

СЕВЕРНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СБОРНИК

Т. I-й, вып. I-й.

„ОСНОВА“

*Здоровье трудящихся
есть дело самих трудящихся.*

СЕВЕРНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ СБОРНИК

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

А. П. Береснева

И

Д. А. Герасимова

Т. I-й, ВЫП. I-й.

«О С Н О В А»

Иваново-Вознесенск

1927

«ОСНОВА» № 164.
Напечатано в типо-литогр. «Красный
Октябрь» Акционерн. Об-ва «Основа»
в Иваново-Вознесенске в количестве
800 экземпляров. Печатн. лист. 9¹/₄.
Гублит № 723. Заказ № 4833.

К казуистике болезни Banti *).

А. К. Кистер.

(Вологда).

Сущность болезни Banti, названной по имени автора, который впервые описал ее в 1894 году, заключается в постепенно нарастающей анемии при прогрессивно увеличивающейся селезенке и вторичном появлении атрофического цирроза печени типа *Laennec'a*.

Этиология этого заболевания до сих пор не выяснена. Сам Banti считал причиной болезни какой-то специфический бактериальный яд, первично поражающий селезенку (Болярский). Высказывались предположения о влиянии хронических инфекций, как сифилис, малярия и т. п. Однако позднейшие исследования и наблюдения показали, что эти инфекции в этиологии болезни Banti роли не играют. Мокровский в своей работе, напечатанной в 1921 году, говорит: «В развитии ее ни сифилис, ни малярия, ни алкоголизм, ни вообще какая-либо известная острая или хроническая интоксикация не принимают никакого участия». У более поздних авторов мы также видим отрицание влияния инфекций и интоксикаций. В настоящее время приходится считать болезнь Banti заболеванием *suī generis* без точного выяснения его этиологии.

С точки зрения патологической анатомии заболевание выражается в увеличении селезенки, зависящем не столько от гиперплазии самой пульпы, сколько от развития соединительной ткани; селезеночные вены оказываются окруженными толстыми соединительно-тканными муфтами, подчас вызывающими сужения их просветов; тоненькие в норме трабекулы превращаются в толстые соединительно-тканые перегородки, фолликулы сильно уменьшаются,—словом, получается картина неумеренного развития соединительной ткани—фиброадения. С мельчайших селезеночных вен процесс распространяется на более крупные: с *vena lienalis* переходит на *v. portae*, а затем и на ее разветвление в печени и дает начало развитию атрофического цирроза. Этот цирроз отличается от типичного *Laennec'*овского цирроза по Umber'у только тем, что последний абсолютно неизлечим, цирроз же при болезни Banti излечивается спленектомией. Изменения крови, о которых будет сказано ниже, являются вторичными, зависящими от патологического влияния больной селезенки.

Клинически заболевание выражается в том, что у больных, в большинстве случаев людей среднего или даже молодого возраста, развиваются явления нарастающей анемии, не поддающейся обычным методам лечения. При тщательном исследовании уже в самом начале можно определить увеличение селезенки, которая впоследствии достигает таких размеров, что, благодаря одной только своей величине, вызывает целый ряд болезненных симптомов: сдавление брюшных органов с нарушением кровообращения в них, поднятие диафрагмы с стеснением органов грудной полости и нарушением их функций и т. д. Все течение болезни разделяется на 3 периода. В первом периоде, продолжающемся (по Болярскому) от 3 до

*) Доложено в заседании Вологодского Научного Кружка 2/IV—1927.

13 лет, наблюдается прогрессивное увеличение селезенки, заходящей иногда своим передним краем за среднюю линию, а нижним спускающейся значительно ниже пупка. Вслед за увеличением селезенки появляются и изменения крови, выражающиеся в уменьшении гемоглобина и изменении всех форменных элементов: со стороны эритроцитов появляются пойкилоцитоз, анизоцитоз и олигохромемия; количество их большей частью уменьшается, но иногда остается нормальным; со стороны лейкоцитов всегда более или менее резко выраженная лейкопения. Количество тромбоцитов также уменьшается. Со стороны органов пищеварения в первом периоде болезни обычно изменений не наблюдается. Моча не обнаруживает ничего патологического. Кожа и слизистые довольно рано приобретают анемичную окраску. Иногда наблюдаются кровотечения из слизистых.

Во втором периоде кроме усиления всех патологических явлений появляется небольшое увеличение печени и уменьшение количества мочи. В моче появляется уробилин, иногда желчные пигменты. Этот период продолжается от нескольких месяцев до 1½ лет, а затем наступает 3-й период, период развившегося атрофического цирроза печени, обычно называемый асцитическим. Печень довольно быстро уменьшается, появляется асцит, отеки, анемия усиливается и через несколько месяцев неизбежно наступает смерть.

Диагноз болезни Banti в некоторых случаях представляет большие трудности. Приходится дифференцировать от других спленомегалий (как спленомегалия *Gaucher*), от цирроза *Hanot*, при котором селезенка иногда также достигает больших размеров, и от хронических инфекций. Главными опорными пунктами для диагноза являются: хроническое течение, увеличенная селезенка, характерный состав крови (лейко- и тромбопения) и отсутствие желтухи при увеличенной или уменьшенной печени. Ключарев в докладе на соединенном заседании съездов хирургов и терапевтов в 1926 году говорит, что «необходимо отметить трудность диагностировать болезнь Banti» (указывает на случай *Eppinger'a* и свой); «однако,—продолжает он,—точность диагноза здесь (т. е. при показаниях к спленектомии) необязательна, если налицо имеется прогрессирующая спленомегалическая анемия».

Что касается лечения, то как сам Banti, так и все последующие авторы считают единственным целесообразным лечением спленектомию, ибо при всех других способах лечения прогноз абсолютно неблагоприятен. Старые авторы считают спленектомию показанной в 1 и 2 периодах болезни; более же поздние, как Герцен, находят, что оперировать следует во всех трех стадиях, хотя Герцен и оговаривается, что «не нужно ждать от операции успеха при % гемоглобина ниже 40, при больших изменениях печени и при установившейся кахексии».

Что же дает спленектомия? Возможно ли без особого вреда для организма удалять непарный, единственный орган, функции которого еще не вполне выяснены? Статистика отвечает на этот вопрос положительно: в литературе приведены случаи, прослеженные свыше 10 лет, а у Герцена есть даже указания на наблюдения свыше 20 лет. Теоретически же прежде, чем ответить на поставленные вопросы, необходимо более или менее ясно представить себе, что делает здоровая и больная селезенка, и какой орган может заменить ее после спленектомии.

Функции и назначения нормальной селезенки выяснены еще не вполне, но некоторые ее функции все же установлены и могут считаться доказанными. Дальнейшее описание функций селезенки взято, главным образом, из работы Березова «О функциях селезенки». Прежде всего селезенка является кровяным фильтром: в ней задерживаются как принесенные кровью

инородные тела (напр., при экспериментальных введениях в кровь киновари и других цветных веществ), так и бактерии и продукты распада форменных элементов крови. Принимая участие в кроветворении, а именно: вырабатывая в себе элементы белой крови, главным образом, лимфоциты,— селезенка, с другой стороны, является местом гибели эритроцитов, а также и лейкоцитов. Отмирающие эритроциты задерживаются в селезенке и разрушаются; освобождающееся из них железо откладывается в ней, а затем поступает в кровь для образования гемоглобина. В селезенке доказано присутствие гемолитических веществ, а также и особых клеток-эритрофагов (Линтваров), захватывающих и разрушающих эритроциты. В селезенке же погибают и кровяные пластинки *Bizzozero*. Значение селезенки в кроветворении кроме непосредственного действия на элементы крови заключается еще в том влиянии, которое она имеет на другие кроветворные органы: разрушая эритроциты и отдавая в кровь продукты их распада, она косвенно раздражает этими продуктами костный мозг, стимулируя его эритропоэтическую деятельность. С другой стороны, выделяя свои гормоны, она через симпатическую нервную систему тормозит эту же деятельность костного мозга, являясь, таким образом, регулятором образования эритроцитов.

Образование лейкоцитов как в костном мозгу, так и в ретикуло-эндотелиальном аппарате также регулируется гормонами селезенки, действующими через симпатическую нервную систему. Это доказано экспериментальными исследованиями и наблюдениями над спленектомированными людьми и животными. Выработка костным мозгом тромбоцитов тормозится гормоном селезенки. После удаления селезенки наблюдаются изменения в образовании всех элементов крови. Появляется эритроцитоз, при чем в некоторых эритроцитах наблюдается присутствие телец *Jolly*, особенно после спленектомий по поводу болезни *Banti*. Это указывает на усиленную эритропоэтическую деятельность костного мозга. Лимфоцитоз сначала уменьшается, а затем увеличивается, что объясняется выпадением гормона, тормозящего лимфатический аппарат, и гиперфункцией последнего (Березов).

