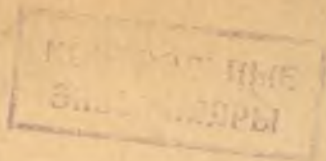


61

3-46

594889



**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
ВОЛОГОДСКОЙ  
ОБЛАСТИ  
ЗА 50 ЛЕТ**

**СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ  
КНИЖНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
1967**



ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ  
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ  
за 50 лет**

*СБОРНИК СТАТЕЙ*

СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ КНИЖНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
1967

**Редакционная коллегия:**

***В. П. РУБАН*** (редактор),  
***М. К. КОЛОСОВА*** и ***А. И. СЕМЕНОВА***.

---

## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 50 ЛЕТ

*В. П. РУБАН,  
заведующий областным отделом здравоохранения*

Полувековой период существования первого в мире социалистического государства знаменуется огромными успехами советского здравоохранения. Яркий пример тому — наша Вологодская область.

Пятьдесят лет назад медицинская помощь была недоступна народу. По данным отчета старшего врача Вологодской губернской земской больницы С. Ф. Горталова, в 1910 году за сутки пребывания в больнице взималась плата с мещан и чиновников по 50 копеек, а с крестьян 1 рубль 50 копеек. В сельской же местности один фельдшер обслуживал до 15 тысяч жителей в радиусе 100 верст.

В таких условиях рабочий и крестьянин не могли пользоваться медицинской помощью и обращались к знахарям. Без медицинской помощи люди умирали от простых хирургических заболеваний. Средняя продолжительность жизни составляла 30 лет. Каждый четвертый ребенок не доживал до года.

Великая Октябрьская социалистическая революция открыла путь к социально-экономическим преобразованиям в стране. Сокращение рабочего дня, улучшение условий труда и быта, повышение материального благосостояния народа, забота об отдыхе трудящихся — все это явилось социальными мерами профилактики, которые значительно изменили уровень физического развития и здоровья. Об этом свидетельствуют данные о физическом развитии 18-летних подростков:

	1881 г.	1923 г.	1940 г.	1950 г.
Рост, см	161,9	161,5	166,6	171,1
Вес, кг	—	56,2	58,2	62,3

Продолжительность жизни людей в нашей стране увеличилась, по сравнению с дореволюционным временем, в 2,3 раза и достигла 70 лет — высший показатель среди всех стран мира.

«Социалистическое государство — единственное государство, которое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего населения», — так записано в Программе КПСС. О ежегодном росте расходов на здравоохранение говорят такие данные:

Расходы на душу населения в рублях  
(в действующих ценах данного года)

Г о д ы	
1913 г.	0,94
1940 г.	4,8
1950 г.	11,9
1960 г.	22,5
1965 г.	28,9

Бюджет здравоохранения нашей области в юбилейном 1967 году превысил 37 миллионов рублей.

За годы Советской власти в области получила большое развитие сеть лечебных учреждений. Число больничных коек увеличилось в 5,6 раза.

	1913 г.	1940 г.	1950 г.	1960 г.	1965 г.
Общее число больничных коек	2456	5889	7910	11 475	13 751
Приходится на 10 000 населения	14,6	36,2	64,8	87,4	105,1

Только за последнее семилетие построено и введено в эксплуатацию 111 объектов здравоохранения, в том числе: областная больница на 600 коек, четыре городских больницы, районная больница в Харовске, два родильных дома, три поликлиники, шесть лечебных корпусов, девять участковых больниц, водолечебница, 5 аптек, 20 детских яслей и 50 медицинских пунктов. Ежегодно на строительство медицинских учреждений

расходовалось (включая участие колхозов и средства местных Советов депутатов трудящихся) более миллиона рублей.

За семь лет введено 2700 коек. Это был не простой прирост коек. Строительство крупных стационаров позволило создавать многопрофильные больницы с узкими специализированными отделениями, повышать качество медицинской помощи.

25—30 лет назад в области такие специалисты, как офтальмологи, урологи, отоларингологи и ортопеды, были по одному-два на город, что не могло обеспечить население специализированной помощью. Не было, по существу, специализированных отделений. Число узких специалистов возросло в основном за последние 25 лет. Об этом говорят такие данные:

	1940 г.	1950 г.	1960 г.	1965 г.
Окулисты	6	16	28	48
Отоларингологи	3	5	26	32
Невропатологи	3	9	25	41
Ортопеды	—	—	9	14
Нейрохирурги	—	—	2	3
Урологи	—	1	3	3

В 1956 году при областной больнице открывается нейрохирургическое отделение. Вначале нейрохирурги занимались только лечением травмы периферической и центральной нервной системы, а в настоящее время отделение, возросшее до 40 коек, занимается оперативным лечением опухолей, закрытием дефектов черепа, проведением сложных оперативных вмешательств при патологии центральной и периферической нервной системы. Это уже не просто коллектив нейрохирургов, а отделение, где активно работают (не вошедшие в таблицу) нейроофтальмолог и анестезиолог.

В 1964 году в областной больнице открывается самостоятельное ортопедо-травматологическое отделение на 40 коек, которое вскоре расширяется до 70 коек. Затем открываются два городских отделения: для взрослых и детей.

В 1965 году начинает работу отделение грудной хирургии. Отдельные операции на легких проводились и раньше (в общехирургических отделениях), но с открытием специализированного отделения развитие грудной хирургии идет быстрыми темпами; к 1967 году торакальные хирурги произвели несколько десятков операций на сердце.

Подобная дифференциация идет и в терапии. Появляются кардиоревматологические, эндокринологические и гастроэнтерологические отделения.

О росте сети специализированной медицинской помощи говорят такие данные:

	Число коек.			
	1940 г.	1950 г.	1960 г.	1965 г.
Ортопедо-травматологические			85	190
Нейрохирургические			30	40
Урологические			35	80
Грудной хирургии			—	25
Отоларингологические	<del>40</del>	45	107	165
Офтальмологические	<del>62</del>	88	166	186
Неврологические	<del>25</del>	40	152	280
Дермато-венерологич.	<del>60</del>	121	138	145
Онкологические	—	70	82	157

В настоящее время в области работают 234 рентгеновских установки. Кроме того, имеется 27 флюорографов, открыто 44 электрокардиографических и 125 физиотерапевтических кабинетов. Быстрое развитие получает лабораторная служба. Все городские и районные больницы имеют клинические и биохимические лаборатории, а всего в области насчитывается 145 лабораторий.

Уделяется большое внимание созданию службы неотложной и скорой помощи. При областной больнице работает станция санитарной авиации, совершающая



в год 900 вылетов для оказания помощи больным в районах области. Станции «Скорой помощи» совершают в год до 190 тыс. выездов.

Развитие объема и специализированной медицинской помощи сопровождалось ростом медицинских кадров:

	1913 г.	1940 г.	1950 г.	1960 г.	1965 г.
Врачей	117	424	963	1343	1689
на 10 000 населения	0,69	<u>2,65</u>	7,9	10,3	12,9
Зубных врачей	25	124	177	230	304
на 10 000 населения	0,15	0,8	1,5	1,75	2,3
Средний медперсонал	616	<u>3542</u>	5869	8819	10 213
на 10 000 населения	3,66	<u>22,2</u>	48,1	67,2	78,0

Большой размах приобретает работа по повышению деловой квалификации кадров, которая проводится путем специализации и усовершенствования на базе областных медицинских учреждений, проведения областных межрайонных и районных тематических научно-практических конференций, на заседаниях научных обществ и в школах передового опыта. Это видно из таких данных:

	1960 г.	1966 г.
Подготовлено врачей:		
на центральных базах	66	130
на местных базах	64	95
Подготовлено средних медицинских работников	247	327

Только за 1966 г. проведено 33 областных и межрайонных научно-практических конференции.

Следует также отметить растущую активность вологодских врачей в научной работе. За последнее пятилетие было опубликовано свыше 100 их работ в центральных журналах, сборниках материалов съездов и конференций. Заслуживают внимания статьи С. И. Ан-

дрианова, Е. В. Александрович, Е. А. Куллэ, А. И. Семеновой, Е. А. Лудянского и др.

В 1964 году в области появилась первая школа передового опыта, а к 1967 году такие школы созданы во всех городах и в большинстве районов области. Появляются областные школы передового опыта по различным разделам работы: в Грязовецком районе — по обслуживанию женщин и детей, в Верховажском — по охране здоровья школьников, в Митинском леспромхозе — по обслуживанию лесозаготовителей, в Шапшинской участковой больнице Харовского района — по обслуживанию работников сельского хозяйства. Всего в области работает более 50 школ передового опыта, где обучаются свыше 200 человек.

Высокие моральные качества медицинских работников, готовность в любую минуту идти на помощь больному вызывают глубокое уважение народа к тем, кто стоит на страже его здоровья. В области работает 56 заслуженных врачей РСФСР. Широкой известностью и уважением пользуются имена заслуженных врачей РСФСР проф. В. В. Лебедева и П. Г. Самойлова (оба они являются почетными гражданами гор. Вологды), И. Н. Саламатова, Е. В. Александрович, М. А. Рудневой, Д. С. Гинзбурга, М. Ф. Драчевой и многих других. 460 медицинских работников награждены значком «Отличнику здравоохранения». В декабре 1966 года Указом Президиума Верховного Совета СССР 64 медицинских работника области удостоены высоких правительственных наград.

В едином строю борцов за здоровье народа стоят 42 тыс. активистов общества Красного Креста нашей области; их скромный труд способствует успеху дела здравоохранения.

Но было бы неправильно утверждать, что в деле здравоохранения в нашей области нет никаких недостатков и нерешенных задач.

Сессия областного Совета депутатов трудящихся в конце 1966 года рассмотрела вопрос «О мерах улучшения здравоохранения в области» и в своем решении сосредоточила внимание на укреплении материальной базы здравоохранения, расширении специализированной помощи и приближении ее к сельскому населению.

Для успешного решения поставленных задач по улучшению культуры и качества медицинского обслуживания населения в области в текущем пятилетии будет построено 134 различных объекта медицинского назначения и введено дополнительно 2000 коек. Строительство новых учреждений и отдельных корпусов предусматривает создание крупных многопрофильных стационаров, способных решать задачи здравоохранения на современном уровне. Дальнейшее развитие получат амбулаторно-поликлиническая и аптечная сеть. Повысится оснащённость лечебно-профилактических учреждений медицинской техникой.

Готовясь к 50-летию Великой Октябрьской социалистической революции, коллективы многих медицинских учреждений области добились серьезных успехов в постановке лечебно-профилактической работы. К числу их относятся коллективы Верховажской районной больницы, больниц череповецких строителей и металлургов, Шапшинской участковой больницы Харовского района, Шольской участковой больницы Белозерского района, Городищенского и Февральского фельдшерско-акушерских пунктов и др.

Медицинские работники Вологодской области, отвечая на повседневную заботу партии и Советского правительства и на награждение области орденом Ленина, прилагают все свои усилия к тому, чтобы добиться новых успехов в организации дела здравоохранения.

---

---

---

## РАЗВИТИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

*А. И. СЕМЕНОВА,  
главный терапевт области*

Развитие терапевтической службы, как и в целом всего здравоохранения в области, тесно связано с громадными преобразованиями, происшедшими в нашей стране за 50 лет Советской власти.

Отсутствие эксплуатации человека человеком, организация охраны труда, улучшение жилищных условий и повышение общей культуры в нашей стране — все это дало возможность резко повысить объем и эффективность медицинских мероприятий.

Рост сети лечебно-профилактических учреждений и укрепление их материально-технической базы явились основными предпосылками для развития в области специализированных видов медицинской помощи.

Из числа многих других служб свое дальнейшее развитие получает и терапевтическая. За период с 1937 по 1965 год врачей-терапевтов, в том числе инфекционистов и эндокринологов, увеличилось в области почти в 2,5 раза. Обеспеченность населения врачами-терапевтами, инфекционистами в 1965 году составила 2,26 на 10 000 населения — в два раза выше, чем в 1940 году.

Первоочередное внимание уделяется вопросам повышения квалификации и расстановки медицинских кадров. Если в 1924 году из всех врачей Вологодской губернии имели возможность усовершенствовать свои знания в институтах всего 12—15 человек, то только за один 1965 год прошли усовершенствование и специализацию в институтах и на местных базах 52 врача-терапевта.

За последние годы увеличилась подготовка терапевтов по узким специальностям: кардиологии, эндокринологии, гематологии. В настоящее время врачи-эндокринологи и кардиологи имеются во всех городах

областного подчинения, начата подготовка врачей по данным специальностям для крупных центральных районных больниц.

Все шире практикуется проведение объединенных областных конференций врачей-терапевтов с врачами-инфекционистами, фтизиатрами, акушерами-гинекологами, а также межобластных конференций и семинаров по обмену опытом работы на базе лучших лечебных учреждений. Школы передового опыта для участковых терапевтов и участковых медсестер созданы в Вологде и Череповце, для врачей участковых больниц — на базе Шапшинской участковой больницы Харовского района.

Велика роль в повышении квалификации врачей областного научного общества терапевтов, членами которого являются 234 врача — 75% от общего числа терапевтов. Секции общества работают в двух городах и семи районах области.

Среди врачей-терапевтов немало ветеранов, проработавших в области 30—50 лет.

За годы Советской власти произошли большие сдвиги в организации стационарной помощи. Об этом говорят данные таблицы 1.

	1925 г.	1940 г.	1950 г.	1960 г.	1965 г.
Число терапевтических коек	305	598	946	1776	2024
Удельный вес терапевтических коек, %	12,4	10,1	11,9	16,4	15,5
Обеспеченность терапевтическими койками на 1000 населения		0,3	1,2	1,3	1,5

Одновременно с ростом числа коек значительно увеличилась средняя мощность терапевтических отделений: в городах областного подчинения в 1965 году она составила 60 коек, в центральных районных больницах — 30. А в 1925 году самое крупное терапевтическое отделение — на 25 коек — имелось только в губернской больнице.

Увеличение мощности терапевтических отделений и укрупненность их квалифицированными кадрами врачей-терапевтов позволяет широко внедрять в практику достижения медицинской науки. Во всех крупных городах области применяются современные биохимические, бактериологические, рентгенологические и другие методы исследования.

Повышению качества обследования и лечения больных способствовала организация в крупных терапевтических отделениях специализированных палат для больных с инфарктом миокарда, ревматизмом, с заболеваниями эндокринной системы. В 1966 году в Вологде открыто первое в области специализированное кардиологическое отделение на 60 коек.

Широкое внедрение в практику достижений медицинской науки, расширение объема амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи позволило значительно улучшить многие показатели терапевтической службы. В результате широкого применения антибиотиков и сульфаниламидных препаратов во много раз снизилась общая и больничная летальность от пневмоний. Только за период с 1950 по 1965 год общая летальность от крупозной пневмонии снизилась в три раза, а от очаговой пневмонии — в семь раз, от туберкулеза органов дыхания — более чем в три раза, от язвенной болезни — почти в четыре раза.

Многое сделано в области профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Своевременное применение профилактических курсов лечения при гипертонической болезни, атеросклерозе и ревматизме позволяют во многих случаях предотвратить дальнейшее прогрессирование болезни.

За период с 1946 по 1965 год летальность в терапевтических отделениях снизилась в целом по области в два раза (с 3,99% до 2,0%).

С первых дней существования Советской власти органами здравоохранения уделяется большое внимание развитию амбулаторно-поликлинической помощи. Специализированные приемы амбулаторных больных врачами-терапевтами и невропатологами начали организовываться в городах Вологодской области в 1921 году. До этого приемы в амбулаториях вели дежурные врачи; в необходимых случаях больные направлялись

на консультацию к врачам-специалистам стационаров.

Служба квартирно-амбулаторной помощи на дому начала создаваться в городах с 1918 года. Она состояла из пунктов квартирной помощи с дежурствами врачей у себя на дому. Объем оказываемой ими помощи был весьма ограничен и сводился к выписке рецептов и выдаче заболевшим больничных листков или направлений в больницу. Никакой преемственности в работе между амбулаториями, службой помощи на дому и стационарами в то время не было. Г. В. Васильев, проработавший в Вологде врачом помощи на дому в течение 11 лет (с 1928 по 1939 год), так характеризует эту работу: «Врач помощи на дому обслуживал на своем участке взрослых детей, транспорт предоставлялся исключительно редко, только для обслуживания дальних вызовов. Не хватало мест в больницах, и уже тогда широко практиковалась организация стационаров на дому».

Основным звеном, через которое осуществлялась медицинская помощь, а также вся противоэпидемическая работа на селе, был сельский врачебный участок.

Все больше внимания уделялось профилактике острых заразных болезней. Глубокое знание клиники инфекционных болезней, эпидемической обстановки, постоянная настороженность помогали своевременно выявлять больных с острыми заразными болезнями и изолировать их.

Осуществление участково-территориального принципа обслуживания городского населения, последовавшее после приказа народного комиссара здравоохранения СССР «О мерах по улучшению работы внебольничных учреждений» (1938 г.), явилось весьма важным мероприятием по повышению качества всей деятельности амбулаторно-поликлинической сети. В городах областного подчинения создается сеть терапевтических участков. Врач-терапевт становится организатором всей лечебно-профилактической работы на своем участке. Он не только обслуживает больных на дому, но и ведет амбулаторный прием больных своего участка.

Но по-прежнему остается разобщенность в работе участковых терапевтов и врачей стационаров. Только с 1949 года, после объединения больниц с поликли-

никами, участковые терапевты стали работать в стационарах. Таким образом, были созданы все условия, обеспечивающие преемственность в лечении больных в поликлинике и в стационаре, а также повышение квалификации врачей-терапевтов.

Заметно растет число терапевтических участков, что видно из данных таблицы 2.

Таблица 2

Врачебные участки в городах области

Годы	Терапевтические участки	Цеховые участки	Врачебные здравпункты
1943	21	—	—
1950	52	—	14
1960	81	7	32
1965	105	39	51

Одновременно уделяется большое внимание организации преимущественного медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий.

В 1922 году при лечебном подотделе губздравотдела создается бюро по оказанию лечебной помощи застрахованным. Хотя специальной больничной сети для застрахованных тогда не было, однако всеми лечебно-профилактическими учреждениями застрахованные обслуживались в первую очередь.

Сеть специальных лечебных учреждений на промышленных предприятиях области начала формироваться в основном в послевоенные годы и до 1950 года была представлена врачебными и фельдшерскими здравпунктами. В 1950 году для обслуживания рабочих треста «Череповецметаллургстрой» организуется первая в области медико-санитарная часть открытого типа. В 1957 году открывается медико-санитарная часть при Череповецком металлургическом заводе.

За последние годы врачебные здравпункты на большинстве промышленных предприятий реорганизованы в цеховые участки, число которых с 7 в 1960 году увеличилось до 39 в 1965 году. Цеховой принцип медицинского обслуживания позволил максимально при-



близить квалифицированную врачебную помощь к рабочим, улучшить многие звенья профилактической работы.

Организация территориально-участковой и цеховой службы явилась основой для широкого внедрения в практику диспансерного метода.

Профилактические осмотры населения начали проводиться в области уже в первые годы существования Советской власти. Так, в 1924 году в Вологде врачами горсанэпидбюро было проведено подробное обследование состояния здоровья 273 рабочих пищевой промышленности и 165 рабочих полиграфического производства. Одновременно собирались сведения об условиях труда и быта рабочих. С каждым годом число целевых осмотров увеличивалось. Широкое проведение профилактических осмотров позволяло выявлять больных с начальными формами заболеваний и более успешно лечить их.

За последние годы в области все более широкое распространение получает диспансерный метод работы. К январю 1966 года на диспансеризации состояло 66 787 человек. Показатели охвата диспансерным наблюдением с 1953 по 1965 год (в процентах) приводятся в таблице 3.

Таблица 3

Наименование заболеваний	1953 г.	1958 г.	1960 г.	1965 г.
Ревматизм	10,4	37,6	54,8	92,3
Гипертоническая болезнь	20,9	34,9	42,3	54,7
Язвенная болезнь	16,7	46,0	66,2	94,1

Наряду с увеличением числа диспансеризуемых, за последние годы заметно улучшается качество диспансеризации. Неплохо поставлена работа по диспансеризации в медико-санитарных частях г. Череповца. Здесь обеспечены своевременность взятия больных на диспансерное наблюдение, плановость в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности у

диспансеризированных по каждому цеховому участку. Много внимания уделяется рациональному трудоустройству. В 1966 году по тресту «Череповецметаллургстрой» трудоустроены все диспансерные больные. Охват стационарным лечением составил 94% от числа нуждающихся.

В результате планового проведения лечебно-оздоровительных мероприятий заметно снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности. По тресту «Череповецметаллургстрой» заболеваемость с временной утратой трудоспособности на 100 диспансеризуемых больных снизилась в 1966 году, по сравнению с 1963 годом, по ревматизму — в случаях и днях на 53%; по гипертонической болезни — в случаях на 76%, в днях на 17%; по язвенной болезни — в случаях на 75%, в днях на 71%.

Приведенные цифры о снижении временной нетрудоспособности, несомненно, свидетельствуют о большой эффективности диспансерного метода при условии хорошо организованной лечебно-оздоровительной работы.

