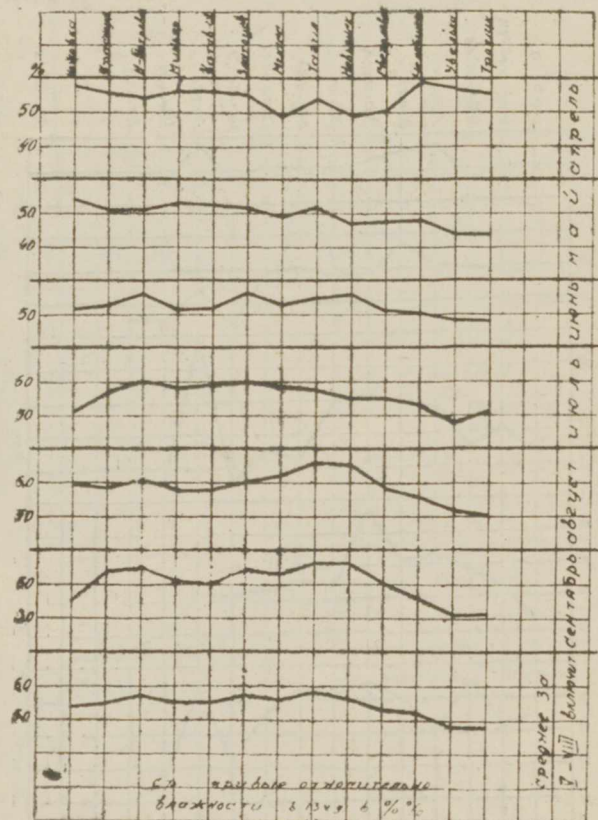
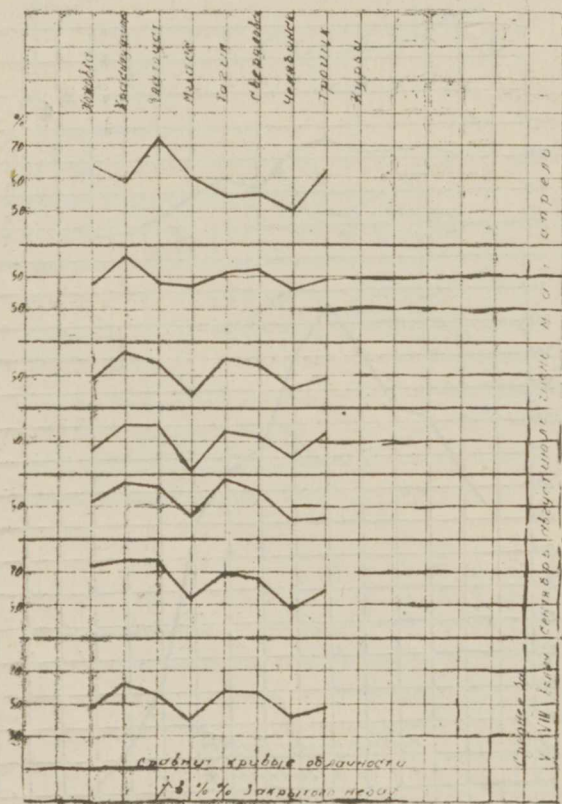
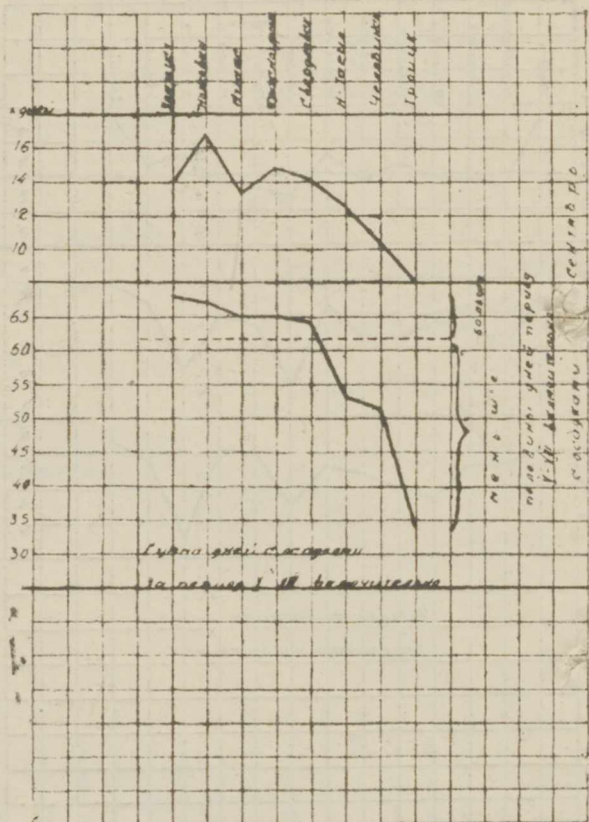
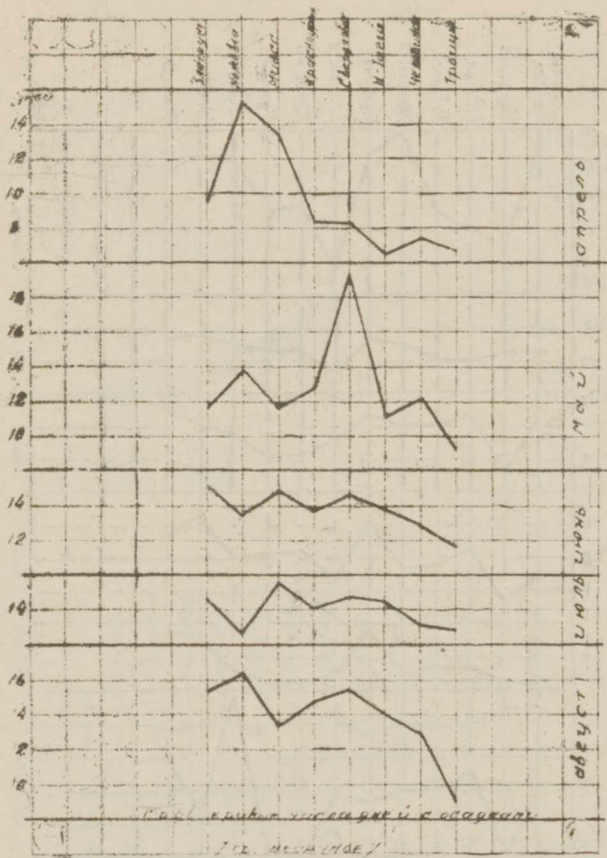
Н. Тагил
Челябинск

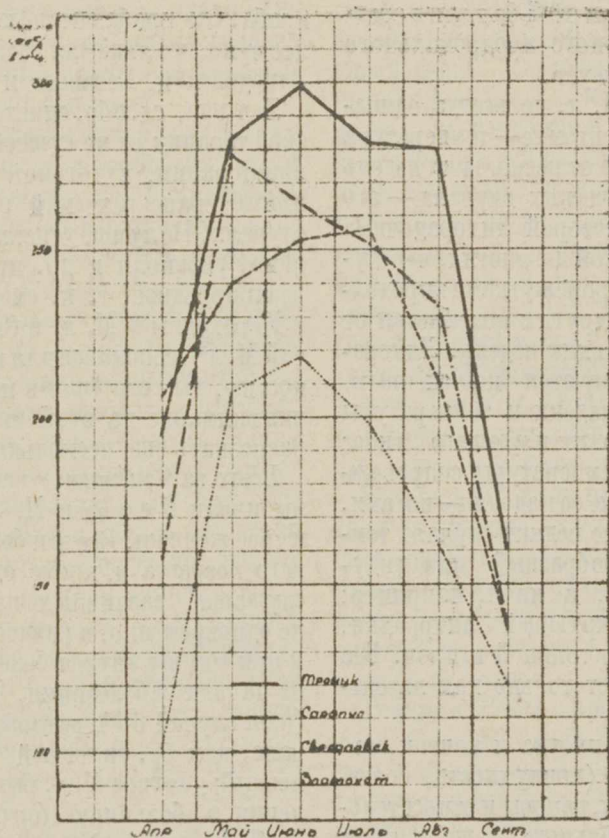
III гр. (45,4—34,5 дн.)

Троицк









Сравнительная кривая число часов солнечного сияния в 6 месяцев

Б. П. Кушелевский и И. М. Воршилин (Свердловск)

Мальтийская лихорадка в Свердловске в 1931-1932 г.

(Из Терапевтического отд. 3-ей горбольницы. Зав. Б. П. Кушелевский)

Мальтийская лихорадка (М. л.), известная за рубежом уже 70 лет, а у нас на Урале впервые установленная всего лишь год тому назад, естественно, делает актуальным вопрос об ознакомлении с ней врачей Урала, а потому, сообщая о заболеваниях ею в Свердловске за 1931-1932 год, считаем целесообразным сначала дать краткие сведения об этой новой для нас инфекции.

М. л., выделенная в самостоятельное заболевание еще в 1863 г. Мерстоном (Marston) на о. Мальте—откуда и название М. л., где в 1887 г. Брюс (Bruce) открыл ее возбудителя *Micrococcus melitensis*, в СССР впервые была установлена только в 1922 г. (Крюковым в Ташкенте и Здродовским в Азербайджане).

Встречаясь преимущественно в теплых и жарких странах (особенно на островах и на побережье Средиземного моря), а в СССР на его южных окраи-

нах (г. о. Кавказский и Закаспийский районы и побережье Черного и Каспийского моря) М. л. на Урале впервые установлена в 1931 г. в совхозе «Овцевод» (Брединский р., Уральской обл.), где были обнаружены подтвержденные серологически и бактериологически массовые случаи М. л. у овец и людей; инфекция завезена с Кавказа овцами, вывезенными оттуда в 1929 г.*)

Главным источником заражения М. л. человека являются сырое молоко и приготовленные из него продукты (сыр, масло) от больных М. л. коз и овец, выделяющих микробов мочей и особенно молоком.

*) Об этом новом эндемическом очаге М. л. на Урале доложено на объединенном заседании терапевтической и санитарно-профилактической секций научной ассоциации врачей 7/IV-1932 г. в Свердловске, д-ром Несговоровым, производившим исследование этого очага.

Инкубационный период при этой болезни в среднем 1—3 недели. Характерного продромального периода при ней не существует.

Клиническая картина М. л. не всегда одинакова. Самый постоянный симптом ее — температура с общей продолжительностью от нескольких недель до нескольких лет; в типических случаях — это волнообразная кривая, в которой лихорадочные волны, в количестве от одной до многих, чередуются с безлихорадочными промежутками; продолжительность как тех, так и других колеблется от нескольких дней до нескольких недель. Лихорадочные волны характеризуются постепенным, нарастанием и таким же падением температуры ремиттирующего или интермиттирующего типа; обычно вечерние подъемы температуры сопровождаются ознобами, а утренние ее падения — потами.

В менее типических и более редких случаях температура имеет не волнообразный или ундулирующий тип лихорадки, а иной, например: 1) неправильной рецидивирующей лихорадки, 2) интермиттирующей, 3) постоянной и проч. Без температуры М. л. протекает только как латентная форма инфекции.

Увеличение селезенки, а иногда и печени, явления со стороны суставов (припухлость, болезненность), особенно крупных, запоры и относительно хорошее самочувствие больного, даже в затянувшихся случаях болезни, тоже очень характерные и частые симптомы М. л. Типична и кровь лейкопения, нейтропения с относительным лимфоцитозом и сдвигом влево, моноцитоз и нарастающая анемия. Кровяное давление понижено. Диагностическая реакция положительна.

Остальные многочисленные симптомы и осложнения менее постоянны, например, различные сыпи, головные боли, бессоница, невралгии, миалгии, радикулиты, особенно типичны орхиты и эпидидимиты, реже паротиты и пр.

Диагноз М. л. в типических с достаточной продолжительностью случаях поставить клинически легко, в случаях же нетипических и в начале болезни — невозможно. Облегчает диагноз серологическое исследование — агглютинация возбудителя кровяной сывороткой б-ного, т. н. реакция Райта, но дифференцировать М. л. от ее клинко-эпидемиологического аналога инфекции Bang'a вызываемой *Bac. abortus Bang'a* тоже встречающейся у людей, но поражающей крупный рогатый скот, реакцией Райта нельзя, т. к. при обеих инфекциях она положительна. Решающее значение для всех случаев имеют: 1) бактериологическое исследование — выделение из крови или мочи б-го культуры микрококка и 2) проба Бюрне — появление через 6-8 часов болезненной отечности и покраснения на месте внутрикожного введения 0,1 см³ фильтрата бульонной культуры этого ми-

кроба. Эта проба специфична, постоянна и наиболее чувствительна для распознавания М. л. (Бюрне, Здродовский, Безансон и Филдбер).

Лечение, гл. обр. симптоматическое. Специфической терапии ее не существует. Серотерапия, вакцинотерапия, аутогемотерапия, рентгенотерапия имели терапевтический эффект лишь в отдельных случаях. Не лучше успехи от сальварсана, уротропина, гиваноля и др. препаратов. Предсказание благоприятное, т. к. смертность незначительная.

Переходим к М. л. в Свердловске. Первый случай М. л.* явившийся для нас полной неожиданностью, мы встретили в июле 1931 г. и, сосредоточив внимание на этой инфекции, вскоре смогли распознать еще несколько случаев ее.

Всего за 9 месяцев в нашем терапевтическом отделе мы имели 6 случаев М. л., из них трое мужчин и трое женщин. Все эти больные молодого или среднего возраста и, кроме одной домашней хозяйки, служащие различных профессий. Заболели они не одновременно, в разное время поступили в отдел и при том все спустя более или менее долгое время от начала заболевания. Только у последнего б-го (наш случай 6-й), который долго трактовался сначала, как бр. тифозный, а потом как туберкулезный; диагноз М. л. был поставлен до поступления в больницу (ординатором нашего отд. Ф. Я. Розенблатт); во всех же остальных случаях М. л. до поступления в отделение распознана не была, и больные велись под другими диагнозами, из которых один последовательно сменялся другим. Среди этих диагнозов чаще были: бр. тиф, малярия, туберкулез, остр. сустав. ревматизм. В отделение больные поступали либо со своим последним диагнозом, либо для выяснения диагноза.

Перечисляем больных в порядке их поступления. Случай 1-й больной — Л. В., 36 лет, завхоз подрома, поступил в отд. 6 VII-31 г. на 19-й день болезни, с диагнозом остр. суст. ревматизма. Сл. 2-й — б-ная Ш. К., 26 лет, дом. хозяйка, поступила 23-XII-31 г. на 6 месяце болезни с диагнозом хронич.-сепсис. Сл. 3-й — б-ной Н. Б., 37 лет, врач-бактериолог, поступил 11-I-32 г. на 12-й день болезни, для выяснения диагноза. Сл. 4-й — б-ная Ш. Л., 38 лет, экономист треста, поступила 18-III-32 г. на 3 месяце болезни для установления диагноза. Сл. 5-й — б-ная Ш. В., 30 лет, лаборантка Бактериолог. инст., поступила 21-IV-32 г. на 2 мес. болезни для диагноза и т. д. 6-й — б-ной У. А., 44 лет, бухгалтер поликлиники, поступил 24-IV-32 г., через 3,5 мес. от начала заболевания, с диагнозом М. л.

Начало болезни во всех случаях было постепенное, так что больные от 3 дней (сл. 3) до месяца (сл. 2) продолжали даже заниматься своими делами. Субъективными проявлениями начала болезни

* Опубликованный д-ром Ворошилкиным.

были не имеющие дифференциально-патогностического значения общее недомогание, головные боли, слабость, лихорадочное состояние с познабливанием, реже с ознобами и потами.

Дальнейшее течение болезни имело ряд общих черт у всех больных и, в виду однообразия этого течения, вполне соответствовало той клинической картине, которую нам пришлось в дальнейшем наблюдать у этих же больных у себя в отделениях, где они находились от 2 мес (сл. 6) до 2½ (сл. 3).

Время пребывания больных в отделениях наиболее частыми их жалобами были: лихорадочное состояние с ознобами и особенно ночными проливными потами, головные боли, слабость, бессонница и запоры. Объективно же прежде всего бросалось в глаза относительно хорошее общее состояние больных, даже в затянувшихся случаях болезни (напр. сл. 6) Температура имела, как это и свойственно этой болезни, преимущественно волнообразный тип лихорадки. Во всех случаях была значительно увеличена селезенка, выступающая из-под ребер на 2-4 пальца, и, кроме сл. 1, увеличена и печень. Явления со стороны суставов (боли, припухлость), особенно крупных, встречались тоже у всех больных, появляясь в различные периоды болезни и неся то мимолетный (сл. 3, 6), то затяжной характер (сл. 1, 4).

Помимо того, у одной больной (сл. 2) наблюдался радикулит, появившийся в конце заболевания, державшийся около 3 месяцев и исчезнувший позже остальных симптомов болезни. У другого больного (сл. 3) — упорная миалгия приводящих мышц бедра, развившаяся в начале заболевания. В одном же случае наблюдался и орхит, появившийся в середине болезни и продолжавшийся 10 дней. Сыпи наблюдались у 4 больных: геморрагическая — в сл. 2 и розеолезная — в сл. 4, 5 и 6; появлялись они на высоте болезни, высыпали по всему телу, носили гл. об. рассеянный характер и держались — первая 2½ недели, последняя же несколько дней.