Иногда после спленектомии появляется эозинофилия и (в очень редких случаях) моноцитоз.

Участие в кроветворении, прямое и косвенное, является наиболее важным из многочисленных функций селезенки. Но кроме этого она имеет целый ряд других функций, из которых следует указать на выделение гормона, регулирующего перистальтику кишечника. Правда, влияние этого гормона рассматривается разными авторами различно: одни (*Zülzer, Jordan, Marison* и др.) считают доказанной способность селезенки усиливать перистальтику, другие (*Malpighi Richet, Березов и Нисневич*) указывают на наблюдающуюся после спленектомии у животных обжорливость и более быстрое прохождение пищи через желудочно-кишечный канал; *Schultze* объясняет эту усиленную перистальтику выпадением гормона, тормозящего перистальтику через автономную нервную систему. Кроме действия на перистальтику селезенка, по некоторым авторам, имеет влияние и на железы пищеварительного тракта в смысле усиления их секреции и активирования их ферментов.

Более важное значение имеет отношение селезенки к другим органам внутренней секреции. По Березову, между нею и другими эндокринными органами существует определенная корреляция. Есть наблюдения, что одновременное удаление селезенки и щитовидной железы обязательно ведет к смерти (*Bardleben*).

Более доказана корреляция между селезенкой и *gl. thymus*. В статье Щербакова и Кибякова есть указание на наблюдения *Klose und Vogt*,

которые констатировали увеличение селезенки у атимированных животных. Сами авторы подтвердили экспериментом другое, теоретически вытекающее явление: при гипертимии селезенка должна быть уменьшена. Отношение селезенки к другим органам внутренней секреции в настоящее время еще недостаточно выяснено.

Среди функций селезенки нельзя не остановиться еще на одной интересной функции: по Болярскому, селезенка является главным местом выработки антител против злокачественных опухолей. При экспериментальной пересадке опухолей спленектомированные животные умирают, а животные с сохранившейся селезенкой выживают (опыты Брауенштейна). Развитие в селезенке первичных злокачественных опухолей наблюдается чрезвычайно редко.

Селезенка обладает высокой регенеративной способностью. После ее удаления функции ее берет на себя весь оставшийся ретикуло-эндотелиальный аппарат.

Селезенка, несмотря на многочисленность и важность своих функций, все же не является жизненно важным органом и в случае надобности может быть удаляема.

Перейду теперь к случаю, наблюдавшемуся в хирургическом отделении Вологодской уездной больницы.

Больная Г. К., крестьянка 40 лет, поступила из терапевтического отделения 6/XII 1926 г. с жалобами на общую слабость и присутствие опухоли в животе. Заболевание началось около 2-х лет назад, развивалось постепенно. Инфекций и каких-либо острых заболеваний не помнит—кроме оспы, перенесенной в раннем детстве. Желтухи никогда не было. Больная—вдова, родила 4 детей. Последние роды—12 лет назад. Проходили они все благополучно. Абортов не было. Мenses правильные, небольшие.

Status praesens: Общий вид серьезно больного человека. Говорит медленно, вяло, как бы неохотно. Окраска кожи серовато-бледная, но не желтушная. На лице многочисленные оспенные рубцы. Подкожный жировой слой развит умеренно. Слизистые бледны. Десны разрыхлены и кровоточивы. Органы дыхания X. Сердце несколько расширено. Тоны глуховаты. Отеков нет (при поступлении в терапевтическое отделение были отеки возле лодыжек и небольшой асцит). Со стороны брюшной полости прежде всего бросается в глаза огромной величины селезенка, выпирающая через дряблую брюшную стенку. Границы ее: сверху VI ребро, передний край на 1-1½ пальца вправо от средней линии, нижний край пальца на 2 ниже пупка. Селезенка плотна, гладка, умеренно подвижна, слегка болезненна к давлению. Печень выступает на 1 палец из под края ребер, умеренно плотна, гладка, безболезненна. Желудочно-кишечный канал и прочие органы ничего особенного не представляют. T-N; R. W.—отрицательная. Исследования крови, сделанные как в терапевтическом отделении, так и в хирургическом до и после операции, приведены в таблице № 1.

За время наблюдения с 6 по 23/XII применялся мышьяк под кожу, железо и кальций внутрь, но результата, как видно из таблицы крови, не получалось; наоборот, состав крови, содержание гемоглобина, количество форменных элементов (лейкоцитов и особенно тромбоцитов) резко падало. Самочувствие больной постепенно ухудшалось. Создавалось впечатление, что больная гибнет. Сама она настаивала на операции. В виду этого, несмотря на крайне тяжелую картину крови и далеко не внушающее уверенности в благополучном исходе общее состояние больной, решено было ее оперировать.

Таблица № 1.

	26/XI	6/XII	17/XII		1,1-1927 г.	5/II	14/III
Гемоглоб . . .	68%	60%	57%	С п л е н е к т о м и я 2 5 д е к а б р я 1 9 2 6 г о д а .	56%	42%	58%
Эритроц. . . .	3.820.000	3.180.000	3.810.000		4.280.000	4.490.000	4.320.000
Лейкоц. . . .	2.400	2.400	2.000		12.800	7.200	7.000
Отношение . .	1:1591	1:1325	1:1905		1:333	1:623	1:617
Цв. коэфф. . .	0,88	0,96	0,75		0,6	0,5	0,67
	Ф О Р М У Л А:				Ф О Р М У Л А:		
Лимфоц. . . .	30%	28%	36%	51%	51%	24%	
Моноцит . . .	4%	6%	2%	9%	5%	8%	
Юные форм. .	0	0	0	2%	5%	2%	
Палочков. . .	6%	34%	16%	10%	14%	11%	
Сегмент . . .	60%	30%	44%	27%	24%	53%	
Эозиноф . . .	0	2%	2%	1%	1%	1%	
Базофил . . .	0	0	0	0	0	1%	
Тромбоциты .	—	113.960	96.000	—	188.580	250.000	
Свертывание .	—	1 м. 52 с.	1 м. 22 с.	—	—	—	
Характер эри- троцитов. . .	Олиго- хромемия	Пойкилоцитоз. Анизо- цитоз, олигохромемия.	Тоже	Пойкило- цитоз, олиго- хромемия.	Олиго- хромемия.	Резкая олигохромемия, анизоцитоз, пойкилоци- тоз, частые нормобласты. Телец Jolly не найдено.	

Операция 23/XII-26 г.: Спино-мозговая анестезия. Novocain 50/0—2 к. см. под XI D.); при зашивании раны дано около 7 к. см. хлороформа. Разрез вертикальный над серединой левой прямой мышцы, несколько выше пупка, поворачивающий влево и книзу до *l. axillaris*. Селезенка оказалась сращенной с сальником. Последний частью отделен, частью резецирован. Верхний край селезенки оказался соединенным прочными сращениями с диафрагмой. Сращения перерезаны после перевязок. Освобожденная селезенка извлечена. Одна из крупных ветвей *art. lienalis* перевязана изолированно; при изолировании другой ветви случайно повреждена одна из вен, давшая настолько обильное кровотечение, что пришлось отказаться от изолированной перевязки артерий и перевязать всю ножку *en masse*. После перерезки ножки культи ее покрыта сальником. Брюшная рана зашита с выпускником. Влито 500 к. см. физиологического раствора.

В течение первых 3 недель после операции держалась t^0 , вначале доходившая до 39^0 , а затем на уровне $37,5—38^0$. В первые дни после операции появился в левом подреберьи инфильтрат, который рассосался под грелкой. Затем t^0 выравнялась до X, и 13/II-27 г. больная выписалась с значительным улучшением общего состояния. 14/III она снова показывалась, при чем было найдено: окраска кожи и слизистых бледная, но без

того серого оттенка, который был при поступлении. Как на месте удаленной селезенки, так и в области рубца ничего патологического не отмечается.