Неуклонный рост материального благосостояния советских людей, повышение общей и санитарной культуры, широкие оздоровительные мероприятия, ряд важных достижений медицинской науки обеспечили снижение общей и инфекционной заболеваемости. В области уже давно ликвидированы натуральная оспа, холера, трахома, малярия; серьезные успехи имеются в борьбе и с другими болезнями. Только за последние восемь лет заболеваемость городского населения крупозной пневмонией и трахеобронхитом снизилась в два раза, очаговой пневмонией — в полтора раза; в 2,5 раза реже регистрируются гастриты, в два раза — энтериты и колиты.

За годы Советской власти значительно возросла техническая оснащенность лечебно-профилактических учреждений.

Таблица 4 характеризует развитие сети клиничко-диагностических лабораторий, физиотерапевтических и электрокардиографических кабинетов.

Как далеко ушли мы от дореволюционного времени, говорит тот факт, что только в 1909—1910 гг., во время эпидемии холеры, при губернской больнице от-

Т а б л и ц а 4

	1937 г.	1940 г.	1950 г.	1960 г.	1965 г.
Число лечебно-профилактических учреждений, имеющих физиотерапевт. кабинеты	9	15	42	92	125
Клинико-диагностические лаборатории	7	27	76	144	143
Электрокардиографические кабинеты	—	—	1	9	44

крылся бактериологический кабинет, явившийся первой в губернии лабораторией.

В настоящее время клинико-диагностические лаборатории имеются во всех городских, районных и в 54 участковых больницах. Биохимические исследования проводятся в городских и в большинстве районных больниц.

В 1949 году при поликлинике № 1 г. Вологды был организован первый в области электрокардиографический кабинет. А в 1965 году таких кабинетов насчитывалось уже 44. За последние годы все шире внедряется в практику фонокардиография.

Широкое развитие в области получила физиотерапевтическая служба. В 1917 году в городе Вологде имелась единственная в области платная электросветоводолечебница, в которой, помимо торфолечения и водных процедур, отпускались световые ванны и электрофорез. В настоящее время в поликлиниках и стационарах городов областного подчинения физиолечение получает каждый второй больной, в райцентрах — каждый пятый.

Все более широкое применение находят новые методы физиолечения: ультразвук при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и бронхиальной астме; диодинамические токи при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы; ЛУЧ-58 при язвенной болезни, полиартритах; ионофорез интраназально с никотиновой кислотой при бронхиальной астме и многие другие.

В качестве лечебных средств широко используются природные богатства области.

Врач П. А. Кадников, выступая в марте 1924 года на губернском съезде представителей уездных отделов здравоохранения и санитарных врачей, обращал особое внимание на необходимость использования в качестве лечебных средств природных богатств нашего края. Он рекомендовал широкое применение минеральных, железистых, хвойных, солнечных и песчаных ванн, торфо- и грязелечение, а также русскую баню. В области тогда имелись два санатория — Корнильевский в Грязовецком уезде и Леденгский в Тотемском уезде с общим числом 150 коек. На Корнильевском бальнеологическом курорте в качестве лечебного фактора использовались минерало-железистые ванны.

С тех пор Тотемский санаторий неузнаваемо изменился. Давно ушли в прошлое ручной способ подачи минеральной воды в ванны и многие неудобства, связанные с отсутствием на курорте гостиницы, столовой. В настоящее время здесь ежегодно получают лечение более 1000 больных.

В 1959 году по инициативе проф. В. В. Лебедева открыта Вологодская бальнеолечебница. Лечение минеральными ваннами здесь получает ежегодно 2500—3000 человек с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы. 92% лечившихся получают значительное улучшение состояния здоровья.

За годы Советской власти появились нового типа учреждения для лечения и отдыха трудящихся и среди них профилактории, организуемые при крупных промышленных предприятиях. Число коек в профилакториях области с 1961 по 1965 год увеличилось почти вдвое (с 300 до 575). Ежегодно 9000 трудящихся области лечатся и отдыхают в санаториях, 18 000 — в домах отдыха.

Непрерывное улучшение санаторно-курортного обслуживания трудящихся является проявлением заботы Коммунистической партии и Советского правительства о здоровье советских людей.

---

---

---

## ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

*Р. М. ЗАЙДМАН,*

*главный педиатр области*

До Великой Октябрьской социалистической революции в Вологодской губернии не было ни одной детской больницы и амбулатории. Медицинская помощь больным детям оказывалась в общих амбулаториях для взрослых.

Вследствие плохого ухода и неправильного вскармливания много детей ежегодно умирало. Детская смертность в губернии в 1913 году была 320 на 1000 родившихся.

Передовые земские врачи, изучая состояние здоровья, условия жизни населения, видели, что детская смертность особенно увеличивается летом, когда матери, занятые на сельскохозяйственных работах, вынуждены надолго уходить из дома и оставлять детей без присмотра.

По инициативе земских врачей в 1903 году были созданы первые летние ясли-приюты, которые существовали на средства губернского и уездных земств. 36 таких яслей были открыты в Тотемском, Велико-Устюгском, Сольвычегодском, Усть-Сысоловском и Яренском уездах. Ясли размещались в деревенских избах; иногда они занимали помещения школ. Обстановка состояла из стола, скамейки. Кроватей не хватало, дети спали на полу. Питание состояло из молока, каши, иногда щей и картофеля. И при всем этом ясли пользовались большим доверием населения, в особенности неимущего. Их привлекало «даровое» кормление и присмотр.

Однако ясли-приюты просуществовали недолго, всего четыре года. Вопрос о них был решен на губернском земском собрании в 1906 году. За устройство яслей был подан 21 голос, против 25. По большинству

голосов собрание постановило «отклонить на нынешний год вопрос об устройстве яслей-приютов». Ассигнования были прекращены, и ясли закрыли.

С первых дней существования Советского государства забота об охране ребенка тесно связана с заботами о материнстве. Уже в декабре 1917 года при Народном комиссариате государственного призрения была организована коллегия по охране материнства и младенчества, которая в 1920 году перешла в ведение Наркомата здравоохранения.

При Вологодском губздравотделе и некоторых уездных здравотделах были созданы подотделы материнства и младенчества, которые в своей работе опирались на общественные организации (женотделы, профессиональные организации, делегаток Советов). В то время в губернии было создано пять домов матери и ребенка на 155 мест (в Вологде, Вельске, Тотьме, Каргополе и Великом Устюге).

Большое значение в деле снижения детской заболеваемости и смертности придавалось детским консультациям и детским яслям.

В 1925 году постоянных детских яслей во всей губернии насчитывалось только 4 (в Вологде и на ст. Сухона) с общим числом 145 мест. В деревнях Вологодской губернии в это время функционировало 9 сезонных яслей, которые работали только в летний период. Сеть их быстро росла.

В 1920—1921 гг. в Вологде, Великом Устюге и Кадниковском уезде, а в 1921—1922 гг. в Вельске и Тотьме открываются детские консультации. Позднее консультации были открыты и в других уездах; при отдельных консультациях работали молочные кухни. Консультации обслуживали здоровых и больных детей, осуществляли патронаж.

В тех уездах, где не было консультаций, для приема детей были выделены профилактические дни. Обслуживание осуществлялось участковым медицинским персоналом.

В связи с недостатком медицинских кадров возник вопрос о подготовке их. В Вологде были организованы курсы медсестер-воспитательниц. В 1926 году на курсах обучено 57 ясельных сестер.

В то время как в учреждениях охраны материнства и младенчества обслуживали детей раннего возраста, медицинское обслуживание детей старшего возраста осуществляли созданные в 1917 году отделы охраны детей и подростков. С 1 июня 1922 года подотдел охраны материнства и младенчества и отдел охраны детей и подростков губздравицы были объединены в один подотдел, в ведение которого вошли 49 школ, центральная школьная амбулатория, восемь детских санаториев и лесных школ на 350 человек и 36 детских домов. Обслуживание этих учреждений осуществляла школьная группа, состоявшая из 23 человек (врачи и фельдшера). Врачи уделяли большое внимание физическому и трудовому воспитанию школьников и подростков и оздоровительной работе.

Амбулаторную помощь детям старшего возраста оказывали школьные амбулатории, которые имелись в Вологде, Вельске, Кадникове, Грязовце. Это были профилактические учреждения, где проводились осмотры школьников с антропометрическими измерениями.

В это же время начала осуществляться, хотя и в небольшом объеме, помощь больным детям на дому врачами общего профиля. В дальнейшем функции амбулатории были расширены. Они стали проводить и лечебную работу. При Вологодской центральной детской амбулатории был развернут дневной санаторий на 25 коек.

В стране в те годы детские больницы имелись только в крупных городах. Поэтому большим событием было открытие в 1921 году первой губернской детской больницы на 60 коек. Больница принимала детей в возрасте до 15 лет из городов и уездов.

После империалистической и гражданской войн страна переживала разруху, голод, которые увеличили беспризорность детей. В 1918—1920 гг. был издан ряд декретов за подписью В. И. Ленина по вопросам организации детского питания. Губисполком принял решение о создании отделов питания и выделении дополнительных средств. В комиссии по организации питания входили представители от исполкомов, медицинские работники, учителя. При школах открывались столовые.

Несмотря на огромные трудности, врачи проводили большую работу. Особенно много сделала по подъему санитарной культуры в Вологде комиссия здравоохранения горсовета, председателем которой был В. В. Лебедев, ныне заслуженный врач РСФСР, профессор, почетный гражданин г. Вологды.

В ноябре 1927 года на набережной Золотухи в двухэтажном каменном особняке разместился единственный в губернии диспансер для детей и подростков. Диспансер обслуживал только организованное детское население города, т. е. школьников, пионерские отряды, детские дома, детские сады. За год через диспансер проходило более 1100 детей и подростков. При диспансере работал санаторий, который размещался в 18 километрах от города, в бывшем барском имении «Отрадное». В санаторий направлялись ослабленные дети (малокровные, туберкулезные, нервные, трудновоспитуемые, умственно отсталые). Дети в течение трех месяцев в санатории учились и оздоравливались.

С ростом индустриализации страны и коллективизацией сельского хозяйства все большее число женщин вовлекалось в производственную жизнь. Это требовало увеличения сети детских учреждений. В 1932 году в области было развернуто 14 женских и детских консультаций и 175 постоянных детских яслей на 4340 мест. А к 1940 году в области насчитывалось уже 45 женских и детских консультаций, 15 молочных кухонь, 501 детские ясли на 10512 мест. Кроме того, функционировало 35 детских садов и 7 детских санаториев. Быстро росла сеть сельских врачебных участков; их было уже 133. На этих участках работало 100 патронажных сестер.

Рост сети детских учреждений требовал дополнительного развертывания детских больничных коек. Были открыты детские стационары и отделения в Вологде, Великом Устюге, Череповце, Грязовце, Белозерске и Соколе.

В годы Великой Отечественной войны, несмотря на огромные трудности, принимались все меры для улучшения быта детей. Медицинские работники области проявляли большую заботу о детях воинов, многодетных семьях, оказывали им помощь. Немало детских



учреждений было эвакуировано в нашу область. Большая часть этих учреждений была сосредоточена в Кирилловском и Белозерском районах. 10 июля 1942 года Вологодский облисполком принял решение «О мероприятиях по улучшению работы эвакуированных детских учреждений», в котором был определен ряд мер помощи детям, оставшимся сиротами.

Многие семьи брали детей на воспитание. Поступала масса заявлений с просьбой об усыновлении детей-сирот. Для детей, нуждающихся в укреплении здоровья, открывались санатории, молочные кухни, столовые, пионерские лагеря.

В конце 1943 года по инициативе колхозников нашей области, подхваченной и в других областях, стали организовываться детские санатории. Дети в санаториях получали четырехразовое питание из лучших, доброкачественных продуктов, которые доставляли колхозы.

В годы войны увеличилась сеть молочных кухонь, которые открывались чаще всего при консультациях: число их достигло 52.

После Великой Отечественной войны служба охраны здоровья детей получает свое дальнейшее развитие. Объединенные детские больницы организованы в Вологде, Череповце, Великом Устюге, Соколе и Белозерске. Дополнительно выделяются детские койки и создаются детские отделения при районных больницах. К 1950 году в области насчитывалось уже 67 детских поликлиник и консультаций и 601 детская койка — вдвое больше, чем было в 1940 году.

Особенно быстро развивается детская стационарная сеть в последнее десятилетие. Вологодская городская больница получает лучшее здание города и развертывает 350 коек, расширяют свою коечную мощность Велико-Устюгская больница и отделения в районных больницах. Число детских коек в 1965 году, в сравнении с предвоенным 1940 годом, увеличивается в пять раз и достигает 1362.

Создаются условия для организации детской специализированной помощи — хирургической, ортопедической, отоларингологической, офтальмологической, неврологической; появляется отделение для недоношенных детей. В поликлиниках и консультациях области наблюдение за детьми с момента их рождения до 14-

летнего возраста ведут врачи-педиатры и патронажные сестры.

Улучшается оказание стоматологической помощи детям. В 1965 году открыта стоматологическая поликлиника, в которой имеются ортодонтический кабинет, техническая лаборатория, физиокабинет. Зубные врачи и стоматологи проводят большую профилактическую и лечебную работу. Если в 1923 году работала одна зубная амбулатория для детей и два зубных врача, то в настоящее время стоматологическую помощь детям оказывает 51 зубной врач и стоматолог. В 1966 году санировано 37 686 детей.

В области открыто семь детских ревматологических кабинетов, кабинет для лечения косоглазия, два детских гинекологических кабинета.

С целью улучшения качества медицинского обслуживания детей с 1956 года начато разукрупнение педиатрических участков. Средняя численность на одном участке доведена до 900—1000 детей. Одновременно строятся новые детские поликлиники. Только за последние пять лет в области построено пять детских типовых поликлиник.

Из года в год улучшается профилактическое наблюдение за детьми. 90% детей первого года жизни систематически наблюдаются врачом, 99,5% находятся под постоянным систематическим наблюдением медицинских сестер.

Улучшаются мероприятия по профилактике рахита, гипотрофии, правильной организации питания детей. Ежегодно ассигнуется 85 тыс. рублей на бесплатное питание и лечение детей в возрасте до 1 года.

В послевоенные годы быстро растет сеть школьных детских учреждений. Только за период с 1960 по 1966 год в области построено 135 яслей-садов. Число ясельных мест увеличилось за это время на 1154.

Для укрепления состояния здоровья больных детей в области работает 15 детских санаториев. Кроме того, наши школьники ежегодно отдыхают в пионерских лагерях. Только в 1966 году было развернуто более 100 загородных пионерских лагерей, в которых отдохнуло свыше 25 тыс. детей. С 1965 года функционируют санаторные пионерские лагеря для детей, страда-

ющих ревматизмом, хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, логоневрозом. В 1966 году в этих лагерях оздоровлено 480 детей.

В области работает 218 квалифицированных врачей-педиатров. Число врачей к 1965 году, по сравнению с 1940 годом, увеличилось более чем в пять раз. Врачи систематически повышают свое мастерство и деловую квалификацию. Только за последние два года на центральных базах совершенствовалось 32 врача-педиатра.

Большая заслуга в повышении квалификации врачей Вологодского областного научного общества педиатров и его филиала в г. Череповце. На заседаниях обществ обсуждаются актуальные вопросы педиатрии. Медицинские работники обучаются и в школах передового опыта, работающих на базе лучших лечебно-профилактических учреждений области.

Рост материального благосостояния, повышение культуры и качества медицинского обслуживания детского населения обеспечили значительное снижение детской заболеваемости и смертности, улучшение показателей физического развития детей.

По данным Вологодского областного физкультурного диспансера, за последние 10 лет вес дошкольников увеличился в среднем на 1,2 кг, школьников на 2,2 кг; рост дошкольников — на 3,6 см и школьников — на 5,9 см.

В области полностью ликвидированы такие инфекции, как оспа, малярия, полиомиелит.

Благодаря налаженной профилактической работе, плановому проведению профилактических прививок, заболеваемость дифтерией сведена до единичных случаев, а заболеваемость коклюшем в 1965 году уменьшилась, по сравнению с 1958 годом, в восемь раз.

Детская смертность в 1965 году снизилась, по сравнению с 1940 годом, в девять раз.

В директивах XXIII съезда КПСС по пятилетнему плану развития народного хозяйства СССР на 1966—1970 гг. указано, что особое место в пятилетнем плане будет занимать строительство детских учреждений. В текущей пятилетке в нашей области намечается построить детские больницы в Череповце и Соколе; Во-

логодская детская больница будет расширена до 450 коек; будет строиться областной Дом ребенка; войдут в строй новые молочные кухни, детские учреждения. В области прибудет новое пополнение молодых специалистов, в частности, окончат курсы сестер-воспитательниц в юбилейном году 266 человек.

Все это будет новым серьезным вкладом в улучшение охраны здоровья детей.

---

---

---

## ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

А. Л. ГОРЯЧЕВА,

*главный акушер-гинеколог области*

Нигде в мире нет такой заботы о матери и ребенке, как в нашей стране. И это особенно заметно на развитии акушерско-гинекологической службы.

До Октябрьской революции в Вологодской губернии было лишь около 50 родильных коек. 25 из них имел родильный дом в Вологде, находившийся в ведении Женского благотворительного общества, 10 — родильный приют в Великом Устюге, и по одной-две койки при городских больницах в Тотьме, Грязовце и др. Но эти родильные койки были недоступны женщинам из «простонародья». Даже в губернском центре, где был самый большой родильный дом, больше половины женщин рожало на дому, а во всей губернии лишь 10% из общего числа рожениц обслуживалось медицинской помощью.

С первых лет становления Советской власти начинается быстрое развитие сети родовспоможения. Уже в 1925 году родильные койки были в 29 из 41 больницы, а к 1941 году их имели все 122 больницы на селе (районные и участковые).

Дополнительно к ним на селе разворачивались родильные койки на фельдшерско-акушерских пунктах и в колхозных родильных домах. Здесь в 1940 году было 260 родильных коек, а в 1960 году — 332.

В 1936 году правительством были приняты закон о запрещении абортов и постановление о дополнительном выделении союзному бюджету здравоохранения 70,5 млн. рублей специально для расширения сети женских и детских консультаций. Это постановление сыграло существенную роль в развитии дела охраны материнства и младенчества.

В Вологде в 1939 году был построен крупный родильный дом на 100 коек и таким образом положе-

но начало высококвалифицированной акушерской помощи. Второй родильный дом на 80 коек в Вологде построен в 1955 году. В Череповце такой же родильный дом выстроен в 1959 году, а в 1962 году открыто родильное отделение на 50 коек при медсанчасти металлургического завода.

На селе создавались колхозные родильные дома по инициативе самих колхозников и при поддержке органов здравоохранения.

Рост сети родильных коек показан в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

	1938 г.	1940 г.	1950 г.	1958 г.	1960 г.	1965 г.
Количество родильных коек	739	807	870	1058	1146	1190

В настоящее время число родильных коек в области достигло 1580, что позволяет обеспечить всех женщин стационарной помощью в родах.

Как возрастало (по годам) стационарное ролоразрешение в области (в процентах), видно из таких данных:

1913 г.	1923 г.	1926 г.
---------	---------	---------

*В Вологодской губернии*

10,0	13,2	19,0
------	------	------

1940 г.	1957 г.	1961 г.	1963 г.	1964 г.	1965 г.
---------	---------	---------	---------	---------	---------

*В Вологодской области*

66,0	71,8	87,7	92,7	94,4	95,1
------	------	------	------	------	------

В 30-х годах в практику родовспомогательных учреждений начинает внедряться обезболивание родов. К этому делу привлекаются видные акушеры-гинекологи. В марте 1936 года Наркомздрав командировал профессоров Г. Г. Гентера и К. М. Фигурнова на Се-

верный краевой съезд акушеров-гинекологов, где одним из программных был вопрос об обезболивании родов.

Со второй половины 1951 года вводится психопрофилактическая подготовка беременных женщин к родам. В настоящее время этот вид обезбоживания является ведущим.

За последние годы применение обезбоживания при родах по городским и сельским родовспомогательным учреждениям непрерывно увеличивалось и в 1965 году составило по городам 72,6% и по селу — 49,9%.

Параллельно с ростом родильных коек растет количество гинекологических коек.

Первые гинекологические койки были открыты в 1908 году при Вологодской губернской больнице врачом А. Н. Орловым — первым акушером-гинекологом в Северном крае. В первые годы Советской власти открываются гинекологические отделения в Вологде, Череповце, Великом Устюге, Соколе и Устюжне.

В охране материнства и детства большая роль принадлежит женским и детским консультациям. Дореволюционная Вологодская губерния не знала этих учреждений.

Наиболее распространенной формой организации консультаций в Вологодской области явились смешанные женско-детские консультации. В 1927 году их было 4, а в 1940 году уже 38, из которых 22 в городах и 16 в сельской местности. В 1950 году происходит выделение из смешанных женско-детских консультаций самостоятельных женских консультаций. В 1965 году их насчитывалось 57, в том числе в сельской местности 21. Объем деятельности женских консультаций с 1940 по 1965 год возрос в 34 раза, число посещений достигло 376 тысяч.

Консультации, готовящие женщин к родам, существенно изменили качество родовспоможения: сократились случаи осложнений в родах, резко снизились случаи мертворождаемости. Из года в год женские консультации улучшают показатели своевременного охвата беременных женщин. Это видно из данных таблицы 2.