Наконец, в одном случае (сл. 5) в конце заболевания встретились очень интересные невралгические боли, начавшиеся с верхней челюсти и распространившиеся на всю голову. Держались эти боли целый день, при чем при попытке больной подняться с постели она чувствовала онемение языка и в течение часа не могла шевельнуть языком и говорить.

Пульс никаких характерных особенностей не представлял. Кровяное давление обнаруживало небольшое понижение. Никаких других отклонений со стороны внутр. орган. не отмечено.

Общий анализ крови, систематически производившийся у всех больных, дал сходные и характерные для этой инфекции результаты. Со стороны белой крови имелась выраженная лейкопения (в

сл. 6 до 2500 лейкоц.) и следующая лейкоцитарная формула: небольшой сдвиг влево (в сл. 1 и 5 до юных форм), с уменьшением сегментированных (до 15 проц. в сл. 2 и 6) и лимфоцитозом (до 63 проц. в сл. 2 и 54 проц. в сл. 4); моноцитов встретился только у 2 больных (в сл. 4 — 17 проц. и сл. 6 — 20 проц.), у остальных же количество моноцитов было на верхней границе нормы. Со стороны красной крови во всех случаях анемия: гемоглобина от 59 проц. (сл. 3) до 70 проц. (сл. 6); эритроциты от 3.150.000 (сл. 3) до 3.980.000 (сл. 1); почти у всех гипохромия, полихромазия, анизо и пойкилоцитоз; цв. показ. от 0,67 (сл. 2, 4) до 1,09 (сл. 3). Плазмодий малярия ни у кого не обнаружено. Диазореакция мочи у всех больных резко положительна.

Реакция Вигалья, произведенная у 5 больных, дала следующие результаты: в сл. 1 и 2 — отрицательный, в сл. 4 — положительный с бр. тифом в разведении 1:100; в сл. 3 — положит. с паратифом в разведении 1:400 и в сл. 6 — слабо положит. с паратифом В в разведении 1:200. Повторные исследования дали, однако, отрицательный результат.

Реакция Райта, сделанная неоднократно у всех больных, дала положительный результат как с культурой *micrococcus melitensis*, так и с культурой *bac. abortus Bang'a*. Цифры агглютинационного титра с первой культурой получились высокие, колебались от 1:1000 (сл. 4) до 1:8000 (сл. 5) и неизменно падали по мере выздоровления. Цифры агглютинационного титра со второй культурой такие же, чаще — ниже, реже — выше. Такое соотношение титров агглютинации доказывает, что дифференцировать *M. l.* от сходной с ней инфекции *bac. ab. Bang'a* с помощью только реакции Райта нельзя.

Посев крови производился у 5 больных (сл. 2, 3, 4, 5, и 6). Кровь, взятая на высоте лихорадки из кубитальной вены, заседалась в количестве 10-20 к. с. в бульон и в количестве нескольких капель на косой отар. В 4 случаях (3, 4, 5 и 6) удалось высеять культуру малт. микрококка. Бактериологическое и все серологические исследования крови производил Свердловский областной бактериологический институт.

Распознавание первого случая *M. l.* в наших широтах, естественно, представило для нас большие трудности. В дальнейшем же знакомство с клиникой этого заболевания, несмотря даже на небольшой наш опыт, дало нам возможность легко диагностировать его у остальных больных.

Во всех случаях наш диагноз основывался не только на учете клинической картины и этиологического момента, но и на положительных данных серологического исследования (р. Райта), а в 4 последних случаях и на положительных результатах бактериологического исследования.

Наша терапия. В сл. 1-м была применена рентгенотерапия на область селезенки (5 сеансов) проводившаяся в Свердловском обл. физио-терапевт. институте; после нее б-ной выглядел и чувствовал себя несколько лучше, селезенка у него уже не прощупывалась, но слабость, суставные и невралгические боли и субфебрильная температура остались; следовательно, полного излечения она не дала. В сл. 2-м нами была испытана аутогемотерапия в массивных дозах. Прделана она была 8 раз: 4 раза, по 25 к. с. с двухдневными промежутками и после 2 недельного перерыва повторена вновь 4 раза, но уже по 50 к. с. с такими же промежутками. В этом случае терапевтический эффект был отчетлив и демонстративен. После первого же раза ее применения температура оборвалась на высоте очередной лихорадочной волны и, дав несколько небольших, беспорядочных повышений, выравнилась; вместе с температурой стали быстро исчезать все другие симптомы болезни и б-ная вскоре же выписалась лишь с небольшими остатками радикулита. Аутогемотерапия, примененная в следующих случаях (3 и 4,) заметного улучшения не дала, поэтому как в этих случаях, так и во всех остальных проводилось другое лечение, для чего испробованы внутривенно: уротропин.

40 проц. — по 5, 10, 15 к. с. ежедневно, через день и др. промежутки, цилотропин (применялся, как и уротропин) и сальварсан по 0,3-0,45 (через различные промежутки), применявшиеся как отдельно, так и в комбинации друг с другом и с аутогемотерапией; установить же причинную, связь между наступившим улучшением в этих случаях с примененной терапией не удалось, особенно учитывая, что каждая закачивавшаяся лихорадочная волна при данной болезни может быть последней и без всякого лечения.

Дальнейшее наблюдение за больными по их выписке из отделения дало нам возможность констатировать излечение лишь у 2 больных. В случае 2-м в котором применялась аутогемотерапия, больная поправилась довольно быстро, и в течение последних 6 месяцев никаких проявлений болезни не было, а реакция Райта дала отрицательный результат. В случае 3-м, где проводилось комбинированное лечение сальварсаном, уротропином и аутогемотерапией 4-месячное наблюдение за больным не обнаружило у него никаких симптомов М. л. В остальных же наших случаях полного выздоровления нет и в настоящее время, т. к. больные часто имеют субфебрильную температуру и ощущают суставные боли.

Приведенные нами случаи М. л. эпидемиологически различны. Наш первый случай — завозный, т. к. за 17 дней до начала заболевания б-ной возвратился из совхоза «Овцевод» (эпидемический очаг

М. л. на Урале), где пробыл около 3 месяцев. Иную бационный же период при этой инфекции равен, 1—3 недели, а иногда и больше, следовательно, нет сомнения, что заражение произошло именно в этом месте. Случаи 3 и 5 — случаи лабораторного заражения врача и лаборанта Свердловского бактериолог. института и, по указанию самих больных, связаны с патолого-анатомическ. вскрытиями зараженных М. л. животных. Все остальные наши случаи (2, 4 и 6) случаи местного алиментарного заражения. Т. к. анамнез этих б-ных исключает всякую связь с известными эндемическими очагами М. л. и какой бы то ни было контакт с больными М. л. людьми и животными и т. к. главный способ заражения человека этой инфекцией алиментарный, то, делать, другое заключение о месте и способе заражения больных в этих случаях нельзя. Что же касается источника заражения в этих случаях, то, учитывая, что самым частым источником заражения при М. л. являются сырое молоко больных М. л. животных и приготовленные из него продукты (сыр, масло), а также, что в анамнезе этих б-ных с удивительным постоянством встречается употребляемый до заболевания сыр-брынза, который, как стало нам известно, готовится в совхозе «Овцевод» из сырого овечьего молока (что доказано экспедицией Свердлов. бактериолог. института), то вероятным источником заражения наших больных и следует считать сыр-брынзу.

В связи с этим нужно думать, что заболеваемость М. л. в Свердловске не исчерпывается приведенными случаями. Судя по тяжести заболевания, к нам в больницу направлялись лишь более тяжелые, выраженные и затяжные случаи, тогда как более легкие формы, с затяжной температурой легко могли приниматься за туберкулез, малярию или паратиф; последний особенно там, где обнаруживалась, — хотя и слабо — положительная реакция Видала.

Выводы

1. Видимо, климатический фактор не является решающим в распространении М. л. на север.
2. Обнаружение М. л. на Урале обязывает уральских врачей уделить внимание этой инфекции.
3. Необходим особо тщательный санитарный надзор за изготовлением молочных продуктов в пораженных М. л. местностях.
4. Испытание наиболее рекомендованных авторами методов лечения М. л. уредило нас в том, что, несмотря на благоприятное действие их в отдельных случаях, ни один из них не может быть признан надежным средством в терапии этого длятельного заболевания.

Литература

- 1) П. Здровский. В. М. Э., т. XVI-1931 г.
- 2) Ф. Безансон и А. Филибер. Инфекц. бол., ч. I, 1931 г.
- 3) Pr. William Osler. Руковод. по внутр. медицине, 1928 г.
- 4) Pr. Dr. W. Löffler. Febris undulans Bang des Menschen, 1930 г.
- 5) Pr. Dr. M. Matthes Учеб. дифференц. диагн. внутр. бол., 1924 г.
- 6) Д-р В. Фризе, проф. П. Здровский и д-р М. Минервин. Русский журнал «Тропич. медицины», № 9-10, 1926 г.

7) Г. Г. Руднев и А. Ю. Крумберг. «Клинич. медиц.», № 7-8, 1931 г.

7 июля 1932 г.

Д-р Кушелевский

Д-р Ворошилин

Адреса

г. Свердловск, Красноармейская, 10, Кушелевский.

г. Свердловск, Сакко-Ванцетти, 36, кв. 3, Ворошилин.

Проф. Л. М. Ратнер

День переливания крови*) на XXII всесоюзном съезде хирургов

(Критический обзор)

Появление на съезде целого дня п. к. для многих из членов было неожиданностью.

Еще в конце 1931 года на повестке съезда, которая была напечатана в различных журналах, эта тема не фигурировала. Причины столь срочной постановки ее на съезде стали вполне понятны после речей наркома здравоохранения Владимирского, председателя съезда проф. Бурденко и председателя дня переливания крови проф. Гессе. Из этих речей выяснилось, что опасность войны вполне реальна, и что органы здравоохранения, равно как и военное командование, вполне осознали громадную роль п. к. в деле повышения боеспособности Красной армии. Перед съездом встали большие задачи сделать смотр нашим силам, работающим в области п. к., беспристрастно оценить, что мы знаем и что нам нужно знать, а главное—создать новые кадры работников и новые организационные формы работы по п. к.

Многим из членов съезда и мне в том числе казалось, что еще не пришло время пересматривать вопрос п. к. Не прошло еще 2 лет со времени IV Всеукраинского съезда хирургов, где тема о п. к. была программной. В проработке ее участвовали все лучшие знатоки п. к. у нас в Союзе, и мне казалось, что вопрос был освещен со всех сторон и со всех точек зрения. Тем не менее наши пессимистические предположения о ненужности по-

вого обсуждения проблемы п. к. совершенно не оправдались.

В течение этих двух лет организационная научная и практическая работа по п. к. у нас в Союзе шла быстрыми темпами, почему XXII съезд получил большое число интересных новых данных, которые послужат фундаментом для дальнейших работ, имеющих громадное практическое значение.

Основным докладчиком по п. к. на IV Всеукраинском съезде был проф. Шамов, пионер этого дела в Союзе, привезший операцию п. к. вместе с операцией Ольби к нам из Америки. Докладчиком на XXII Всесоюзном хирургическом съезде был прив. доц. Багдасаров, директор Института п. к. имени А. А. Богданова. Оба докладчика, желая показать распространение метода п. к. у нас в Союзе, воспользовались географическими картами, где кружочками различной величины были помечены местности, где применяется операция п. к. Карта Шамова представляет пустыню с редкими оазисами, карта Багдасарова—довольно густо населенную страну. «До конца 1931 года мы имели два института п. к., несколько клиник и немного одиночек врачей, занимающихся п. к. К концу открытия съезда в Союзе было уже 4 института и больше 60 филиалов п. к.», Филиалы ведут плановую научную практическую работу и пропагандируют операцию п. к. среди врачей и широких масс населения.

Большие сдвиги, как выяснилось на съезде, имеются в нашем Союзе в отношении организации п. к. на случай войны.

*) В дальнейшем изложении переливание крови будет сокращенно обозначаться п. к.

Первыми из русских хирургов, заговорившими об этом на хирургических съездах и в хирургической печати, были Баринштейн и Еланский (Труды XIX съезда хирургов, Н. Х. А. 1928 г.). Статья Еланского в особенности возбудила интерес к военной стороне п. к. Но практически это дело совершенно не двинулось вперед до IV съезда, где переливанию крови в военной обстановке был посвящен специальный доклад д-ра Баринштейна. Из его доклада и из прений можно было понять, что в Одессе и в Москве уже начата работа по определению кровяных групп у красноармейцев и по обучению военных врачей методике переливания крови. Но, конечно, это была только капля в море. К моменту XXII съезда хирургов положение резко изменилось. Доклады Московского, Ленинградского, Всеукраинского институтов п. к., доклады Белорусского и других филиалов ярко показывали, как далеко мы продвинулись вперед в деле организации п. к. на случай войны.

«Все вопросы донорства, определения групповой принадлежности, консервирования крови на Украине были проведены в условиях маневренной войны» — говорил на съезде директор Всеукраинского института п. к. д-р Шиндлер.

«Во время войны переливание крови является не методом выбора, а жизненной потребностью. Поэтому оно должно стать и уже становится у нас массовым методом», — говорит д-р Багдасаров. Таким образом, мы видим, что для военизации п. к. в СССР уже сделано очень много. Военные организации, органы здравоохранения и врачебные массы, по крайней мере в крупных центрах, уже пропагандированы и наконец уяснили себе значение метода п. к. для обороны страны. Мы уже имеем опыт массового определения кровяных групп у красноармейцев. Кое-где уже подготовлены кадры переливателей крови, кое-кто уже научился технике консервирования крови. Все же до конца еще далеко. И нам придется провести большую работу, прежде чем почувствуем себя в праве сказать: в отношении п. к. наша армия к обороне готова».

Вопроса о донорстве коснулся в своем докладе д-р Попов. По его мнению, в условиях социалистического государства кровь человека не может служить предметом купли и продажи, и донор не является коробейником, торгующим своей кровью.

Равным образом социалистическое государство не может допустить превращения донора в туinea, как это делается в капиталистических странах. Предоставление собственной крови есть акт помощи и взаимопомощи, почему в идеале донорство должно быть бесплатным. Но и сейчас, допуская платное донорство, как временное явление, нельзя допускать никаких коммерческих сделок между до-

нором и реципиентом. Наиболее допустимая с точки зрения советского права форма донорства — это организация кадров доноров при лечебных заведениях. Последние принимают на себя все обязанности по оплате доноров, по страхованию их от всяких последствий после взятия крови и по наблюдению за выполнением донорами своих обязанностей.

Что касается кроводателей во время войны, то д-р Попов считает обязательное донорство, предложенное Гессе, аморальным и рекомендует во время войны заменить его донорством товарищеским.

Выступавшие в прениях оппоненты в принципе соглашались с точкой зрения Попова, но считают невозможным пока еще обойтись без платных доноров. В отношении оплаты доноров на съезде выявилось любопытное обстоятельство.

Никакого стандарта у нас в Союзе не существует, и оплата колеблется в широких пределах от 25 до 125 рублей за переливание. Дополнительный наек для доноров введен пока еще в очень немногих местах. А между тем для скорейшей регенерации крови в настоящий момент наек гораздо важнее денежного вознаграждения. Поэтому необходимо ввести во всем Союзе единообразный дополнительный наек для доноров.

Съезд, уделив так много внимания переливанию крови, не мог не коснуться «больных мест» этой проблемы. Под больными местами мы подразумеваем неизбежные во всякой сложной биологической проблеме неразрешенные в данный момент вопросы, но разрешить которые необходимо, так как от разрешения их зависит прогресс всей проблемы. Для п. к. таким темным пятном является глава о механизме действия на организм перелитой крови.

Четвертый Всеукраинский съезд поставил на эту тему специальный доклад академика Богомольца. Этот ученый действие перелитой крови сводит в первую очередь на явление коллоидоклазии между белками крови донора и белковыми веществами реципиента. На отчетном хирургическом съезде специального доклада о механизме действия переливания крови не было, но в ртгос высказывались очень любопытные мысли. Прежде всего бросалось в глаза, что московские переливатели крови, и в первую очередь сотрудники института имени А. А. Богданова, отrekliсь от взглядов и теорий своего учителя и вдохновителя. Так, д-р Скундина в своем докладе «Переливание трупной крови людям» подвергает жестокой критике воззрения Богданова. По мнению Богданова кровь одного организма, перенесенная в другой, обладает способностью передавать второму основные свойства первого организма. Скундина считает эту установку Богданова ламаркистской, а следовательно, механистической и рассматривает

ровь просто, как глянц, которая, будучи перенесена в другой организм, увеличивает его дыхательную поверхность, помогает обмену веществ и, следовательно, поднимает тонус всего организма. Также отрицательно относится к идеям Богданова и д-р Багдасаров. Он считает богдановскую теорию биологического коллективизма в борьбе со старостью при помощи п. к. механистической и поддерживает теорию Богомольца о несовместимости белковых компонентов крови донора и реципиента — коллоидоклазию. В то же время д-р Багдасаров предостерегает врачей от рассматривания коллоидоклазии, как простого вышибания шлаков. Таков взгляд был бы упрощенчеством. С последним указанием Багдасарова нужно согласиться. Переливание крови ни в коем случае нельзя идентифицировать ни с обычной протеино-терапией, ни с вакцино-терапией. За это говорит уже то чрезвычайно важное обстоятельство, что после повторных обильных переливаний крови мы никогда не наблюдаем коллоидоклазического или анафилактического шока, — нередких спутников даже небольших доз вакцины.