После операции было произведено 3 анализа крови. Из таблицы анализов видно, что состав крови после операции значительно изменился. В каком направлении он будет изменяться дальше,—покажет будущее. Я надеюсь, что больная явится еще раз для исследования. Сейчас же можно отметить, во-первых, значительное увеличение количества эритроцитов. Правда, в последний раз 14/III количество их оказалось несколько меньшим, чем 5/II, но все же значительно выше, чем до операции. Затем в последнем анализе отмечено большое количество нормобластов, чего не отмечалось ни до операции, ни в первые 1½ месяца после нее. На это указывает и Герцен, который говорит: «после спленектомии анемия постепенно проходит с появлением нормобластов». Далее, общее количество лейкоцитов, до операции далеко не доходившее до нормы, через 9 дней после операции уже значительно превысило норму, дойдя до 12,800. Такой лейкоцитоз можно отчасти объяснить бывшим в то время инфильтратом на месте удаленной селезенки, но при исследовании крови 14/III, когда от инфильтрата не осталось никаких следов, число лейкоцитов все же было 7.000, т. е. во всяком случае не ниже нормы. Я не буду перечислять изменений в количестве отдельных форм лейкоцитов: они ясно видны из таблицы. Наиболее же резкие изменения после операции произошли в количестве кровяных пластинок. Если мы до операции имели резкую тромбопению (96.000), то теперь мы имеем определенный тромбоцитоз (250.000). Недаром Герцен в своей статье «О заболеваниях селезенки в связи с показаниями к спленектомии и отдаленные ее результаты» говорит, что при эссенциальной тромбопении «бляшки после спленектомии немедленно увеличиваются в количестве с необычайной быстротой». Повидимому, увеличение количества тромбоцитов появляется после спленектомии не только при эссенциальной тромбопении, но и при других тромбопениях, как, например, в нашем случае при болезни Banti.

Микроскопическое исследование удаленной селезенки (д-р К. Н. Михайлов) обнаружило резкое утолщение волокон ретикулярной ткани. Центральные артерии Мальпигиевых телец имеют резко гиалинизированные стенки. Сильное утолщение капсулы и значительное разрастание трабекул, содержащих сосуды с гиалиново-перерожденными стенками. Ткань пульпы бедна обычными клеточными элементами и местами замещена фибробластами. Заключение патолого-анатома: болезнь типа Banti.

Разбирая наш случай с точки зрения диагноза, мы можем с большой вероятностью сказать, что имеем дело с болезнью Banti. За это говорят следующие данные: возраст больной, постепенное начало и медленное хроническое течение болезни; резкое увеличение селезенки при очень небольшом увеличении печени и при отсутствии желтухи; состав крови, в котором прежде всего бросается в глаза лейкопения и тромбопения, и, наконец, микроскопическое исследование селезенки, давшее типичную картину фиброадении, свойственной болезни Banti. Для дифференцирования от других заболеваний, сопровождающихся увеличением селезенки или начинающихся с него, приходится провести параллель между этими заболеваниями и нашим случаем: инфекционные заболевания, как тифы, малярия и т. п., отпадают, т. к. в анамнезе нет для них никаких данных; о сифилисе говорить также не приходится,—R. W. отрицательна, в анамнезе никаких указаний, да и сама селезенка гладка, ровна. Против лейкемии говорит состав крови. Чтобы дифференцировать от других хронических заболеваний крови с увеличением селезенки, я позволю себе привести здесь сравнительную таблицу симптомов этих заболеваний, взятых, главным образом, из статьи Герцена.

Таблица № 2.

Названия болезней.	Возраст	Эритроциты	Лейкоциты	Гемоглобин	Тромбоциты	Селезенка	Печень	Кровоточивость	Другие особенности
Полицитемия (гиперглобулия) Vacquez	Средний	Резкое увеличение	Резкое увеличение	Увеличение	N	Вторичное увеличение	—	—	—
Злокачественная анемия	—	Резкое уменьшение	Резкое уменьшение Миелоцитоз	Уменьшение	Тромбопения	Иногда много увеличена	—	—	—
Анемия Вiegner'a	—	Резкое уменьшение. Анизоцитоз, макроцитоз, нормобластоз, мегалобластоз, гиперхроматоз	Лейкопения, лимфоцитоз	—	—	Увеличена	—	—	—
Гемолитическая желтуха	—	Анизоцитоз, микроцитоз	Лейкоцитоз, нейтрофилия, эозинофилия, миелоцитоз	—	—	Увеличена	—	—	Периодическая желтуха; боли в верхней половине живота
Спленомегалия Saucer	Все возрасты	Уменьшение	Лейкопения. Миелоцитоз.	Резкое уменьшение	Увеличение	Сильное увеличение	Огромное увеличение.	—	Появление во всем ретикуло-эндотелиальном аппарате скопления больших светлых клеток, дериватов эндотелия. Семейный характер заболевания

(Продолжение).

Таблица № 2.

Названия болезней	Возраст	Эритроциты	Лейкоциты	Гемоглобин	Тромбоциты	Селезенка	Печень	Кровоточивость	Другие особенности
Эссенциальная тромбопения (острая, ремиттирующая и хроническая)	—	Состав крови изменен	мало изменен	—	Резкая тромбопения	При хрониче- ме увеличе- чрезмерно	ческой фор- ны, но не	Кровото- чивость. Увеличе- ние вре- мени кро- вотече- ния	—
Цирроз Hanot	Средний	—	В начале лейкоцитоз, затем лей- копения	—	—	Большое увеличение	Огромное увеличение	—	Желтуха, чаще пере- межающая- ся
Болезнь Banti	Средний и молодой	Уменьшение иногда N	Лейкопения. Моноцитоз	—	Тромбопе- ния	Огромное увеличение	В начале N, затем не- большое увеличение и наконец уменьшение	Легкая степень крово- точиво- вости	—

Из приведенной таблицы видно, что в нашем случае могло бы быть сомнение только относительно эссенциальной тромбопении; но при последней состав элементов крови мало изменен, селезенка и печень увеличены но не чрезмерно; мы же имеем значительные изменения в составе крови и огромную селезенку при слегка увеличенной печени.

Наш дооперационный диагноз «болезнь Banti» подтвердился гистологическим исследованием удаленной селезенки. В статье Флекеля есть указание, что *Eppinger* требует для постановки диагноза болезни Banti не только наличия фиброаденического процесса, как такового, но обязательно наличия его в фолликулах селезенки, связанного с таковым же процессом в пульпе. Гистологическое исследование нашего препарата как раз и отмечает наличие фиброзных разрастаний именно в пульпе и вокруг центральных сосудов фолликулов. Поэтому я полагаю, что наш случай следует считать именно болезнью Banti, а не каким-либо другим заболеванием.

В заключение считаю своим долгом поблагодарить многоуважаемого К. Н. Михайлова и его помощников за те исследования, которые были ими проделаны.

Из инфекционного отделения Костромской Губернской больницы (зав. б-цей д-р М. М. Крюков).

Опыт лечения скарлатины антитоксической сывороткой и в комбинации ее с антивирусом по проф. Безредка.

Н. В. Попов.

(Кострома).

Обычные терапевтические мероприятия при скарлатине бессильны изменить развитие и течение этого инфекционного процесса. Покой, ванна, прополаскивание зева, целесообразная диета, медикаментозное лечение имеют значение создания лишь наиболее благоприятных условий для борющегося организма, но не могут оказать серьезного влияния на развитие как токсических явлений, выражающихся в поражении центральной, симпатической, парасимпатической нервной системы и эндокринного аппарата, так и на развитие септических явлений, выражающихся в поражении зева и лимфатического его аппарата. Это бессилие порождает упорное искание более глубоких и мощных методов терапии, которые непосредственно влияли бы на борющиеся силы инфекции и организма и, естественно, направляет врачебную мысль к методам вакцино-терапии и серо-терапии.

Хотя подлинный возбудитель скарлатины еще не известен, и не установлено даже, является ли он отдельным микроорганизмом или комбинацией нескольких, но некоторый правильный подход к разрешению этого вопроса уже есть. Бесспорно установлено, что скарлатинный стрептококк стоит в несомненной связи с вирусом скарлатины, —отсюда попытки

использовать его для выработки лечебной сыворотки. Такой попыткой была сыворотка „Мозера“, полученная впрыскиванием лошади не убитых культур стрептококка, выделенного из крови скарлатинных больных. Целый ряд авторов, применявших сыворотку „Мозера“: Эшерих (120 случаев), Федьнский (317 случаев), Эгиз и Ланговой (400 случаев), Румянцев (426 случаев), Аксенов (360 случаев) и другие,—отмечают в результате ее применения: уменьшение и исчезновение токсических явлений и при этом отсутствие действия на септические явления. Необходимость вводить большие дозы ее—200,0—250,0, непостоянство терапевтического действия у различных ее серий, резкие явления сывороточной болезни суживали число ее сторонников и круг применения.

Вспышка работ по этиологии скарлатины в 20-х годах н/ст., особенно работы Дик'ов, выделивших токсин от скарлатинного стрептококка, повели к выработке противоскарлатинной сыворотки по принципу анти-токсической, а в позднейшее время—комбинированной: анти-токсической и антибактерийной.

Опыты применения анти-токсической сыворотки за-границей начинаются с 1924 года; там целый ряд авторов (Дик'и, Роб, Парк, Фишер и др.) указывает на резкий терапевтический эффект сыворотки, особенно при раннем ее применении, отмечает быстрое падение температуры, исчезание сыпи, выравнивание пульса, т.-е. исчезновение токсических явлений (указание на исчезновение септических явлений и предупреждение гнойных осложнений у большинства авторов не имеется). К сожалению, нет указаний и на тяжесть эпидемии, и на тяжесть случаев в смысле их септического поражения, при которых сыворотка применялась.