За этот период в три раза сократились случаи ошибок при выдаче больничных листов по беременности.

Таблица 2

	1950 г.	1958 г.	1965 г.
<i>Города</i>			
Поступило под наблюдение консультации беременных:			
а) до 3-х месяцев беременности, %	26,9	58,6	66,2
б) свыше 7 месяцев беременности, %	19,6	6,2	2,5
<i>Сельская местность</i>			
а) до 3-х месяцев беременности, %		48,4	66,3
б) свыше 7 месяцев беременности, %		12,9	4,6

В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР, с 1 января 1965 года больничные листки по дородовому и послеродовому отпускам стали выдаваться женщинам — членам колхозов. За два года по области пользовались декретными отпусками 6670 женщин-колхозниц.

До революции на территории нашей области были единицы акушеров-гинекологов. С 1900 по 1904 год в Устюженском уезде работал врач А. А. Бончаковский, исключительно активный хирург и акушер-гинеколог, который в то время провел 26 акушерских операций и 6 экстирпаций матки. В Вологде с 1908 года работал врач А. Н. Орлов, прекрасный хирург и организатор. В Кадниковском уезде 48 лет проработала Н. А. Бантле. В 1940 году в области работало уже 30 акушеров-гинекологов.

Более сорока лет, начиная с 1920 года, в Устюженской больнице проработала заслуженный врач РСФСР акушер-гинеколог М. И. Андрианова, которая многое сделала для охраны здоровья матери и ребенка.

Свыше 30 лет отдал развитию акушерско-гинекологической помощи населению области заслуженный врач РСФСР Г. К. Василевский. По его инициативе в Вологде построен первый родильный дом, который он



возглавлял несколько лет; в последнее десятилетие он руководил акушерско-гинекологической службой в области.

В послевоенные годы по инициативе Г. К. Василевского в Вологодском онкодиспансере введено лечение радием. И с тех пор женское население области получает все виды хирургического и лучевого лечения при злокачественных заболеваниях половой сферы.

В развитие акушерско-гинекологической службы много труда внесли заслуженные врачи РСФСР П. А. Шушков (г. Вологда), В. И. Лохичева (г. Череповец), М. Ф. Драчева (Междуреченский район), акушеры-гинекологи А. Н. Розова (г. Вологда), Е. М. Власова (г. Великий Устюг), А. П. Сибирцева (г. Тотма) и др.

О росте врачебных кадров акушеров-гинекологов говорят такие цифры:

	1940 г.	1950 г.	1958 г.	1960 г.	1965 г.
Число врачей	30	63	87	81	100

Огромная роль в оказании медицинской помощи беременным и роженицам в сельской местности принадлежит акушеркам. Если в 1918 году в Вологодской губернии работало только 77 акушерок, то в 1940 году 773, а в 1965 году уже 1687.

Следует особо отметить акушерок Н. И. Дерналову из Музинской участковой больницы Череповецкого района, А. П. Власову (г. Сокол), награжденную орденом Ленина, А. С. Шишебарову (Ляменгская участковая больница Бабушкинского района), А. В. Романовскую (Маньоловский фельдшерско-акушерский пункт Тотемского района), Е. В. Камкину (Вологодский родильный дом № 1) и многих других.

Медицинские работники области, обслуживающие один из важнейших участков здравоохранения — охрану здоровья женщин, — преисполнены стремления добиться новых успехов.

---

---

## ПУТИ И ИТОГИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*А. Н. КРОПИН*

*(г. Вологда)*

Специализированной помощи больным туберкулезом в бывшей Вологодской губернии до 1914 года не оказывалось. Даже регистрация туберкулеза среди населения была поставлена плохо, о какой-то точной диагностике, правильном лечении и профилактической работе нечего уже и говорить.

За годы Советской власти, благодаря резкому подъему благосостояния народа, улучшению условий труда и быта, развитию медицинской науки в деле борьбы с туберкулезом и эффективной работе противотуберкулезных учреждений, органами здравоохранения были созданы необходимые условия для успешной борьбы с туберкулезом.

Советское правительство уделяло и уделяет много внимания вопросу борьбы с туберкулезом. Это находит свое отражение в работе противотуберкулезных учреждений нашей области.

С 1935 года в области стали проводиться профилактические обследования на туберкулез отдельных контингентов населения. В 1948 году введены обязательные противотуберкулезные прививки новорожденным, детям старших возрастов и подросткам, а также массовое обследование населения на туберкулез. В 1960 году введено бесплатное лечение туберкулезных больных.

Коротко расскажем о том, как развивалась борьба с туберкулезом в нашей области.

В 1914 году по инициативе санитарного врача Н. В. Фалина в Вологде была открыта амбулатория для больных туберкулезом как отделение Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом. Вологодское от-

деление лиги устраивало в летнее время санитарные колонии для малокровных и больных туберкулезом детей.

Амбулатория Всероссийской лиги для борьбы с туберкулезом в 1920 году перешла в ведение Вологодского губздравотдела. В 1924 году губздравотдел открыл Вологодский городской противотуберкулезный диспансер с диагностическим отделением на 20 коек и туберкулезный санаторий для взрослых — «Октябрьские всходы» — на 45 мест.

В 1926 году при диспансере организована столовая на 25 человек для больных, нуждающихся в усиленном питании. Организуется совет социальной помощи и институт сестер социальной помощи для обследования бытовых условий туберкулезных больных и проведения санитарно-профилактических мероприятий на дому.

В начале тридцатых годов в диспансере был организован детский прием, а с 1936 года — прием больных с костно-суставным туберкулезом.

В 1937 году открыт противотуберкулезный кабинет в гор. Соколе, а затем противотуберкулезный диспансер в Великом Устюге.

Дальнейший рост противотуберкулезной сети продолжался даже в трудные годы Великой Отечественной войны. Была создана служба борьбы с туберкулезом в каждом районе области.

С открытием специфических антибактериальных препаратов (ПАСК, стрептомицин, фтивазид, тубазид, салюзид, метазид, циклосерин, этиониамид, этоксид и т. д.), с организацией комплексного длительного и бесплатного лечения больных туберкулезом (стационар, санаторий и амбулаторное лечение) и более широким применением хирургических методов лечения туберкулеза за последние годы созданы условия для излечения больных и ликвидации эпидемиологически опасных очагов туберкулеза.

Но главным звеном в борьбе с туберкулезом стала широкая профилактика. В целях раннего выявления туберкулеза проводится массовое рентгено-флюорографическое обследование здорового населения области. Только за 1966 год третья часть всего населения обследована с применением рентгеновского метода.

Новорожденные, за исключением противопоказанных, прививаются в стенах родильных отделений. Ежегодно увеличивается число взрослых и детей старшего возраста, получающих ревакцинацию против туберкулеза.

В результате комплекса мероприятий заболеваемость туберкулезом только за последние 10 лет снижена в 1,5 раза, а смертность от туберкулеза — в 3,3 раза.

Намеченное строительство новых противотуберкулезных профилактических учреждений, более активная борьба с этим социальным злом позволит в ближайшие годы подойти к резкому сокращению заболеваемости, а затем и к ликвидации туберкулеза в нашей стране.

---

---

---

## ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Е. В. АЛЕКСАНДРОВИЧ,  
заслуженный врач РСФСР,*

*Г. К. ДМИТРИЕВА,  
главный врач областной глазной больницы*

В 80-х годах XIX века Петербургское благотворительное общество «Материнское попечительство о слепых» стало организовывать передвижные глазные отряды, которые побывали в Велико-Устюгском, Грязовецком, Кадниковском и Тотемском уездах Вологодской губернии. Здесь этими отрядами было обнаружено значительное количество глазных больных.

Благодаря деятельности группы прогрессивно настроенных врачей Вологодской губернии земская управа в октябре 1897 года открыла губернскую глазную лечебницу с 17 койками. При этом 11 коек были платные и только 6 коек содержались на средства благотворительности. Для заведования глазной больницей был приглашен из Ярославля врач-окулист Л. Н. Пирошков. За годы работы (1897—1928) он широко оказывал хирургическую помощь глазным больным.

После Октябрьской революции все 17 коек глазной лечебницы стали доступны народу. К 1926 году количество глазных коек было увеличено до 25. После смерти доктора Л. Н. Пирошкова в 1928 году глазная лечебница была ликвидирована и вместо нее в городской больнице было выделено 15 коек для глазных больных, которых лечил по совместительству известный в то время акушер-гинеколог А. Н. Орлов, а при городской поликлинике был организован глазной кабинет, где вел прием врач-окулист Л. Я. Шефтель.

В 1933 году после приезда в область доктора Е. В. Александрович начался новый подъем в организации

глазной помощи в области. В Вологодской городской больнице было выделено глазное отделение на 25 коек, открывается глазное отделение на 15 коек в г. Соколе, где работал врач Борисов. В области уже работали 3 врача-окулиста. В последующие годы постепенно, наряду с подготовкой кадров, в Вологде организуются глазные кабинеты в детской поликлинике, в железнодорожной поликлинике, в поликлинике водников.

В 1939 году восстанавливается Вологодская областная глазная больница как самостоятельное учреждение с 55 штатными койками и при ней специализированная амбулатория.

Глазная больница стала организационно-методическим центром глазной помощи в области и базой подготовки офтальмологических кадров как для укомплектования самой больницы, так и для районов области. О постепенном расширении глазной сети в области говорят такие данные:

	1913 г.	1940 г.	1950 г.	1960 г.	1966 г.
Число окулистов	1	7	21	40	60
Кол-во офтальмологических коек	17	140	115	166	186
Кол-во глазных кабинетов	1	5	10	25	32

За период с 1933 по 1966 год на базе областной глазной больницы было подготовлено 82 врача-окулиста.

С ростом глазной сети из года в год увеличивается оказание специализированной помощи населению области. С 1937 года в областной глазной больнице стали проводиться новейшие в то время методы лечения по Ф. П. Филатову: тканевая терапия, пересадка роговицы, эласто-тонометрические исследования на глаукому. Широко развернулась борьба по ликвидации трахомы.

По данным «Трудов земства» за 1913 год, в Вологодской губернии трахомы было 33,6 случая на 10 000 населения (что составляло 5643 больных). За

годы Советской власти число больных трахомой значительно снизилось, а к 1960 году трахома в области была ликвидирована.

С 1960 года более широко стали проводиться мероприятия, направленные на выявление глаукомы, диспансеризацию выявленных больных и организацию профилактических осмотров населения с целью выявления ранних форм глаукомы. Если в 1953 году такому осмотру было подвергнуто 562 человека, то в 1965 году — уже свыше 40 тыс. человек.

Постепенно в области организуется детская офтальмологическая служба. В настоящее время при детских поликлиниках в Вологде, Череповце и Соколе организовано 8 глазных кабинетов, один из них по ортопедическому лечению косоглазия (в Вологде).

За последние два года на диспансерное наблюдение в области взяты дети с аномалией рефракции (высокая близорукость, высокая гиперметропия, средняя степень миопии), с косоглазием и туберкулезным заболеванием глаза. Всего взято на диспансерный учет: с аномалией рефракции — 1012 человек, с косоглазием — 612, с туберкулезом глаза — 55.

В 1964 году на базе областной глазной больницы была организована специализированная глазная ВТЭК, в результате чего упорядочилось направление больных на экспертизу и снизился выход на инвалидность.

С 1952 года в области работает областное общество глазных врачей, к работе которого привлекаются не только окулисты гор. Вологды, но и врачи, работающие в районах области. Всего за эти годы окулистами опубликовано в печати 26 научных работ.

---

---

---

## РАЗВИТИЕ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

*Е. Е. БАРТКЕВИЧ,*  
*главный врач областной санэпидстанции,*  
*Н. А. КУЛАНОВА*

Санитарно-эпидемиологическая служба занимает важное место в системе охраны здоровья населения области. Это обусловлено прежде всего профилактическим направлением советского здравоохранения и огромным значением санитарно-оздоровительных мероприятий в социалистическом обществе.

Первые указания об эпидемиологической службе в Вологодской губернии имеются в докладах I съезда врачей Вологодского земства (1887 год). Однако в последние годы XIX века санитарно-эпидемиологической службы, как таковой, еще не существовало. Только в 1902 году было организовано санитарное бюро губернской земской управы, а позднее, в 1908 году, появляются санитарные врачи в уездах Вологодской губернии. У санитарных врачей земского периода не было лабораторий. Первая бактериологическая лаборатория была основана при Вологодской земской губернской больнице во время эпидемии холеры в 1907—1908 гг.

Но существовавший общественный строй, отсутствие государственной системы здравоохранения делали усилия санитарной службы тщетными.

В начальный период советского строительства (20-е годы), когда внимание государства было направлено на восстановление хозяйства, разрушенного империалистической и гражданской войнами, санитарная служба осуществляла общее руководство мероприятиями по борьбе с эпидемиями в губернии. В Вологде, в целях успешной борьбы с эпидемиями и для сани-



тарного надзора за железнодорожным узлом, было организовано городское санитарно-эпидемиологическое бюро.

В годы первых пятилеток создается Государственная санитарная инспекция, на которую в основном возлагаются функции предупредительного санитарного надзора. Противоэпидемической работой в области руководило противоэпидемическое управление, организованное при облздравотделе. В 1940 году в области было 28 госсанинспекций, 10 санэпидстанций, 6 малярийных станций, 6 малярийных пунктов, 1 противоэпидемический отряд, 1 прививочный отряд, 1 дезотряд.

К 1940 году, благодаря укреплению лечебно-профилактической службы, формированию и укреплению противоэпидемических и санитарных учреждений, в области было достигнуто некоторое снижение заболеваемости сыпным и брюшным тифом, паратифами, дизентерией, малярией и др.

В грозные годы Отечественной войны, благодаря четкой организации санитарной и противоэпидемической службы, в области не было больших инфекционных вспышек.

В начале 1949 года районные и городские госсанинспекции были переданы соответствующим санитарно-эпидемиологическим станциям. Одновременно в состав санэпидстанций вошли и другие противоэпидемические учреждения. Создается областная санитарно-эпидемиологическая станция, в состав которой вначале вошли противоэпидемическое управление и дезотдел облздравотдела, а в 1954 году — областная госсанинспекция и областная противомаларийная станция.

Внимание областной санэпидстанции было направлено на укрепление материально-технической базы организованных во всех районах и городах области санитарно-эпидемиологических станций. Растет сеть санитарно-бактериологических лабораторий: к 1954 году в области их имелось 28, а к 1957 году — уже 36.

С 1955 года начинается специализация санитарно-эпидемиологической службы области. В 1955 году при областной санэпидстанции организованы промышленное отделение лаборатории и отдел особо опасных инфекций. В 1957 году создана вирусологическая лабо-

ратория. В Череповецкой городской санэпидстанции в 1957 году и в Сокольской в 1958 году начали работать промышленные отделения лаборатории.

Организация специализированных лабораторий позволила обеспечить изучение инфекционных заболеваний с природной очаговостью в области, активно влиять на улучшение условий труда на предприятиях с целью снижения профессиональных заболеваний и заболеваний с временной утратой трудоспособности.

На 1 января 1967 года в области работают: областная санитарно-эпидемиологическая станция, 18 районных санэпидстанций, 7 санэпидотделов при центральных районных больницах, 7 санэпидотделов при номерных районных больницах, 4 городских санэпидстанции в городах областного подчинения и 37 санитарно-бактериологических лабораторий.

Областной санэпидстанцией особое внимание уделяется повышению квалификации кадров санитарно-эпидемиологической службы области. Она стала центром подготовки кадров санитарно-эпидемиологических станций и лечебно-профилактических учреждений. Здесь ежегодно проводятся семинары для главных санитарных врачей, курсы и семинары для помощников эпидемиологов и санитарных врачей, курсы дезинструкторов и дезинфекторов; работает постоянно действующий семинар для лаборантов-паразитологов; проводится специализация и усовершенствование врачей-бактериологов и лаборантов санитарно-бактериологических лабораторий.

В течение последних трех лет на базе областной санэпидстанции подготовлено 6 врачей и 179 средних медицинских работников. 14 санитарных врачей-эпидемиологов имеют первую аттестационную категорию; аттестуются и средние медицинские работники санэпидстанций в аттестационной комиссии, созданной при областной санэпидстанции. Аттестация способствует повышению их специальных знаний.

Ни одно проводимое в области мероприятие по развитию народного хозяйства и затрагивающее интересы здоровья населения (планировка городов, районных центров, перспективное развитие сельскохозяйственных районов, строительство предприятий, жилищ,

совершенствование технологических процессов в промышленности, применение ядохимикатов в сельском хозяйстве и т. д.) не осуществляется без предварительной санитарно-гигиенической оценки санитарно-эпидемиологической службы. Только за 1966 год санэпидслужбой рассмотрено 986 проектов нового строительства и реконструкции.

Большую роль в улучшении и совершенствовании санитарно-эпидемиологической работы играют общественные организации. Созданные при облисполкоме и рай(гор)исполкомах комиссии по подъему санитарной культуры, возглавляемые заместителями председателей соответствующих исполкомов, оказывают санитарно-эпидемиологической службе большую помощь в привлечении к санитарно-оздоровительным мероприятиям отдельных ведомств, хозяйственных организаций, колхозов, совхозов и т. д.

На протяжении семи лет в июне, в традиционные Дни здоровья, во всех районах и городах области подводятся итоги проведенной работы по подъему санитарной культуры, благоустройству населенных мест, оздоровлению условий труда и быта населения.

Улучшается пропаганда санитарных знаний. Только за 1966 год в области работало 33 университета здоровья, 280 школ здоровья, прочитано и проведено 179 648 лекций и бесед на медицинские и санитарно-гигиенические темы, выпущено 15 025 номеров стенгазет и бюллетеней, организовано 2963 уголков здоровья, опубликовано в районных и областных газетах 789 статей на медицинские темы. Силами общественности отремонтированы 1461 колодец, 1196 бань, вновь построено 556 колодцев и 1106 бань, высажены десятки тысяч цветов.

Среди общественных организаций наиболее важное место занимает общество Красного Креста. В 1966 году первичные организации общества в нашей области объединяли 324 818 членов. Более 9000 общественных санитарных инспекторов принимают участие в проведении санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Активная работа санитарно-противоэпидемической службы вместе с лечебно-профилактической сетью, об-

щественными организациями и населением позволила ликвидировать в области многие инфекционные заболевания (трахому, малярию), практически ликвидировать полиомиелит, дифтерию, улучшить условия труда и быта населения и уменьшить общую заболеваемость. В этом — главный итог работы санитарно-эпидемиологической службы области за 50 лет.

---

---

---

## О ПУТЯХ И МЕРАХ БОРЬБЫ С ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Л. Г. ГОСТЕВА,*

*главный эпидемиолог области*

*Г. В. БОГОЯВЛЕНСКИЙ и В. К. КУЗНЕЦОВА,*

*врачи областной санэпидстанции*

Дореволюционный период характеризуется тяжелым санитарно-эпидемиологическим состоянием Вологодской губернии. Особо неблагоприятно было с инфекционной заболеваемостью. В губернии отсутствовали санитарно-эпидемиологические учреждения. Санитарное бюро, созданное в 1902 году при губернской земской управе, состояло из одного санитарного врача и фельдшера. Первым санитарным врачом, возглавлявшим это бюро, был З. Г. Френкель.

Санитарное бюро занималось планированием противозидемических мероприятий, руководило борьбой с эпидемиями, организовывало противозидемические отряды, снабжало их и губернию сыворотками и вакцинами, проводило санитарное обследование, собирало сведения и информировало о распространении заразных болезней.

В губернии отсутствовали санбаклаборатории, дезинфекционные станции, санитарные пропускники; было развернуто только 100 инфекционных коек. В Вологде инфекционные больные госпитализировались в общие соматические отделения. Больные натуральной оспой, холерой, паразитарными тифами размещались вместе с хирургическими и терапевтическими больными. Так было в губернском центре.

Что касается периферии, то инфекционные больные лечились на дому. Там, где вспышки достигали больших размеров, для изоляции больных использовались

деревенские избы. Медицинский персонал узнавал об инфекционных заболеваниях случайно, так как системы извещения не существовало. Выявление инфекционных больных осложнялось тем, что медицинская помощь населению оказывалась в основном за плату.

Все это, а также плохое состояние водоснабжения населенных мест и содержание уборных, неудовлетворительная очистка населенных пунктов, отсутствие санитарно-пищевого надзора способствовали постоянному эпидемиологическому неблагополучию по холере, паразитарным тифам, дизентерии, малярии и детским инфекциям. Так, например, натуральная оспа постоянно регистрировалась на территории губернии и была обычным заболеванием.

Первая эпидемия холеры в Вологодской губернии официально зарегистрирована в 1830 году. Она была занесена по Московскому тракту и за год унесла 1014 человеческих жизней. В последующие годы холера стала также эндемичной болезнью для губернии.

Заболеемость паразитарными тифами (сыпной, возвратный) держалась на высоком уровне, поражая в среднем в год более 1000 человек. Особенно большая заболеемость регистрировалась в населенных пунктах, расположенных по железной дороге. Паразитарные тифы заносились обычно из Петербурга, где они свирепствовали в ночлежных домах.

Малярия также имела широкое распространение в губернии, но ввиду неполной и необязательной регистрации точных сведений о пораженности населения этим заболеванием не имеется. По неполным данным, за I полугодие 1903 года было зарегистрировано 8577 случаев.