Вторым большим местом переливания крови следует считать методику определения кровяных групп. В настоящий момент на основании опыта многих тысяч переливаний не приходится сомневаться, что почти все случаи смертельного гемолиза после п. к., все случаи тяжелых осложнений объясняются введением реципиенту несовместимой крови благодаря неправильному определению групп. Несмотря на огромное число работ, идеальных методов определения кровяных групп мы не имеем. Съезд подчеркивает (также как и IV Всеукраинский), что даже в опытных руках получается 2—3 проц. ошибочных определений групп. Далее съезд подтверждает указания Рубашкина на IV Всеукраинском съезде, что наилучшим единственно правильным методом определения кровяных групп является так называемая тройная проба Шиффа. Эта проба состоит:

1) из определения групповых свойств эритроцитов донора и реципиента по стандартным сывороткам;

2) из определения групповых свойств сыворотки донора и реципиента по стандартным эритроцитам.

3) прямая проба: смешиваются эритроциты донора и сыворотка реципиента.

Если результаты всех трех проб совпадают, то по мнению Рубашкина, определение группы следует считать точным. Если к этим трем пробам во время самой операции добавить четвертую биологическую пробу Элекера, то опасность гемолиза можно свести до минимума. И действительно, смертность в связи с операцией п. к. теперь выражается в сотых долях процента. Но так как тяжелые и

даже смертельные осложнения после п. к. продолжают описываться, то вопрос о мерах борьбы с уже наступившим гемолизом, не должен выйти из круга интересов хирурга. С этой точки зрения большого внимания заслуживает доклад проф. Гессе и д-ра Филатов. На основании экспериментов на животных докладчики пришли к выводу, что при гемолизе смерть зависит от спазма почечных сосудов и последующей уремии. Поэтому для лечения уже наступившего гемолиза автор советует применять вторичное переливание по уже совместимой изотглатинирующей крови донора и операцию денервации почек. Декапсуляция почки не показана. На людях предложенные Гессе мероприятия еще не применялись, но экспериментальную проверку они с честью выдержали. Впрямых проф. Вишневский предложил операцию денервации заменять введением новокаина в околопочечное пространство по выработанному им способу.

Большое внимание съезда привлёк очень яркий доклад проф. Спасокукоцкого «О показаниях к переливанию крови». Не имея возможности подробно реферировать этот доклад, я остановлюсь только на двух наиболее важных его моментах. Первый момент — переливание неполноценной крови, которую автор называет «утильсырьем». Этим именем он окрестил следующие виды кровей:

1) кровь уремиков,

2) кровь экламптичек.

3) кровь больных, перенесших гемиплегию и травмы черепа,

4) кровь, взятую перед операцией у больных с конгестивными явлениями. Кровоопускание у таких больных проф. Спасокукоцкий считает очень полезной манипуляцией для предупреждения послеоперационных легочных осложнений и эмболий.

5) Кровь от труда.

Докладчик многократно пользовался этой суррогатной кровью и утверждает, что, являясь, в противовес крови доноров, дешевым лечебным средством, она не уступает последней в своем действии.

Иностранные авторы, как Элекер и Бумм, также переливали кровь уремиков и экламптичек и не отметили в ней, с одной стороны никаких токсических свойств, а с другой — никакого различия в действии на организм по сравнению с кровью доноров.

Второй чрезвычайно важный момент в докладе проф. Спасокукоцкого — указание его на благоприятные результаты п. к. при интоксикациях и при сепсисе. По наблюдениям Института переливания крови в 38 проц. тяжелых септических заболеваний благодаря переливанию крови удалось получить выздоровление. Особенно благоприятно

влияет п. к. при сепсисе отогенного происхождения.

Все оптимистические выводы относительно блестящего, иногда магического действия п. к. при острых и хронических постгеморрагических анемиях, при шоке, при болезнях крови, до и после больших операций были целиком и полностью подтверждены всеми содокладчиками и очень многочисленными оппонентами (Гессе, Иргер, Герцен, Лебедеко, Лифшиц и др.) Все разногласия сосредоточились тол ко вокруг септических заболеваний. Экспериментальные исследования проф. Бурденко и д-ра Лебедеко аставили их опровергнуть теоретическую концепцию Института переливания крови. Они считают недоказанной адсорбцию и изоляцию токсинов эритроцитами, а следовательно, недоказанным освобождение нервных центров от токсинов благодаря п. к. и введению большого числа свежих эритроцитов.

Клиника, по мнению большинства выступавших на съезде, также не дает ярких и убедительных данных, подтверждающих эффективность п. к. при септических процессах. Особенно грустно прозвучали слова проф. Юдина: «На большом материале я не видел ни одного случая успешного применения п. к. при сепсисе».

Как действует п. к. донора, предварительно вакцинированного убитыми микробами реципиента, сделать выводов еще нельзя, так как у нас в Союзе подобных наблюдений было сделано еще очень мало.

В общем после всех разговоров на съезде по вопросу такой кардинальной важности, как п. к. при сепсисе, можно прийти к следующему выводу. Наши переливатели, так же как и иностранные, получают от операции п. к. при сепсисе противоречивые результаты, рядом с блестящими наблюдается большое число негативных. Из этого ни в коем случае нельзя заключить, что лечение септических заболеваний п. к. должно быть оставлено. Как раз наоборот. Опыты на животных (Медведева), вполне определенно отмечающие разительное повышение иммунитета после п. к., улучшения и выздоровления в руках таких авторитетов, как Сласокукоцкий, Haberland и др., обязывают нас более внимательно, более углубленно и более планомерно изучать этот вопрос. Противоречия здесь неизбежны. Сепсис—понятие не вполне определенное, многими различно понимаемое и очень растяжимое. Клинические формы его бесконечно разнообразны во всех своих проявлениях, и в прогностическом отношении в частности. И оценка результатов терапевтических мероприятий при сепсисе поэтому необычайно трудна, но невозможна.

Гвоздем дня переливания крови были доклады о трансфузии трупной крови.

Впервые идея утилизации трупной крови была осуществлена на животных проф. Шамовым, доказавшим полную безопасность и эффективность этого метода. На IV всеукраинском съезде д-р Сакаян доложил о 7-ми успешных случаях переливания трупной крови людям, а на отчетном съезде институт имени Склифасовского представил материал уже в 70 случаев переливания трупной крови. Д-р Скундина, докладывавшая об этом способе трансфузии, подошла к вопросу с философско-биологической точки зрения. Две цитаты из Энгельса, приведенные докладчицей, сразу осветили вопрос и превратили кажущуюся на первый взгляд дикой и утопической идее переливания трупной крови в вполне понятную и приемлемую мысль.

«Уже и теперь, — говорит, Энгельс, — не считают научной ту физиологию, которая не рассматривает смерти, как существенного момента жизни, которая не понимает, что отрицание жизни по существу заложено в самой жизни так, что жизнь всегда мыслится в отношении к своему неизбежному регулятору, заключающемуся в ней постоянно в зародыше — смерти. Диалектическое понимание жизни именно к этому и сводится». «Жизнь», говорит в другом месте Энгельс, — это форма существования белковых тел, существенным моментом которой является постоянный обмен веществ с окружающей природой и которая прекращается вместе с прекращением этого обмена веществ, ведя за собою разложение белка».

Еще более логичной становится идея трансфузии трупной крови после указаний докладчицы на многочисленные опыты с изолированными органами. Таковы опыты Кулябоко, оживившего человеческое сердце через сутки после того, как оно было вырезано из трупа, опыты Броун-Секара с изолированной головной собаки, работы Словоцова, оживившего высушенный кишечник и, наконец, всем известные опыты Кравкова с оживлением кроличьего уха и человеческого пальца. Из всех этих опытов, равно как из цитат Энгельса, вытекает, что живое от мертвого отличается прежде всего наличием функций обмена веществ. Чтобы доказать присутствие жизненных свойств в крови в течение ближайших 6 часов после смерти, д-р Скундина применила метод Баркрофта—определение способности крови поглощать и связывать кислород. Эту способность трупная кровь сохраняет в полной мере. Следовательно, трупная кровь живет не менее 6 часов после смерти организма.

В дальнейшем экспериментировании над переливанием трупной крови людям институт имени Склифасовского выработал определенную технику операции—взятие крови из внутренней яремной вены при Тренделенбурговском положении трупа и упростили Вассермановскую реакцию так, что послед-

няя может быть проведена в течение 2 часов. Кроме того, последующие наблюдения показали, что трупная кровь, наравне с кровью донора, может прекрасно сохраняться на леднике при прибавлении 5-проц. раствора лимоннокислого натрия около двух недель. В течение этого срока кровь остается вполне стерильной и не теряет способности связывать кислород. Наконец, клинический опыт семидесяти переливаний показал, что он, ни в коем отношении не уступает обычному методу, показал, что срочной трансфузией трупной крови всегда удается спасти больных, находящихся на последней грани обезкровливания.

К таким же выводам относительно ценности переливания трупной крови приходит и Московский институт п. к. Правда, исследования морфологических и биохимических свойств трупной крови, произведенные д-ром Фарберовой, обнаружили в ней некоторые изменения (ли фопения вплоть до алифмоцитоза, увеличение азотистых субстанций как признак распада нуклеопротеидов) но, видимо, практического значения они не имеют, и клинические результаты получились такие же хорошие, как и в институте Склифасовского.

Нет никакого сомнения, что открытие метода переливания трупной крови составит эру в истории этой операции. Ряд громадных преимуществ его прямо бьет в глаза.

Главнейшие из них: дешевизна и простота метода, отсутствие необходимости пользоваться донором, не всегда имеющимся под руками, возможность заготовить заранее и транспортировать на далекое расстояние кровь любой группы. Во время войны плюсы этого метода выявляются еще ярче. На войне каждый донор является одновременно бойцом, почему выводить его из строя даже на короткий срок крайне нежелательно. Трунов же во время боя много, почему замена крови доноров трупной рисует нам широчайшие перспективы.

Не обошлось на с'езде, как это почти всегда на-

блюдается, без чересчур крайних и курьезных взглядов.

Так, д-р Лифшиц из клиники проф. Левита высказал мнение, что переливание крови при раке не только не препятствует росту опухоли, но даже способствует быстрому прогрессированию процесса. Основанием для такого рискованного вывода послужило следующее наблюдение, или наблюдения клиники.

У больного во время пробной лапаротомии обнаружен неоперабельный рак желудка без метастазов. После операции — п. к., а затем exitus в ближайшие дни.

Аутопсия показала быстрое прогрессирование процесса по сравнению с данными, найденными при операции, и метастазы. Ни один беспристрастный судья в данном случае не смог бы отнести бурного роста за счет переливания крови. Одна пробная лапаротомия, сопровождающаяся травматизацией опухоли и ослаблением общего тонуса организма, без всякого переливания может дать и дает ускорение роста опухоли. Во всяком случае на с'езде взгляды клиники проф. Левита сочувствия не встретили. Еще более энергичную отповедь получило предложение д-ра Дуброва передать операцию п. к. в руки среднего медицинского персонала и производить ее немытыми руками. Не нужно долго доказывать, что такое упрощенчество недопустимо.

Так или приблизительно так, прошел день переливания крови на XXII с'езде хирургов. Думаю, что я не выйду из рамок объективного изложения, если отмечу, что XXII с'езд хирургов прошел под знаком не увлечения операцией п. к., а объективной ее оценки.

Последняя дала полное удовлетворение методом п. к. и привела с'езд к выводу, что п. к. заслуживает большего внимания и более широкого применения у нас в Союзе, чем это было до сих пор. Эти выводы с'езда должны учесть врачи Уральской области.

Отчет

о двухмесячной научной командировке в Германию (с 20/XII-1931 г. по 20/II-1932 г.),

Борьба с промышленным травматизмом в Германии

I. Общая часть

Положение врача-гигиениста, желающего изучить в Германии вопросы борьбы с травматизмом, значительно сложнее, чем врача-клиниста. В Германии нет ни одного института или другого научно-исследовательского учреждения, которое бы занималось вопросами травматизма с социально-гигиенической точки зрения. Германские деятели в области борьбы с травматизмом считают, что эта область знаний может интересовать врача только в одной части, в деле организации первой помощи, все же другие вопросы, связанные с профилактикой травматизма, не входят в компетенцию врача, а должны разрабатываться техниками. О такой широкой постановке вопроса борьбы с травматизмом, как это имеет место в СССР, германские врачи не смеют и думать, а пункты первой помощи на производстве несут исключительно лечебные функции. Для того чтобы ознакомиться с работой по борьбе с травматизмом, лучше всего обратиться в Союз германских страховых товариществ (Verband der deutschen Berufsgenossenschaften) или в отраслевые страховые товарищества, а затем к руководителям техники безопасности на предприятиях; интересный материал можно получить в немецком музее по охране труда в Берлине.

За время двухмесячного пребывания в Германии я провел короткое время в союзе германских страховых товариществ в Берлине, в страховом товариществе металлургии (Hütten und Walzwerk Berufsgenossenschaft) и в управлении скорой помощи г. Берлина (Bettnugsamt), посетил следующие заводы: в Берлине — Сименс-Шукерт, А. Е. Г. (всеобщая компания электричества), типографию Ульштейн, табачную фабрику Изетти, заводы Круппа в Эссене, металлургические заводы Sutechottnungshütte в Обергаузене (Рур). Кроме того я получил возможность познакомиться со следующими институтами: гигиеническим институтом Берлинского университета (директор Hahn), Дюссельдорфской социально-гигиенической академией (директор Телеки), Рейнским институтом по исследованию труда и профессии в Дюссельдорфе Rheinisches Provinzialinstitut für Arbeits und Berufsforschung (Директор Шульц), институтом физиологии труда в Дортмунде (директор Анлер). Несколько дней я посвятил знакомству с музеем по охране труда в Берлине. Deutsches Arbeitsschuttmuseum.

В соответствии с намеченным планом я познакомился со статистикой несчастных случаев, организацией мероприятий по борьбе с несчастными случаями, с пропагандой идей борьбы с травматизмом и постановкой первой помощи. Попутно мне удалось посмотреть на заводах ряд довольно удачных вентиляционных установок, устройство столовых, раздевален и умывальных и выяснить некоторые другие вопросы из области гигиены труда в металлургической промышленности. Двухнедельное пребывание в Дюссельдорфе я использовал для ознакомления в библиотеке соц-гигиенической академии с литературой по первой помощи и спасательному делу и с работой санитарно-промышленного врача (Langesgewerbearzt) Рейнской провинции д-ра Телеки.

II. Статистика промышленного травматизма

Статистика травматизма сосредоточена в страховых товариществах, которые пользуются для этой цели извещениями о несчастных случаях (Unfallanzeige); промышленные предприятия ведут у себя учет несчастных случаев и посылают годовые сводки по краткой форме отраслевым страховым товариществам. Первичная статистическая карта — это извещение о н-сл., которое заполняется на предприятии в пяти экземплярах. (2 для полицейского управления, 2 для страховой организации и 1 экземпляр остается на предприятии). Извещение заполняется только на несчастный случай, имеющий утрату трудоспособности более трех дней; таким образом, в статистику совершенно не попадают несчастные случаи до 4 дня. Мне не удалось выяснить, какой проц. составляют по германской промышленности н-случаи с утратой трудоспособности, не попадающие в статистику. Лишь на одном заводе «Gutehoffnungshütte» в Обергаузене я получил у зав. техникой безопасности прокатного цеха следующие сведения: в 1927 г. было н-сл. с утратой трудоспособности свыше трех дней 455, до трех дней 26 (5,4 проц.), там же в 1928 г. — 513 и 18 (3,4 проц.).

Статистическая обработка извещений ведется заводами или централизованно (Сименс-Шукерт), или по цехам (Крупп, Г. Н. Н.). На заводах Сименса все карточки поступают в статистический отдел при управлении заводами, где они подвергаются обработке машинным способом по Hol-

lerith'y. Для этой цели выработана специальная карточка (приложение 1), на которой за соответствующими номерами или буквенными обозначениями нанесены все вопросы, имеющиеся в извещении. На каждое извещение заполняется по одной Hollerith-карте путем пробивки на машинке соответствующих номеров или букв. Пробитые карточки поступают для сортировки по отдельным вопросам на Hollerith-машину, где одновременно печатаются и полученные сведения. На заводах G. H. H. обработка ведется по цехам обычным ручным способом, вопросы из извещения переносятся на один большой лист-сводку (приложение 2.). Страховым товариществам посылаются довольно краткие сведения по прилагаемой форме (приложение 3.). У Сименса извещения используются также для учета часто травмируемых; для этой цели извещения раскладываются по фамилиям в алфавитном порядке и снабжаются цветными индикаторами по числу извещений; всего имеется 10 индикаторов. Все извещения, составленные на одного рабочего, скрепляются соответствующим индикатором и к ним прилагается листок следующего содержания:

- а) имя и фамилия,
- б) имел в течение последних лет следующие н-случаи,
- в) дата, г) характер н-сл., д) мастерская 1, 2, 3, 4 и т. д.

Лица, отмеченные как частотравмируемые, должны проходить испытание для установления пригодности.