С 1926 года Ленинградские и Московские клиники стали применять анти-токсическую сыворотку, и в сентябрьском номере журнала «Врачебное дело» за 1926 г. мы имеем первую статью доктора Эгиза о применении сыворотки на 40 больных. Наблюдения его для нас интереснее, чем данные американских авторов, т. к. произведены на эпидемии, характер и тяжесть которой близки к нашей, в то время как американские авторы работали со скарлатиной более легкого типа (у Эгиза % смертности 13, у американских авторов 2—3%). Основной вывод его таков, что действие сыворотки хорошо в случаях средней тяжести и там, где преобладают симптомы токсические; при септических и смешанных формах действие ее или отсутствует или ничтожно.

Приступая в августе 1926 года к опыту применения анти-токсической сыворотки, мы не могли не учесть авторитетных указаний на безуспешность применения ее в случаях с преобладанием септических явлений, тем более, что и теоретически это понятно.

При скарлатине мы имеем первичное поражение миндалин, быстро распространяющееся при септических формах на слизистую зева, носоглотки и носа. Отсюда поступает в лимфатический аппарат и полость уха вторичная инфекция. Здесь—первая локализация и резервы септических поражений и причина дальнейшего развития их. Вводя сыворотку, мы нейтрализуем токсин стрептококка в организме, но не влияем на флору, поражение слизистой зева и возникающие отсюда септические процессы.

Сама собой напрашивается идея, что кроме нейтрализации токсинов в организме существенное значение имела бы возможность обессилить патогенную флору в месте ее первичной и основной локализации, но по обще-известным причинам все, имевшие место до сих пор в практике, попытки непосредственной дезинфекции полости зева и носоглотки являются мало действительными и сводятся скорее к туалету ее, чем к заметной борьбе с инфекцией. И здесь приходится искать оружия не в арсе-

нале химических средств, а биологических методов. На этом пути исканий инфекционная клиника не может пройти мимо метода, вытекающего из учения профессора Безредка о местном иммунитете, метода местной иммунизации и вакцино-терапии слизистой носоглотки и зева фильтратами старых культур (антивиринами).

Экспериментальные работы проф. Безредка и его помощников и клинические опыты как у нас, так и в Европе (глазников, хирургов, гинекологов) освещают «антивирин», как вещество, 1) дающее местный иммунитет, 2) задерживающее рост своего микроба, 3) не вредящее тканям организма.

Не излагая здесь сущности учения проф. Безредка, с которым медицинская мысль достаточно ознакомилась даже по переводной и русской литературе, я позволю себе привести его идею о вакцино-терапевтическом действии антивирина. На стр. 203 своей книжки «Местная иммунизация» проф. Безредка говорит: «так как задачей вакцино-терапевта является сохранение еще не поврежденных клеток, то первым делом он должен сделать их неспособными к заражению соседними инфицированными клетками». С этой целью он предоставляет в распоряжение этих здоровых клеток известное количество антивируса. «Действие антивируса тут двоякое: с одной стороны, он мешает размножению микробов в месте заражения, с другой же—благодаря тому, что он входит в контакт с поврежденными чувствительными клетками и адсорбируется этими клетками, антивирус делает их невосприимчивыми к заражению вирусом».

Быстрота иммунизирующего действия антивиринов позволяет предполагать, что даже при быстро развивающемся скарлатинном процессе на слизистой значительная часть ее может быть спасена своевременным применением антивиринов.

Руководствуясь идеей сущности учения проф. Безредка, мы в своем опыте решили дополнить общее действие сыворотки местным действием антивирина на первичный очаг зева и носоглотки и этим методом лечить ту категорию скарлатинных больных, у которой применение одной сыворотки, по свидетельству авторов и по теоретическим соображениям, не дает терапевтического эффекта, т. е. больных септической или смешанной токсически-септической формы.

Из больных этой формой скарлатины мы отбирали для комбинированного лечения наиболее тяжелые случаи с разлитыми назо-фарингитами, ранним обширным некрозом зева и ранним поражением желез, т. е. по схеме Мозера IV, реже III категорию—септическую или смешанную форму, чтобы на этом небольшом по количеству, но наиболее тяжелом по прогнозу материале испытать свой метод. Больных же с преобладанием токсических явлений и малым местным процессом лечили лишь сывороткой, отбирая все же наиболее тяжелых больных IV, III и II категории по Мозеру.

В определении тяжести отдельных заболеваний мы придерживались классификации Мозера, как наиболее принятой в литературе и, по нашему мнению, наиболее соответствующей той картине, которую дает скарлатина в действительности. Что касается характера эпидемии, то наши наблюдения велись как раз в период осеннего подъема ее, когда резко увеличилось и число заболеваний и тяжесть их.

Сыворотка получалась нами от Московского Бак'Института им. Мечникова с обозначением средней дозы ее—50,0. Вводилась внутримышечно в разгибатели бедра по середине длины его. В большинстве случаев—однократно, при недостаточном эффекте через 24 часа впрыскивание повторялось в той же дозе.

Несколько слов о методике применения антивирина.

Антивирус изготовлялся Костромским Бак'Институтом поливалентный—стрептококковый, стафилококковый и диплококковый (Френкеля). Штаммы стрептококков, выделенных из гнойных фокусов и из крови скарлатинных больных (погибших), засеивались на бульоне. Рост—2 недели; повторный засев, если рост сохранялся.

Культуры стафилококков выделялись из глубоких гнойных фокусов; техника засева та же; подсеивались до значительного ослабления роста (полного прекращения роста не удавалось получить).

Диплококки (Френкеля) засеивались на Мартеновский бульон с прибавлением 0,2% глюкозы и РН—7,8. Культуры подсеивались через день в течение 10 дней до прекращения роста. Дальнейшая обработка: фильтрация через бумажный фильтр, стерилизация в течение 20 мин. при 110°. Разливка по 2,0, 5,0, 15,0 и 25,0.

Существенным является вопрос, принимать ли во внимание при обработке зева лишь стрептококковую флору или также других гноеродных—стафилококка, диплококка? Несомненно, что наиболее частым и наиболее опасным возбудителем септических поражений и осложнений при скарлатине является стрептококк, но наряду с ним, а иногда и помимо него, причиной их бывают и другие гноеродные. Исследование флоры зева скарлатинных больных указывает на весьма частое присутствие там кроме стрептококка также стафилококков и диплококков Френкеля. Их же нередко можно найти в гною оперируемых абсцессов, флегмон, мастоидитов.

Летом 1926 года Костромским Бак'Институтом было произведено по нашему предложению обследование флоры зева 20 тяжелых скарлатинных больных (септической формы), при чем обнаружено: чистый стрептококк—5 случаев, стрептококк со стафилококком—5 случаев, стрептококк с диплококком Френкеля 3 случая, чистый стафилококк—3 случая, стафилококк и диплококк Френкеля—3 случая, чистый диплококк Френкеля—1 случай.

8 случаев оперированных лимфаденитов и глубоких абсцессов шеи дали флору: чистый стрептококк—2 случая, стрептококк и стафилококк—2 случая, чистый стафилококк—2 случая, чистый диплококк Френкеля—2 случая.

2 случая оперированных мастоидитов дали флору: чистый стрептококк—1 случай, стрептококк и стафилококк—1 случай.

Это небольшое предварительное обследование дало указание, что, стремясь к местной иммунизации зева, мы должны иметь в виду стрептококк, стафилококк и диплококк Френкеля, как наиболее частых гноеродных возбудителей, могущих принимать участие в септических процессах при скарлатине в различных групповых комбинациях, и вследствие этого применять не только стрептококк антивируса, но соответствующую смесь их, т. к., являясь специфическим ядом для своего микроба, антивирус служит хорошей питательной средой для прочей флоры и, ликвидируя, например, стрептококка, в то же время может активировать стафилококков.

В отчетный период (август—ноябрь 1926 года) антивирус применялся нами следующим способом: три раза в день промывание зева из баллона физиологическим раствором с последующим распылением в зев и полость рта смеси антивируса (стрептококкового, стафилококкового и диплококкового в равных количествах), вливание этого же раствора в нос и наружный слуховой проход—3 раза в день. Орошение зева производили пульверизатором, применяемым обычно в парикмахерских для распыления жидкостей; чтобы меньше расходовать антивиринов, распылитель вставляли не в стеклянный флакон, а в толстостенную пробирку. Антивирусы

смешиваются всякий раз *ex tempore*, т. к. при соприкосновении с воздухом быстро портятся. Делать орошение приходится втроем: один удерживает ребенка, другой открывает ему шпатель рот, третий производит орошение.