С первых дней существования Советской власти медико-санитарному отделу, организованному при губисполкоме в январе 1918 года, пришлось решать сложные задачи по борьбе с эпидемиями и ликвидации антисанитарии в населенных пунктах. Особенно большую организационную работу по этому вопросу проводил санитарно-эпидемиологический подотдел, возглавляемый врачом Н. Я. Полуобяриновым.

В то время в губернии была высокая заболеемость брюшным тифом и дизентерией. Заболеемость натуральной оспой вплоть до 1925 года стояла на

высоком уровне, в 1926 году регистрировались уже единичные случаи ее, а в последующие годы оспа была ликвидирована.

Заносная вспышка холеры была зарегистрирована летом 1918 года, во время которой заболело 105 человек, с 73 смертельными исходами. На борьбу с этим заболеванием были брошены все средства, был организован специальный комитет по борьбе с холерой, наделенный большими полномочиями. Незначительные вспышки регистрировались и в последующие годы, но они подавлялись в самом начале и не имели распространения.

Малярия же оставалась широко распространенным заболеванием до 1939 года. В 1938 году в области была ~~создана сеть противомалерийных организаций, которым руководила областная малярийная станция, возглавляемая Е. А. Куллэ. К борьбе с малярией привлекалось население. В области работало свыше 3000 общественных акрихинизаторов и бонификаторов, организованы противомалерийные отряды и бригады.~~ В результате этих мероприятий малярия быстро пошла на снижение и к 1958 году заболеваемость была ликвидирована.

Расширялась коечная сеть для инфекционных больных. При больницах стали строиться специальные изолированные помещения. В Вологде была открыта инфекционная больница на 60 коек. При обработке очагов инфекции стали применять камерную дезинфекцию. Появились кадры дезинфекторов и дезинструкторов; к началу 1941 года в области работало 153 дезинфекционные камеры.

Наряду с этим, стали широко применяться профилактические прививки. К борьбе с эпидемиями были привлечены широкие массы населения. Проводились такие массовые мероприятия, как подворные обходы и осмотры, массовая санитарная обработка населения, санитарная очистка домов и населенных пунктов; организованы санитарные посты; подготовлены первые общественные санитарные уполномоченные и инспектора; организовано санитарное наблюдение за общественным питанием.

В предвоенные годы в результате работы, проведенной органами здравоохранения при поддержке пар-

тийных и советских органов, а также улучшения материального благосостояния народа, повышения медицинской грамотности и общей культуры на территории области была полностью ликвидирована заболеваемость холерой, натуральной оспой, возвратным тифом. Снизилась заболеваемость сыпным тифом (в 1,4 раза) брюшным тифом (в 2,2 раза), малярией и скарлатиной (в 3 раза).

В трудные годы войны органы здравоохранения продолжали плановую систематическую работу по снижению инфекционной заболеваемости. Всей работой по борьбе с инфекционными болезнями руководила созданная при облисполкоме чрезвычайная противоэпидемическая комиссия, которая регулярно собиралась для обсуждения эпидемического состояния области и заслушивания руководителей предприятий и учреждений о проводимых противоэпидемических мероприятиях.

В результате правильно организованных противоэпидемических мероприятий медицинские работники области сумели в трудные годы войны не допустить распространения эпидемических заболеваний и обеспечить санитарно-эпидемиологическое благополучие.

В послевоенное время в городах и населенных пунктах области развивается и крепнет санитарно-эпидемиологическая служба. Постоянный рост сети санитарно-противоэпидемических учреждений сопровождался укреплением материальной базы, открытием новых отделов, лабораторий и оснащением их современным оборудованием. При областной санэпидстанции были организованы отдел особо опасных инфекций, паразитологический отдел, вирусологическая лаборатория и др. Во всех районных центрах и городах областного подчинения открыты санитарно-бактериологические лаборатории.

По мере роста сети санитарно-эпидемиологических организаций росло и количество медицинских кадров. На 1 января 1967 года в области работало 44 санитарных врача, 16 эпидемиологов и 21 врач-бактериолог.

Постоянно увеличивается количество инфекционных коек как за счет открытия инфекционных отделений при районных больницах, так и за счет прироста



в специализированных инфекционных больницах. Всего по области к настоящему времени функционирует 23 инфекционных отделения и 2 инфекционные больницы.

Развитие противоэпидемической службы и общемедицинской участковой сети обеспечило раннее выявление больных заразными болезнями, полную их госпитализацию и своевременное качественное проведение всех профилактических мероприятий в инфекционных очагах.

Большую роль в борьбе за снижение инфекционной заболеваемости сыграло широкое вовлечение населения в движение за подъем санитарной культуры и благоустройство населенных мест, за оздоровление условий труда на предприятиях. Регулярно проводятся месячники по санитарной очистке населенных мест, смотры предприятий общественного питания, молочнотоварных ферм и предприятий маслодельной промышленности, школ, коммунальных объектов и др.

Для профилактической работы среди населения все больше привлекается санитарный актив. Если в 1943 году в области работало 1432 активиста, а в 1950 году — 3379, то в 1966 году — уже 23 289. Число общественных санитарных уполномоченных с 771 в 1946 году возросло до 9113 человек в 1966 году.

В результате работы, проведенной в послевоенные годы, в области были ликвидированы такие заболевания, как малярия, бруцеллез, бешенство. Доведены до спорадических случаев полиомиелит, туляремия, сибирская язва. В результате проведения профилактических прививок резко снижена заболеваемость дифтерией, брюшным тифом, коклюшем, которые регистрируются в области в последние годы в виде единичных случаев.

Медицинские работники области при постоянной поддержке и помощи со стороны партийных и советских органов, опираясь на многочисленный актив среди населения, приложат все силы к дальнейшему оздоровлению области в отношении эпидемических заболеваний.

---

---

## О ПУТЯХ ЛИКВИДАЦИИ ТРАХОМЫ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

*Е. В. АЛЕКСАНДРОВИЧ,  
заслуженный врач РСФСР*

В дореволюционной России трахома имела большое распространение и приводила к слепоте огромное количество людей.

Из «Трудов земства» за 1904 год известно, что в бывшей Вологодской губернии 14% глазных больных страдало трахомой. В то время было зарегистрировано более 5000 человек, больных трахомой.

После Великой Октябрьской революции началась плановая борьба с этим злом. Отечественная война замедлила эту работу. Нашествие немецких фашистов вызвало в стране колоссальную миграцию населения. В Вологодской области разместилось большое количество вновь прибывших людей; среди них и во многих эвакуированных детских домах были обнаружены больные трахомой. Особенно неблагополучно было в Чебсарском, Пришекснинском, Петриневском, Лежском, Грязовецком, Биряковском и Усть-Кубинском районах. А Тотемский район издавна считался эндемичным очагом трахомы.

Перед органами здравоохранения возникла серьезная задача решительной борьбы с трахомой. Потребовалась большая организационная работа с привлечением широкой медицинской и советской общественности. Прежде всего необходимо было провести обследование населения и взять на учет всех выявленных больных трахомой.

В этот период в области особенно остро стоял вопрос с медицинскими кадрами. Помимо областного центра, окулисты имелись только в Череповце, Великом Устюге и Устюжне. Поэтому в 1947 году были срочно приняты меры по повышению квалификации

участковых врачей и фельдшеров. На базе Вологодской областной глазной больницы (восстановленной в 1939 году — спустя 9 лет после ее ликвидации) в период 1947—1949 гг. на краткосрочных курсах прошли подготовку 32 участковых и районных врача и 27 фельдшеров.

Для проведения массовых осмотров населения мы применяли трехступенчатую систему, которая заключалась в следующем:

1) фельдшер осматривает глаза у всего населения своего участка и отбирает лиц только с ненормальной слизистой оболочкой век (от него не требовалось ставить диагноз); 2) выделенных фельдшером больных осматривает участковый врач, который ставит диагноз, берет на учет больных трахомой, организует весь комплекс необходимых мероприятий, подвергает лечению больных трахомой или 3) направляет их в районную больницу либо на консультацию и лечение к ближайшему окулисту или же в областную глазную больницу.

Попутно мы разработали свой сигнальный лист, который в каждом случае трахомы, обнаруженной в Вологде на амбулаторном приеме, направляется в адрес и соответствующего райздравотдела, и участкового врача с нашей рекомендацией о принятии всех необходимых мер (обследование, дезинфекция, учет контактных и т. д.).

При анализе отчетов врачей о ходе борьбы с трахомой мы убедились, что существующая классификация трахомы недостаточно отражает состояние больных и затрудняет принятие необходимых как организационных, так и лечебных мер. Поэтому мы несколько изменили эту классификацию.

Предложенная проф. В. В. Чирковским и утвержденная Министерством здравоохранения СССР еще в 1933 году классификация трахомы предусматривает деление ее на четыре стадии, причем к третьей стадий относят больных, у которых на широком рубцовом поле еще имеются значительные участки инфильтрации конъюнктивы и даже фолликулы, требующие проведения экспрессии этих зерен (А. С. Савваитов, журн. «Советская медицина», 1948, № 8), а с другой стороны, также и тех больных, у которых уже вся конъюнк-

тива хрящей и переходных складов представляет законченный процесс рубцевания и только в области сулькус субтарзалис, или по углам конъюнктивы век, или на слезном мясе еще можно обнаружить наличие инфильтрации.

По этой классификации допускаемая пестрая картина поражения конъюнктивы при трахоме третьей стадии вносит значительные затруднения, так как она не позволяет судить о том, в каком именно состоянии находится в данный момент этот больной с третьей стадией трахомы: то ли его еще следует подвергнуть энергичному лечению вплоть до выдавливания имеющихся единичных зерен, то ли процесс находится на грани выздоровления и можно ограничиться только медикаментозным лечением.

Чтобы получить ответ на эти вопросы, мы подразделили третью стадию на три группы — А, Б, С, а именно:

З-А—стадия больных, у которых на фоне обширного рубцевания еще имеются явные участки инфильтрации конъюнктивы, возможны единичные фолликулы или отдельные скопления их, нередко требующие производства экспрессий;

З-Б—стадия включает больных, у которых при наличии широкого рубцевания конъюнктивы фолликулы уже полностью отсутствуют и пока еще сохраняется только небольшая очаговая инфильтрация конъюнктивы;

З-С — характеризуется наличием у больного спокойной, гладкой рубцовой конъюнктивы хрящей и переходных складок с незначительно выраженными остатками слабой инфильтрации только в области сулькус субтарзалис, или по углам слизистой век, или в области слезного мясца.

В своей работе по борьбе с трахомой в Вологодской области мы пользовались именно таким подразделением третьей стадии, и это оказало нам существенную помощь, так как:

во-первых, в условиях амбулаторного приема или профилактического осмотра это позволило значительно сократить время на описание имеющейся в данный момент клинической картины трахоматозного пора-

жения конъюнктивы. Коротко, это была трахома или 1—2, или 3-А, 3-Б, 3-С, или 4-й стадии;

во-вторых, обычно первые две стадии трахомы удавалось быстро, в течение 1—2 месяцев, с помощью экспрессий и соответствующей медикаментозной терапии переводить в третью, а вот эту третью стадию, которая может длиться многие месяцы и даже годы, мы подразделили на три подгруппы, что нам позволило:

а) более четко наблюдать за течением процесса в третьей стадии и быстрее ориентироваться в эффективности проводимого лечения;

б) более своевременно переводить больных в четвертую стадию, т. е. стадию полного излечения;

в-третьих, включение в отчеты окулистов вышеуказанных трех подгрупп при учете трахомы третьей стадии помогло нам более четко отражать состояние больных и тем самым ускорять выбор тех или иных необходимых организационных и лечебно-профилактических мероприятий.

Ввиду того, что в 30 районах области не было окулистов, врачам областной глазной больницы приходилось выезжать всюду, где только обнаруживались случаи, подозрительные по трахоме.

В 1951 году на базе областной глазной больницы началась плановая первичная специализация врачей, а с 1952 года, с целью повышения квалификации участковых и районных врачей, мы стали во время плановых выездов в районы области проводить на местах семинарские занятия по глазным болезням. За период с 1951 по 1958 год получили специальность окулиста 55 врачей, сделано по области более 350 выездов.

Разъяснительная работа среди населения, выступления в печати и по радио, постоянная связь областной глазной больницы с врачами районов как личная, так и телефонная, наши методические письма, выступления на областных съездах, конференциях и совещаниях — все это создало настороженность широкой медицинской и советской общественности области.

Лечение больных заключалось в следующем:

- 1) обязательная дегельментизация;
- 2) устранение общих отягощающих организм заболеваний;

- 3) витаминизация;
- 4) десенсибилизация организма;
- 5) местное лечение: экспрессия трахомных зерен (по необходимости повторная), массаж слизистой век с сульфонамидными препаратами, с эмульсией синтомицина; этазол, в дальнейшем с ронидазой; в упорных случаях — внутрь антибиотики.

Около 15% всех больных подверглись курсовому лечению (один месяц в стационаре, затем отдых на два месяца, потом вновь стационар, и так по 3—4 раза). В Вологде и Кириллове в 1952 году пришлось организовать временные, на 4 месяца, отделения для лечения больных трахомой.

В 1953 году нами был сконструирован инструмент для выдавливания трахомных зерен, который обладает рядом преимуществ по сравнению с существующими в стране инструментами.

Вопросы клиники и лечения «упорных» форм трахомы неоднократно ставились на обсуждение Вологодского научного общества глазных врачей и медицинского совета в облздравотделе.

В итоге в 1959 году мы смогли закончить лечение последних больных трахомой 3-С и перевести их в группу излеченной трахомы (4-я стадия). Начиная с 1960 года, мы не имеем в области ни одного случая свежей трахомы, а также не зарегистрировано ни одного случая рецидивов заболевания.

---

---

## РОСТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

*В. П. РУБАН,*

*заведующий областным отделом здравоохранения*

Вологодская область, как и многие восточные и северные области, имеет небольшую плотность населения — 9 человек на 1 квадратный километр. На ее территории расположено много мелких населенных пунктов на значительном расстоянии друг от друга. Вследствие этого большинство сельских больниц мелкие, в них отсутствует хирургическая и специализированная врачебная помощь. Поэтому хирургическую и специализированную помощь жители получают в районных и областных медицинских учреждениях.

За последние семь лет в области произошли большие изменения в организации специализированной помощи населению. В районах значительно возросло число врачей-хирургов и узких специалистов (отоларингологов, окулистов, невропатологов и т. д.). Также возросла оснащенность медицинских учреждений диагностической и лечебной аппаратурой и санитарным транспортом. Ныне каждая третья участковая больница имеет санитарный транспорт, а семь лет назад такие больницы были единичны. За этот период улучшились и условия сообщения внутри области: областной центр связан хорошей магистралью с западными, а также с некоторыми восточными районами. Улучшились дороги и внутри районов.

Казалось бы, увеличение числа специалистов в районах и возросшая возможность сельских жителей получить экстренную помощь у себя в районе должны были уменьшить нагрузку по экстренной помощи на областные учреждения. Однако данные таблицы 1 о числе больных, которым оказана помощь через об-

ластную станцию санитарной авиации, показывают обратное.

Т а б л и ц а 1

Годы	Всего больных	В том числе	
		на месте	эвакуир.
1960	435	102	333
1961	457	103	354
1962	498	153	345
1963	571	162	409
1964	742	257	485
1965	927	321	606
1966	964	306	658

Если в 1960 году силами областной станции санитарной авиации было обслужено 435 больных, то в 1966 году — 964. Таким образом, объем оказываемой помощи сельским жителям со стороны областных учреждений возрос более чем вдвое. В то же время заболеваемость сельского населения за этот период имеет тенденцию к снижению.

Анализ показывает, что увеличение числа выездов и вылетов в районы области свидетельствует о стремлении областных учреждений оказать не просто экстренную помощь заболевшему, а высококвалифицированную помощь.

Этому способствовал быстрый рост мощности областных лечебных учреждений и открытие новых специализированных отделений. Так, например, областная больница за этот период увеличила мощность в два раза. В ней открыты новые отделения: ортопедическое, урологическое и грудной хирургии. Онкологический диспансер и глазная больница значительно увеличили свой коечный фонд. Рост коечного фонда позволил областным учреждениям взять большее число больных «на себя».

Если в 1960 году получили помощь на месте 102 больных, то в 1966 году уже 306, т. е. в три раза больше; в 1960 году удельный вес больных, получивших помощь на месте, составлял 23,5%, а в 1966 году 32%.



В этом проявляется стремление приблизить высококвалифицированную помощь к сельскому населению, а также сказывается улучшение оснащенности районных и участковых больниц, где создаются условия для оказания специализированной помощи. Об оснащении участковых больниц говорят такие данные:

	1960 г.	1966 г.
Клинических и биохимических лабораторий	38	46
Рентгеновских кабинетов	17	39
ЭКГ-кабинетов	—	5
Операционных	20	24

Наращение объема оказываемой экстренной помощи сельскому населению со стороны крупных лечебных учреждений будет продолжаться и в дальнейшем, причем особенно будет возрастать специализированная помощь. Этому будет способствовать продолжающаяся дифференциация медицинских дисциплин, выделение узкого профиля специалистов.

Для обеспечения возрастающей потребности сельского населения в специализированной помощи необходимо создание крупных многопрофильных больничных баз и оснащение их транспортными средствами, что соответствует плану областного Совета депутатов трудящихся о строительстве в ближайшее время крупных больниц на востоке области — в гор. Великом Устюге и на западе — в гор. Череповце.

## «СКОРАЯ ПОМОЩЬ» В ВОЛОГДЕ

*Н. Л. ТУРУПАНОВ,*  
*главный врач Вологодской станции «Скорая помощь»*

Скорая медицинская помощь должна быть предельно четкой, высокоорганизованной, быть во всеоружии в любой час дня и ночи независимо от условий времени года.

На Вологодской станции «Скорая медицинская помощь» за последние пять лет проведены различные мероприятия, позволившие несколько улучшить организацию службы в целом.

Одним из них является введение должности старшего врача смены, что значительно улучшило организацию работы дежурной смены, особенно в вечернее и ночное время. Дежурные врачи и средние медицинские работники стали шире пользоваться консультациями старшего врача, чаще обращаться за помощью и советом к более опытному товарищу. Медицинские дежурные бригады направляются с учетом специальности врача. Уже с первых дней введения должности старшего врача заметно улучшилось качество диагностики. Об этом говорят данные таблицы 1.

Таблица 1

Расхождение диагнозов «Скорой помощи» и стационара

	1962 г.	1963 г.	1964 г.	1965 г.	1966 г.
Хирургия	21	19	18	16	13
Терапия	27	24	16	16	14

Особое внимание уделяется диспетчерской службе. Именно здесь начинается первый контакт с больным, с его родственниками или окружающими. Чем лучше этот контакт, тем спокойнее врачу у больного.

Учитывая увеличение количества амбулаторных больных, введен специальный медицинский работник для амбулаторного приема. В 1964 году амбулаторных больных поступило 4653, а в 1966 году — 6388 человек.

Положительную роль сыграло введение постоянных дежурных бригад.

В последние годы большое внимание уделялось повышению квалификации медицинских работников. Были введены еженедельные медицинские конференции, на которых разбирались ошибки в диагностике, проводились обзоры медицинской литературы, ставились доклады ведущих врачей города на различные темы.

В 1964 году был проведен трехмесячный курс занятий для работников скорой и неотложной помощи города Вологды со сдачей экзаменов в городском отделе здравоохранения, а в 1967 году состоялась первая областная конференция работников скорой и неотложной помощи.

Последние два года на базе городских больниц проводится месячная цикловая специализация для врачей и средних медицинских работников. Некоторые врачи прошли специализацию в других городах страны. В настоящее время из постоянно работающих врачей один имеет первую категорию врача скорой и неотложной помощи, шесть фельдшеров — первую категорию фельдшера скорой и неотложной помощи.

Для улучшения качественной диагностики сердечно-сосудистых заболеваний стала применяться электрокардиография, что помогает сократить число диагностических ошибок в определении инфаркта миокарда. Если в 1962 году в диагностике инфаркта было 45% ошибок, то в 1966 году — 17%. Электрокардиография позволила правильно решать вопросы лечения и госпитализации многих больных. В 1965 году из 60 больных, которым проводились электрокардиограммы, у 37 диагностирован был инфаркт миокарда; у остальных он был отвергнут. Это способствовало правильному лечению и дальнейшему тактическому поведению врача. В 1966 году из 67 больных инфаркт миокарда электрокардиографией подтвержден был у 42. Больные с этим диагнозом госпитализировались в первые часы заболевания прямо на терапев-

тическое отделение, минуя приемный покой, что избавило их от лишних нагрузок и ненужных волнений.

Улучшилось качество помощи и при некоторых других заболеваниях. Шире стали применяться наркоз закисью азота, новокаиновые блокады, дача кислорода и непрямой массаж сердца. Это видно из данных таблицы 2.