Разработка травматизма велась до 1928 года из расчета на 1000 застрахованных, с 1928 г. частично ведется по двум показателям: на 1000 застрахованных и 1000 полных рабочих. Судя по первичным сводкам Hütten und Walzwerk Bernfsgenossenschaft с 1931 года введены показатели на 100 рабочих и 100.000 человеко-часов. Надо полагать, что с переходом на последний показатель германская статистика несколько запоздала, так как при существующем кризисе в промышленности, когда рабочие бывают заняты по 4 и даже по 2 дня в неделю, расчет н-случаев на 1000 застрахованных должен был привести к значительно преуменьшенным данным. В моем распоряжении имеются сведения о н-сл. по двум страховым товариществам (электротехники и точной механики и Hütten und Walzwerk, из которых видно, что травматизм по этим двум видам промышленности резко снизился в 1930 году (в отчетах страховых товариществ приведены данные исключительно на 1000 застрахованных). Так, например, по заводам точной механики и электротехники было в 1929 году—103,2 случая, в 1930 году—82,7 случаев, или снижение на 19,86 проц. по Hütten und Walzwerk Berufsgenossen-

schaft в 1929 г.—153,74, в 1930 г.—121,37, или снижение на 21 проц. В своем годовом отчете за 1930 г. Nütten und Walzwerk Bernfsgenossenschaft отмечает, что целый ряд мероприятий по борьбе с промышленным травматизмом должны были, несомненно, привести к снижению н-сл., но все же столь значительное снижение (на 21 проц.) могло получиться только в результате неподходящего для существующего хозяйственного положения метода исчисления н-случаев на 1000 застрахованных, поскольку рабочие заняты «короткое время» (Kurze Zeit). Однако же при ознакомлении с динамикой травматизма за ряд лет приходится констатировать, что кривая н-сл. в германской промышленности падает из года в год. Так, по металлургической промышленности было несчастных случаев на 1000 застрахованных в 1927 г.—164,47, в 1928 г.—159,65, в 1929 г.—153,74. По всей германской промышленности было н-случаев, связанных исключительно с производством (не входит травматизм по пути на предприятие):

	На 100 застрахованных			На 1000 полных рабочих		
	По извещениям	Оплачено	Смертельных	По извещениям	Оплачено	Смертельных
1927 г.	86,18	5,28	0,46	—	—	—
1928 г.	77,38	4,59	0,36	87,45	5,20	0,41
1929 г.	74,70	4,28	0,33	84,97	4,87	0,37

Сравнивая данные травматизма по всей германской промышленности в довоенное время с данными за 1925—1928 гг., мы видим, что после войны травматизм несколько снизился. Число несчастных случаев, имевших своим последствием вознаграждение (Entschädigung) вследствие утраты трудоспособности, по данным союза страховых товариществ на 1000 застрахованных было в 1910 г.—7,39, в 1911 г.—7,15, в 1912—7,32, в 1913—7,05, в 1914—7,04, в 1925 г.—5,16, в 1926 г.—6,04, в 1927 г.—5,36, в 1928 г.—6,17. Наоборот, уличный и сельскохозяйственный травматизм несколько вырос.

III. Организация мероприятий по борьбе с травматизмом

Сюда относятся мероприятия по технике безопасности, популяризация идей борьбы с травматизмом, организация первой помощи и спасательного дела. Вопросами борьбы с травматизмом занимаются страховые товарищества, фабричная инспекция (Gewerbeaufsicht), а также промышленные предприятия в лице завод. техни-

кой безопасности. Однако, при близком ознакомлении с работой всех этих организаций создается впечатление, что главную роль в деле борьбы с травматизмом играют страховые товарищества. Страховые товарищества, носят названия профессиональных товариществ (Berufsgenossenschaft), фактически это чисто предпринимательские организации (представители от рабочих в них не входят), которые ведают страхованием на случай травматизма. Законодательство определяет задачи страховых товариществ следующим образом: 1) охрана от н-сл., 2) забота о лечении, 3) выплата пособий. Для выполнения первой задачи страховые товарищества издают постановления по охране от несчастных случаев (Unfallverhütungs Vorschriften), несут контроль за проведением этих постановлений и делают об этом соответствующие донесения. Для проведения этой работы на службе в страховых товариществах состоят технические инспектора (Technische Aufsichtsbeamte). Правление страхового товарищества имеет право при невыполнении распоряжений накладывать штраф до 10.000 марок.

Отделы по технике безопасности на разных заводах строятся по-разному: на одних заводах (Siemens-Schuckert A.E. G.) вопросы техники безопасности централизованы, на других имеется только ассистент при дирекции (Крупп) или директор (G.H.N.) для связи с представителями фабричного надзора. Детальная же работа ведется в цехах, где для этой работы выделены специальные лица (A.E.G.) или совместители (Крупп, G. H.N.). У Сименса имеется при управлении заводами так называемый социально-политический отдел, который ведаёт всеми рабочими вопросами и в том числе вопросами борьбы с травматизмом. У A.E.G. это дело организовано по следующей схеме: управление заводами — отдел производственной безопасности — главное управление по охране от несчастных случаев. Последнее имеет на всех фабриках инженеров по безопасности, на каждой фабрике имеется также комиссия по безопасности (Sicherheits-Ausschuss), куда входят представители рабочих. Аппарат фабрики по технике безопасности ведаёт следующими вопросами: извещениями, защитными приспособлениями, контролем, вопросами гигиены труда, пропагандой, предложениями по улучшению техники безопасности и пожарной охраной.

В борьбе с травматизмом принимают участие рабочие организации — цеховые советы (Betriebsrat). По положению на предприятии, имеющем больше 20 рабочих, должен быть цеховой совет, а больше 5 рабочих — уполномоченный (Betriebsobmann). Вот что говорит положение о роли ра-

бочьих организаций. «Задачи цехового совета вести борьбу с несчастными случаями и другими опасностями для здоровья, помогать фабричной инспекции и другим организациям в этой борьбе советом и справкой, а также влиять на проведение предписаний фабричной инспекции и постановлений по технике безопасности. Представитель от цехового совета должен участвовать при расследовании несчастных случаев (Unfalluntersuchung), которое производится по почину администрации, фабричной инспекции или другой организации». «Предприниматели должны знакомить техническую инспекцию с замечаниями цеховых представителей о недостатках в оборудовании или с их предложениями. По желанию цехового представителя, администрация обязана представить ему копию ревизионного акта». Для того чтобы охватить своим влиянием весь завод, цеховой совет у Круппа имеет 15 отделений (Sprechbezirk). По заявлению представителя фирмы «Крупп» — работа цеховых советов по борьбе с травматизмом весьма ценная, поскольку участие самих рабочих в этой работе, в частности в расследовании несчастных случаев, имеет положительное психологическое действие». У Сименса вопросами травматизма и расследования несчастных случаев в цехах занимаются Betriebsbüro, куда входят представитель от цехового совета.

Наиболее интересные случаи травматизма и достижения по технике безопасности публикуются в годовых отчетах. В этом отношении весьма ценный материал можно получить в годовых отчетах отраслевых страховых товариществ и в специальном ежегодном издании под названием «Neuartige Schutzvorrichtungen» союза германских страховых товариществ.

Из годовых отчетов страховых товариществ видно, что наибольшее число несчастных случаев связано с машинами и транспортом. Так, по заводам металлургии на первом месте среди причин несчастных случаев стоят:

№	Наименование причины	1929 г.	1930 г.
1	Транспорт	29,26 %	30,05 %
	В том числе:		
	ручной транспорт . . .	22,62 %	23,57 %
	ж.-д. транспорт	5,90 %	5,55 %
2	Исполнительные механизмы (станки, машины)	16,02 %	16,67 %
3	Грузоподъемные машины	9,30 %	9,16 %

Такое распределение несчастных случаев указывает работникам по технике безопасности тот путь, по которому они должны направить свою

работу. В своей книге «Основы учения о профессии и гигиене профессий, 1929 г.» Хайес пишет по этому поводу следующее: «Примерно $\frac{1}{4}$ всех несчастных случаев связана с машинами» «Техника безопасности наметила себе новые пути. В то время, как раньше строили машины не обращая внимания на их безопасность, в настоящее время все мероприятия по технике безопасности предусматриваются при проектировании и постройке машин. Раньше машины делались безопасными путем присоединения к ним разных защитных приспособлений, теперь опасные части машин, по возможности, прячутся внутри машины; защитные приспособления устроены таким образом, что они независимо от желания рабочего закрывают опасные части, а при порче этих приспособлений или их удалении машина не может работать». Мне пришлось видеть очень много станков и машин, где положение, высказанное Хайесом изходит себе полное подтверждение. Особенно большая работа проделана в этом отношении на прессах и штамповальных станках, которые, как известно, дают очень большой травматизм пальцев рук (основной принцип — обе руки должны быть заняты на работе). Мне пришлось видеть токарные станки, где все опасные части спрятаны в станине; типографскую машину, которая выключается при попадании руки или пальца; хлебозерку, работающую только тогда, когда поставлено ограждение; центрофугу для отжима белья, работающую только при закрытой крышке, и целый ряд других остроумных приспособлений, конструктивно связанных с машиной.

Судя по отчету Союза страховых товариществ за 1929 г., работа по проектированию безопасных машин несколько ослабла в связи с экономическим кризисом. По этому поводу в отчете имеется следующее замечание: «Поражаешься, как просто в большинстве случаев сделать хорошее защитное приспособление, которое составляет по своей стоимости маленькую долю стоимости всего объекта. Плохое хозяйственное положение не может служить оправданием, что в некоторых машинах обращено недостаточное внимание на технику безопасности, наоборот, при экономическом кризисе запоздалая установка защитных приспособлений связана с гораздо большими затруднениями».

Для того чтобы обезопасить ручной транспорт, в Германии за последние годы выпущен целый ряд безопасных тележек и тачек, которые в то же время разрешают вопрос под'ема тяжестей. В этом отношении можно увидеть очень много поучительного в немецком музее по охране труда в Берлине, целый ряд конструкций опубликован в издании Neuartige Schultsvorrichtungen.

Из других защитных приспособлений заслужива-

ют внимания передвижные щиты на роликах у прокатного стана (фот. № 1), переносные

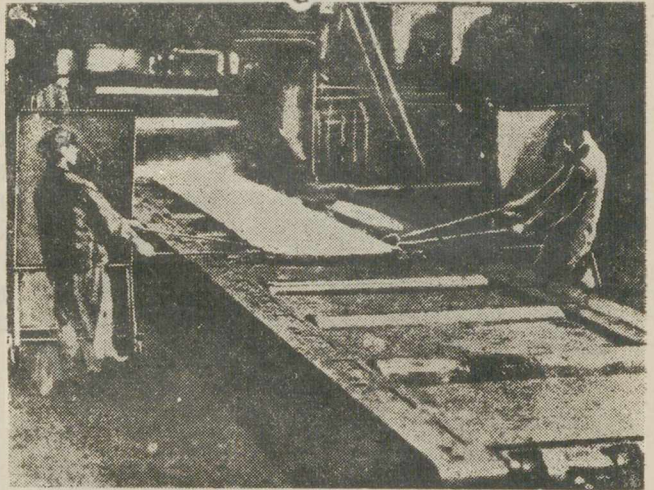


Фото № 1

щиты — решетки у прессов и молотов и цепные завесы у прокатных станов (фот. № 2) и у горна доменной печи при забивке отверстия после выпуска чугуна (фот. № 3). Последняя операция производится особой машиной, напоминающей пушку, которая работает при помощи сжатого воздуха.

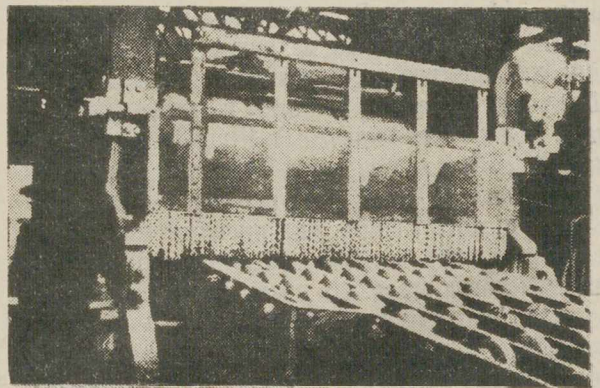


Фото № 2

Немаловажное значение для защиты от несчастных случаев имеет спецодежда. В этом отношении в Германии обстоит далеко не благополучно. Спецодежда приобретается рабочими за свой счет. В горячих металлургических цехах за счет предприятия выдаются брезентовые фартуки или двойной мешок из плотной материи, рукавицы и очки. На некоторых заводах литейщикам выдаются гетры. В горячих цехах рабочие приобретают за свой счет деревянные туфли (колодки), которые и неудобны и опасны.

Можно смело заявить, что на Уральских метал-

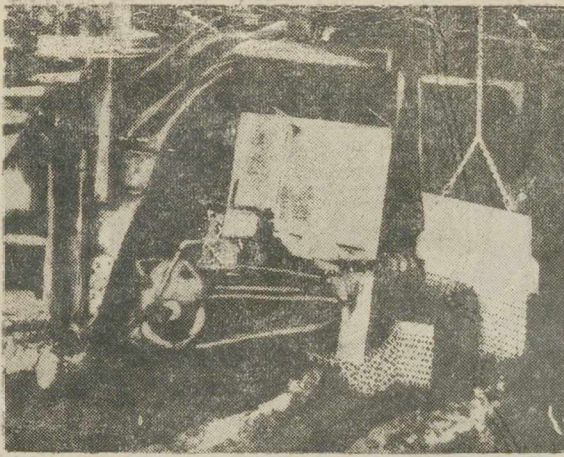


Фото № 3

лургических заводах, где рабочие получают костюм из шинельного сукна или брезента, валенки, войлочные шляпы и суконные рукавицы, защита рабочих от огня гарантирована в большей степени, чем на рурских металлургических заводах. По справке, полученной мною в мартене № 5 у Круппа было в 1931 г.: ушибов — 17, порезов — 6, травматизма глаз — 8, вывихов ног — 2 и ожогов — 7 (в том числе ног — 6). Ожоги ног, как известно, стоят в тесной связи с спецобувью. Как видно из приведенных сведений по одному цеху, травматизм глаз занимает среди несчастных случаев довольно видное место. Надо сказать, что вопрос о защите глаз не нашел еще в Германии полного разрешения. По заводам точной механики и электротехники из 3355 вознагражденных н.сл. в 1930 г. 391 случай относится к глазам и голове (глаза в отчете отдельно не выделены). Я видел целый ряд опасных работ на заводах Всеобщей компании электричества в Берлине, где рабочие не пользуются очками, хотя очки у них имеются; на вопрос заведующему цехом, почему рабочие не носят очков, последовал ответ, что практика показала, что на этих работах редко бывают несчастные случаи с глазами. В действительности надо думать, что рабочие не пользуются очками по той же причине, что и у нас, а именно вследствие их неудобства. Уже одно то, что в Германии каждая фирма выставляет десятки образцов всяких очков (можно видеть в музее по охране труда в Берлине), заставляет думать, что с очками обстоит неблагоприятно. Смазок, рекомендуемых разными фирмами для борьбы с потением очков, я на заводах не встречал. Прозрачные желатиновые пластинки, рекомендуемые с этой целью, я видел только у Круппа на спасательной станции. Вместе с тем делается очень много, чтобы внедрить в производство очки. Вызывается к сознательности рабочих не только специальными плакатами, но прибегают к другим остроумным способам. На ряде заводов я видел точильные станки, где при пуске точила

в ход включается в ограждающем кожухе световой дозунг «Поси защитные очки». У точил имеются маленькие шкафы, где лежат всегда наготове очки. Делаются компромиссы в виде применения очков без боковых щитков на обрубке литья, вырубке железных заготовок и т. п. работах.

Следует отметить широкое применение у Круппа очков с стеклами «Triple» (три стекла, склеенные прозрачным клеем), что должно предохранять от попадания в глаз осколков при поломке стекла. Стекланные щитки у точил, которые введены и в нашу практику, встречаются в Германии довольно часто, при чем эти щитки часто делаются из небьющегося стекла.

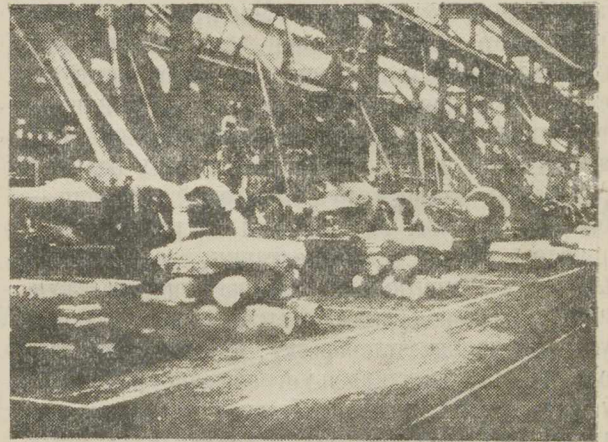


Фото № 4

Инженер по технике безопасности доменного цеха заводов ГНН во время беседы о мероприятиях по борьбе с травматизмом заявил: «Первая наша задача — это чистота в цехах и на заводской территории, а вторая задача — хорошее освещение площадей и проходов». И, действительно, чистота на заводской территории поддерживается образцовая не только на механических заводах, но и на металлургических; проходы всегда очищены, материалы укладываются на строго ограниченные участки; на некоторых заводах для этой цели сделана на полу желтая или красная черта (фот. № 4).

Специальные бригады для уборки имеются только на площадях, вообще же, как правило, уборка производится каждым рабочим на своем месте во время пауз и после работы. Уборка облегчается тем, что дворы повсюду хорошо замощены брусчаткой или шлаковым кирпичом, на металлургических заводах повсюду ровные полы из бетонных или железных плит; полы имеются даже в литейных с машинной формовкой, а в тех литейных, где производится почвенная формовка (Крупп, 2 и 3 литейная), между формовочными участками сделаны настилы из железных плит.