Всего больных скарлатиной с августа по ноябрь 1926 года прошло 286. Из них подвергнуто лечению сывороткой и комбинированным методом 30 больных, характеризующихся:

1) По возрасту: 1 год—1 случай, от 1 до 3 лет—8 случаев, от 3 до 5 лет—8 случаев, от 5 до 10 лет—11 случаев, свыше 10 лет—2 случая.

2) По полу: мужского—15 и женского пола—15.

3) По тяжести болезни: второй категории—9 случаев, третьей категории 13 случаев, четвертой категории—8 случаев.

4) По началу лечения: на 2-й день болезни—5 случаев, на 3-й день болезни—13 случаев, на 4-й день—5 случаев, на 5-й день—5 случаев, на 7-й день—2 случая (из общего числа 30).

Комбинированным методом лечено 9 больных; из них четвертой категории 6 случаев и третьей категории 3 случая.

Позволю себе привести несколько историй болезни этой группы больных:

I. Шишлина Маргарита, 5 лет (скарлатина IV категории, токсически-септической формы). Поступила 8/VIII на 2-й день болезни. Явления при поступлении: температура 40,4 (утром). Обильная, местами петехиальная сыпь, многократная рвота, бред, затемнение сознания, резкая гиперемия склер, пульс 140, аритмичный; белый дермографизм выражен слабо. Левая тонзиллярная железа величиною с куриное яйцо; налеты сплошные на миндалинах и на языке.

Лечение: влито 50,0 антитоксической сыворотки и орошение антивирусом (стафилококк, стрептококк, диплококк).

9/VIII—сознание ясное, сыпь бледнеет, пульс 100 без аритмии, температура пала до 38°, налеты увеличились, перейдя на мягкое небо.

11/VIII—сыпь исчезла, пульс 90, налеты начинают уменьшаться, температура колеблется между 38°—39°.

12/VIII—по исследовании флоры зева обнаружен стрептококк и диплококк Френкеля. *Лечение:* орошение смесью стрептококкового и диплококкового антивируса.

13/VIII—18/VIII налеты исчезли, железа рассосалась без разреза, температура пала до нормы; в дальнейшем гладкое выздоровление.

Необходимо отметить следующее, характерное в этой истории болезни: вливание сыворотки устранило токсические явления, но температура не пала до нормы, налеты прогрессируют и лишь через 24 часа применения антивиринов останавливаются в развитии, и весь местный процесс получает доброкачественное течение и постепенно затихает.

II. Прытков Валерий, 6 лет (IV категория, токсически-септическая форма). Поступил 8/VIII на 4-й день болезни. Явления при поступлении: температура 40,4°, сыпь петехиальная, белый дермографизм выражен слабо, склеры резко инъецированы. Пульс 160, аритмия, полусознание, возбуждение и судороги. Миндалины окутаны налетами, резкое увеличение тонзиллярных желез и задних шейных.

Лечение: влито 70,0 антитоксической сыворотки, полоскание рта раствором *acidi borici*, компресс на железы.

10/VIII остатки сыпи, ясное сознание, пульс 120, железы и налеты те же. Присоединился разлитой назо-фарингит с обильным слизисто-гнойным истечением из носа и зева, температура колеблется между 38°—39°. Назначено: орошение смесью антивиринов (стрептококк, стафилококк, диплококк).

12/VIII гноетечение из левого уха. Налеты уменьшаются.

13/VIII слизисто-гнойное отделяемое прекратилось, слизистая зева менее гиперемирована.

17/VIII налеты исчезли.

Температура продолжала колебаться между 37°—39 до 7/IX, когда обнаружился глубокий шейный абсцесс слева под тонзиллярной железой. После вскрытия абсцесса—падение температуры до нормы и гладкое выздоровление. Гноетечение из уха прекратилось 12/IX. В выделениях носа, зева, гноя из уха и абсцесса оказались стрептококк+стафилококк.

Позволю себе отметить по поводу этого случая следующее:

1) Ранние септические явления с ранним отитом, который уже был, вероятно, при начале лечения (к сожалению, за отсутствием ушных инструментов исследование ушей зеркалом не производилось).

2) Наклонность местного процесса к прогрессированию (появление назо-фарингита), заставившая применить антивирин, который дал быстрое улучшение местного процесса.

3) Занос инфекции в железу, вероятно, произошел в начале болезни и принял вялое течение, скорее всего, не получая нового притока инфекции благодаря местной иммунизации зева.

III. Смирнова Елена, 3 года. Поступила 18/IX на 3-й день болезни. Явления при поступлении: температура 40°, петехиальная сыпь, резкая гиперемия склер, слабый аритмичный пульс 160 в 1 минуту, многократная рвота, железы увеличены, сплошные налеты на миндалинах и язычке, разлитой назо-фарингит с обильным слизисто-гнойным истечением.

Лечение: сыворотки антитоксической 50,0; орошение смесью трех антивирсов; 19/IX температура пала до 38°, сыпь побледнела, гноеотечение из обеих ушей. 20/IX слизисто-гнойное отделение из носа и зева прекратилось. 21/IX исчезли налеты.

28/IX температура пала до нормы. В дальнейшем гладкое выздоровление. Гноеотечение из ушей прекратилось 11/X. В отделяемом зева, носа и уха—стрептококк+диплококк Френкеля.

IV. Батраков Геннадий, 4 лет (III категория—септически-токсическая форма). Поступил 29/IX на 3-й день болезни с явлениями: температура 40,2°, сыпь—местами петехиальная, резкая гиперемия склер, бессознательное состояние, частая рвота и понос, пульс 149, белый дермографизм выражен. Миндалины окутаны налетом. Железы величиною с лесной орех.

Лечение: 50,0 антитоксической сыворотки, орошение смесью антивиринов.

1/X температура пала до нормы, сыпь исчезает, понос прекратился, пульс 100, налеты уменьшаются.

3/X сыпь исчезла.

5/X налеты исчезли—гладкое выздоровление.

V. Капустин Николай, 3 года. Поступил 11/X на 2-й день болезни с явлениями средней по тяжести скарлатины (II категория): температура 39°, сыпь обычная, склеры в норме, пульс 120, нормальных свойств, белый дермографизм выражен. В зеве резкая гиперемия, налетов нет. Железы небольшие.

Лечение: уход за ртом, компресс на шею.

К 15/X (6-й день болезни) температура не уменьшилась, а дошла до 40°, сыпь приобрела полиморфный, местами петехиальный характер, сознание затемнено. Появились налеты на миндалинах. Железы увеличились до размеров куриного яйца.

16/X—введено 50,0 антитоксической сыворотки и орошение антивиринами.

К 18/X температура опустилась до 38° и продолжала колебаться между 38°—39°.

Ребенок погиб на 25-й день болезни при явлениях развития разлитого назо-фарингита, обширных налетов, отитов и прогрессирующей флегмоны шеи. Флора—стрептококк, стафилококк. Необходимо отметить поздно начатое лечение в виду обманчивого по началу течения болезни. Случай необходимо диагностировать, как III категорию—септическую форму.

Вторая группа больных, к которым применялось лечение лишь анти-токсической сывороткой, состояла из 2-х случаев IV категории, 10 случаев III категории, 9 случаев II категории. Все случаи с резкими токсическими явлениями и умеренными или небольшими септическими. За исключением одного случая IV категории токсически-септической формы, где лечение было применено поздно (на 7-й день), все больные второй группы выздоровели.

1. Коровкин Юрий, 1 год 2 мес. (IV категория—токсически-септическая форма). Поступил 20/XI на 7-й день болезни с явлениями: температура 40°, сыпь полиморфная, местами петехиальная, рвота многократная, склеры резко инъецированы, пульс 140, аритмичный. Железы увеличены до размеров сливы. Разлитой назо-фарингит с обильным слизисто-гнойным отделяемым, налеты на миндалинах, язычке и мягком небе, бессознательное состояние.

Лечение: 50,0 антитоксической сыворотки, прополаскивание рта борным раствором из баллона. sol. protargoli 2%—вкапывать в нос 3 раза в день. Компресс. Орошения антивиринами не производилось в виду временного недостатка их в Бак-Институте.

21/XI—status idem.

22/XI—exitus letalis при прогрессирующих местных явлениях. Температура оставалась на той же высоте 39°—40°.

II. Харчин Виктор, 5 лет (III категория—токсическая форма). Поступил 31/VIII на 2-й день болезни с явлениями: температура 40°; петехиальная сыпь, полусознание, бред, пульс 150, аритмия, рвота, тонзиллярные железы—со сливу, на миндалинах—островчатые налеты.

Лечение: 50,0 антитоксической сыворотки, обычный уход за ртом, компресс.

К 3/XI температура быстрым лизисом пала до нормы, сыпь исчезла, пульс нормальный. Гладкое выздоровление.