Таблица 2

	1962 г.	1963 г.	1964 г.	1965 г.	1966 г.
Наркоз закисью азота	—	12	32	61	79
Новокаиновые блокады	—	2	7	—	27
Кислород	60	61	71	125	223
Непрямой массаж сердца	—	—	—	8	9
Снято ЭКГ	—	14	43	60	67

Как правило, почти все больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечают улучшение здоровья от применения кислорода, который стал шире применяться в условиях скорой помощи. Медицинские работники почти полностью отказались от кислородных подушек, а стали пользоваться кислородными ингаляциями. Это позволило сократить время пребывания врача у больного на 10—15 минут, так как улучшение состояния здоровья наступало быстрее и не вызывало необходимости длительного пребывания врача у постели больного.

Положительную роль сыграло и освоение новокаиновых блокад больным с травмой, у которых, как правило, снималось болевое раздражение, а транспортировка в лечебное учреждение не вызывала ухудшения в состоянии здоровья.

Особое место в оказании помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и травмой занимает наркоз закисью азота. Врачи охотно и быстро внедрили в свою практику этот новый метод лечения. Наркоз закисью азота, во-первых, быстро снимал приступ стенокардии и болевые раздражения при ин-

фаркте миокарда, во-вторых, улучшал психическое состояние больного и, в-третьих, позволял лучше осуществлять транспортировку тяжелых больных.

Для помощи больному, находящемуся в терминальном состоянии, оборудован специальный набор, а также набор для оказания помощи при отравлении. В настоящее время подготовлена база для создания чисто специализированной бригады.

Проведенный впервые непрямым массаж сердца дал скромные, но обнадеживающие результаты. Из приведенных восьми методов непрямого массажа сердца в 1965 году в двух случаях результат был положительным, в 1966 году из десяти — один успешный.

Изменения, происшедшие за последние годы, резко отличают качественные показатели в работе скорой помощи от 1921 года, когда станция «скорой помощи» выполняла в основном только перевозку больных.

В настоящее время это крупное учреждение, где работает более 100 человек, на постоянном дежурстве находится 10 бригад, оснащенных всем необходимым для оказания экстренной квалифицированной помощи больному.

---

## ПРОТИВОДИФТЕРИЙНЫЙ ИММУНИТЕТ У ДЕТЕЙ гор. СОКОЛА

*В. В. КУЗЬМЕНКО,*  
*ст. научный сотрудник Ленинградского института*  
*детских инфекций,*

*Н. Н. ЛИМИНА,*  
*главный врач Сокольской городской санэпидстанции*

В 1963—1966 гг. нами проводилось изучение состояния противодифтерийного иммунитета в г. Соколе. Для этого был проведен анализ лечебно-профилактических мероприятий, изучены особенности течения дифтерии за последние годы, улучшена прививочная работа и учет детского населения, а также наблюдения за больными ангинами и бактерионосителями дифтерийных палочек.

В результате улучшения иммунизации детского населения Сокола произошли значительные изменения в заболеваемости дифтерией. Так, в 1961 году показатель заболеваемости дифтерией уменьшился в два раза, а в 1963 году в восемь раз по сравнению с 1960 годом. За 1964 год в городе зарегистрирован лишь один случай заболевания дифтерией, а в 1965 и 1966 гг. дифтерии вообще не было.

Летальных исходов от дифтерии за последние пять лет не было.

Количество носителей дифтерийных палочек в 1964 году снизилось в три раза по сравнению с 1960 годом, причем токсигенных форм выделялось в пять раз меньше. В 1966 году количество бактерионосителей было почти в восемь раз меньше, чем в 1960 году; токсигенных форм бактерионосительства не наблюдалось.

Изучение противодифтерийного антитоксического иммунитета детского населения г. Сокола проводилось

с марта 1964 года по декабрь 1966 года путем постановки реакции Шика. При этом в 1964 году было обследовано 1559 детей в возрасте от 9 месяцев до 12 лет и 136 в возрасте от 13 до 16 лет. Из них детей, посещающих ясли-сады, было 272, детские сады — 385 и школы — 897; остальные 60 человек в возрасте от 9 месяцев до 3 лет детские учреждения не посещали. Из числа обследованных детей непривитых было 1,7%. В среднем положительно на токсин Шика реагировало 127 человек (7,4%). В 1963 году процент положительных реакций Шика у детей доходил до 19.

В яслях детей с положительной реакцией Шика было выявлено 14 человек (5,1%), в детских садах — 27 (7%), в школах — 84 (8,6%) и среди неорганизованных детей — 1 человек (3,3%).

Следует отметить, что детей с положительной реакцией Шика среди школьников старше 13 лет было выявлено 12 человек, что составляет 8,8%.

Следовательно, наименьшая напряженность иммунитета к дифтерии отмечалась среди детей школьного и садикового возраста, тогда как дети ясельного возраста положительно на токсин Шика в среднем реагировали в 3,1% случаев.

Проведенные исследования показали, что прошедшие за последние годы изменения в возрастной структуре заболеваемости дифтерией являются следствием изменения в состоянии противодифтерийного иммунитета детского населения. Наряду со значительным улучшением иммунитета среди детей младшего возраста, сдвиги в иммунизации среди детей школьного и садикового возраста еще недостаточны для полной ликвидации заболеваемости дифтерией.

Анализ 127 историй развития детей, положительно реагировавших на токсин Шика, показал следующее:

1. В большинстве случаев (55 человек) дети прививались неправильно, без предварительного врачебного осмотра, в сроки, недопустимые после перенесенных инфекционных заболеваний, с нарушением интервалов прививок. Нередко дети поздно начинали прививаться против дифтерии (с 3—7 и даже 9 лет). Такая запоздавшая иммунизация, даже при правильном ее проведении, как правило, не приводит к выра-

ботке полноценного иммунитета (В. Д. Беликова-Альдакова, Н. Ф. Блюмель, 1964; Б. Я. Резник, 1962).

2. Часть детей (25 человек) имела в анамнезе частые инфекционные заболевания (скарлатину, корь, свинку, болезнь Боткина, тубинтоксикацию, полиомиелит и др.), которые, несомненно, ослабляли организм ребенка и мешали выработке иммунитета.

Следует отметить, что большинство детей с положительной реакцией Шика, посещающих школы (реже детские сады), были привиты против дифтерии нативным анатоксином. У значительной части из них с момента последней ревакцинации прошло более 3-х лет. Между тем известно, что интервалы между повторными ревакцинациями при нативном анатоксине не должны превышать двух лет. (Ю. А. Дубовикова, А. М. Северов, В. Б. Садыков, 1964; А. А. Гринфельд, 1961 и др.).

За последние годы проводилась значительная работа по улучшению качества и своевременности проведения прививок. Изучение напряженности противодифтерийного иммунитета проводится методом постановки реакций Шика всем организованным детям через два года и выборочно — неорганизованным.

В 1965 году методом постановки реакции Шика обследовано 2016 детей в возрасте от 2 до 13 лет. Положительно реагирующих на токсин Шика выявлено 64, что составляет 3,2%. Из числа обследованных детей, посещающих детские ясли, положительно реагировало на токсин Шика 9%, детские сады — 1,3%, школы — 3,2%. Как видно из указанных данных, наибольший процент положительно реагирующих на токсин Шика отмечался у детей, посещающих ясли.

За 1966 год было поставлено реакций Шика 1219; из них положительных 23, что составляет 1,06%.

Совершенно очевидно, что перспективы полной ликвидации заболеваемости дифтерией в г. Соколе теснейшим образом связаны с улучшением качества профилактических прививок. Эти данные подтверждают мнение многих авторов (В. Д. Беликова-Альдакова, 1964; Я. Л. Поволоцкий, В. И. Адамович, 1961; Г. И. Райхштат, 1962 и др.), о том, что причину низкого иммунитета к дифтерии в коллективе следует



искать в методических нарушениях при проведении иммунизации.

Все дети, имевшие положительную реакцию Шика, получили дополнительные ревакцинации либо прививались вновь. С целью изучения состояния противодифтерийного иммунитета у детей с положительной реакцией Шика после дополнительных прививок проводилась повторная шикизация у 85 детей. При этом установлено, что у 80 человек положительная Шик-реакция перешла в отрицательную. Лишь у пяти детей ревакцинация проводилась по типу вакцинации и не создала достаточного иммунитета.

Проведенная проверка напряженности противодифтерийного иммунитета детского населения г. Сокола позволяет сделать следующие выводы:

1. Напряженность противодифтерийного иммунитета детского населения г. Сокола в 1966 году возросла до 98,04% по сравнению с 83% в 1963 году. Особенно заметные сдвиги иммунитета к дифтерии произошли среди детей ясельного и школьного возраста.

2. Наименьшая напряженность антитоксического иммунитета к дифтерии отмечалась у детей в детских садах.

3. Отсутствие заболеваемости дифтерией и токсигенного бациллоносительства в городе в течение двух последних лет явилось следствием повышения антитоксического иммунитета детского населения.

---

## ОПЫТ РАБОТЫ ПО БОРЬБЕ С ДИФТЕРИЕЙ В СЕЛЬСКОМ РАЙОНЕ

*В. И. РУМОВСКИЙ,*  
*санитарный врач Кичменгско-Городецкого района*

За последнее десятилетие, в результате проведения профилактических прививок и всего комплекса противоэпидемических мероприятий, заболеваемость дифтерией в Вологодской области доведена до спорадических случаев. Однако в некоторых сельских районах заболеваемость дифтерией все еще имеет место. Одним из таких районов является Кичменгско-Городецкий.

Этот район, расположенный на востоке области, в 380 километрах от областного центра и в 160 километрах от железной дороги, значителен по площади. Врачебные участки разбросаны и имеют радиус обслуживания до 120 километров. Детское население (в возрасте до 14 лет) превышает 13 тыс. человек. В связи со всем этим борьба с дифтерией здесь представляет немалые трудности.

Мы поставили перед собой цель — изучить причины и вскрыть эпидемиологические особенности заболеваемости дифтерией в районе с тем, чтобы разработать пути ее снижения. Эта работа проводилась с 1963 по 1965 год совместно с областной санэпидстанцией под руководством Ленинградского научно-исследовательского института детских инфекций.

Установлено, что заболеваемость дифтерией в 1960 году была в 6,5 раза выше, чем в 1965 году, причем до 1964 года она имела явно выраженный сезонный характер с очаговостью в детских учреждениях.

Анализ данных по проведению профилактических прививок в районе до 1964 года свидетельствовал о низком охвате детей прививками; они выполнялись лишь на 60—65%. У многих детей первичный вакци-

нальный комплекс был неполноценным, либо вакцинация не подкреплялась своевременной ревакцинацией, а отношение числа вакцинированных к числу ревакцинированных выражалось в 1963 году как 1 : 2,2. На территории некоторых закрытых медицинских пунктов дети совсем не прививались.

Не было преемственности между медпунктами в проведении детям профилактических прививок; учет детского населения, проживающего в радиусе обслуживания медпункта, проводился без надлежащей четкости. Слаб был контакт медицинских работников со школой.

На многих медпунктах хранение бакпрепаратов велось без учета температуры.

Знания медицинских работников по вопросам диагностики, лечения и профилактики дифтерии недостаточно глубокие.

Сезонные подъемы заболеваемости дифтерией и ее очаговость в детских учреждениях свидетельствовали о недостаточно напряженном противодифтерийном иммунитете в детских коллективах. Это подтверждалось результатами реакции Шика, когда в 1963 году в районе было 18,8% случаев с положительной реакцией, а по отдельным детским коллективам процент положительных реакций доходил до 20—30.

Отсутствие в районной больнице диагностических палат создавало определенную трудность для провизорной госпитализации больных с подозрением на дифтерию и для выявления легких форм заболевания. Между тем ряд авторов (Н. Н. Белая, А. А. Маркова, А. И. Титова и др.) указывает на легкое атипичное течение современной дифтерии.

Учитывая опыт борьбы с дифтерией в Ленинграде, Ярославской и Вологодской областях и других местностях Советского Союза (В. В. Зозуля, З. В. Иосина, П. Д. Лещенко, Л. С. Метеюнас, З. Н. Степанова, В. Д. Черненко, Г. М. Рейхшгат и др.) и полученные данные анализа заболеваемости дифтерией в районе, мы провели ряд организационных мероприятий.

1. Была введена карта профилактических прививок ф. № 63 во всех фельдшерско-акушерских медицинских пунктах. Со всеми медицинскими работни-

ми была изучена инструкция по учету проводимых профпрививок и ведению картотеки.

2. В детских учреждениях и фельдшерско-акушерских медицинских пунктах введены ежемесячные планирование, учет и анализ проводимых прививок.

3. В районной больнице выделены палаты для провизорной госпитализации подозрительных на дифтерию больных. Диагноз дифтерии ставился комиссионно с учетом инфекциониста, эпидемиолога, педиатра и главного врача.

4. Все лица с патологическим состоянием носоглотки, выявленные в процессе профилактических осмотров или при обращении за медицинской помощью, обследовались на бактерионосительство на месте или направлялись в бактериологическую лабораторию.

5. Каждый случай дифтерии обсуждался на районной противодифтерийной комиссии с заслушиванием объяснений зав. участковой больницей, зав. фельдшерско-акушерским медицинским пунктом, где зарегистрировано заболевание.

6. Все выявленные бактерионосители обязательно госпитализируются в районную больницу для проведения санации с последующим этапным наблюдением за ними.

7. В практику работы лаборатории внедрены новые методы по диагностике дифтерии (определение токсигенности, забор материала от больных непосредственно на чашки с кровянисто-теллуристым агаром, использование среды Пизу и др.).

8. С целью проверки напряженности иммунитета в практику работы медицинских учреждений района внедрена реакция Шика.

9. В осуществление плана повышения квалификации медработников систематически проводились лекции, совещания по обмену опытом, семинары с разбором результатов проверок работы, регулярно проводился анализ выполнения плана прививок.

10. Налажено правильное хранение бакпрепаратов, для чего все фельдшерско-акушерские медицинские пункты и больницы были обеспечены комнатны-

ми настенными термометрами, которые хранятся вместе с бакпрепаратами. Здесь же находится тетрадь регистрации температуры и журнал учета бакпрепаратов.

Все прививки неорганизованным детям, как правило, проводятся в стационарных условиях: в фельдшерско-акушерском медицинском пункте и детской консультации; в отдаленных деревнях — в наиболее подходящем в санитарном отношении доме. Решению этого вопроса, помимо широкой санпросветработы среди населения, способствовали памятки-повестки для родителей, в которых фельдшером указывается, когда необходимо прибыть с ребенком на медпункт для прививки.

В распространении таких памяток-повесток большую помощь оказывает санитарный и краснокрестный актив. Школьники V—VII классов, прибывшие в школу с территории других медпунктов и живущие в интернате, получают прививки по месту учебы.

Из-за недостатка кадров за отдельными медработниками районного центра для проведения профилактической работы закреплены населенные пункты, предприятия, организации, школы, ясли и сады. Ежемесячно один из работников санэпидстанции делает выборку по картам ф. № 63 и составляет по населенным пунктам списки детей, которым необходимо сделать какие-либо прививки в предстоящем месяце. В назначенный день из врачей и среднего медперсонала райбольницы и санэпидстанции составляется прививочная бригада, которая едет в тот или иной населенный пункт, где всем детям делаются указанные в списках прививки. В конце рабочего дня списки с отметками о выполнении возвращаются в санэпидстанцию, где данные переносятся в карты ф. № 63.

Особое внимание было обращено на работу патронажных сестер, должности которых в 1964 году были укомплектованы при всех участковых больницах. С патронажными сестрами, как непосредственно ответственными, наряду с санитарными фельдшерами участковой больницы, за состояние прививочной работы на участке, и медицинскими сестрами детских дошкольных учреждений регулярно проводятся семинарские занятия.

Повышение квалификации медицинских работников проводилось как на областных базах, так и на базе районной больницы, где фельдшера и сестры проходят двухмесячные курсы; врачи, кроме того, участвовали в семинарах, проводимых в Ленинграде.

Большая санитарно-просветительная работа по профилактике дифтерии проводилась среди широких слоев населения. С этой целью проводились занятия в университетах здоровья при районном и сельских домах культуры, лекции и беседы в родительских лекториях, при школах и детских дошкольных учреждениях. Занятия и лекции сопровождались показом кинофильмов и диапозитивов. Широко использовались также районное и местное радиовещание и стенная печать. Школьники знакомились с темой «Дифтерия и ее профилактика» по текстам диктантов, которые были разработаны совместно с районным отделом народного образования. Вопросы профилактики дифтерии изучались на различных семинарах, проводимых санэпидстанцией.

Повседневное привлечение внимания медицинских работников к имеющимся недостаткам, разбор результатов проверок, а также изучение теоретических вопросов на различных совещаниях, семинарах и встречах и проведенная в 1964 году аттестация фельдшеров — все это способствовало повышению теоретической грамотности, обогатило медработников опытом работы лучших медпунктов и обусловило снижение заболеваемости дифтерией в районе.

В таблице 1 приводятся данные о госпитализации больных и бактерионосителей в районе по годам.

Т а б л и ц а 1

Госпитализация больных и бактерионосителей

Диагнозы	1963 г.	1964 г.	1965 г.
Ангины и катары верхних дыхательных путей	149	152	180
Дифтерия	7	3	2
Всего	156	155	182
Бактерионосители (выявлено)	24	5	4

В 1964 году в районе было зарегистрировано 3 единичных случая дифтерии (вместо 7 в 1963 году), а в 1965 году — 2, причем у детей школьного возраста.

Из выделенных в 1963—1965 гг. 45 культур 4 имели токсигенные свойства. Типаж дифтерийных палочек: митис — 44, интермедиус — 1. По клинике преобладали локализованные формы с преимущественным поражением зева — 5 случаев (1964—1965 гг.), из которых 4 случая были субтоксической формы и 1 — токсической I степени.

Планы профилактических прививок в 1964—1965 гг. выполнялись полностью; соотношение вакцинированных и ревакцинированных пришло в соответствие с нормой (1:4).

Одновременно с организационно-методической работой в районе, начиная с 1963 года, проводилась проверка состояния противодифтерийного иммунитета у детей различных возрастных групп путем постановки реакции Шика.

В 1964 году было проверено состояние иммунитета у 4257 детей. Лучшие показатели имелись в группе организованного дошкольного детства (6,2% положительных реакций Шика) и худшие — в группе школьников начальных (I—IV) классов (15,3%). Из 580 человек, положительно реагировавших в 1964 году на введение токсина Шика, 157 были привиты неправильно, у 248 данные о прививках отсутствовали.

Результаты проверки состояния иммунитета у аналогичных групп детей в 1965 году показали улучшение прививочной работы в районе (см. таблицу 3).

Таблица 2

Состояние иммунитета по результатам реакции Шика  
в 1964 году

Группа	Кол-во обсл.	Положительная реакция					Нет свед. о прививках	Неправильно привитые
		кол-во	%	степень реак.				
				+++	++	+		
Организованное детство	436	27	6,20	5	12	10	5	12
Неорганизованное детство	187	23	12,29	12	3	8	17	2

Группа	Кол-во обсл.	Положительная реакция					Нет свед. о прививках	Неправильно привитые
		кол-во	%	степень реак.				
				+++	++	+		
Школьники								
I—IV кл.	3033	456	15,03	203	192	26	172	132
V кл.	601	75	12,46	24	19	19	54	11
Всего	3634	531	14,64	227	211	45	226	143
Итого	4257	581	13,64	244	226	63	248	157

Т а б л и ц а 3

Состояние иммунитета против дифтерии по результатам  
реакции Шика в 1965 году

Группа	Кол-во обслуж.	Положительная реакция					Нет свед. о прив.	Неправиль- но приви- тые
		кол-во	%	степень реакци				
				+++	++	+		
Организованное детство								
9 м.—3 г.	403	27	6,69	10	13	4	—	19
4 г.—6 л.	222	21	9,90	9	7	5	3	4
Итого	625	48	7,68	19	20	9	3	23
Неорганизованное детство								
9 м.—3 г.	475	26	5,47	9	14	3	8	17
4 г.—6 л.	804	63	7,83	20	31	12	34	10
Всего	1279	89	6,95	29	45	15	42	27
Школьники								
I—IV кл.	1747	169	9,10	59	70	40	82	28
V кл.	321	26	8,09	4	10	12	20	5
VIII кл.	300	24	8,0	6	12	6	21	3
Всего	2368	219	9,34	69	92	58	123	36
Итого	4272	356	8,09	117	137	82	168	86



Как видно, число детей, положительно реагировавших на введение токсина, снизилось за год с 13,64% до 8,0%. Особенно значительное снижение положительных реакций отмечено в группе неорганизованного детства (с 12,3% до 6,9%).

Все дети с положительным результатом реакции Шика, в зависимости от анализа привитости, получили дополнительную ревакцинацию или были привиты вновь. Через 3—4 месяца после завершения иммунизации выборочно 263 таким детям была повторно поставлена реакция Шика, причем у 260 детей она оказалась отрицательной.

Проведенная работа по борьбе с дифтерией и достигнутые при этом результаты показывают, что дальнейшие успехи в ликвидации дифтерии в районе возможны при правильной организации комплекса противоэпидемических мероприятий.

---

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В СЕЛЬСКОЙ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЕ

*Г. Ф. КРЫЛОВ,*

*главный врач Шапшинской участковой  
больницы Харовского района*

Шапшинская участковая больница вместе с двумя фельдшерскими и двумя фельдшерско-акушерскими пунктами обслуживает три сельсовета с населением 4700 человек — Шапшинский, Кумзерский и Азлецкий, на территории которых расположены три колхоза, а также Плосковский лесопункт Уфтыюгского леспромхоза. Больница удалена от районного центра на 35 километров. Радиус обслуживания больницы — около 50 километров.