Что касается освещения, то у меня сложилось

впечатление, что здесь далеко не все благополучно, особенно в части естественного освещения. Страховое товарищество точной механики и электротехники сделало в 1930 г. 11626 предложений в порядке надзора за промышленными предприятиями, из них 866 касается освещения. В ряде металлургических у Круппа и Г. Н. Н. стеклянные крыши содержатся довольно грязно. У Круппа имеются прекрасные, просторные литейные (V—VII) с верхним светом, на мытье стекол работают постоянно 2 человека, но этого совершенно недостаточно, так как они успевают промыть цех два раза в году, и пока они пройдут до конца, начало снова сильно загрязнено. Такое положение мне объяснили «плохим временем» (Schlechte Zeit). Общее искусственное освещение в металлургических цехах тоже заставляет желать лучшего. В отношении местного освещения дело поставлено довольно хорошо. На заводах Сименса-Шукерт местное освещение в механических цехах оборудовано раздвижными кронштейнами, которые дают возможность регулировать освещение в зависимости от потребности; светильники применяются прямого света с глубокими абажурами типа «дирижерских» или «Альфа» (название по каталогу ГЭТ'а). У Круппа для освещения рабочего места под подъемным краном светильники подвешиваются к месту крана и передвигаются вместе с ним по цеху. Очень удачно выполнено местное освещение в прокатном цехе № 3 у Круппа на вырубке заготовок и у больших точил, в виде консольных уст-

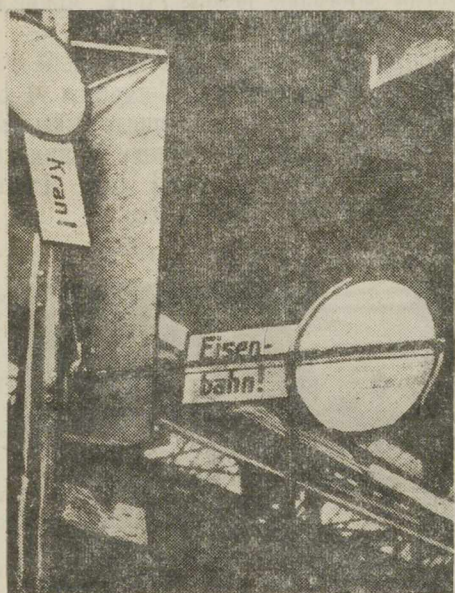


фото № 5

ройств, на колонках, установленных на полу, причем светильники могут свободно передвигаться на 180°.

Для общего освещения в металлургических цехах применяется арматура для прямого света, вро-

де нашей «Универсал», «Кососвет», и очень часто встречаются глубоководные неосветленные.

В Германии уделяется большое внимание вопросу сигнализации опасности. В Рурском бассейне принят один общий сигнал — желтый диск с черной стрелой, рядом с диском помещается доска с соответствующей надписью, как, например: газ, край, жел-дорога, роль-ганг и т. п. (фот. № 5).



Фото № 6

Развешенные на видных местах у входов в мастерские громадные плакаты имеют целью сосредоточить внимание рабочих на этих сигналах (фот. № 6). Желтый сигнал, ведущий свое происхождение с рурских металлургических заводов, приобретает постепенно права гражданства во всей Германии. В одном из отчетов Союза страховых товариществ дается объяснение почему именно для целей сигнализации выбран желтый цвет, постепенно вытесняющий красный цвет. «В то время как обыкновенные предупредительные доски часто остаются незамеченными среди массы всевозможных вывесок, эти знаки резко бросаются в глаза благодаря желтому цвету. Прежде думали, что единый желтый знак неприемлем для всех заводов, вследствие его быстрого загрязнения. Эти опасения оказались неосновательными, так как даже после продолжительного употребления в пыльных производствах эти желтые вывески настолько хорошо выделяются, что не приходится прибегать к их обновлению и даже мытью». В этом же отчете предлагается красить и ограждения в желтый цвет: «наблюдение за состоянием ограждений будет значительно облегчено, если эти ограждения будут покрашены в желтый цвет. При этом начальник цеха сразу обращает внимание во время своих обходов, что ограждение не на месте; какоенибудь ограждение для ремня, брошенное в угол может быть принято за доску и не замечено, но если оно окрашено в желтый цвет, то оно резко бросается в глаза». Желтый цвет ограж-

дений придает м-кой приветливый вид». Кроме общепринятого желтого знака делаются громадные лозунги, светящиеся по ночам (фот. № 7). Эти лозунги можно видеть на далеком расстоянии. На заводе G. H. N. в Обергаузене невольно обращаешь внимание на громаднейший лозунг «Осторожно, иначе я тебя перережу», протянутый у перехода через ж. д. Переносные предупредительные знаки расставлены и на земле впереди ж.-д. путей (фот. № 8). Во многих местах проходы через железную дорогу закрыты шлаг-баумом, то же делается и на линиях движения мостовых кранов.

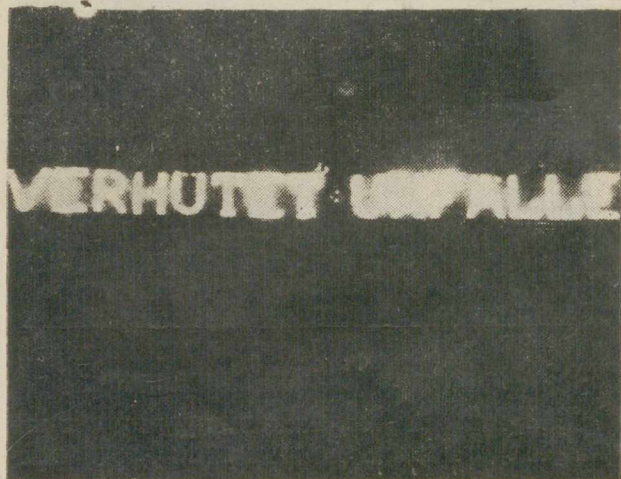


Фото № 7

V. Пропаганда идей борьбы с травматизмом

Ведущая роль в популяризации идей борьбы с травматизмом принадлежит Союзу германских страховых товариществ. Им издано с 1924—1930 гг. 445 разных плакатов в количестве 7,2 миллиона экземпляров. Ежегодно издается календарь по охране от несчастных случаев, где, наряду с обычным календарным материалом размещены копии плакатов, лозунги, инструкции, выписки из законодательства по страхованию от несчастных случаев и советы по оказанию первой помощи. Календарь выпущен в миллионах экземпляров: в 1927 г. — 1,1, в 1928 г. — 1,7, в 1929 г. — 3,3, в 1930 г. 2,0. В 1929 году была проведена общегерманская кампания по борьбе с несчастными случаями, которая носит название «Государственной недели по борьбе с травматизмом» (Ruwo). Для этой недели были специально выпущены две популярные брошюры: «Глаза кверху! Книжка по охране от несчастных случаев для молодых и старых» и «Безопасность в сельском хозяйстве». Первая книжка выпущена в количестве 3,7 млн., вторая 0,9 млн. экземпляров.

Все эти материалы и каталоги плакатов могут быть приобретены в издательстве «Unfallverhü-

tunss bild g. mb. N. beim Verband der deutschen Bernfsgenossenschaften. Berlin W 9 köthnerstr 37».

Для разработки и создания хорошего плаката объявляются конкурсы, в которых участвуют и заводы в лице рабочих и служащих. Я видел такой премированный плакат, сделанный у Круппа, на тему о защите глаз.

Уделяется много внимания вопросу о пользовании плакатом, способе вывешивания плаката и его сохранении. По этому вопросу выпущена специальная листовка под заголовком: «Три важных завета». Эти заветы следующие: 1) в одном месте вывешивать только один плакат; 2) при вывешивании каждого нового плаката старый снять и сохранить; 3) после несчастного случая временно снова вывешивать соответствующий плакат. Для сохранения плакатов в целости Союз страховых товариществ выпустил рамки, которые приспособлены для легкой смены плаката (Wechselrahmen). Рекомендуется менять плакаты каждые 14 дней, так как плакат, висевший месяцами, перестает быть замеченным. У Круппа плакаты передаются одному из мастеров, на обязанности которого лежит периодически вывешивать тот или иной плакат. Так, при помещении прессового и молотового цехов повсюду был развешен один и тот же плакат, касающийся травматизма глаз.

Необходимо отметить, что на германских заводах плакатов значительно меньше, чем у нас, не так много и лозунгов, но лозунги очень большие, иногда занимают целую стену, яркие и хорошо видны издали.

Для распространения знаний по борьбе с травматизмом в распоряжении ССТ имеется 11 коротко-метражных фильмов (в том числе 2 фильма по первой помощи), которые можно получить на прокат у Erich Stöcker «Land und Industriefilm A. G. Berlin WG Schelingstr, 7.

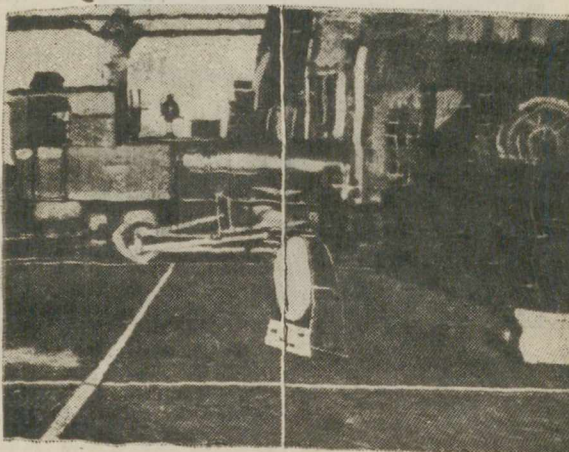


Фото № 8

Некоторые фильмы мне удалось посмотреть. Один из этих фильмов «Vorsicht! Gift!» (осторожно! опасность!) посвящен вопросу об опасностях работы в железной и стальной промышленности. В качестве сюжета взяты три несчастных случая на трансмиссии вследствие смазки на ходу, у фрезерного станка вследствие снятия ограждения, падение в яму на заводском дворе. Помимо демонстрации происшествий, на картине показаны статистика несчастных случаев, последствия и предохранительные мероприятия. Кроме упомянутых 11 фильмов, имеется в прокате еще 16 фильмов, выпущенных по заданию отраслевых страховых товариществ и обнимающих вопросы травматизма в сельском хозяйстве, железной и стальной промышленности, каменоломнях, при работах на лестницах, на крышах, в типографиях, на пароходах, в текстильном производстве, в кирпичном деле, производстве бумаги и при работе с электричеством.

Использование прессы для пропаганды борьбы с травматизмом находит себе место в заводской практике. У Круппа в заводской газете «Kruppsche Mitteilungen» имеется специальный уголок (Unfallsicherheits—Ecke), где помещаются лозунги и статьи соответствующего содержания; последние часто описывают какой-нибудь конкретный случай травматизма с его причинами и последствиями, а также сообщают о помощи оказанной каким-нибудь рабочим своему товарищу, путем ли предупреждения н-случая или спасения пострадавшего. Часто публикуются фамилии премированных за предложения по технике безопасности и своевременное оказание помощи. Премирование является одним из методов привлечения внимания рабочих к вопросам безопасности. В 1928 г. по страховому товариществу Hütten und Walzwerk имело место премирование в 184 случаях; выплачено 500 марок, в 1929 г. им же израсходовано на это дело 5635 марок—число премий 216. Фамилии премированных печатаются на специальных плакатах и расклеиваются на заводах.

На некоторых заводах, у проходных или в самих цехах, вывешиваются данные динамики несчастных случаев (по нашему, доски сигнализационного учета). На заводе G. H. N. у проходных висят витрины; где динамика травматизма представлена в абсолютных числах по следующей форме:

Цифры отчеканены на жестяных кружках и на-

Цех.	Сигнальный кружок	Средний показат. за прош. год	Средний показ. за тек. год	Январь	Февраль	Март	и т. д.
1	2	3	4	5	6	7	и т. д.



Фото № 9

вешиваются в витрине на крючках; во 2 графе вешается красный кружок на 24 часа, этот кружок служит сигналом о том, что в цехе произошел несчастный случай. На другом заводе динамика н-сл. представлена в виде диаграммы (фот. № 9); столбики составляются из деревянных плиток; данные текущего месяца сравниваются с данными прошедшего месяца. У Сименса-Шукерта вывешиваются в мастерских на видных местах доски, служащие для объявления о результатах соревнования по снижению травматизма. Привожу примерный текст: «В нашей мастерской не было ни одного несчастного случая в течение 440 дней, последний н-сл. был в отд. N, причины следующие (приводятся причины н-сл.). Всякое предложение по охране от несчастных случаев премируется».

Инструктаж рабочих по технике безопасности ограничивается выдачей соответствующих обязательных постановлений при поступлении на работу.

Огромное значение для популяризации идей борьбы с травматизмом имеет немецкий музей охраны труда, Берлин—Шарлотенбург, который существует с 1877 г. В настоящее время этот музей состоит из трех основных отделов: общая техника безопасности, техника безопасности в отдельных отраслях промышленности, профессиональная гигиена. Кроме того при музее имеется учебная шахта, где представлены современные приспособления по технике безопасности и спасательному делу. Отдел общей техники безопасности включает в себя выставки по следующим вопросам: паровые котлы, паропроводы, силовые машины, трансмиссии, подъемные механизмы, инструменты, защитные очки и защитные приспособления и пожарные

дело. Второй отдел содержит следующие группы: металлообработка, химическая, деревообделочная, пищевая, текстильная, бумажная, кожаная, резиновая, полиграфическая и горная промышленность, строительное дело и сельское хозяйство.

Отдел гигиены обнимает следующие вопросы: физиология труда, рабочая мебель, моторологический фактор, пыль, профболезни, профтоксикология, вентиляция, освещение, спецодежда, противогазы, физическая культура, алкоголизм, оборудование детских яслей, туберкулез и некоторые другие вопросы из социальной гигиены. В музее имеется выставка по оказанию первой помощи и спасательному делу, представлено полное оборудование 2 пунктов первой помощи для больших и малых предприятий, представлены перевязочные материалы, мебель, носилки и другие транспортные средства. В архитектурном отношении музей со своими железными колоннами и перекрытиями, боковым и верхним светом напоминает заводскую мастерскую; машинный зал оборудован мостовым краном, станками, приводимыми в действие при помощи электромоторов. В машинном зале можно познакомиться с достижениями по технике безопасности на разных станках: деревообделочных, штамповальных, точильных, шлифовальных и др. Очень подробно представлены усовершенствования по технике безопасности на сельскохозяйственных машинах, при автогенной сварке и при ручном транспорте. Строительное дело представлено целым рядом больших моделей домов, оборудованных лесами и др. приспособлениями по технике безопасности. Для занимающихся вопросами борьбы с травматизмом — немецкий музей охраны труда, помимо богатейшего практического материала, еще интересен тем, что он дает ориентировку для дальнейшей детальной проработки разных вопросов, и мне кажется, что желающие совершенствоваться в Германии по вопросам борьбы с травматизмом должны начать свою работу с этого музея.

V. Первая помощь

Правильной организации первой помощи на производстве, как важнейшему фактору, способствующему сокращению времени лечения рабочих, пострадавших от несчастий и уменьшению расходов на выплату пособий по нетрудоспособности, уделяется в Германии очень много внимания не только со стороны материально-заинтересованных страховых товариществ, но и со стороны государственной фабричной инспекции в лице санитарно-промышленных врачей. На основании § 848 RVD (германский закон о страховании) «забота о том, чтобы при несчастных случаях пострадавшему была оказана первая помощь», возложена на страховые товарищества. Со стороны предпринимателей долж-

ны быть обеспечены средства для оказания первой помощи. Первая помощь должна быть поставлена на высоте современной лечебной техники и медицинских знаний. В мастерских должны быть вывешены правила оказания первой помощи с изображением операций, всегда должен быть наготове перевязочный материал, защищенный от загрязнения, должны быть всегда наготове носилки и необходимое количество лиц, подготовленных к оказанию первой помощи. До тех пор пока поврежденная часть тела не защищена, работа не должна продолжаться, даже при легких повреждениях.

Организация первой помощи предусматривает оказание первой помощи непосредственно на месте происшествия и случая, в мастерских, а также на пункте первой помощи. Кроме того на больших заводах металлургических, химических и горных имеются стачательные станции для оказания первой помощи при отражениях.

Неотложная первая помощь (Nothilfe) может быть оказана неспециалистами (Laien), рабочими или мастерами, обученными этому делу. Подготовке «кружков первой помощи» в Германии уделяется очень много внимания. Этим делом в течение десятиков лет занимается Красный крест и «немецкое общество самаритян и спасательного дела». В последнее время эту работу ведет рабочий союз самаритян, спортивные кружки, предприятия и страховые товарищества. Обученные делу оказания первой помощи группируются в санитарные колонны и носят название «Самаритян, первопомощников (Ersthelfer), цеховых помощников (Betriebsshelfer).

Вербовка в кружки первой помощи производится из лиц обоего пола, из среды рабочих не особенно грязных профессий, мастеров, привратников, ночной охраны, транспортных рабочих и пожарников. Санитарные колонны на больших заводах ведут свою работу под общим руководством и наблюдением врачей или лепопов (Heilgehilfe). За последнее время санитарные колонны стали заниматься также вопросами борьбы с травматизмом и в этом деле сыграли довольно значительную роль.