III. Свободова Наталья, 9 лет (II категория—токсическая форма). Поступила 18/IX на 2-й день болезни с явлениями: температура 40,2°; сыпь обычная, склеры гиперемированы, частая рвота, бред ночью, пульс 160 без аритмии. Железы—со сливу, на левой миндалине налет.

Лечение: 50,0 антитоксической сыворотки, в остальном обычное.

19/IX температура критически упала к норме, сыпь исчезла, пульс—норма. Гладкое выздоровление.

Не стану приводить остальных историй болезни этой группы больных, т. к. они напоминают по типу II и III истории болезни, т. е. наблюдалось или критическое, или быстрым лизисом падение температуры и всех болезненных явлений и гладкое выздоровление.

Таблица (см. ниже) характеризует результаты лечения обеих групп и указывает резкое понижение смертности среди больных, находившихся на излечении, сравнительно с не лечеными по всем категориям, особенно же по IV категории, где смертность не леченных=100%.

Должен пояснить, что больные IV категории не подвергались комбинированному лечению по следующим причинам: позднее поступление—4 случая, отсутствие сыворотки и антивируса в момент поступления—3 случая, крайнее общее истощение—1 случай.

Категории по классификации Мозера	Прошло больных за период с VIII по XI 1926 г.	Группа I септич. форма		Группа II токсич. форма		Не лечено	Умерло
		Лечено комбинирован. с антивиринсом	Умерло	Лечено одной сывороткой	Умерло		
IV категории .	16	6	0	2	1	8	8
III „ .	31	3	1	10	0	18	7
II „ .	52	0	0	9	0	43	7

Наблюдения над проведенными случаями дают следующее: во второй группе больных (токсические формы, леченные одной сывороткой) температура падала критически или крутым лизисом за 2—3 дня до нормы и окончательно во всех случаях за исключением трех (из 21): 1-й случай IV категории, окончившийся летально (Коровин); 2-й случай IV категории (септически-токсический), который подлежал собственно лечению комбинированным методом, но не подвергся ему в виду отсутствия антивиринов (в этом случае температура пала на третий день после введения сыворотки с 40,2° до 37,6° и затем до 27 дня болезни давала колебания между

37° и 39 в виду задержавшегося местного процесса: налетов и лимфаденитов, то ослабевавших, то разгоравшихся); 3-й случай III категории смешанной формы с незначительными септическими явлениями (небольшие налеты) дал падение температуры до нормы крутым лизисом, но на 15-й день болезни появились нефрит и двусторонний умеренный отит, давшие температуру в течение 2-х недель 37°—39°.

В первой группе больных (токсически-септические формы, леченные комбинированным методом) температура понижалась с 40° до 38°—39°, но не до нормы. Сыпь у первой и второй групп больных исчезала быстро: через день после вливания сыпь исчезла в 4 случаях, через два дня—в 24, через три дня сыпь исчезла в 2-х случаях.

Расстройства центральной и симпатической нервной системы (бред, частый пульс, аритмия, гиперемия, склер и т. д.) исчезали быстро у второй группы и значительно ослабевали у первой группы больных.

Сывороточные явления наблюдались в 6 случаях по обеим группам, выражаясь в виде сыпей характера крапивницы, повышения температуры на 2—3 дня, иногда (обычно в период 10—20 дня после введения сыворотки) болезненности суставов. В одном случае—на 50-й день после введения.

Осложнения: во второй группе—3 случая легкого нефрита, 1 случай лимфаденита, 1 случай отита и нефрит в умеренной силе. В первой группе: 3 случая отитов, 3 случая гнойных лимфаденитов (оперированных), 1 случай отитов и септической флегмоны шеи (оперирован.). Все больные первой группы свои осложнения имели уже при начале лечения. После начала лечения новые осложнения не наблюдались.

Налеты во второй группе были или незначительными (иногда отсутствовали), или умеренными. Более выражены они были у 7 больных. Исчезли:

через 5 дней после вливания сыворотки—	1 случай,
„ 7 „ „ „ „ „	—2 случая,
„ 10 „ „ „ „ „	—4 „

Во второй группе налеты обширные, часто некротического характера, в большинстве случаев имелся разлитой назо-фарингит с обильным слизисто-гнойным истечением. Эти явления исчезли:

через 3 дня после орошения антивиринами—	1 случай,
„ 4 „ „ „ „ „	—5 случаев,
„ 10 дней „ „ „ „	—2 случая.

Усилились: 1 случай, окончившийся летально (вследствие поздно начатого лечения).

Принимая во внимание обычное упорство и затяжное течение этих тяжелых поражений зева и носа, мы получили впечатление значительного терапевтического эффекта на местный процесс от применения антивиринов. Не только местный процесс в зеве купировался и ослаблялся, но и имевшиеся уже осложнения в ухе и лимфатическом аппарате получали доброкачественное течение. Септический процесс как бы локализовался в тех своих фокусах, где он уже был до начала местной вакцинотерапии, и не захватывал новых очагов, не разгорался. Все гнойные осложнения нашей первой группы уже были заложены до начала вакцино-терапии, но протекали более благоприятно, чем у таких же больных, не получивших этого лечения, и дали исход в выздоровление.

У больных, не получивших местного лечения антивирусом и имевших при поступлении ту же картину септических поражений зева, ушей и лимфатического аппарата,—течение местного процесса было затяжное

и разгорающееся, прибавлялись новые фокусы, процесс генерализовался, оканчиваясь летально (8 больных IV категории, оставшихся без лечения).

Не считая наш (весьма малый по количеству больных) опыт доказательным для решительного утверждения, я, все же, считаю необходимым указать на безусловно положительное впечатление в том смысле, что местная вакцино-терапия антивиринами, примененная возможно ранее, ослабляет развитие септических явлений скарлатины и понижает смертность наиболее тяжелой группы больных, на которых одна сыворотка оказывает или весьма малое, или никакого влияния.

В дополнение к нашим наблюдениям я позволю себе привести сравнение этих наблюдений над действием одной антитоксической сыворотки с наблюдениями д-ра Эгиза. Полученный им материал характеризуется по тяжести: IV категории—5 случаев, III категории—28 случаев, II категории—7 случаев. При сравнении материала нужно отметить, что д-р Эгиз избегал применять сыворотку в осложненных случаях и септических формах, что он прямо и выражает следующими словами: „для сывороточного лечения отбирались преимущественно те больные, которые поступали в первые дни болезни без осложнений и с более или менее выраженной интоксикацией. Больные, у которых имелись симптомы септического характера, сывороткой не лечились. Это делалось потому, что в литературе уже имелись указания, что в осложненных и септических случаях анти-токсин не действует“. Мы же лечили эти случаи в первую очередь, применяя, как правило, комбинированный метод. Таким образом, наши больные по наличию и силе септических явлений более тяжелы, чем больные, отбравшиеся д-ром Эгизом. Несмотря на это, % смертности наших больных IV и III категории меньше, чем тех же категорий у д-ра Эгиза, что можно объяснить лишь применением комбинированного метода. Для наглядности сравнения позволю себе сопоставить данные в следующей таблице.

	Лечено II категор.	Из них умерло	Лечено III категор.	Из них умерло	Лечено IV категор.	Из них умерло	Всего лечено	% смертно- сти лечен.
Опыт д-ра Эгиза	7	0	28	4	5	3	40	17%
Опыт Костромского инфек- ционного отделения.	9	0	13	1	8	1	30	6,6%

Вопрос применения сыворотки—новый и мало еще разработанный: необходимы дальнейшие наблюдения, уточнение показаний к применению, усовершенствование самих сывороток. Фактическая лечебная сила сыворотки может быть различна при одном и том же изготовлении ее в зависимости от многих условий, между прочим от качества лошади (в чем мы убедились при дальнейших опытах). Бак^тИнституты должны тщательным образом выверять терапевтическую силу выпускаемых сывороток, проверяя их на материале скарлатинных отделений, т. к. слабые серии сывороток неизбежно скомпрометируют самый метод сывороточного лечения скарлатины.

Вопрос применения антивиринов при скарлатине—еще более новый и не разработанный. Не имея в литературе никаких указаний, мы вынуждены были самостоятельно выработать и методику его применения. Изложенный нами выше метод мы не считаем окончательным или совер-

шенным; он должен видоизменяться и усовершенствоваться в процессе дальнейших наблюдений.

Наблюдения наши как в отношении применения одной сыворотки, так и комбинированного способа, проведенные над небольшим числом (хотя крайне тяжелых случаев) дали ободряющий терапевтический эффект; тем не менее изложенный опыт слишком мал для каких-нибудь окончательных выводов; впечатления же наши можно резюмировать в следующих положениях:

1. Правильно изготовленная и выверенная антитоксическая сыворотка, введенная до 5-го дня болезни, быстро устраняет токсические явления при скарлатине.