Для решения главной задачи — снижения заболеваемости населения — необходимо правильно поставить учет заболеваемости по данным обращаемости населения и глубокий анализ.

До 1965 года в амбулатории нашей больницы и на медпунктах учет заболеваемости велся в журналах, что затрудняло проведение анализа. С 1965 года заболеваемость учитывается по статистическим талонам и дневникам работы врача и фельдшера, что дает полный и правильный материал для последующего анализа.

Обращаемость населения за последние четыре года остается примерно на одном уровне. Основная масса больных принимается врачом. В структуре заболеваемости, по данным амбулатории за 1960—1965 гг., болезни органов кровообращения составляют 9,2%, болезни нервной системы — 9,1%, болезни органов пищеварения — 8,3%, грипп и катар верхних дыхательных путей — 6,2%, травмы — 6,2%, гельминтозы — 4,7%, ангина — 3,1%.

Анализ заболеваний, выявление их причин, а после этого целенаправленная работа медицинских учреждений ведут к снижению заболеваемости.

Важным звеном в снижении заболеваемости являются предупредительные меры; они особенно эффективны в предупреждении инфекций. На участке в последние годы снизилась заболеваемость кишечными инфекциями (дизентерия, диспепсия, колиты, колиэнтериты, гастроэнтероколиты).

Ежегодно в самом начале весны собираются санитарный актив и хозяйственные работники. Они обсуждают вопросы очистки населенных пунктов, уборки личных дворов, территорий учреждений и колхозных ферм. На этих совещаниях актив, а с его помощью и все население нацеливаются на проведение санитарной очистки населенных пунктов до начала основных полевых работ. В деревнях эту работу организуют санитарные уполномоченные; под их руководством ежегодно проводится месячник по уборке населенных пунктов. Итоги работы обязательно подводятся и доводятся до сведения населения, обычно через радиовещание. Практикуются конкурсы на лучший в санитарном отношении населенный пункт, двор, МТФ, учреждение. В День здоровья лучшие активисты и работники МТФ премируются. Средства для этого выделяет правление колхоза.

В весенние месяцы мы ежегодно проводим прививки против кишечных инфекций. При этом стараемся охватить в первую очередь группу работников пищеблока, МТФ, детских учреждений и школьников.

В летние месяцы контроль за санитарным состоянием объектов повышается. На предприятиях пищеблока, в детских учреждениях имеются санитарные журналы, где медицинские работники записывают выявленные недостатки в санитарном отношении и рекомендуемые мероприятия по их устранению. В амбулатории больницы ведется журнал посещения объектов.

В конце зимы на обсуждение правлений колхозов вносится вопрос о подготовке ферм и молокозаводов к летнему приему молока, о работе ферм в летний период, причем уделяется внимание заготовке достаточного количества льда для охлаждения молока.

В летний период осуществляется жесткий контроль за качеством молока, поступающего с ферм (об этом судят по механической загрязненности и кислотности). В том случае, когда та или иная ферма сдает на молокозавод молоко III группы, приходится разбираться в причинах загрязнения молока и принимать меры к устранению их.

Работники пищеблока, детских учреждений и МТФ проходят медицинский осмотр в установленные сроки.

Летом мы уделяем особое внимание жалобам больных на различные диспептические расстройства; на это ориентируем и работников медпунктов. Вопросы профилактики кишечных инфекций освещаются в беседах и выступлениях.

На сессиях сельсоветов в 1964—1965 гг. по нашей инициативе обсуждался вопрос об улучшении водоснабжения в деревнях; часть средств из самообложения была направлена на ремонт и строительство колодцев.

Все эти мероприятия в своем комплексе оказывают положительный эффект.

Выявление заболевания в ранней стадии, когда еще нет выраженных изменений в органах, ведет к более частому и раннему излечению заболевшего, а в конечном итоге к снижению заболеваемости. Так, измерение артериального давления крови во время амбулаторного приема и в стационаре всем больным, независимо от причины их обращения, ведет к выявлению ранних стадий гипертонической болезни. Осмотр женщин акушеркой при обращении их в амбулаторию также выявляет ранние стадии гинекологических заболеваний.

В амбулатории больницы акушерка по два дня в неделю осматривает до приема врача всех женщин, обратившихся в амбулаторию, если в течение шести месяцев до этого они нигде не осматривались. При этом на лицевой стороне карты делается запись даты осмотра, что позволяет судить о том, когда женщина была осмотрена ранее, а также записываются результаты осмотра. В необходимых случаях акушерка оставляет женщину для осмотра врачом. В случае, если выявлено заболевание, больная берется на учет, ей проводится соответствующее лечение, а когда оно

не приносит желаемого эффекта, осуществляется консультация специалистов.

До 1965 года ежегодно на участке регистрировались случаи трихофития гладкой кожи, причем почти всегда у работников животноводства, чаще у телятниц, и членов их семей. Было установлено, что источник заражения — телята, больные стригущим лишаем. Вопрос о ликвидации этого заболевания был поставлен перед правлением колхозов и ветеринарными работниками, прочитаны лекции на совещаниях животноводов по профилактике заболевания. В результате на протяжении 1965 и 1966 гг. данного заболевания зарегистрировано не было.

Определенная работа проделана и по снижению заболеваемости ангинами среди школьников. Так, при осмотре школьников была выявлена группа детей с хроническими тонзиллитами; их взяли на диспансерное наблюдение и провели санацию полости рта. Совместно с районными специалистами отобрана группа нуждающихся в оперативном лечении; в настоящее время их направляем на операцию. Группе больных, не нуждающихся в оперативном лечении, проводится профилактическое лечение абмудаторно.

Из всего сказанного ясно, что только целенаправленная работа может привести к снижению заболеваемости. Разумеется, в профилактической работе есть немало и других направлений, таких, как проведение профосмотров населения, противотуберкулезные мероприятия, диспансеризация и др.

Вторым важным разделом в работе участкового врача являются мероприятия по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Уровень и структура этой заболеваемости имеет важное экономическое значение для колхозов и предприятий. За каждой выданной справкой о временной нетрудоспособности колхозников или больничным листом нужно видеть неосуществленную ввиду болезни часть труда для общества. Значение заболеваемости с временной утратой трудоспособности возрастает по той причине, что это заболевание наиболее активного, работающего контингента населения.

Основным источником изучения заболеваемости колхозников с временной утратой трудоспособности

являются контрольные талоны к справкам. Большое значение имеет правильно поставленная экспертиза временной нетрудоспособности; от ее качества в некоторой степени зависит и количество дней нетрудоспособности. Бывая на медпунктах, мы каждый раз вместе с фельдшером разбираем по корешкам больничных листов и по корешкам справок и амбулаторным картам случаи освобождения от работы, обоснованность выдачи справок, достаточность и эффективность лечения. При этом обращаем внимание и на техническую сторону — полноту и правильность заполнения всех граф корешка справки, ибо небрежно и неполно заполненные талоны не дают возможности делать правильный анализ.

Из анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности по колхозу «Большевик» за 1961 — 1965 гг. вытекает, что 68,9% дней нетрудоспособности падает на следующие семь групп заболеваний: острые инфекционные респираторные заболевания (грипп, ангина, острый катар верхних дыхательных путей) — 12,3%, заболевания периферической нервной системы — 11,6%, гнойничковые заболевания кожи, подкожной клетчатки (флегмоны, панариции, абсцессы, карбункулы) — 11,4%, механические травмы — 11,3%, болезни органов пищеварения — 10,2%, болезни женских половых органов — 6,4%, болезни органов кровообращения — 5,7%.

Снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности можно добиваться по следующим направлениям:

- 1) контроль за экспертизой на медпунктах, работа с фельдшерами медпунктов по разбору случаев заболеваемости;

- 2) улучшение вместе с хозяйственными и профсоюзными работниками условий труда работающих. В Плосковском лесопункте, например, проведен ряд мероприятий, направленных на снижение травматизма: усиление контроля за соблюдением техники безопасности, за приемом лесосек в эксплуатацию мастерами, за исправностью инструментов и спецодежды, оборудование машины для перевозки рабочих в зимнее время, оборудование утепленных боксов для ремонта тракторов;

3) выявление контингента часто и длительно болеющих, взятие его на диспансерный учет, организация профилактического лечения, правильное трудоустройство, а в необходимых случаях экспертное определение постоянной утраты трудоспособности;

4) диспансеризация ведущих работников (специалистов, механизаторов, работающих во вредных условиях);

5) правильное использование стационара;

6) использование остаточной трудоспособности (временный перевод на легкие работы);

7) выписка из стационара прямо на работу;

8) контроль за выполнением больными, лечающимися амбулаторно, предписанного режима;

9) обеспечение своевременным лечением больных хроническими заболеваниями до начала основных работ в колхозе (сев, уборка, сенокосные работы, период массового производства молока);

10) знание и применение более эффективных методов лечения амбулаторно и в стационаре, наличие на медпунктах и в аптеке больницы необходимого количества и ассортимента медикаментов;

11) правильное использование возможностей для санаторного лечения больных.

Как видно, задач много. На сельском участке при большой разбросанности населенных пунктов один врач, естественно, решить их не может. Поэтому большой объем работ выполняется фельдшерами медпунктов. И чем выше грамотность и квалификация этих работников, тем выше качество работы. Нашей бедой является текучесть средних медработников на участке. Однако это не снимает ответственности и вместе с тем обостряет необходимость работы с кадрами.

Основное место и время для проведения работы с фельдшером медпункта — это выезд врача на медпункт. У нас на каждый квартал составляется план выездов на медпункты; он доводится до сведения фельдшеров. К дню выезда фельдшер приглашает тех больных, которых хочет показать врачу. Врач же вместе с фельдшером смотрит больного, делает разбор случая, определяет тактику и лечение, в необходимых случаях указывает на недостатки или ошибки в диагностике и лечении. При каждом выезде обяза-

тельно обращается внимание на оснащенность и порядок на медпункте, проверяются запас медикаментов, правильность выдачи больничных листов, справок. Так же по ранее составленному плану выезжает на медпункты и зубной врач.

Должное внимание уделяется направлениям фельдшеров медпунктов больных для консультации в амбулаторию или на стационарное лечение. Мы стараемся приучить фельдшеров писать такие направления более подробно, отражая начало и течение заболевания, проведенные лечебные мероприятия и их эффективность. Небрежно написанные направления или грубые ошибки в диагностике и лечении разбираются вместе с фельдшером при выездах на медпункт или на кустовых совещаниях, которые проводятся на участке один раз в квартал.

На кустовых совещаниях за последнее время разбирались такие вопросы, как составление плана прививок, диагностика и лечение пневмонии у детей, наблюдение за беременными, неотложная помощь и тактика фельдшера при острой сердечной и сосудистой недостаточности, диспепсия у детей и др. Кроме того, вместе с фельдшерами делается обход в стационаре участковой больницы с разбором некоторых больных. Важно, чтобы фельдшер активно работал на кустовом совещании. Поэтому мы строим совещание в форме собеседования. Некоторые темы готовят и докладывают сами фельдшера медпунктов.

Техническая учеба проводится и с работниками больницы. Со средним медперсоналом занятия проводит врач, с младшим — фельдшер и сестры по заранее составленному плану. Занятия проводятся два раза в месяц. Тема последующего занятия объявляется на предыдущем. На занятиях по вопросам темы выступают слушатели, а ведущий дополняет их, объясняет непонятное, обобщает тему.

В настоящей статье освещены лишь некоторые вопросы работы участковой больницы, решение которых позволило снизить инфекционную и общую заболеваемость населения и сократить потерю дней по временной нетрудоспособности на 20—22%.



---

---

## РАБОТА ПО СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТРАВМАТИЗМА

*И. В. КОЛЬЦОВ,*

*главный врач медико-санитарной части  
Череповецкого металлургического завода*

Основное направление в деятельности медико-санитарной части — профилактическое. Оно осуществляется в тесном контакте с административно-хозяйственными, партийными, профсоюзными и общественными организациями завода.

Профилактическое направление обеспечивается единым комплексным планом оздоровительных мероприятий, который составляется на основе всестороннего анализа причин заболеваемости и травматизма рабочих и служащих в прошедшем году, результатов профилактических медицинских осмотров и материалов проверки условий труда и быта рабочих и служащих. В комплексный план оздоровительных мероприятий включаются разделы по охране труда и технике безопасности, профсанитарии и лечебно-профилактической работы.

В разделе лечебно-профилактической работы отражены мероприятия на предстоящий год по охвату рабочих профилактическими и медицинскими осмотрами; организованному проведению периодических медицинских осмотров; по диспансеризации, профилактике острых желудочно-кишечных заболеваний; по борьбе с туберкулезом и с гнойничковыми заболеваниями кожи; по профилактике гриппа; по снижению женской заболеваемости с учетом оборудования комнат гигиены женщины в бытовых помещениях цехов; по медицинскому обслуживанию подростков, инвалидов Отечественной войны и труда; по профилактике травматизма, по проведению плановой санации полости рта у рабочих завода бригадой стоматологов

и зубных врачей; по повышению качества и культуры медицинского обслуживания трудящихся.

В плане строго оговорены сроки исполнения и ответственные лица. В составлении единого заводского комплексного плана оздоровительных мероприятий, наряду с административно-хозяйственными, профсоюзными органами и медицинскими работниками завода, деятельное участие принимают сами рабочие и служащие.

Наряду с единым комплексным планом оздоровительных мероприятий на год по заводу в целом, в каждом цехе имеются цеховые комплексные планы. Ежегодно также разрабатываются планы по подготовке цехов и учреждений завода к работе в зимних условиях.

Оздоровительные мероприятия также предусматриваются коллективным договором по заводу и включены в пятилетний план развития предприятия.

За 1962—1966 гг. выполнено по заводу 825 мероприятий, что составляет 97,3% к числу запланированных.

Проведению оздоровительных мероприятий уделяется большое внимание заводским и цеховыми комитетами профсоюза.

За период с 1962 по 1966 год вопросы улучшения условий труда и быта рабочих, снижения заболеваемости и травматизма на заводе были обсуждены на 162 заседаниях заводского комитета профсоюза и комиссии социального страхования и охраны труда. Эти заседания тщательно готовились: предварительно всесторонне проверялось выполнение оздоровительных мероприятий. В качестве докладчиков о состоянии заболеваемости и травматизма в цехах и мерах по их снижению выступали начальники цехов, содокладчики — цеховые терапевты.

В цехах завода ежеквартально на расширенных заседаниях цеховых комитетов обсуждались сообщения начальников цехов и цеховых терапевтов о состоянии и мерах по снижению заболеваемости и травматизма. Заседания, как правило, проводятся при активном участии рабочих.

Рабочие завода, считая охрану здоровья своим делом, помогают медицинским работникам в проведении

оздоровительной работы. 85% рабочих и служащих завода являются членами общества Красного Креста. Они входят в состав санитарных комиссий, которые еженедельно, в определенные дни, проводят санитарные рейды по цехам, выявляют недостатки в выполнении правил охраны труда и техники безопасности, следят за выполнением температурного и питьевого режима. Участие цеховых терапевтов и заведующих здравпунктами в санитарных рейдах является обязательным. После рейда издается приказ по цеху с указанием сроков и лиц, ответственных за ликвидацию выявленных недостатков.

Врачи медико-санитарной части и фельдшера здравпунктов большое внимание уделяют организации и проведению профилактических осмотров, а также прививок и диспансерного наблюдения.

Профилактические осмотры являются основным источником выявления больных для диспансерного наблюдения. Поэтому на учет берутся больные, как правило, в начальных стадиях, что способствует хорошему эффекту диспансеризации.

Основные показатели эффективности диспансеризации больных на заводе за 1962—1966 гг. приводятся в таблице 1.

Таблица 1

Показатели	Г о д ы				
	1962	1963	1964	1955	1966
Охват диспансерным наблюдением к числу зарегистрированных заболеваний, %	65,9	74,8	88,2	90,9	96,9
Количество активных посещений на 1 больного в год	1,5	1,5	1,5	1,8	2,9
Число случаев нетрудоспособности на 100 диспансерных больных, ушедших на б. лист при обострении заболевания	—	—	—	43,3	36,2
Число дней нетрудоспособности на 100 диспансерных больных	—	—	689,3	600,3	558,3

Большую помощь в улучшении качества медицинского обслуживания оказывают постоянно работающие школы передового опыта. В этих школах обучаются начинающие работу цеховые ординаторы и заведующие здравпунктами, а также работники, имеющие определенные недостатки в своей деятельности.

Успешное выполнение планов оздоровительных мероприятий при активном участии руководства завода и цехов, профсоюзных комитетов и самих рабочих, проведение профилактических осмотров и диспансеризации, наряду с вниманием к вопросам экспертизы трудоспособности, позволили добиться определенного успеха в сокращении потери дней по временной нетрудоспособности, что видно из таблицы 2.

Таблица 2

Годы	Число случаев на 100 работающих	Число дней на 100 работающих
1962	111,54	860,7
1963	107,99	783,25
1964	98,56	748,27
1965	97,76	798,3
1966	89,86	719,95

Опыт работы медико-санитарной части Череповецкого металлургического завода показывает, что успех в снижении заболеваемости и травматизма зависит от слаженной работы медицинских работников в сотрудничестве с администрацией, профсоюзными организациями и всем коллективом завода.

---

---

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ РАБОЧИХ ТРЕСТА «ЧЕРЕПОВЕЦМЕТАЛЛУРГСТРОЙ»

*Е. Д. ВЕСЕЛОВА и К. А. МАКСИМОВ*

*(медико-санитарная часть треста «Череповецметаллургстрой»)*

В соответствии с профилактическим направлением советского здравоохранения особое значение имеет диспансерный метод обслуживания населения.

Медицинское обслуживание рабочих треста «Череповецметаллургстрой», осуществляется открытой медико-санитарной частью. Оно организовано по цеховому принципу. Цеховой терапевт является основной фигурой, планово осуществляющей весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости. Свою работу он строит в контакте с администрацией, профсоюзной, партийной и комсомольской организациями своих цехов.

Диспансерное наблюдение осуществляется за следующей категорией лиц:

1) подростки до 18 лет — 623 человека. За ними в основном наблюдение ведет подростковый кабинет в контакте с цеховым врачом;

2) практически здоровые рабочие и служащие — 15 445 человек, которые осматриваются цеховыми терапевтами один раз в год;

3) рабочие и служащие с вредными условиями труда — 3148;

4) инвалиды Отечественной войны — 110 человек;

5) инвалиды труда — 420 человек;

6) больные с определенными нозологическими единицами — 1992 человека;

7) часто и длительно болеющие — 164 человека.

Таким образом осуществляется всеобщая диспансеризация рабочих и служащих треста.

В нашей медико-санитарной части имеется 11 цеховых терапевтических участков и терапевтическое отделение на 90 коек. В данной статье приводятся данные диспансерного наблюдения за последние пять лет (1963—1966 гг.).

Таблица 1 характеризует контингент больных по годам.

Т а б л и ц а 1

Наименование заболеваний	1962 г.	1963 г.	1964 г.	1965 г.	1966 г.
Ревматизм	97	214	269	304	362
Стенокардия	2	17	32	34	38
Инфаркт миокарда	—	1	8	4	7
Гипертоническая болезнь I ст.	233	369	366	352	413
Гипертоническая болезнь II ст.	86	123	128	126	132
Язвенная болезнь	143	294	348	359	353
Ахилический гастрит	213	191	261	196	357
Ангиохолецистит	—	71	93	105	104
Цирроз печени	—	5	4	6	4
Хронические нефриты	—	29	33	22	33
Хронические неспецифические инфекционные полиартриты	—	14	29	27	16
Угрожаемые на ревматизм	—	—	8	20	9
Коронарокардиосклероз	—	16	21	34	39
Хронические воспалительные заболевания легких	—	57	71	86	95
Прочие	—	19	45	15	30
Всего	774	1420	1716	1719	1992

Из таблицы 1 видно, что контингент диспансерируемых с каждым годом расширяется.

Охват диспансерным наблюдением терапевтических больных к общему числу рабочих и служащих

треста в 1965 году составил 9%, в 1966 году — 10%. Степень охвата диспансерным наблюдением по всем нозологическим единицам, кроме гастрита, составляет 100%.

Наибольший удельный вес в диспансерной группе составляют больные с гипертонической болезнью, ревматизмом и желудочными заболеваниями. На одного цехового врача в среднем приходится по 181 диспансерному больному. Врач старается брать на диспансерное наблюдение всех больных с хроническими и с начальными формами заболеваний.

Оздоровление диспансеризуемых больных оказало положительное влияние на снижение заболеваемости по тресту «Череповецметаллургстрой». За последние четыре года заболеваемость с временной утратой трудоспособности сократилась на 15%.

Осмотр диспансерных больных производится как в поликлинике, так и на здравпунктах. Диспансерные больные обследуются не реже одного раза в год, а в необходимых случаях и чаще.