Круг обязанностей работников первой помощи весьма ограничен, программа обучения очень краткая и срок обучения непродолжительный. Это позволяет охватить кружками первой помощи широкие слои населения. В основу всей системы Nothilfe durch Laien положен следующий принцип: «первая помощь в несчастных случаях не специалистами не является заменой врача, но это неотложная помощь до вмешательства врача». Союз германских страховых товариществ издал брошюрку из 19 страниц под названием «Первая помощь и спасательное дело на заводах», в которой просто и ясно изложены права и обязанности круж-

ков первой помощи, а также пунктов первой помощи на предприятиях. Для подготовки «кружков» им же издана книжка в 52 страницы под названием «Leitfaden für die Ausbildung in der ersten Hilfe Laien-tohilfe bei Unfällen». Автором является главный врач одной из крупнейших травматологических больниц в Германии, в Гельзенкирхене (Рур). Наконец, все правила и приемы оказания первой помощи изданы в виде брошюры на 8 страницах, а также в виде стенной таблицы. Этим ограничивается весь лигатурный материал для кружков первой помощи. Заслуживает внимания метод изложения лигатурного материала. Наставление по оказанию первой помощи состоит из следующих разделов: ранения, переломы и вывихи, н-сл. от электричества, отравление газами, помощь у опающему, при обморожениях, при тепловом ударе, искусственное дыхание и ожоги кислотами и щелочами. В этом наставлении дается не только совет, как оказать помощь, но и делаются предостережения против нанесения вреда. Раздел о ранениях изложен так: «Рану не трогать! не промывать! даже грязных ран тоже не промывать! и даже карболкой и сулемой! Но где возможно — смазать края раны 5-проц. йодной настойкой. А потом: немедленно закрыть рану. Чем? Только асептической, сухой, готовой к употреблению повязкой (Schnellverband) в пакете, на котором должен быть напечатан способ употребления. Ни в коем случае не закрывать другими материалами. Когда нет асептического перевязочного материала, рану оставлять открытой до вмешательства врача. Только при поверхностных ранах, особенно на пальцах, допускается пластырная повязка и поверх ее — напальчник».

Или по поводу ожогов: «Пузырей не вскрывать, маленькие ожоги закрывать повязкой или охлаждающей, болеутоляющей повязкой от ожогов, никакого порошка, никакого масла, никакой мази». При больших ожогах рекомендуется не применять никаких повязок, для защиты пострадавшего от потери тепла закрыть его, но таким образом, чтобы покрывало не касалось сожженного места, для чего пользоваться проволоочной рамой или другими носилками. В таком же, примерно, духе изложены и другие разделы «наставления».

Предприниматели обязаны обеспечить все пача аптечками. Судя по докладу Телке в мае 1925 г., аптечки в то время не соответствовали своему назначению. В октябре 1930 г. Министр было принято специальное постановление по вопросу об аптечках. Согласно этому постановлению выпущены в продажу 2 типовые аптечки (Verbandasten): малая аптечка для небольших предприятий и большая для средних и больших предприятий. Большая аптечка должна служить для пополнения малых аптечек, которых должно быть в достаточ-

ном количестве на больших заводах (приложение № 4). Основное правило, установленное страховыми товариществами для медицинских фирм, заключается в том, чтобы аптечки, ими изготовленные, были составлены в соответствии с требованиями скорой помощи. При первом взгляде аптечка должна дать ясное представление о ее содержимом, она должна быть легко привезена в порядок после употребления, иметь вполне доступную инструкцию, хорошо закрываться и быть защищена от попадания в нее пыли. Маленькие аптечки не должны иметь ключа, большие — запираются на ключ. Место для аптечек: аптечки должны быть на видных местах и легко доступны. Для наружных работ надо иметь аптечки-сумки.

Знакомство с постановкой первой помощи на германских заводах показывает, что не на всех заводах принятое положение об аптечках проводится одинаково. В то время как на заводах G. H. N. в Обергаузене, на заводах A. E. G. в Берлине эта работа поставлена очень широко, на заводах Круппа центр тяжести по оказанию первой помощи все больше переходит к пунктам первой помощи: в целом ряде цехов аптечки постепенно изживаются. Из беседы с руководителями этого дела, я выяснил, что такое положение вызвано практической невозможностью соблюдения строгой чистоты в аптечках в условиях металлургических цехов. «Аптечки стоят дорого, а пользы от них мало». Страховое товарищество металлургии считает, что главную роль в оказании первой помощи должны сыграть пункты, приближенные к цехам.

Пункты первой помощи носят разные названия: Verbandstube, Frstehilfestube, Unfallstation. Они несут исключительно лечебные функции. Обслуживаются почти исключительно фельдшерами (Heilgehilfe, в большинстве случаев военного времени). В очень редких случаях на пунктах имеются врачи. П. п. п. большей частью расположены у проходных, имеют по 2—3 комнаты, в том числе приемный покой (Ruhеремме). Как правило, все пункты имеют телефон, аппаратуру, для оживления (Ингабат, Пульмотор), стерилизатор, простейший хирургический инструментарий. Пункты не имеют права производить хирургических операций, а для этого должны направлять больного к врачу-специалисту в течение первых 6 часов. Регистрация больных ведется в журнале по очень краткой форме, так что для каких-либо исследовательских целей эти записи не могут быть совершенно использованы.

Для полной характеристики работы пунктов первой помощи останавливаясь вкратце на работе тех пунктов, которые мне пришлось посмотреть.

1. Заводы Сименс-Шукерт в Берлине. Пункты первой помощи имеются при каж-

ной фабрике: примерно на 2000—2500 рабочих. Пункты носят название перевязочной (Verbandstube) и обычно находятся у входа. Три пункта, осмотренные мною, отличаются между собой размерами: при управлении заводами—1 комната разгороженная ширмой, при заводе электрооборудования—из двух комнат, на кабельном заводе—из трех комнат. При каждом пункте имеется перевязочная и приемный покой с 1—3 койками. Имеются пульсомотры и баллоны с кислородом. Первую помощь оказывают лекномы, окончившие двухгодичные курсы при больницах, или военные фельдшера. В тех случаях, когда требуется квалифицированная помощь, вызывается по телефону врач, который состоит на службе у завода, но дежурит на дому (Bereitschaftsbienstarzt обычно это частнопрактикующий врач, живущий по соседству. Таких врачей у Сименса—2, на 40.000 рабочих. У лекнома имеется заместитель Vertreter, это мастер, обученный санитарной службе, он связан с пунктом двумя звонками (один—запасный на случай перчи). Заместитель имеет права самаритянина (см. выше).

Промывка раны или другая обработка на пункте не допускается, пункт накладывает только повязку. Санитарным транспортом ведает пожарная команда, которая имеет 4 санитарных автомобиля. Каждый третий пожарник обучен санитарной службе. Машины приспособлены для двух носилок: одна на роликах, другая подвешивается. При пожарной команде имеется дезокамера для дезинфекции транспортных средств, сама машина дезинфицируется влажным способом. У Сименса имеется собственный фильм по первой помощи, который показывает жизнь больницы Сименса «Paulinenhaus» и меньше всего касается первой помощи.

2. Завод А. Е. G. по моторостроению — Берлин. Brunnenst 107. На 4500 рабочих имеется 1 пункт первой помощи, который называется Unfallstation. Пункт богато оборудован в хирургическом отношении и имеет аппаратуру для искусственного дыхания. Отличие этого пункта — имеется врач для постоянной работы, но все же функции пункта исключительно лечебные. На этом заводе имеется 8 аптек, каждая из них — это большой шкаф, в котором, кроме перевязочного материала, необходимого инструментария и простейших лекарств, имеется умывальник с мылом и полотенцем. Ключи от шкафов находятся у рабочих или мастеров, обученных оказанию первой помощи. Заслуживают внимания хранение носилок: специальные шкафы с застекленной дверью размещены в цехах и в заводском дворе на видных местах, и в них находятся складные носилки и одеяла; шкафы не закрыты.

В типографии Ульштейн в Берлине складные

поситки развешены в цехах без шкафов: на видных местах вывешены фамилии дежурных «самаритян», а также адрес травматологической клиники.

На заводах Крупна в Эссене первая помощь оказывается на пунктах, расстояние между которыми не превышает несколько сот метров. Кроме того имеются 4 спасательные станции, из которых 3 имеют автомашины. Число рабочих в 1929 г. — 30000 чел., в настоящее время около 18.000 чел. Пункты первой помощи обслуживаются лекномом: в случае необходимости может быть вызван по телефону врач из заводской больницы, которая помещается по соседству с заводом. Лекном работает один по 12 час. в день, нет даже сиделки: во время вызовов в цеха пункт запирается и вывешивается на дверях объявление, что лекном ушел в такую-то мастерскую. На пункте оказывается исключительно первая помощь и накладываются повторные перевязки. Для того чтобы на пункте не проводилось лечения, он имеет строго ограниченный список медикаментов: мазь от ожогов, под Гюфманские капли и «холерные» капли, и никаких порошков. На пунктах имеются в достаточном количестве биндажи, трости с мягкими наконечниками, специальная обувь для одевания поверх повязок, палочки для глаз, кожаные напальчники и т. п.

При небольших ранениях и ожогах широко применяется «лейкопласт», особого рода повязка покрытая по краям липким пластырем. Судя по литературе, эта повязка имеет целый ряд преимуществ перед обычными марлевыми повязками: она значительно дешевле, экономит перевязочный материал, прочно сидит на ране и не мешает работе: благодаря тому, что повязка имеет ряд отверстий она хорошо пропускает воздух и способствует быстрому заживлению раны. «Лейкопласт», применяемый у Крупна, носит название «Lenkoplast-schnellverband Hansaplast» и может быть приобретен «P. Beierdorf und Co. A. G. Hamburg», но имеется и ряд других фирм, выпускающих пластырные повязки под разными названиями.

Аптечки у Крупна постепенно изживаются ввиду того, что они содержатся грязно в условиях металлургических цехов и им приписывается отрицательное значение.

На заводах «Ворбек» все же имеются аптечки, а в мартеновском цехе даже у каждого мастера. Для быстрой ориентировки относительно размещения пунктов первой помощи, у Крупна по всему заводу развешены вывески с красными крестами и стрелками, указывающими местонахождение ближайшего пункта.

На заводах «Gutehoffnungshütte» в Обергаузене пункты первой помощи имеются при каждой группе цехов по территориальному признаку. С одним

этих пунктов и получить возможность ознакомиться. Обслуживание одним дежурным, который находится 8 часов на пункте, а остальное время дежурит на квартире (квартира напротив проходной). Пункт имеет несколько комнат (ожидальную, перевязочную, мертвецкую, комнату для лечения ваннами). На пункте имеются «обручные» носилки для переноски пострадавших от ожогов. На этих заводах широко поставлена работа кружков первой помощи. Аптечные шкафы в большом количестве разбросаны по цехам и по заводскому двору, повсюду в специальных шкафах находятся носилки, приборы «Ингабад» для искусственного дыхания и одеяла.

Для привлечения внимания к этим шкафам на них имеются красные кресты. Шкафы для одеял закрыты, и для того, чтобы получить одеяло, надо разбить стекло и нажать находящуюся под ним кнопку (устройство напоминает автоматическую пожарную сигнализацию). При доменном цехе имеется спасательная станция с аппаратурой для искусственного дыхания и достаточным запасом противогазов.

Санитарное просвещение по первой помощи

Работники санитарной фабричной инспекции и инспекции страховых товариществ обязаны провести в течение года определенное количество докладов и лекций по организации первой помощи. Публичные лекции ставятся также Красным крестом и рабочим союзом самаритян. Союзом страховых товариществ выпущены плакаты о необходимости своевременного оказания первой помощи заслуживают внимания следующие тексты к плакатам:

1. Внимание маленьким ранам, этим ты сократишь часы страдания.
2. Даже и маленькую рану надо перевязывать.
3. При таком ожоге — только повязку от ожога.
4. Живо к главному врачу!
5. Маленькие раны требуют правильного обращения.
6. Маленькие раны тоже надо держать связанными.
7. Не будь легкомысленным, при незначительных повреждениях обращайся за медицинской помощью.

Санитарное просвещение через кино ограничено выпуском двух фильмов. В фильме «Первая помощь в несчастных случаях» интересен момент оказания первой помощи при поражении электротоком. Для того чтобы изолировать себя от тока, спасающий разбивает оконное стекло и бросает это стекло себе под ноги. В картине показан дозвон «не ждать прихода врача и нести пострадавшего на пункт, а на месте приступить к искусственному дыханию, так как каждый момент дорог».

Для оказания первой помощи при отравлениях и поражениях электрическим током служат спасательные станции (Rettungsstation, Gaschutzstation), которые устраиваются, главным образом на заводах горной и металлургической промышленности. У Крупна я ознакомился со спасательной станцией в Борбеке при доменном цехе. Эта спасательная станция находится при пожарной команде и обслуживается пожарниками, которые обучены санитарной службе. Извещения о случаях передаются по автоматической пожарной сигнализации (Feurvelder). Сигнал получается в дежурной комнате сразу на двух аппаратах, за 10 секунд получается 6 отпечатков с указанием места и характера несчастного случая (т. е. вызывается ли только спасательный отряд или также пожарная машина). При станции имеется одна карета скорой помощи, в которой помещаются одновременно 5 больных (4 лежащих и 1 сидячий). В карете имеются 2 аптечки, одна в помещении для больных, другая — в кабине шоферов. Станция имеет носилки для спуска пострадавших с высоты на блоке — спасательную корзину (Rettungskorb). Кроме большого количества фильтрующих и изолирующих противогазов имеется аппаратура для оживления Wiedererleber Inhaband, Pulmotor — баллоны с кислородом, ингалятор, для распыливания ментола с кислородом (применяется для восстановления трудоспособности легко отравленных, без потери сознания). Имеется аппаратура для испытания противогазов (Dräger's Dichtprüfer). Для предохранения стекол в противогасах от потения имеются желатиновые пластинки (Klarscheibchen «Degeainnen»). Приспособление для протирки стекол в одном из новых Дрегеровских аппаратов напоминает устройство для протирки автомобильных стекол.

Довольно детально я познакомился с аппаратурой по защите от газов и искусственному дыханию в Эссенском отделении фирмы «Дрегер». Новейший Дрегеровский пульмотор (модель 1928 г.) имеет, помимо кислородного баллона, баллон с углекислотой; назначение углекислого газа вызвать раздражение дыхательного центра.

На основании знакомства с каталогами и журналами фирмы «Дрегер», с оборудованием пунктов первой помощи и спасательных станций на заводах, создается впечатление, что в Германии придается большое значение аппаратуре для искусственного дыхания. У нас на уральских заводах такая аппаратура насчитывается единицами. Между тем практика оказания первой помощи при поражениях электрическим током показала, что часто искусственное дыхание прекращается слишком рано, так как при «ручном» способе искусственного ды-

хания спасающие выбиваются из сил и теряют надежду на возможность благоприятного исхода. По этому поводу интересно привести некоторые данные из германской практики. По заводам точной механики и электротехники было в 1930 г. 302 случая поражения электрическим током (на 586010 застрахованных), из них 57 случаев сопровождалось потерей сознания, у 11 сознание вернулось без вмешательства, в 44 случаях применением искусственного дыхания с положительным исходом в 12 случаях. По мнению составителя этого отчета, допущены при этом следующие ошибки, которые уменьшили успех от искусственного дыхания: в 8 случаях начали делать искусственное дыхание с опозданием на 15 и больше минут и у 6 делали искусственное дыхание не более 30 минут, что совершенно недостаточно.

Заключение

Подводя итоги наблюдений, сделанных мною в Германии в отношении мероприятий по борьбе с травматизмом, я хотел бы подчеркнуть следующее:

1. В части учета и статистики несчастных случаев нам в Германии ничему учиться. Наоборот, в отношении полноты учета всех несчастных случаев Германия может взять пример с СССР. Принятый у нас наиболее точный показатель учета травматизма на 1000000 проработанных часов, в Германии только начинает вводиться.

2. Сопоставить данные нашей статистики травматизма с германскими не представляется возможным по той причине, что в Германии учитываются несчастные случаи с утратой трудоспособности больше 3 дней.

3. Мы очень мало делимся своими достижениями по борьбе с травматизмом; в этом отношении очень показательны отчеты германских страховых товариществ, где все мало-мальски интересные предложения и нововведения делаются достоянием всей страны.

4. Нашим машиностроительным и станкостроительным заводам, изготовляющим новые машины, необходимо усвоить положение, высказанное в одном из отчетов союза германских страховых товариществ: «Поражаешься как просто в большинстве случаев сделать хорошие защитные приспособления, которые составляют по своей стои-

мости маленькую долю стоимости всего объекта и, что запоздалая установка защитных приспособлений связана с гораздо большими затруднениями».

5. В отношении содержания и оформления наших плакатов мы не отстали от Германии, а в некоторых случаях даже и превосшли; давно уже у нас известно как надо пользоваться плакатом, но в отношении применения плаката на практике, бережного отношения к нему можно кое-чему поучиться.

6. По примеру Германии необходимо расширить пропаганду борьбы с травматизмом через кино, а для образца закупить заграничные фильмы.

7. У нас мало обращено внимания на сигнализацию опасности в цехах и на заводской территории и в этом отношении следовало бы использовать германский опыт.

8. Нам необходимо внедрить в сознание хозяйственников, что чистота и порядок в цехе имеют решающее значение в борьбе за снижение травматизма, а что это может быть легко достигнуто даже в условиях металлургических цехов, полагает германская практика.