2. Применение ее показано не только при токсических формах, но и при смешанных, где она, устраняя токсемию, ставит организм в более выгодные условия борьбы с септическими явлениями.

3. Антивирины при раннем применении ограничивают местный процесс и придают доброкачественное течение уже имеющимся септическим поражениям, являясь дополнением к лечению скарлатины сывороткой.

4. В случаях с выраженными септическими явлениями показана комбинированная терапия сывороткой и антивиринами.

5. Показано применение антивиринов не только с терапевтической целью при наличии септических явлений, но и при всех рано захваченных случаях скарлатины с целью профилактики септических осложнений.

Оканчивая свою статью, считаю долгом принести благодарность ординатору отделения—д-ру М. М. Краснопевцеву, проводившему значительную часть наблюдений, и врачам Бак'Института, всегда шедшим навстречу инфекционному отделению в его работе и принимавшим участие в разработке комбинированного метода лечения скарлатины.

О показаниях к хирургическому вмешательству при внематочной беременности.

Зав. б-цей д-р А. Л. Борисов.

(Иваново-Вознесенск).

Хотя среди современных гинекологов и нет принципиальных противников хирургического лечения внематочной беременности, однако вопрос о непосредственных показаниях к хирургическому вмешательству не всеми гинекологами разрешается одинаково: до сих пор можно констатировать два направления.

Одни гинекологи (Верт, Бумм, Шаута, Штраух и др.) высказываются за немедленную операцию при диагностированной внематочной беременности, считая всякое выжидание вредным, а во многих случаях даже опасным. Другие (Файт, Груздев, Хомякова) показанием к операции считают только неоднократно продолжающееся кровотечение в брюшную полость. Авторы эти исходят из того положения, что изливающаяся в брюшную полость кровь понемногу свертывается и тампонирует, таким образом, кровоточащее место.

В своем докладе на Пироговском съезде в 1913 г. по бывшему тогда программным вопросу о внематочной беременности проф. Груздев заявил, что закон Верта, по которому прогрессирующая внематочная беременность должна рассматриваться, как злокачественное новообразование, подлежит пересмотру. Во второй половине беременности мы должны считаться также и с интересами плода, тем более, что продолжение беременности до нормального срока не угрожает особой опасностью матери, если она находится в благоприятных условиях. Но и для первой половины беременности нельзя считать закон Верта непреложной истиной. Исходя из того положения, что излившаяся в брюшную полость кровь там осумковывается, тампонируя кровоточащее место, сторонники выжидания (Хомякова) не видят надобности в том, чтобы спешить с операцией. Свернувшаяся кровь инкапсулируется, образуя заматочную кровяную опухоль—*haematocoele retrouterina*. Отсюда многие авторы склонны смотреть на образование *гематоцеле*, как на благоприятный исход, служащий противопоказанием к операции. Даже Бумм говорит, что «там, где имеются признаки свертывания и инкапсулирования крови в виде *гематоцеле*, нет основания для немедленной операции, *haematocoele* очень часто самопроизвольно излечивается, и потому нет основания с самого начала прибегать к оперативному вмешательству».

Что говорят нам факты?

В 1890 году Шаута собрал статистику, которая показала, что при произвольном течении смертность при внематочной беременности=68,8%. Из 241 случая произвольного течения 75 окончились выздоровлением, а 166 смертью.

По статистике Martin'a, из 278 больных, у которых был применен выжидательный способ, умерли 67% и выздоровели 33%.

Образование *гематоцеле* нельзя рассматривать, как стремление организма к самоисцелению и, следовательно, показанием к выжидательному образу действий. Не нужно забывать, что образование *гематоцеле* далеко не гарантирует от возможности нового кровотечения в брюшную полость, так как одновременно с образованием *гематоцеле* может произойти и кровотечение в свободную полость живота, или сперва происходит крово-

течение в осумкованное пространство, а затем следует разрыв ограничивающих его ложных перепонок. Не следует упускать и того факта, что большие *гематоцеле* обнаруживают наклонность к нагноению и гнилостному распаду. И тот же Бумм, который говорит, что при *гематоцеле* нет основания с самого начала прибегать к оперативному вмешательству, тем не менее утверждает, что „нагноение—гораздо опаснее операции“.

Многочисленные наблюдения показали, что причиной кровотечения в брюшную полость часто является не трубный аборт и не разрыв трубы, а прорастание ворсинок хориона через стенку трубы. Даже со смертью плода и образованием *гематоцеле* не все процессы внематочной беременности прекращаются, потому что ворсинки плаценты и хорион обладают в высокой степени самостоятельной энергией роста и еще долго после смерти плода могут быть опасны для женщины в смысле повторных кровотечений в брюшную полость. Шаута говорит, что ему случалось удалять из матки вследствие продолжавшегося кровотечения остатки яйца с характерными ворсинками даже через год. Таким образом, нельзя в этих случаях остановить кровотечения, которое зависит от присутствия в трубе жизнеспособной ворсинчатой ткани и ею поддерживается.

Что нарушение целостности стенки трубы является не результатом механического её растяжения растущим яйцом, а очень часто разъеданием ее стенки ворсинками хориона, в этом имел случай убедиться каждый оперирующий гинеколог. Труба механически может растягиваться *ad maximum*—однако, без того, чтобы лопнуть (напр., при гидросальпингитах), и в то же время разрыва не наблюдается, хотя одновременно с этим мы видим разрывы трубы при внематочной беременности в месте утолщения, едва достигающего размеров вишни.

Для примера приведу краткую историю болезни.

Крестьянка Б-ва, 28 лет, не рожавшая, была доставлена в больницу почти без пульса. Из расспросов родственников выяснилось, что 3 дня назад она вышла на двор (в это время у нее были регулы) и вдруг сразу почувствовала себя дурно и упала без чувств. Когда её подняли и принесли домой, она пришла в себя, но затем несколько раз снова теряла сознание. Родные, видя, что дело плохо, привезли её в больницу.

Status praesens: Хорошо упитанная, но очень бледная женщина, пульс 120, едва ощутим; живот вздут и болезненный; в отлогих частях скопление жидкости; из влагалища выделяется кровь; своды свободны; наружный маточный зев закрыт. Матку и придатки вследствие напряжения и болезненности живота точно ощупать нельзя. Все эти явления заставляли предполагать внутреннее кровотечение вследствие разрыва трубы.

Экстренная лапаротомия. По вскрытии брюшины из брюшной полости выделилось громадное количество темной, жидкой крови (до 3-х литров); дно матки захвачено щипцами и извлечено, при чем оказалось, что правая труба в месте отхождения от матки представляет опухоль, не более голубинового яйца, из стенки которой—кровотечение, но разрыва нет, а лишь маленькое отверстие, проросшее ворсинками. Удаленная труба потом исследована микроскопически. Найдено, что ворсинки проели всю толщу трубы. После операции больная выписалась здоровой на 20-й день.

Некоторые авторы *коллапс* при внутреннем кровотечении считают противопоказанием к немедленной операции. Правда, во многих случаях, спустя несколько часов, а во многих случаях и дней, постепенно наступает улучшение, но затем (большей частью очень скоро) следует повторное кровотечение, сопровождающееся смертью или при этом, или при одном из следующих приступов. Таким образом, видя пред собою женщину с явлениями острой анемии, мы, откладывая операцию, не можем гарантировать ее от повторного припадка, который еще более ослабит ее и ухудшит положение.

При выжидании мы должны считаться еще с одним очень важным обстоятельством. Кровь, излившаяся в брюшную полость, правда, свертывается, но брюшная полость при этом не остается неизменной: здесь

идет энергичная реакция. Вокруг образующейся кровяной опухоли происходят сращения окружающих тканей, сращения с сальником и кишками, сращения иногда настолько прочные, что без риска произвести часто непоправимые разрывы нельзя плодověместилище выделить из этих сращений. Многочисленные клинические наблюдения показывают, что, чем больше времени прошло от начала заболевания, тем больше этих сращений. Если держаться выжидательного образа действий в тех случаях, где образуется *гематоцеле*, которая не гарантирует нас от нового приступа кровотечения, что в конце концов заставит нас приступить к оперативному вмешательству, то тут-то мы и наталкиваемся на многочисленные сращения, затрудняющие операцию, осложняющие ее: приходится лишнее время держать под наркозом и без того уже ослабленную женщину. Все это ухудшает прогноз.

Для иллюстрации вышеизложенного приведу типичный пример. В бытность мою завед. хирургическим отделением Суздальской больницы была доставлена женщина при t 39° с жалобами на боли в правом боку и кашель с мокротой, боли в правом паху и кровотечение после 8-ми недельной задержки регул.

Родила 4-х детей, был один выкидыш. Последние роды—8 лет назад. Страдает туберкулезом легких. 3 дня назад кашель усилился, появился жар и колотье в правом боку, открылось кровотечение и схватки в правом паху. При объективном исследовании оказалась—кроме туберкулезного процесса в верхушках—правосторонняя пневмония. При исследовании через влагалище: матка не увеличена, несколько рыхла, справа и сзади опухоль величиною с кулак с неясными границами, не особенно плотная.