Начиная с 1963 года, ведется диспансеризация часто и длительно болеющих. Выявление этих больных проводится по картам лицевого учета на здравпунктах. На амбулаторных картах этой категории больных ставится знак «ЧДБ» (часто и длительно болеющий). Вопрос о трудоспособности этих больных решают только свой цеховой врач или терапевтическая врачебно-контрольная комиссия. В отдел кадров цехов даны списки часто и длительно болеющих и диспансерных больных с их трудовыми рекомендациями. Группа часто и длительно болеющих находится под постоянным наблюдением терапевтов. Учет эффективности их диспансеризации ведется в особом журнале.

За 1966 год заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди длительно и часто болеющих снизилась на 60 дней на 100 больных в сравнении с 1965 годом. Цеховыми врачами проводится первоочередное направление этой группы больных в ночной профилакторий, дома отдыха и на санаторно-курортное лечение. При показаниях проводятся профилактические курсы лечения. Но, несмотря на то, что заболеваемость среди часто и длительно болеющих снижается из года в год, все же она продолжает оста-

ваться еще высокой, оказывая влияние на общий уровень заболеваемости по тресту, особенно увеличивая нетрудоспособность по группе прочих болезней (арахноидиты, травматические энцефалопатии, остеомиелиты, пиелонефриты).

Из года в год улучшается охват диспансерной группы больных стационарным лечением.

Лечение в ночном профилактории проводится циклически, по группам заболеваний. Трудоустройство диспансерных больных осуществляется в основном по линии ограничений в основной профессии: освобождение от ночных смен, от работы на высоте, командировок, дополнительных нагрузок, перевод рабочих с объектов в мастерские и т. д.

Противорецидивное лечение больных гипертонической болезнью проводится всем преимущественно препаратами раувольфии в сочетании с другими средствами по двум схемам: одной группе больных проводили лечение 3—4 раза в год длительностью по 3—4 недели, второй группе — по 7—10 дней каждый месяц. Существенной разницы в результатах лечения не имели.

Противорецидивное лечение больных ревматизмом проводится два раза в год (весной и осенью) длительностью по одному месяцу. При наличии бициллина последний сочетается с аспирином и аскорбиновой кислотой (600 000 ед. бициллина внутримышечно 1 раз в неделю и ежедневно 2,0 аспирина и 0,6 аскорбиновой кислоты). При отсутствии бициллина его заменяем фаупенициллином по 200 000 ед. ежедневно 2 раза в день в сочетании с аспирином и аскорбиновой кислотой.

Больные ревматизмом в активной фазе лечатся в стационаре до стихания активности ревматического процесса. Но учитывая, что ревматический процесс практически в течение года является активным, начата регоспитализация таких больных, то есть повторная госпитализация через три месяца на срок 3—4 недели с проведением противоревматического курса лечения. Такая повторная госпитализация больных дватри раза в году во многих свежих случаях избавит от формирования клапанных поражений. Больным ревматизмом после перенесенных инфекций проводит-



ся 7—10-дневный курс профилактического лечения аспирином (0,5×2) или бутадином (0,15×2). У всех больных ревматизмом санированы очаги инфекций.

Большого и постоянного внимания требуют к себе больные, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями легких, особенно в холодное время года. Им два-три раза в год по 10—15 дней проводится противовоспалительное лечение с применением антибиотиков, сульфаниламидных препаратов и бронхолитических средств. Почти всем больным этой группы делается посев мокроты на чувствительность к антибиотикам. Указанное лечение в сочетании с трудоустройством дает положительные результаты в снижении временной нетрудоспособности.

Эффективность диспансеризации по годам (в процентах) показана в таблице 2.

Таблица 2

	1963 г.	1964 г.	1965 г.	1966 г.
Выздоровление	1,1	7,4	6,5	4,4
Улучшение	33,0	42,0	31,6	38,8
Без перемен	54,0	52,0	56,0	56,0
Ухудшение	3,2	4,2	3,9	5,0
Рецидивы болезни	Не учитывались		19,0	14,9
Первичный выход на инвалидность	1,6	1,7	1,16	1,0

Как видно из таблицы 2, в 1966 году уменьшилось число рецидивов и снизился процент выхода на инвалидность диспансерных больных.

Трудоспособность диспансерной группы терапевтических больных в 1963 году составила 59,1%, а в 1966 году — 73%, что указывает на большое влияние диспансеризации и лечебно-оздоровительных мер на трудоспособность длительно и часто болеющих.

## ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В гор. ЧЕРЕПОВЦЕ

*Л. М. НЮХИНА,  
гематолог медико-санитарной части треста  
«Череповецметаллургстрой»*

В г. Череповце с 1963 года начал функционировать гематологический кабинет, в задачи которого входит выявление гематологических больных и оказание им помощи. Кабинет обслуживается врачом-гематологом.

Гематологическая служба состоит из трех звеньев: Стационарная помощь. При терапевтическом отделении больницы треста «Череповецметаллургстрой» выделено 10 гематологических коек, за истекший период лечилось 183 человека.

Поликлинический прием гематологических больных. Врач-гематолог консультирует также больных с подозрением на болезни крови, находящихся в других лечебных учреждениях города. За три года в гематологический кабинет сделано 1650 посещений.

3. Лабораторная диагностика. Анализы крови у гематологических больных выполняются врачом-гематологом.

В гематологическом кабинете на учете состоит 106 человек, которые по роду заболевания распределяются так:

- острые лейкозы — 1,
- хронические миелозы — 6,
- хронические лимфоденозы — 9,
- полицитемия — 10,
- лимфогранулематоз — 8,
- миеломная болезнь — 1,
- рецидивирующий агранулоцитоз — 2,
- анемии — 49,
- гемофилия — 3,
- болезнь Верльгофа — 3,
- болезнь Ослера — 1,
- болезнь Шенлейн-Геноха — 13.

Острые лейкозы. За истекший период выявлено 14 больных. Возрастной состав их следующий: от 14 до 20 лет — 3, от 30 до 40 лет — 6, от 40 до 50 лет — 1, старше 60 лет — 4.

Средняя продолжительность болезни составляет 1,7 месяца. При выявлении больные немедленно госпитализируются в стационар. Лечение проводится комплексное: 6-меркаптопурин, стероидные гормоны и АКТГ, антибиотики, витамины и переливания крови. При наступлении ремиссии больные выписывались домой на поддерживающих дозах стероидных гормонов (5—15—20 мг преднизолона) на сутки и 6-меркаптопурин (25—50 мг ежедневно или через день). Контроль крови и осмотр гематологом проводился один раз в неделю. При наступлении рецидива больные вновь госпитализировались в стационар. Как правило, удавалось добиться 2—3 ремиссий, продолжительностью от 2 недель до 2-х месяцев. Только у трех больных не смогли добиться ремиссии; течение заболевания было тяжелым, в клинической картине превалировал геморрагический компонент. У двух больных в течение 6—8 месяцев острый лейкоз протекал под «флагом» гипопластической анемии. Продолжительность заболевания у больной С., 67 лет, составила 1 год 2 месяца, у больной С., 47 лет, — 2 года.

Хронические миелозы. Состояло на учете 9 человек, из них умерло 3 человека; состоит 6 человек. По стадиям заболевания больные распределяются следующим образом: I стадия — 1, II стадия — 4, III — 1 человек; по возрасту: 1 человек — 11 лет, 1 — до 30 лет, 1 — до 50 лет и 3 — старше 50 лет. Двое больных — пенсионеры, инвалиды II группы.

Больные с I стадией заболевания специфическому лечению не подвергались; за ними ведется лишь диспансерное наблюдение. Осмотр гематологом и анализ крови производится один раз в три месяца.

Больные во II стадии заболевания при соответствующих показателях подвергаются специфическому лечению в стационарных или поликлинических условиях. Лечение комплексное: миелосан, витамины, переливание крови, антибиотики. Начинаем курс миелосана с малых доз (2 мг). Лечение проводится под контролем анализов крови один раз в неделю.

При хорошей переносимости препарата придерживаемся следующей схемы назначения миелосана: при лейкоцитозе 20—40 тыс. — 2 мг на сутки; при лейкоцитозе 40—60 тыс. — 4 мг на сутки; при лейкоцитозе 60—80 тыс. — 6 мг на сутки; при лейкоцитозе 80 тыс. и выше — 8 мг на сутки.

При правильной дозировке миелосана лейкоциты в крови снижаются постепенно, а показатели красной крови увеличиваются; при этом улучшается и лейкоцитарная формула (уменьшается количество молодых форм и увеличивается количество зрелых). При миелозе снижаем количество лейкоцитов до 15—10 тыс. Амбулаторно миелосанотерапию проводили у трех больных — 1 раз, у одного больного — 2 раза и у одного — 5 раз.

Благодаря диспансерному методу наблюдения за этой группой больных, мы имеем возможность своевременно трудоустроить их или начать общеукрепляющее или специфическое лечение и таким образом продлить период их активной жизни. Примеры:

1. У больной С., 11 лет, проведен курс миелосанотерапии амбулаторно, без отрыва от учебы в школе. После лечения больная находится в ремиссии в течение года и продолжает учебу.

2. Больной З., 56 лет, дважды проведен курс миелосанотерапии амбулаторно; больная в течение двух лет находится в ремиссии.

3. Больная С., 29 лет, получила пять курсов миелосанотерапии амбулаторно; более трех лет находилась в ремиссии.

**Хронические лимфоденозы.** Состояло на учете 12 человек, умерло 3; состоит 9 человек.

По стадиям больные распределяются следующим образом: I стадия — 3, II стадия — 4, III — 2 человека. По возрасту эта группа больных преимущественно 60 лет и старше. Наблюдение ведется один раз в 3 месяца. К специфическому лечению прибегаем только в случае полного развития заболевания. Специфическому лечению (рентгенотерапия, дегранол) было подвергнуто 3 человека. В основном этой группе больных проводится общеукрепляющая и симптоматическая терапия.

**Полицитемия.** На учете состоит 10 человек, из них 2 больных имеют тенденцию к переходу в миелоз. В этой группе больных только 2 человека трудоспособны; остальные пенсионеры или имеют инвалидность II группы. Двое больных пролечены радиоактивным фосфором в Ленинградском институте переливания крови. У больной Е., 47 лет, ремиссия 2,5 года, у больной 67 лет ремиссия только 8 месяцев.

Больные с полицитемией посещают гематологический кабинет один раз в 3 месяца. При появлении жалоб на головную боль, головокружение и при повышении гемоглобина свыше 120—130 ед. и количества эритроцитов свыше 7 млн. больные госпитализируются в стационар для проведения курса лечения эксфузиями по 500,0 каждые 5 дней, до 2,500 мл, с последующим введением физиологического раствора в количестве 500 мл; даем также антикоагулянты. При переходе эритремической стадии болезни в хронический миелоз проводили лечение миелосаном.

Благодаря диспансерному методу наблюдения у этой группы больных мы не имели таких грозных осложнений, как инфаркт миокарда и мозговые инсульты, которые довольно часто встречаются при полицитемии.

**Лимфогрануломатоз.** На учете состояло 11 человек. Из них умерло 3; состоит 8 человек. По возрасту больные распределяются следующим образом: от 20 до 30 лет — 3 человека, от 40 до 50 лет — 1, старше 60 лет — 4. Инвалидов III группы 2 человека, инвалидов II группы — 1, инвалид I группы — 1 и 4 человека пенсионеры.

При ограниченных, локализованных формах начинали с хирургического лечения — полное удаление увеличенных лимфоузлов с последующей рентгенотерапией. Например, у больной Д., 26 лет, после такого лечения ремиссия продолжается 2 года 10 месяцев.

При хорошей переносимости иногда проводим рентгенотерапию амбулаторно. При генерализованных формах проводим химиотерапию в условиях стационара.

Диспансерный метод этой группы больных важен тем, что при своевременно начатом лечении в случае рецидива легче добиться успеха.

Анемии. На учете состоит 49 человек, из них 27 человек страдают железодефицитной анемией (гастрогенная — 17, хлороз — 10); В<sub>12</sub>-дефицитной — 5, агастрической — 5, гипопластической — 5, гемолитической — 7 человек.

Больные с железодефицитными анемиями, как правило, лечатся в поликлинических условиях; только при непереносимости препаратов железа они госпитализируются в стационар для лечения переливаниями крови или препаратом растворимого железа — феррамид-2. Феррамидом-2 пролечено 17 человек; препарат вводился внутривенно вместе с 20,0—40% глюкозы через день по 24 инъекции на курс. При гастрогенных железодефицитных и агастрических анемиях препарат дает хорошие результаты: прирост гемоглобина наблюдается на 1,5 единицы в сутки. В случаях анемии при лейкозах и злокачественных новообразованиях препарат малоэффективен.

Лучше всего больные переносят гемостимулин. Нужно учесть, что прием железа должен осуществляться на высоте сокоотделения, то есть в конце или после еды. Страдающим ахилетическим гастритом обязателен прием соляной кислоты. Одновременно назначаем аскорбиновую кислоту, так как она улучшает всасывание железа в желудке.

Всем больным назначаем профилактические противорецидивные курсы железотерапии, которые состоят из приема железа, аскорбиновой кислоты и соляной кислоты 5—7—10 дней ежемесячно или через месяц; при благоприятном течении анемии такие курсы назначаются только в зимние и весенние месяцы.

В<sub>12</sub>-дефицитные и агастрические анемии протекают тяжелее, поэтому лечение их проводим в стационарных условиях. После выписки из стационара таким больным также назначаются противорецидивные профилактические курсы витамина В<sub>12</sub> по 200 два раза в месяц. При агастрических анемиях патогенез более сложный, и курсы лечения также складываются из профилактического приема железа и В<sub>12</sub>.

Благодаря диспансерному методу наблюдения и назначению противорецидивного лечения, как правило, мы не имели случаев рецидива.

Все больные с гипопластическими анемиями лечатся в стационаре переливаниями крови и стероидными гормонами; обычная противоанемическая терапия в этих случаях малоэффективна. В тяжелых случаях больные направляются в Ленинградский институт переливания крови для лечения медулотрансфузиями.

Геморрагические диатезы. На учете состоит 20 человек, из них: болезнь Верльгофа—3, гемофилия—3, болезнь Ослера—1, болезнь Шенлейн-Геноха—13 человек.

Больные гемофилией и болезнью Верльгофа наблюдаются обычно один раз в 3 месяца. При рецидивах они госпитализируются в стационар. Больным гемофилией проводили профилактическое переливание свежеконсервированной крови, ежемесячно по 500,0, однако рецидивы от этого не урежаются.

Больным с болезнью Шенлейн-Геноха, учитывая инфекционно-аллергическую природу заболевания, проводим:

- 1) санацию очагов инфекции ежегодно;

- 2) после простудных заболеваний на две недели назначаем десенсибилизирующую терапию (аспирин, димедрол, аскорбиновую кислоту и рутин, хлористый кальций).

В заключение следует сказать, что за больными с болезнями крови необходимо вести диспансерное наблюдение. У больных с лейкозами и опухолевыми ретикулезами, несмотря на неблагоприятный прогноз, при своевременно начатом лечении это позволит продлить состояние ремиссии, а у больных с полицитемиями избежать таких грозных осложнений, как инфаркт миокарда и мозговой инсульт. Профилактические противорецидивные курсы при анемиях дадут возможность избегать рецидивов при гастрогенной железodefицитной анемии, агастрической и В<sub>12</sub>-дефицитной анемии и сохранить трудоспособность больных.

---

## ПРОФИЛАКТИКА ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ МЕДСАНЧАСТИ ТРЕСТА «ЧЕРЕПОВЕЦМЕТАЛЛУРГСТРОЙ»

М. А. КАРПОВА,

(медико-санитарная часть треста «Череповецметаллургстрой»)

Виброуплотнение бетона является основным технологическим процессом производства железобетонных конструкций. При этих работах рабочие подвергаются большому или меньшему воздействию вибрации.

При виброуплотнении бетона встречается два вида работы: 1) с ручными вибраторами и 2) на вибростолах и виброплощадках.

Рабочие, занятые на первой группе работ, держат вибратор в руках (глубинные вибраторы) или поддерживают его на поверхности бетонной массы (площадочные вибраторы). Таким образом, рабочие подвергаются в основном «местному» воздействию вибрации через верхние конечности, так же, как и при работе с пневматическими инструментами и шлифовальными машинами. Однако при этом рабочие встают на форму, в которой находится бетонная масса, или поддерживают вибратор ногой, подвергаясь воздействию вибрации не только через верхние, но и через нижние конечности. В последнем случае имеет место уже общее воздействие вибрации на организм.

Работающие на виброплощадках в основном подвержены общему воздействию вибрации, передающейся с вибрирующей площадки на рабочее место, а с последнего — на организм.

При разравнивании бетонной массы вибрация через лопату передается и на руки рабочего. Величина воздействующей вибрации при неправильной установке площадки может достигать величин, значительно превышающих допустимые санитарные нормы.



Особенно сильному воздействию вибрации рабочие подвергаются в тех случаях, когда из-за большой ширины формы им приходится для разравнивания вибрирующей бетонной массы влезать на край формы.

Фактически как у работающих с ручными вибраторами, так и у обслуживающих виброплощадки имеется комбинированное воздействие общей и местной вибрации на организм с той лишь разницей, что у первых преобладает местное воздействие, а у вторых — общее.

Обычная частота вибрации, воздействующей на бетонщиков, равняется 40—50 гц, но она может достигать и до 100 гц.; амплитуда же колебаний весьма различна и в особо неблагоприятных условиях может достигать 1,3 мм. Кроме того, бетонщики подвергаются другим воздействиям (резкий шум от работающего виброоборудования, неблагоприятные метеорологические условия и др.).

Различие в типаже и форме выпускаемой продукции значительно затрудняет проведение мероприятий по автоматизации производственных процессов. Разнообразии форм на виброплатформах также способствует дополнительному контакту работающих с вибрацией. Особенно воздействие вибрации сказывается при изготовлении бетонных колец. Общая вибрация в момент укладки бетона в форму передается на пульт управления бетоноукладчика.

Одной из причин, усугубляющих воздействие вибрации, является охлаждение работающих на полигонах в зимнее время, а также сила отдачи виброинструмента.

Параметры вибрации на некоторых инструментах превышают предельно допустимые санитарными нормами и правилами величины.

Вибрационная болезнь характеризуется местными и общими проявлениями. У бетонщиков вибрационная болезнь протскает своеобразно и отличается значительно большей выраженностью общих расстройств со стороны центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. Местные проявления вибрационной болезни в форме вегетативного полиартрита или периферического ангиодистонического синдрома встречаются чаще у работающих с ручными вибраторами.

Больные предъявляют жалобы на боли и онемение в руках, а иногда и в ногах, беспокоящие больше по ночам, на зябкость в конечностях. Отмечаются приступообразные побеления пальцев, по встречаются они значительно реже и не столь резко выражены. Объективно у больных наблюдается ряд сосудистых нарушений (у работающих с ручными вибраторами— в основном на верхних и нижних конечностях): цианоз кистей, стоп, понижение температуры кожи на них, положительный симптом «белого пятна». Нередко наблюдается асимметрия и даже отсутствие пульса на тыльных артериях стоп. Однако динамическое наблюдение за больными показывает нестойкость этих явлений.

Из других проявлений вибрационной болезни часто встречается понижение чувствительности на кистях и стопах, нарастающее в дистальном направлении.

Нарушения трофики кожи, подкожной клетчатки, ногтей, костно-суставного аппарата, а также атрофии мышц в этой профессии встречаются редко и почти исключительно у работающих с ручными вибраторами.

Общие нарушения со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы преобладают у работающих на виброплощадках.

По тресту «Череповецметаллургстрой» регистрируются единичные случаи вибрационной болезни, а в сравнении с 1963 годом они сокращены в два раза, причем почти все случаи зарегистрированы у рабочих бетонного завода и только в начальной стадии.

С целью снижения заболеваемости вибрационной патологией разработан план оздоровительных мероприятий, в котором предусмотрены санитарно-технические и лечебно-профилактические мероприятия. Все бетоноукладчики переведены на дистанционное управление, в цехе неформатных бетонных изделий оборудуются вибростулья. Для уменьшения времени контакта с вибрацией созданы комплексные бригады с взаимозаменяемыми профессиями, что дало возможность чередовать работу на виброинструментах с другими видами работ (установка арматуры, опалубка).

Бетонщики обеспечены виброгасящей обувью, что исключает передачу вибрации на нижние конечности.

Ремонт ручных вибраторов проводится централизованно с обязательным обеспечением рукояток вибраторов резиновыми виброгасящими муфтами. Усилен контроль и повторный инструктаж со стороны мастеров и отдела техники безопасности за соблюдением правил безопасности при работе на виброагрегате или с виброинструментом.

Все бетонщики получают систематически круглогодично витамины В<sub>1</sub> в драже внутрь из расчета 6 мгр на человека в сутки и инъекционно — два раза в год (весной и осенью). Силами фельдшеров здравпункта бетонщики обучены приемам самомассажа. Оборудованы ручные ванны в душевых цехах № 5 и № 2 для принятия гидропроцедур. Оборудован и функционирует гидропроцедурный кабинет при здравпункте, куда направляются все заболевшие вибрационной болезнью и все с подозрением на заболевание.

Все рабочие с подозрением на вибрационную патологию для лечения направляются в ночной профилакторий, где им проводится комплексное лечение под врачебным контролем. В ночной профилакторий по проф. патологии было направлено (в %): в 1963 году — 25, в 1964 году — 73, в 1965 году — 68, в 1966 году — 78.