9. Нам необходимо использовать германские достижения в отношении ручного транспорта; для нас это приобретает особое значение в связи с расширением области применения женского труда.

10. Германские пункты первой помощи на предприятиях напоминают нам наше недавнее прошлое, когда мы имели фельдшерские и сестринские пункты, и если нам и нужно кое-что принять от работы германских пунктов, то это: 1) умение экономить на перевязочном материале применением повязок из липкого пластыря, гапальников и других при пособлении, не мешающих работе на производстве, и 2) широкое применение аппаратуры для искусственного дыхания.

11. Необходимо использовать опыт Германии в части определения прав кружков первой помощи (что разрешено делать и чего не следует делать) и составления для них руководств, а также выпуска типовых аптечек.

12. Необходимо расширить сеть спасательных станций при горных и металлургических заводах, используя для этой работы заводские пожарные команды.

Из отчета врача Быховского Б. Б. о заграничной командировке в 1931/32 г.

Некоторые вопросы промышленной гигиены на заводах фирмы Крупп в Эссене Германия

Ознакомлению с заводами Круппа я уделю 9 дней в период времени с 23 января по 4 февраля 1932 г. Я побывал в следующих цехах: доменном, мартеновском VII, прокатном III, мартеновском VI, литейном VIII, литейном II и III, литейном V-VII, прессовом и молотовом. Моя основная задача была познакомиться с постановкой первой помощи при заболеваниях и несчастных случаях на производстве, а также с организацией и практическим проведением мероприятий по борьбе с промышленным травматизмом и профессиональными заболеваниями. Попутно я обратил внимание на целый ряд мероприятий чисто технического порядка, имеющих большое значение для снижения заболеваемости рабочих. Именно на этих вопросах я хочу вкратце остановиться.

Влачу несколько замечаний общего характера. На заводах Круппа, так же как и на других германских заводах, производственные здания размещены достаточно просторно; широкие проходы и проезды, как правило, замощены; особенно выделяются в этом отношении заводы Борбек, где, несмотря на громадные площади, занятые складами сырья и изделий, остается еще много свободного места для зеленых насаждений. Дворовые площади чисто подметены, обреш и прочие производственные отбросы имеют свои определенные места. Тенденция строить просторно перенесена и на производственные здания. В некоторых цехах (прокатный завод в Борбеке) целый ряд операций сосредоточен в подвальной этаже, (зольники, заливка золы, уборка окалины, свалка обреш, сток воды от точки), что с точки зрения техники безопасности имеет громадное значение.

Уборка цехов и рабочих площадей производится производственными рабочими, каждый на своем месте, во время пауз и после работы; особые же артели для этого дела имеются только для конторских помещений и площадей. Наличие полов во всех металлургических цехах (железные плиты, цемент, дерево и пр.) и даже в литейных (за исключением, конечно, тех участков, где производится почтенные формовки) в значительной степени способствует поддержанию цехов в чистоте.

Искусственное освещение

Общему освещению уделяется мало внимания и оно не может быть признано удовлетворительным. Рядом с рациональной экономией электроэнергии (своевременное выключение света в помеще-

ниях, где отсутствуют рабочие) замечается чрезмерная затемненность многих производственных помещений. В отношении же местного освещения можно кое-что позаимствовать. Заслуживает внимания подвешивание светильников под мостом крана, чем достигается хорошее освещение рабочего места под краном; обычно в металлургических цехах, оборудованных мостовыми кранами, точки подвеса светильников настолько высоки, что коэффициент полезного использования света очень незначителен. Кроме того их передвижных светильников, следует обратить внимание на консольные устройства для местного освещения в Watzwerk III — это передвижные светильники на колонках, на вырубке заготовок и у наждачных точил.

Вспомогательные помещения для гигиенического обслуживания рабочих

Все металлургические цеха обеспечены в полной мере гигиенично оборудованными раздевальными с индивидуальными шкафами, умывальниками, душами и ванными (последние только для мастеров и служащих). Для этого отведены громадные помещения, число душевых кабинок в каждом цехе по несколько десятков. В проволоочном цехе имеется 104 душа, в хорошее время работало до 1000 чел.; в Watzwerk III я насчитал 74 кабинки Gisserei V-VII имеет 104 душа (максимальное количество рабочих 800 чел). Число кранов в умывальных и индивидуальных шкафов вполне достаточно, чтобы обслужить всех рабочих при полной загрузке цеха. Соотношение между площадью раздевальной, душевой и площадью цеха в литейной V-VII составляет около $\frac{1}{16}$, но при этом надо иметь в виду, что цех имеет площадь 32700 кв. м., а площадь раздевальной душ вой 2100 кв. мтр. В цехах, построенных во время войны и после войны, в душевых плиточные полы, а простенки между кабинками из изразцов. Это, по выражению одного мастера, обходится очень дешево, так как расход на их уборку ничтожен (промывают водой из брандсбоя и не требуется покраски и специального ухода). Уборные в достаточном количестве со стульчаками для сиденья, что с нашей точки зрения не является гигиеничным; промывка большинства уборных автоматическая, через установленные промежутки времени. Кроме клозетов имеются писсуары, развешенные в разных местах, поблизости от рабочих участков.

Общим для заводов Круппа является устройство

раздвижных ворот для борьбы со склизанками — это имеет громадное значение.

Пропаганда по технике безопасности

Повсюду развешены сигнализационные кружки (черная стрелка на желтом фоне), указывающие на опасность, например, Eisenbahn Gas, Rorapn и т. д., при входе в цех лозунги (частично светящиеся!) Beobachtet die Gefahrgei; ben Плакатов сравнительно мало; правила безопасности напечатаны на желтых досках и вывешены в цехах, обычно у входа. Рабочие, поступая на производство, получают вместе с расчетной книжкой правила безопасности; специальное обучение правилам безопасности или курсы не имеют места. Работа по пропаганде техники безопасности возложена на мастеров и в этом отношении поставка работы в значительной степени индивидуализирована. Во главе работы по технике безопасности стоит один человек, который фактически служит только для связи между дирекцией, государственным фабричным надзором и заводом (Betriebsrat). Последний между прочим, несет значительную часть работы по технике безопасности.

О некоторых производственных операциях в связи с вопросами гигиены труда

1. Д о м е н н ы й ц е х в Борбеке. Наиболее опасными и вредными для здоровья в доменных цехах обычно являются: работа на колошниковой площадке, работа у горна, на литейном дворе и на газопроходах. Ввиду полной механизации подачи материалов в домну, человеческий труд на колошниковой площадке в Борбеке совершенно не применяется; у горна и на литейном дворе работа облегчена работой машин для пробивки и забивки выпускного отверстия и для ломки чугуна. Вопрос о пробивке «летки» нельзя считать окончательно разрешенным с точки зрения гигиены труда, так как работа производится сжатым воздухом и при участии рабочих, вынужденных подходить довольно близко к горну. Если пробка очень твердая, ее приходится пробивать вручную. В лучшем случае выжигать кислородом. Благодаря тому, что шлак гранулируется, операция разбивки застывшего шлака совершенно отпадает. При чистке газопроводов часто применяется ручной труд; для этой работы имеется значительное количество противогазов как фильтрующих, так и с кислородом (фирмы Draeger). Все противогазы индивидуальные числятся на рабочем и хранятся в его шкафе за стеклом.

2. М а р т е н № 3. Следующие моменты привлекают внимание гигиениста: а) Наиболее тяжелая операция заправки пода, требующая колоссальной затраты человеческой энергии и продолжитель-

ного пребывания под действием лучистой энергии в значительной степени облегчена благодаря существующему порядку наращения пода по воскресениям.

б) Достаточный запас изложниц, позволяющий вести смазку таковых в холодном состоянии и хорошее качество смазочного материала с высокой температурой вспышки совершенно устранили такое явление как загрязнение цеха продуктами горения смолы.

в) Нагрева ковша перед каждой плавкой не производится, между тем эта операция загрязняет цех дымом и газообразными продуктами горения. Это, по словам специалистов, достигнуто высокими достоинствами кирпича, позволяющего вести до 20 плавков. После обновления футеровки сушка ковша производится сжиганием генераторного газа.

г) Вся стена со стороны мультровой галлерей состоит из ряда подъемных щитов — это дает возможность держать площадку закрытой и устранять сквозняки.

д) Весь цех выложен толстыми железными плитами, что облегчает уборку и, безусловно, очень важно в отношении техники безопасности.

е) Небольшое мероприятие, но важное с гигиенической точки зрения это устройство особого отверстия в заслонке мартеновской печи для производства некоторых мелких операций в печи, не прибегая к открыванию заслонки.

ж) С точки зрения борьбы с травматизмом очень существенно плотное закрывание недействующих канав и установка изложниц на строго ограниченной площадке, на подстил из рельс.

3. П р о к а т н ы й № 3. Очень важно с гигиенической точки зрения размещение грязных операций в подвал, о чем я уже упомянул выше. Наличие в цехе точильного и травильного отделений не влияет особенно на чистоту воздуха, благодаря колоссальному объему помещения и достаточному естественному обмену. Искусственная вентиляция только у точильных камней, у нагревательных печей имеется приточная система для подачи холодного воздуха в летнее время; пол в цехе ровный, застлан железными и цементными плитами, а в некоторых местах, где складываются горячие заготовки, речной песок или гранулированный шлак.

Имеется целый ряд отрицательных моментов: а) полное отсутствие ограждений на вырубке заготовок, б) ручная проба на излом; рабочий бьет кувалдой по заготовке, при этом кусками железа пробиваются все стекла по соседству и, надо полагать, погладит и человека, в) отопление открытыми жаровнями с коксом без всякой вытяжки, г) спецодежда не выдерживает никакой критики, д) газы, поступающие в помещение от нагревательных печей, плохо отсасываются, а между тем печи

сильно дымят, так как работают на коптящем пламени.

4. Мартен № 6. Цех старый и в гигиеническом отношении недостаточно благоустроенный. Однако же в этом цехе внимание гигиениста обращает на себя земледелка, которая, при своей тесноте, все же поддерживается в чистоте и порядке; за пылеотсасывающим аппаратом установлен тщательный уход, точно так же и за фильтрами.

Заслуживает внимания пескоструйная камера для очистки крупных изделий. Сама камера имеет двойные стенки с воздушной прослойкой, через которую просасывается воздух при помощи вентилятора, пол представляет собой металлическую решетку. Надо отметить, что это устройство гарантирует от загрязнения окружающее помещение, рабочий одевает защитный костюм, соединенный со шлемом и очками и шлангом для подачи чистого воздуха. Кварцевый песок заменен стальным, что, возможно, имеет преимущество в гигиеническом отношении *Gtahlsfrhlgebläse*.

5. Литейные. Не только в шпильных, но и в формовочных залах имеются настилы на полу; в тех литейных, где производится машинная формовка, эти настилы сплошные, в крупных формовочных — частичные в проходах. Это очень важно с точки зрения техники безопасности, так как

облегчает очистку цеха и накладывает на администрацию некоторую повинность в этом отношении.

Для уменьшения запыленности цехов производится постоянное орошение сухой земли после вытряски литья. В цехах устроены приспособления для открывания верхних оконных рам снизу. На нажлачных колесах сделаны щитки из небьющегося стекла для защиты глаз от инородных тел, защитные очки из стекла «Триплекс».

В отношении вентиляции литейных надо отметить следующее: как у Круппа, так и на других германских заводах нет общей искусственной вентиляции в литейных. Искусственная вентиляция делается только местная — на очистке литья. Вопрос о вентиляции литейных, по мнению германских специалистов, разрешается в достаточной степени устройством громадных, высоких помещений с открывающимися фонарями. Очень хорошо работают воздушные затворы на газогенераторах, это необходимо учесть нашим инженерам при проектировании новых заводов. Устройство воздушных затворов: вокруг генераторной шахты проложена труба-кольцо, по которой подается сжатый воздух; доступ сжатого воздуха в шахту открывается одновременно с открытием шуровочного отверстия.

Приказ № 103 а

по Облздравотделу от 25 апреля 1932 года

Колдоговорная кампания на 1932 г. профсоюзами и лечебно-профилактическими учреждениями области закончена. Медработники в эту кампанию проявили значительную активность, внеся ряд ценнейших рабочих предложений, направленных на улучшение лечебно-санитарного дела.

Колдоговор есть 2 стороннее обязательство. Ведущим звеном этого обязательства является выполнение 6 исторических условий тов. Сталина в области здравоохранения — ликвидация обезлички и уравниловки, введение хозяйственного расчета, улучшение материально-бытовых условий трудящихся масс и т.д. Успешное выполнение этих условий будет зависеть от того, как обе стороны, и администрация и коллектив медработников, сумеют развернуть систематическую, настойчивую по-большевистски упорную борьбу за реализацию каждого условия тов. Сталина.

Роль и значение администрации лечебно-профилактических учреждений в выполнении колдоговора должны быть ведущими; там, где администрация вместе с союзной организацией станет во главе медицинского коллектива, в борьбе последнего за выполнение 6 условий т. Сталина,

где администрация своим чутким, внимательным отношением ко всякой инициативе или коллектива в целом или отдельных его работников сумеет добиться еще большего развязывания этой инициативы, путем поощрительных мероприятий в виде премий и т.п., там, совершенно бесспорно, реализация 6 условий тов. Сталина будет обеспечена полностью: там медико-санитарное дело будет коренным образом перестроено, став одним из боевых ответственных участков в деле выполнения промфинплана.

В связи со сказанным, приказываю — горрайздравам, заведующим лечебно-профилактическими учреждениями и директорам научно-исследовательских институтов:

1. В 2-декадный срок составить производственные планы деятельности медико-санитарных учреждений, обсудить их на производственных совещаниях, дифференцировать до отделения больницы, кабинета, поликлиники, смены и т.д. и вернуть борьбу за выполнение этих планов.

2. В месячный срок проработать перевод на хозяйственный расчет всех без исключения лечебно-профилактических учреждений, положив в основу хозяй-

расчета директивное письмо Областного отд. здравоохранения от 14-XII 31 г. и Областного комитета союза Медсантруд от 9-IX-31 и 8-1 № 281-21 и ориентируясь в проведении хозрасчета на установку о том, что основной задачей каждого лечебно-профилактического учреждения является оздоровление условий труда и быта и создание условий наискорейшего выздоровления заболевшего с полным восстановлением его трудоспособности.

3. В декадный срок рассмотреть все рабочие предложения, поступившие со стороны медработников в период колдоговорной кампании, и обеспечить реализацию всех тех из них, которые, по мнению администрации и профсоюзных организаций, вносят улучшение в работу лечебно-профилактических учреждений. Те же предложения, которые почему либо не могут быть реализованы, немедленно переслать, точно формулировав их в Облздравотдел. Наладить учет рабочих предложений и принятых решений на производственных совещаниях.

4. Принять решительные меры к дальнейшему развешиванию соцсоревнования и ударничества и углублению его, для чего установить тщательный учет работы ударников, чуткое и внимательное отношение к ним, систему поощрительных мероприятий особо отличившихся ударников.

5. В целях улучшения работы медицинских учреждений обратить исключительное внимание на приведение в образцовое санитарное состояние зданий, дворов, квартир и т. п. медицинских учреждений, добившись такого состояния лечебно-профилактических учреждений, когда они стали бы действительным показом образцовой чистоты, порядка и внимательного отношения к больному трудящемуся.

6. В месячный срок укрепить массовую работу медицинских учреждений путем введения в штат крупных лечебно-профилактических учреждений специальных работников-массовиков, создания и закрепления рабочего санитарного актива, санкомиссий, здравячек и т. п. участия в стенгазетах и проч.

7. Решительно бороться за улучшение материально-бытовых условий персонала (предоставление квартир, помещение детей в ясли, обеспечение своевременного получения продовольственных пайков, обеспечение литературой проведение отпусков.

8. Месяцы V-VI-VII-VIII должны явиться тем отрезком времени, в течение которого горрай-

здравы, руководители медико-санитарных учреждений, врачи и все без исключения медработники должны на обслуживаемых ими производственных участках добиться создания в достаточном количестве таких учреждений, как баня, прачечная, простейшая дезокамера, колодец, чтобы таким образом зиму 1932 и 1933 г. встретить с достаточной санитарно-технической вооруженностью и не допустить роста инфекционных заболеваний. Одновременно с этим энергично проводить брюшно-тифозные прививки, с охватом поголовья всего населения в возрасте от 14 до 60 лет троекратными прививками, закончив прививки не позже августа.

9. В 2 декадный срок реализовать постановление Правительства о введении общественных санитарных инспекторов из трудящихся там, где этого до сих пор не сделано, взяв установку на то, чтобы к каждому объекту (школе, больнице, цеху, бане, прачечной, бараку, общежитию и т. п.) были прикреплены общественные санитарные инспекторы. Успешность реализации этого чрезвычайно важного рычага в борьбе за здоровье трудящихся будет зависеть от того, насколько командные кадры медперсонала (врачи и средний медперсонал) сумеют наладить постоянный инструктаж, созыв слетов, проведение повторных краткосрочных 2 и 3 дневных курсов, поощрение отличившихся общественных санитарных инспекторов.