При направлении в профилакторий используется выдача профессионального больничного листа, что на период лечения исключает контакты с вибрацией.

После проведения комплекса мероприятий в необходимых случаях рабочие направляются на контроль и обследование в институт проф. заболеваний. Кроме всего этого, для заболевших вибрационной болезнью 3 месяца в году выделены для проведения комплексного противорецидивного лечения. Значительная часть заболевших пользуется санаторно-курортным лечением. Так, санаторно-курортное лечение получили (в %): в 1963 году — 23, в 1964 году — 60, в 1965 году — 23,8 и в 1966 году — 64,4. Лечение в санаториях проводилось за счет средств предприятия.

Для индивидуальной защиты работающих от пагубного действия шума рекомендовано применять ультратонкое волокно.

Важную роль в снижении профессиональной патологии имеют предварительные и периодические медицинские осмотры, которые проводились в строгом соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 7 сентября 1957 года.

Предупреждение заболеваний и своевременное комплексное лечение дали положительный результат.

---

---

---

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ШУМА НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ЛЕСОЗАГОТОВИТЕЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

*Врач А. И. ЛОПОТКО,  
инженер Ф. П. ПЕТУХОВ*

Среди вредных производственных факторов шум занимает не последнее место.

Основным источником шума при валке леса является прежде всего шум, создаваемый работой бензопилы.

В лесной промышленности в настоящее время широко применяется 5—6 видов бензопил. Хотя общий уровень создаваемого ими шума не выше, чем у лучших зарубежных бензопил, но даже у лучшей и наиболее распространенной из них «Дружба-60» имеется превышение допустимого уровня шума до 15 дб.

Все это заставляет изыскивать как пути улучшения конструкций механизмов, так и новые коллективные и индивидуальные средства защиты от шума.

Основным источником шума у работающей пилы является выхлоп газов, в силу чего при модернизации ее надо предусмотреть реконструкцию выхлопного коллектора.

По нашему мнению, судить о вредном влиянии шума нельзя только на основании измерений общего уровня этого шума и его частотного состава. Важно также и измерение порогов слуха при условиях, в которых находится работающий.

В настоящее время в лесной промышленности нет достаточно хороших коллективных и индивидуальных средств по защите от шума. Разработанная ЦНИИМЭ защитная каска для вальщиков и их помощников выполняет функции механического протектора, но не за-

щищает работающих от шума. Более того, как показало обследование ряда леспромхозов, рабочие жаловались, что при работе с бензопилой в каске шум воспринимается сильнее. Причиной этому, по нашему мнению, является наличие широких полей каски, неудачная выкройка пелерины, неудачный в акустическом отношении материал, из которого она изготовлена. В результате каска при существующей конструкции является прекрасным рупором для шума.

Ввиду этого, как показали обследования условий труда на пяти предприятиях комбината «Вологодолес», несмотря на высокий процент механической травмы у вальщиков и их помощников, защитные каски последними не применялись.

Указанные соображения подтверждены нами экспериментально на 22 практически здоровых людях (44 исследования). Для этого измерялись тональные пороги по воздушной и костной проводимости в каске и без нее на фоне шума бензопилы «Дружба-60», записанного и воспроизводимого с ферромагнитной пленки магнитофона при интенсивности 80—90 дб. Положение излучателя (динамика) повторяло рабочее положение бензопилы (т. е. книзу от головы исследуемого). Кроме того, снимались исходные тональные пороги в тишине. Для исследования тональных порогов использовался аудиометр АЭ-01.

На основании проведенных исследований выявлено, что потеря слуха по воздушной проводимости при работе в каске больше, чем без нее, в среднем на 10 дб. Костные пороги при этом не изменялись.

В силу изложенного нами совместно с инженером Ф. П. Петуховым существующая каска ЦНИИМЭ была модернизирована: убраны поля, изменена выкройка пелерины, изменен материал (поставлена хлопчатобумажная ткань, пропитанная водоотталкивающей жидкостью). Пелерина крепилась к тулейке на пуговицы или кнопки; в сухую теплую погоду ее можно было снимать. Вязки, подшитые к пелерине, давали возможность ей плотно закрывать ушные раковины. При работе в модернизированной каске со снятой пелериной потери слуха не наблюдалось.

Изменение выкройки пелерины и замена материала на более эластичный, постановка звукоизоляции-

ных прокладок (паралон) дают возможность уменьшить восприятие шума в среднем на 15—20 дб.

Недостатком существующей каски является отсутствие в ней теплого подшлемника. Для работы зимой в северных районах подшлемник следует сделать шерстяной, чулочного типа; он будет хорошим протектором от шума. Целесообразно применение каски-шлема с теплым подшлемником. Такая каска была бы лишена всех недостатков старой каски и обладала бы в то же время положительными чертами новой.

---

---

---

## ОБЩЕСТВО КРАСНОГО КРЕСТА — НАДЕЖНЫЙ ПОМОЩНИК ОРГАНОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*И. В. ШИЧЕВА,  
председатель обкома общества Красного Креста*

Общество Красного Креста дореволюционной России представляло собой малочисленную организацию. На 1 октября 1917 года по Вологодской губернии членов этого общества было всего лишь 124 человека. Главной задачей их было оказание помощи раненым.

Выполняя указания Советского правительства, Российское Общество Красного Креста в 1921—1923 гг. развернуло большую работу по оказанию помощи голодающим. В районы Поволжья и Северного Кавказа общество Красного Креста посылало врачебно-питательные пункты и противоэпидемические отряды. В Вологодской губернии в эти годы проводятся недели Красного Креста в помощь голодающим.

В стране не хватало медицинских кадров, царившие разруха и голод способствовали росту инфекционных заболеваний. Нужны были срочные меры. С 1924 года общество Красного Креста начало создавать санитарные дружины, кружки первой помощи. В Вологде в это время открываются трехмесячные курсы подготовки санитарно-жилищных инспекторов. В целях создания кадров вспомогательного персонала для лечебных учреждений организовывались школы по подготовке сиделок и санитаров. В апреле 1929 года общество Красного Креста в Вологодской губернии организовало медицинские пункты для оказания первой помощи населению на местах, угрожаемых наводнением, с привлечением к этой работе дружин РОКК и лиц, окончивших кружки первой помощи.



Начиная с 1924 года, Российский Красный Крест ведет работу по охране здоровья пионеров и школьников. В 1927 году в Вологде был открыт первичный пункт юных пионеров, для оздоровления которых была проведена большая организационная работа. С 1934 года начата подготовка учащихся по комплексу БГСО («Будь готов к санитарной обороне!»). С каждым годом все больше и больше учащихся завоевывают право носить значок БГСО. Если в 1940 году по области было подготовлено 6045 значкистов, а в 1950 году 8464, то в 1966 году — уже 24 702; за последние пять лет в городах и районах области подготовлено 108 266 значкистов БГСО.

Одной из самых важных задач общества Красного Креста была подготовка медсестер запаса. Однако дореволюционное общество Красного Креста очень медленно развертывало подготовку сестер милосердия. Об этом красноречиво говорится в письме от 26 октября 1891 года Вологодскому губернатору, который был председателем местного управления общества Красного Креста: «Военно-медицинское управление озабочено подготовкой сестер милосердия. Для удовлетворения нужд военного времени понадобится 5000 сестер, требуется в мирное время подготовить до 6000 сестер милосердия. Между тем, по данным отчетов 1889 года, в 14 центральных губерниях с населением 25 миллионов человек находится только 16 сестер, готовится лишь 7, в запасе находится 51. В Вологодской губернии вовсе нет сестер милосердия — ни в наличии, ни на службе, ни подготавливающихся, ни в запасе».

В Вологодской губернии в 1895 году была образована «Община сестер милосердия Красного Креста», в которую вошли 8 медсестер. После двухлетней подготовки им дали право ношения нагрудного знака Красного Креста, и они получили свидетельство медсестер.

В годы Советской власти положение коренным образом изменилось. Только за 1939—1941 гг. по нашей области было подготовлено 544 медсестры Красного Креста с полутора- и двухгодичным сроком обучения. За годы Великой Отечественной войны обучено более 2000 медицинских сестер.

В период Великой Отечественной войны проводится большая работа по подготовке сандружинниц и развитию массового донорского движения, по оказанию помощи населению при налетах вражеской авиации и лицам, пострадавшим от военных действий. Более 2900 активистов Красного Креста области проводили большую работу по уходу за ранеными воинами. Они шефствовали над госпиталями, дежурили у постели тяжелобольных, читали им журналы и газеты, писали письма родным, устраивали концерты. В дни войны широкой волной развернулось донорское движение.

Из года в год растет и крепнет санитарный актив общества Красного Креста. К 1967 году по области насчитывается свыше 44 тыс. сандружинниц, санпостовцев и общественных санинспекторов. Это хорошо подготовленный по специальным программам санитарный актив, на который могут смело опираться медицинские работники в проведении санитарно-оздоровительной работы среди населения.

За последние три года 109 147 санитарных активистов участвовали в оказании первой медицинской помощи, в проведении профилактических прививок и выявлении заболевших.

Несколько лет назад городские комитеты Красного Креста в Вологде, Великом Устюге, Соколе и Череповце провели работу по созданию бюро медицинских сестер на общественных началах по уходу за больными на дому. В 1966 году в бюро медицинских сестер на общественных началах работало 189 медицинских сестер, которые обслужили 1296 больных.

В последние годы в помощь медицинским работникам создается профильный актив для борьбы с рахитом у детей, кишечными инфекциями и туберкулезом. За 1966 год подготовлено свыше 2000 человек такого актива.

Общественные начала прочно вошли в быт организаций Советского Красного Креста. Активисты общества постоянно отдают свое свободное время, силы и знания делу борьбы за здоровье и долголетие советского человека.

---

---

## СЪЕЗДЫ ЗЕМСКИХ ВРАЧЕЙ ВОЛОГОДСКОЙ ГУБЕРНИИ

(Страницы прошлого)

*Н. Л. ТУРУПАНОВ*

Первый съезд вологодских медиков проходил в мае 1887 года. Идею о созыве съезда высказал П. М. Леонтьевский, врач Вельского уезда. Он возбудил ходатайство через Вельское уездное земство перед губернским собранием.

В Положении о земской медицине врачебные съезды не были предусмотрены. Однако вологодские медики активно взялись за организацию своего первого съезда.

25 мая в зале «дворянского собрания» (ныне областная филармония) проходило первое заседание съезда. Всего участвовало 14 делегатов. Это были: М. П. Николаевский — из Грязовецкого уезда, В. Ф. Фишер — из Кадниковского, И. А. Бурцев — из Тотемского, А. А. Светлосанов — из Велико-Устюгского, П. М. Леонтьевский — из Вельского, М. А. Петров — из Никольского, А. А. Вахрамеев — из Сольвычегодского, а также врачи губернской больницы Ф. Ф. Ульрих, В. А. Копосов и А. Н. Снятков и вологодские врачи И. П. Швецов, Н. А. Панов, П. А. Мальчевский и П. Л. Даманин. В работе съезда принимал участие московский врач А. Н. Алексин.

Значение съездов земских врачей было велико. Они были своего рода практическим институтом усовершенствования. На таких съездах врачи выступали как общественные деятели. Обсуждавшиеся на съездах вопросы имели большое практическое значение. На съездах проходил широкий обмен мнениями, делегаты делились своим опытом, предлагали новое в лечении больных. Заслуга съездов состоит и в том,

что многие врачи смело обнажали несостоятельность организации медицины в уездах, резко критиковали безразличное отношение местных властей к условиям труда и жизни медицинских работников.

А условия работы врачей и фельдшеров были ужасными. Вот что говорил врач А. Л. Менциковский из Сольвычегодского уезда на VI съезде земских врачей в августе 1904 года: «Амбулатория городской больницы помещается в одном месте с аптекой. Здание разделяется узким, довольно темным коридором. С одной стороны: амбулатория, дежурный фельдшер, перевязочная, она же и кабинет и приемная врача. Далее идет операционная комната. В коридоре ожидают больные и уже принятые. Темень, давка, духота невообразимая».

О фельдшерском пункте врач говорил на съезде так: «Это Авгиевы конюшни. В низкой темной комнате обыкновенной крестьянской избы с русской печкой стоит шкаф с медикаментами и мазями. Толпа мужиков, баб и детворы. Жена фельдшера готовит обед для своей семьи. Ребятишки фельдшера полунагие, полуголодные, за ситцевой занавеской. Гул голов, крик ребятишек, отвратительный запах, пыль, темень, дым».

Это было типичное для тех времен «медицинское учреждение».

Неоднократно на съезде высказывались смелые мысли об улучшении условий труда для тех, кто занимается человеколюбивым делом, но власти плохо прислушивались к таким выступлениям.

К 1903 году в губернии было 9 земских больниц в уездных городах и 31 сельская лечебница, в которых насчитывалось всего 466 коек. Амбулаторная помощь оказывалась только в 7 уездах. В среднем на один врачебный участок приходилось свыше 30 тыс. человек. Радиус обслуживания достигал 100 и более километров.

Из всех лечившихся в больницах и лечебницах умирало ежегодно 4—5%.

Одним из основных вопросов, который разбирался почти на каждом съезде, был вопрос об оспопрививании. Своевременные прививки значительно предохраняли население губернии от распространения этой за-

разной болезни, но качество прививок оставляло желать лучшего. Так, в 1886 году в Грязовецком уезде из 190 привитых детей умерло 29.

Не лучше обстояло дело и в других уездах. Оспопрививанием занимались в основном несведущие люди. Так, в 1891 году весь персонал оспопрививателей в губернии состоял из трех фельдшеров, специально обученных трех ротных фельдшеров, 139 оспенников-крестьян и двух повивальных бабок. Второй земский съезд указал на это и предложил дело оспопрививания поставить на медицинскую основу.

Трудности были и с получением противооспенного детрита. Правда, Н. А. Бантле (врач Кадниковского уезда) организовала при больнице телятник, где стали готовить детрит для всей губернии, но этого было недостаточно. В 1890 году такой телятник организовали в Вологодском уезде. Это было уже реальное выполнение одного из предложений, выдвинутых первым съездом земских врачей.

Значительное место в работе всех съездов земских врачей занимал вопрос о венерических заболеваниях. Дело в том, что один из каждых 130 больных в то время болел сифилисом. Это очень волновало врачей, но власти не принимали должных мер к ликвидации этой социальной болезни.

Грозным бичом населения были эпидемии различных заболеваний. Но, несмотря на старания врачей, ликвидация эпидемий была делом неосуществимым. Беда состояла в том, что при существовавшей тогда организации медицины не было обеспечено своевременное извещение об эпидемических заболеваниях, которые в основном обнаруживали фельдшера и врачи в амбулатории; нередко о таких заболеваниях извещала полиция.

Такая постановка «информаций» приводила к быстрому распространению эпидемии, и соответственно возникали трудности в ее ликвидации. Изоляция больных проводилась только при сыпном тифе, холере, оспе, скарлатине. В связи с острым недостатком медицинских работников зараженные селения посещались медиками один раз в неделю. Лекарства выдавались на руки больным. Дезинфекция, как прави-

ло, не проводилась. Надзор за зараженными селениями осуществляла полиция.

Съезды земских врачей выдвигали конкретные предложения по улучшению эпидемической службы, но эти предложения редко когда осуществлялись. Губернское земство, констатируя неорганизованность в борьбе с эпидемиями, участия в этой борьбе, как правило, не принимало. В 1910 году губернское земское собрание даже отклонило предложения о выделении средств на постройку «заразных барачков», сократило ассигнования для эпидемического отряда, который должен был состоять из двух врачей и двух фельдшеров; средства выделили только на одного врача и одного фельдшера. О такой «помощи» писал З. П. Соловьев в журнале «Общественный врач» в 1911 году.

Каждый съезд земских врачей с сожалением отмечал недостаток медицинских кадров. В 1887 году на службе земства состояло 26 врачей, причем все они жили в городах. Фельдшеров в губернии было 134. К 1912 году врачей было уже 67. В увеличении числа врачей значительную роль сыграло созданное в 1902 году врачебно-санитарное бюро во главе с З. Г. Френкелем, который в годы Советской власти стал профессором, крупным ученым-гигиенистом. Это врачебно-санитарное бюро было создано усилиями съездов земских врачей. Впоследствии на каждом съезде бюро отчитывалось о проделанной работе.

Тревожное положение было с родовспоможением в уездах. Врач А. Л. Менциковский докладывал III съезду врачей: «Родовспоможение в деревне — самое больное место земской организации. Оно находится в несведущих руках или, в лучшем случае, в руках повивальных бабок, т. е. лиц, не имеющих никакой подготовки». Все это очень осложняло работу. Съезд поставил вопрос об открытии в каждой уездной земской больнице родового пункта.

Съезды земских врачей добивались не только улучшения условий работы и быта медицинских работников, но и условий содержания больных.

Благодаря решениям съездов, в отдельных уездах плата за лечение с лиц, проживающих в данном уезде, не стала взиматься. А в Вологде свыше 40 лет работала бесплатная лечебница для всех проходящих

больных. Инициаторами и организаторами этой лечебницы были врачи А. М. Коробов, В. П. Старков, Ф. Ф. Ульрих, Я. Е. Соколов. С 1880 года здесь работала М. П. Литова-Дроздова — первая женщина-врач.

Съезды земских врачей добивались общедоступности медицинской помощи, улучшения ее качества, бесплатности. Все это осуществилось только после Великой Октябрьской революции. В условиях самодержавия практические результаты деятельности лучших врачей не были и не могли быть значительными. Вологодская губерния, как и вся Россия, занимала одно из первых мест по развитию эпидемий, по детской смертности и заболеваемости и в то же время стояла на одном из последних мест по числу врачей.

Съезды земских врачей сыграли свою положительную роль в развитии медицины нашего края. Материалы этих съездов дают нам яркое представление о трудностях не только в работе, но и о тяжелых условиях жизни всего населения. Поэтому нельзя забывать о тружениках дореволюционной медицины, несмотря на прогресс и большие достижения советских медиков, ибо, как писал В. И. Ленин, «мы можем строить коммунизм только из той суммы знаний, организаций и учреждений, которые нам остались от старого общества».

---

## СОДЕРЖАНИЕ

В. П. РУБАН. Здравоохранение Вологодской области за 50 лет . . . . .	3
А. И. СЕМЕНОВА. Развитие терапевтической службы . . . . .	10
Р. М. ЗАЙДМАН. Охрана здоровья детей . . . . .	19
А. Л. ГОРЯЧЕВА. Забота о здоровье женщин . . . . .	27
А. Н. КРОПИН Пути и итоги борьбы с туберкулезом . . . . .	32
Е. В. АЛЕКСАНДРОВИЧ, Г. К. ДМИТРИЕВА. Офтальмологическая помощь в Вологодской области . . . . .	35
Е. Е. БАРТКЕВИЧ, Н. А. КУЛАНОВА. Развитие санитарно-эпидемиологической службы . . . . .	38
Г. В. БОГОЯВЛЕНСКИЙ, Л. Г. ГОСТЕВА, В. К. КУЗНЕЦОВА. О путях и мерах борьбы с инфекционной заболеваемостью в Вологодской области . . . . .	43
Е. В. АЛЕКСАНДРОВИЧ. О путях ликвидации трахомы в Вологодской области . . . . .	48
В. П. РУБАН. Рост специализированной экстренной помощи сельскому населению . . . . .	53
Н. Л. ТУРУПАНОВ. «Скорая помощь» в Вологде . . . . .	56
В. В. КУЗЬМЕНКО, Е. Е. БАРТКЕВИЧ, Н. Н. ЛИМИНА. Противодифтерийный иммунитет у детей гор. Сокола . . . . .	60
В. И. РУМОВСКИЙ. Опыт работы по борьбе с дифтерией в сельском районе . . . . .	64
Г. Ф. КРЫЛОВ. Организация медицинского обслуживания в сельской участковой больнице . . . . .	72
И. В. КОЛЬЦОВ. Работа по снижению заболеваемости и травматизма . . . . .	79
Е. Д. ВЕСЕЛОВА и К. А. МАКСИМОВ. Диспансеризация терапевтической группы больных рабочих треста «Череповецметаллургстрой» . . . . .	83
Л. М. НЮХИНА. Гематологическая служба в гор. Череповце . . . . .	88
М. А. КАРПОВА. Профилактика вибрационной болезни при медсанчасти треста «Череповецметаллургстрой» . . . . .	94
А. И. ЛОПОТКО, Ф. П. ПЕТУХОВ. Некоторые вопросы профилактики производственного шума на предприятиях лесозаготовительной промышленности . . . . .	99
И. В. ШИЧЕВА. Общество Красного Креста — надежный помощник органов здравоохранения . . . . .	102
Н. Л. ТУРУПАНОВ. Съезды земских врачей Вологодской губернии (Страницы прошлого) . . . . .	105



ГЕ00433.

---

Подписано к печати 23.10.1967 г.

Формат  $84 \times 108 \frac{1}{32}$ .

Бум. л. 1,75. Печ. л. 5,74.

Уч.-изд. л. 5,2.

Тираж 1000. Цена 26 коп.

Заказ 5041.

Областная типография,  
Вологда, ул. Калинина, 3.

---





26 коп.