10. Борьба за снижение заболеваемости должна явиться ведущим звеном в работе медико-санитарных учреждений. Поэтому необходимо решительно повернуться лицом к предприятию, цеху, к быту, совхозу, к севу, лесосплаву, лесоразработкам и проч. и путем мобилизации рабочей и колхозной общественности широко развернуть профилактические мероприятия (кипяченая вода, чистота столовых, ежедневное мытье в бане, аптечки в цехе, уничтожение мух, тараканов, клопов).

11. Руководителям учреждений этот приказ немедленно проработать на общих собраниях и производственных совещаниях, в комиссиях и конгретизировать его соответственно местным условиям работы и обстановке.

12. Установить ежемесячный контроль и проверку исполнения заключенных колдоговоров и принятых решений по проработке данного приказа.

Зав. Облздравотделом — Кошкелов

Р а п о р т

Уральского научно-практического института травматологии и ортопедии

Обком союза медсантруд т. Пайрову, Облздравотдел т. Коновалову

Вместе со всеми рабочими нашего огромного Союза ССР и пролетариатом мира Уральский научный институт травматологии и ортопедии демонстрирует сегодня свои достижения за короткий промежуток времени.

Единой волей с огромным напряжением всего коллектива при поддержке партийных и союзных организаций мы можем подвести итоги первого этапа организационного периода института.

За 8 месяцев работы с момента приказа Облздравотдела об организации института всем коллективом:

1. Создана материально-техническая вооруженность института.

2. В дискуссионных боях за большевистское направление в развитии института намечается правильная линия в работе:

а) Институт делается штабом борьбы с травматизмом на предприятиях.

б) Институт организовал свой филиал в Кизеловском угольном районе, произвел обследование

Уралмедьстроя, реорганизовал помощь травматикам в г. Свердловске.

в) Институт создал сектор массовой борьбы с травматизмом, который проводит инструктаж на местах и организацию правильной борьбы с травматизмом.

г) Создана база для научно-исследовательской работы, которая развернута в настоящее время.

д) Налажена подготовка кадров специалистов травматиков для Урала.

Институт в настоящее время считает себя готовым помочь промышленности Большого Урала и готов к обороне страны.

Признавая ряд недочетов, имеющихся еще в работе молодого института, Треугольник надеется, что силами всего института к Октябрьским торжествам отмеченные недочеты будут изжиты.

Треугольник: директор Чаклин

Пред. МК Анасова

Секретарь партгруппы Айзикович

Широков

С о в е щ а н и е

врачей здравпунктов горной промышленности

6—8 мая с. г. состоялось 1 отраслевое совещание врачей здравпунктов горной промышленности. Совещание было созвано Облздравотделом с целью обсуждения в первую очередь вопросов борьбы с травматизмом, которая ведется здравпунктами на промпредприятиях.

На совещании были представлены здравпункты угольной, железо-рудной, калийной и асбестовой промышленности, отдельные райздравы горной промышленности, а также представители областных организаций (соответствующих союзов, страхов, научно-исследовательских институтов и т. п.)

Обсуждению были подвергнуты 2 основных вопроса: 1) «О некоторых задачах здравпунктов горной промышленности» (доклад зав. Облздравотделом т. Коновалова) и 2) «Борьба с травматизмом, травматологическая помощь, статучет на здравпунктах» (доклад т. т. Левонтина, Чаклина, Широкова).

Тов. Коновалов в своем докладе, исходя из решений XVII партийной конференции, указал, что

«рабочий класс и колхозные массы под руководством партии большевиков перешли к стройке здания социализма, которое к концу 2-й пятилетки народного хозяйства должно быть построено», — перед органами здравоохранения, медико-санитарными учреждениями ставится ряд совершенно новых задач по-новому (см. постановление совещания).

Из доклада и прений выяснилось, что отдельные здравпункты на предприятиях перестраивают свою работу как по формам, так и методам ее; здравпункты сделали организаторами рабочих масс на борьбу за снижение заболеваемости и травматизма; выковывают санитарный актив (бойцов) и являются ведущими звеньями в системе лечпрофсети (Надеждинск, Алапаевск, Молотово, Ежовка, Челябинки и некоторые другие).

Особенно важно, что здравпункты тесно связались с рабочими массами, ф. з. организациями путем выступления на совещаниях, участия в производственных совещаниях и т. п. (Ежовка),

организации рабочих заслонов, контрольных постов по снижению травматизма (Челябкин).—

Но, к сожалению, большинство здравпунктов еще не перестроили своей работы, работают внутри своего пункта, оказывая лишь первую помощь, да и то порой неудовлетворительно (как отмечалось на совещании по поводу одного пункта в Кизеле).

Эти здравпункты, по существу прежние пункты первой помощи, плетутся в хвосте, профилактической работы не развивают.

Как отрицательное явление, отмечается — райздравы во многих случаях работы здравпунктов недооценивают, врачей со здравпунктов перебрасывают на другие работы (Кизел).

Тов. Чаклин остановился в своем докладе на конкретных мероприятиях по оказанию травматологической помощи на здравпунктах, системе построения этой помощи в разных звеньях лечебных учреждений до Травматологического института включительно.

Тов. Левонтин изложил организационные формы борьбы с травматизмом на здравпунктах — изучение причин травматизма, методику исследования несчастных случаев, связь с техникой безопасности, формы этой связи и т. д.

По учету травматизма обсужденные Наркомздравом формы с некоторыми коррективами приняты к проведению в жизнь на всех самостоятельных пунктах.

Совещание вынесло ряд практических решений, реализация которых даст несомненно значительный сдвиг в работе по борьбе с промтравматизмом.

В заключение нужно сказать, что созыв отраслевых совещаний является весьма целесообразным, так как эти совещания заостряют более или менее однородные вопросы, близко знакомые всем участникам совещания.

До конца 32 года Облздравом намечается провести еще 2 совещания врачей здравпунктов с предприятий: 1) металлургической и 2) машиностроительной промышленности.

Заседание Коллегии НК-РКИ РСФСР,
протокол № 18, п. 2 от 22/IV-32 года

Постановление

Коллегии НК-РКИ РСФСР по докладу группы здравоохранения о состоянии и борьбе с промышленным травматизмом

Заслушав доклад группы здравоохранения по обследованию мероприятий по борьбе с промышленным травматизмом (на 7 предприятиях машиностроения, 6 предприятиях основной химии, 3 металлургических заводах, 4 фабриках текстильной промышленности и 2 заводах по металлообработке г. Ленинграда, Уральской области и Нижегородского края), Коллегия НКРКИ РСФСР отмечает, что, наряду с неуклонной тенденцией по снижению числа травматических случаев, все еще наблюдаются высокие количественные показатели промышленного травматизма (20-25 проц. всей заболеваемости рабочих падает на травматизм) и недостаточность борьбы с несчастными случаями.

1. Со стороны директоров ряда предприятий не было уделено должного внимания технике безопасности и охране труда, в результате оказались неиспользованными отпущенные средства на технику безопасности (суперфосфатный завод в Перми израсходовал в 1931 г. всего лишь 34,9 проц. отпущенных средств, Златоустовский — 42 проц., Саминский — 57,2 проц., Верх-Исетский — 53,5 проц. средства расходовались не по прямому назначению (Чернореченский химкомбинат на столовые и оборудование фабрики-кухни, Верх-Исетский на физкультуру) и расходование средств перене-

силось на последний квартал; не было укомплектовано бюро техники безопасности кадрами, квалификация работников по технике безопасности слаба (по Уралу среди заведующих техникой безопасности всего лишь 5 инженеров), инструктаж и обучение вновь поступающих рабочих проводились неудовлетворительно (завод им. К. Маркса, Чернореченский химкомбинат и т. д.).

2. Работа краевых отделов труда и инспектуры труда по систематическому контролю за проведением мероприятий по технике безопасности (завод Экспомайзер, Чернореченский химкомбинат, завод им. Карла Маркса и т. д.), по наблюдению за расходованием отпущенных средств на технику безопасности, по выявлению причин травматизма, по инструктированию и вовлечению в работу общественных инспекторов труда — проводилась слабо.

3. Работа здравпунктов по учету травм без потери трудоспособности (завод Лепсе, завод «Красная Этна», «Металлист») по борьбе за санитарный минимум в цехе, по проведению периодических медосмотров рабочих вредных цехов проводилась недостаточно, отсутствовало наблюдение за лечением травмированных и постоянная связь с травматологическими институтами и институтами профзаболеваний.

4. В ряде предприятий работа выплатных пунктов по борьбе с травматизмом как в отношении выявления характера оплаченных травм (на Саткинском заводе всех оплаченных в 1931 г. травм только 15,5 проц. отнесены к промышленным, остальные значатся «несвязанными», на заводе «Металлист» при неполучении извещения травмы относятся к бытовым и т. д.), так и в отношении вовлечения страхового актива в борьбу с травматизмом оставлена неудовлетворительно.

5. В работе по борьбе с травматизмом на предприятиях между инспектурой труда, техникой безопасности и здравпунктом и выплатным пунктом наблюдается несогласованность и вредный параллелизм, отсутствие единого плана борьбы и разноречивость в проведении санитарно-технических мероприятий (Кр. Сормово, Чернореченский химкомбинат, В. Исетский завод и др.).

6. Со стороны ряда фабзавкомов к борьбе с травматизмом на предприятиях, к проведению санминимума, к контролю за использованием средств техники безопасности и охране труда и к вовлечению рабочих в борьбу за оздоровление условий (Верх-Исетский завод, «Металлист», Воткинский завод, Лепсе и т. д.) проявлено недостаточное внимание.

На основании изложенного, Коллегия НКРКИ РСФСР постановляет:

1. Предложить Наркомтяжпрому, под ответственность тов. Фигатнера, Наркомлегпрому — под ответственность тов. Вороновой:

а) дать директиву об ответственности директоров предприятий за целесообразное, своевременное и полное использование отпущенных средств на технику безопасности и охрану труда (выполнение календарных сроков, соглашений, своевременная дача заказов, наблюдение за их выполнением и т. д.);

б) совместно с НКТ и НКЗ в месячный срок дать указания местным своим органам о выработке единого оперативного плана борьбы с травматизмом на предприятиях, возложив всю ответственность как за утверждение, так и за осуществление предусмотренных единиц по планам мероприятий на пом. директора по труду;

в) обязать директоров предприятий в течение 3 месяцев укомплектовать полностью бюро техники безопасности соответствующими кадрами, принять меры к закреплению существующих кадров по технике безопасности, не допуская снижения установленных ВСНХ и НКТ ставок для зав. техникой безопасности, в течение двух декадного срока выделить на предприятиях лиц, ответственных по надзору и уходу за вентиляционными, электро и светоустановками;

г) провести в жизнь премирование административно-технического персонала за лучшую поста-

новку оздоровительной работы в цехе, дающей при успешном выполнении промфинплана максимальное снижение травматических заболеваний, а рабочих и технический персонал — за внесение рационализаторских предложений по оздоровлению условий труда;

д) вменить в обязанность заведующему техникой безопасности, совместно с здравпунктом, выплатным пунктом и инспекцией труда выявить в месячный срок особо опасные и вредные цеха и места в цехах и составить для работы на этих местах правила (минимум) по технике безопасности, равно провести инструктаж рабочих по использованию защитных приспособлений (противогазы, очки и т. д.); при выяснении причин несчастных случаев приглашать к расследованию их врача здравпункта и общественного инспектора труда;

е) обязать директоров предприятий организовывать технический инструктаж по работе на различных механизмах и особо опасных видах работ вновь поступающих рабочих и без предварительной проверки соответственного ознакомления не допускать их к работе;

ж) отмечая недостаток кадров и слабость подготовки по технике безопасности инженеров и техников, обязать индустриальные вузы и техникумы провести в жизнь организацию кафедр по технике безопасности и не допускать сокращения установленных курсов по этим дисциплинам.

2. Предложить НКТ РСФСР под ответственность тов. Радиус-Зенковича обязать край (область) отделы труда:

а) совместно с профсоюзами (ФЗК) обеспечить на каждом предприятии, цехе и смене не менее одного общественного инспектора по труду, организовав систематический инструктаж общественных инструкторов и поставив их на работу в первую очередь в ведущих отраслях промышленности;

б) произвести в 2-х месячный срок через общественных инспекторов труда на предприятиях с привлечением здравпунктов (бюро техники безопасности и выплатных пунктов) проверку состояния цехов, загруженность цехов материалами, изделиями, недостаточность освещения проходов и мест работы и т. д. и обеспечить систематический надзор за проведением администрацией мероприятий по разгрузке цехов и проходов;

в) проверять систематически, не реже одного раза в квартал, выполнение администрацией соглашений по технике безопасности и охране труда, в частности, в 2 месячный срок провести проверку реализации администрацией предложений, данных инспектурой труда за последние 6 месяцев;

г) впредь о всех предложениях хозяйственных

как по проведению тех или иных мероприятий ставить в известность общественного инспектора труда для контроля за их выполнением;

д) установить по каждому крупному предприятию твердый календарный план посещений его инспекторами труда для обследований; к проводимым обследованиям обязательно привлекать здравпункты.

3. Отмечая неудовлетворительную работу отделов труда (Уральского, Нижегородского) по контролю за целесообразным расходованием средств отпущенных на «технику безопасности» обязать НКТ РСФСР предложить край (обл.) отделам труда проверить в течение месяца работу инспекторов по заключению соглашений с хозорганами на 1932 год и установить действительный контроль за работой инспекторов в области правильного расходования хозорганизациями средств на технику безопасности и охрану труда.

4. Предложить НКЗ, под ответственность тов. Богат обязать крайобздравы:

а) поставить в виде опыта на ряде предприятий регистрацию и учет травм на зд. пунтах, обязав последние немедленно сообщать в бюро техники безопасности, инспектору труда и выплатам о всех случаях травм, вызвавших потерю трудоспособности. О результатах опыта через 3 месяца сообщить в НКРКИ;

б) установить особое наблюдение за существующей постановкой учета травматических случаев на здравпунктах, обязав последние на основе учета всех травм с (потерей и без потери трудоспособности) выявить наиболее неблагоприятные цеха в предприятиях;

в) внести в обязанность здравпунктам в целях привлечения внимания рабочей общественности к травматизму в цехе и совместно с бюро техники безопасности и инспектурой труда организовать «сигнализационную» доску, на которой ежедневно вывешивать количество травм за предыдущий день, особенно выделяя тяжелые случаи;

г) здравпунктам проводить периодическое мед. свидетельство рабочих вредных цехов, а равно подростков;

д) на предприятиях с большим травматизмом и с особо вредными цехами обеспечить все смены рабочим дежурством и необходимым медицинским инвентарем для неотложной помощи (носки, перевязочный материал и т. д.) и установить постоянную связь с лечебными учреждениями по лечению травмированных;

е) выделить из состава здравпунктов определенное лицо для повседневного наблюдения за содержанием цеховых аптечек и регулярным их пополнением медикаментами;

ж) провести проверку и организовать на предприятиях, совместно с РОКК в месячный срок

краткосрочные кружки первой помощи в составе рабочих и работниц, охватив все основные цеха;

з) для устранения недостатков просветработы по борьбе с травматизмом в цехах, организовать через здравпункты регулярные беседы по этим вопросам и включить их в план ФЗК по культмассовой работе (плакаты, лозунги, надписи, сигналы и т. д.).

5. Предложить Всероссийской кассе социального страхования, под ответственность тов. Михайлова, и Цусстраху, под ответственность тов. Петрова (по отраслевой системе соцстрахования), в месячный срок:

а) совместно с НКЗдравом, исходя из установленных показателей оплаты случаев по временной нетрудоспособности, разработать по отдельным предприятиям лимиты оплачиваемых дней по травматизму и довести последние до выплатных пунктов и здравпунктов на предприятиях;

б) выплатам установить постоянное наблюдение за осуществлением указанных показателей, установить контроль на дому и за лечением травмированных в лечебных учреждениях, применять переводы на другие работы;

в) отмечая запаздывание в разработке данных по травматизму, организовать эту работу так, чтобы в конце следующего месяца имелись данные за предыдущий месяц.

6. Просить ВЦСПС дать указания по линии профсоюзов и особенно ведущих отраслей промышленности (ЦК машиностроительной промышленности, ЦК основной химии, ЦК угольщиков и т. д.) о заключении этих профсоюзов и их низовых звеньев в активную работу с травматизмом, как одной из основных причин потерь производства, рассмотрение планов по борьбе с травматизмом, наблюдение за расходованием средств и обязать ЦК Союза в течение I квартала заслушать отчеты 2-3 фабзаккомов об их работе по борьбе с травмами и проведению просветработы в области повышения технической грамотности средних рабочих.

7. Предложить НКЗдраву и НКТруду РСФСР привлечь подведомственные им научные институты охраны труда и профзаболеваний к более широкому изучению причин промышленного травматизма, к разработке конкретных мероприятий по борьбе с ним, к проведению через бюро техники безопасности этих мероприятий в жизнь, а равно добиться через хозорганизации массового производства и применения разработанных институтами, практически испытанных, защитных приспособлений и предложений по борьбе с травматизмом.

8. Обязать заинтересованные ведомства данное постановление опубликовать в своих ведомственных изданиях.

Сдано в производство 26/VII, подписано к печати 13/XII

Ответственный редактор: **Н. А. Коновалов**

Технический редактор: **Ю. Цингевский**

Уралобллит №В—334 УралОГИЗ № 564 Пр. — 1. Печ. л. $2\frac{3}{4}$ Формат 6. 72×105/16

Свердловск, тип. „Гранит“ из-ва «Уральский рабочий» при Облисполкоме, заказ № 4878 Тираж 3000

0-10

Цена 2 руб.