Д и а г н о з: внематочная беременность с образованием *гематоцеле*.

Пульс был довольно удовлетворительный, явления внутреннего кровотечения были выражены не резко. Плохое состояние легких не позволяло спешить с операцией. Больная была уложена в постель и находилась под тщательным наблюдением. Опухоль в связи с повторяющимися по временам схватками то увеличивалась, то как будто уменьшалась. Пневмония долго не разрешалась, так что от момента поступления в больницу прошел период времени больше месяца. Наконец пневмония разрешилась, t° упала до нормы, опухоль в общем не уменьшилась, стала лишь плотнее. Во время одного из последующих исследований сверху была прощупана ясная пульсация опухоли, затем вышла из полости матки *decidua*. Больной была предложена операция, на которую та изъявила согласие.

Под хлороформным наркозом лапаротомия. Разрез поперечный по Pfannenstiel'ю. По вскрытии брюшной полости оказалось: конгломерат, окутанный сальником, который нижним своим краем плотно прирос к дну матки. Когда сальник был отделен от матки и прикрываемой им опухоли, оказалось: правая труба в середине утолщена до размеров куриного яйца, ампулярная часть трубы и яичник были окружены опухолью, выполняющей весь задний свод. Выявлено, что опухоль *гематоцеле*, покрытая довольно плотной фиброзной капсулой и плотно спереди сращенная с задней стенкой матки и влагалищным сводом, сзади с прямой кишкой, червеобразным отростком и петлей тонкой кишки. Поперечный разрез не давал свободно действовать, сращения отделялись с большим трудом. Наконец опухоль была благополучно выделена из сращений и удалена вместе с трубой. Послеоперационный период протекал без осложнений, и больная поправилась.

Есть поговорка: «все хорошо, что хорошо кончается». Но описанный случай показателен тем, что выжидание (в данном случае вынужденное) осложняет операцию, в конце концов все же неизбежную, и во многих случаях ухудшает прогноз.

Насколько легка бывает операция в свежих случаях, когда еще не успели образоваться сращения, настолько она бывает сложна в случаях запущенных.

На одном из заседаний акушерско-гинекологического общества Бекман сообщил о двух случаях внематочной беременности, оперированных им. В обоих случаях операция была произведена уже при значительно развившемся плоде. При отделении плодověместилища в одном случае были поранены *S-Romanum* и прямая кишка, а во втором слепая кишка. Обе женщины погибли.

Что дает нам выжидание даже в тех случаях, когда явления внутреннего кровотечения прекращаются и образуется *гематоцеле*? Помню случай, когда в больницу поступила женщина с явлениями внутреннего кровотечения. От предложенной операции больная категорически отказалась. Констатировав образование *гематоцеле*, мы не стали особенно настаивать на операции. В результате получилось нагноение *гематоцеле*, гнойник был затем вскрыт через задний свод. Больная пролежала в больнице несколько месяцев и выписалась с такими сращениями в малом тазу, которые заставляли нас раскаиваться в том, что мы своевременно не настаивали на операции, а больную в том, что она не согласилась на нее.

Шаута совершенно справедливо говорит: «если рассматривать прогноз с точки зрения, следует ли при каком-либо из различных исходов полное выздоровление, т. е. полное восстановление здоровья с отсутствием каких-либо симптомов, то во всех доступных врачебному знанию случаях на этот вопрос ответ получается отрицательный, так как даже благоприятные исходы в образовании *haematocele*, *lithopedion* и прорыв наружу сопряжены для женщины с более или менее сильными расстройствами, не покидающими ее годами и даже, быть может, всю жизнь».

Ввиду большой опасности, с которой сопряжен любой исход при выжидательном образе действия, необходимо принять за правило: всякую диагностированную внематочную беременность лечить оперативно, при чем безразлично—в первой или во второй половине беременности.

В качестве второго основного положения необходимо принять, что в каждом данном случае цель операции—полное удаление плодного мешка. Это удастся тем вернее, чем раньше произведена операция, так как по мере прогрессирования беременности получается высшая степень интралигаментарного развития, образуются все более многочисленные и плотные сращения, и тем значительнее становится васкуляризация.

Васен в своем обзоре 77 случаев внематочной беременности пишет: „При оперировании в более позднее время остается много толстых ложных перепонок, бывает кровотечение из плоскостных сращений, часть свернувшегося фибрина крови плотно держится на измененной брюшине, не говоря уже о том, что иногда нельзя бывает удалить весь мешок; во всех этих случаях приходится прибегать к тампонации или через задний свод, или же, что гораздо хуже, через брюшную рану; послеоперационное течение идет не так гладко, и окончательный результат операции не так совершен».

Следует ли выжидать, считаясь с интересами живого плода после 4-х месяцев беременности, как то рекомендует проф. Груздев? В этих случаях он рекомендует операцию делать возможно ближе ко времени полной зрелости и жизнеспособности плода. Не говоря уже о том, что случаи, где при внематочной беременности плод достигает нормальной зрелости, чрезвычайно редки. Трудно допустить, чтобы женщина, страдающая внематочной беременностью, согласилась добиваться жизни ребенка, если ей только ясно объяснить всю опасность, которая кроется для нее в продолжение внематочной беременности, и всю сомнительность спасения ребенка, который в большинстве таких случаев оказывается изуродованным. Справедливо ли подвергать мать смертельной опасности ради спасения сомнительной жизни плода?

В ы в о д ы:

1) Всякая диагностированная внематочная беременность должна лечиться оперативно.

2) Кровотечение в брюшную полость с явлениями коллапса не является противопоказанием к немедленной операции.

3) Выжидание опаснее операции.

4) Образование *haematocele* не гарантирует женщину от повторного и более опасного кровотечения.

5) Наклонность к нагноению при *haematocele* и образование спаек с внутренними органами является противопоказанием к выжиданию.

6) Во всех стадиях внематочной беременности выжидание лишь затрудняет последующую операцию и ухудшает прогноз.

Из кожно-венерического отделения
Ив.-Вознесенской 1-ой Губ. Совет.
б-цы.

Случай *Lichen ruber acuminatus acutus*.

Зав. отделением д-р С. В. Архангельский.

(Иваново-Вознесенск).

Интерес описываемого мною случая заключается во 1-х) в остром возникновении и дальнейшем развитии этого дерматоза, во 2-х) в возможной зависимости его в нашем случае от только что перенесенной больным рожи лица, в 3-х) в отсутствии ясно выраженных нервных симптомов, в 4-х) в обилии кожных поражений, в 5-х) в участии в процессе некоторых слизистых оболочек и в 6-х) в быстром эффекте от лечения мышьяком и аутогемотерапией.

Больной И., 34 лет, инструктор одного из союзов, в течения последних 3-х месяцев посещал нашу амбулаторию, лечась от аспе rosace-лица; 14-го февраля с. г. он заболел рожей лица и был помещен в уездную больницу, где и пролежал до 26/II. Во время болезни t° была 40° 39° и 38°, характер заболевания был довольно серьезный. Лечили больного смазыванием кожи лица ихтиоловой мазью, в конце лечения применялась цинковая мазь. 28-го числа больной снова явился на амбулат. прием в 1-ю Губ. больницу, желая продолжить лечение аспе rosacea; он попросил нас поглядеть на какую-то сыпь, появившуюся у него на туловище и на руках, между прочим нисколько его не беспокоившую. Нами сыпь была диагностирована, как типичный *lichen r. acuminatus*, и больной в тот же день был помещен в стационарное отделение кожных болезней.

Больной происходит из здоровой семьи; мать жива, ей 60 лет, она работает на фабрике; отец умер 53-х л. от рака желудка. Один из братьев умер от туберкулеза легких, другой жив и пользуется хорошим здоровьем; сестра—одна, здоровая. В 16 и 20 лет наш больной перенес крупозное воспаление легких; в 1925 г. страдал экземей обеих предплечий и лежал около 3-х мес. в больнице; с тех пор кожных заболеваний не имел.

С 1921 г. страдает бронхиальной астмой, приступы ее очень тяжелые— раз в год, острый период приступов астмы продолжается с неделю. От туберкулеза легких лечился 1½ мес. в 1925 г. в Крыму.

Больной не считает себя нервным; от своей работы (инструктор Губ. Союза) сильно утомляется. Жилищные условия удовлетворительны, кроме t° комнаты, которая в холодные дни не нагревается выше 4-5 градусов; имеется сырость. Питание 6-го удовл. Тоны сердца глуховаты, границы погм. Пульс прав., средн. наполн., 72 удара в 1'. Небольшая выпуклость грудной клетки в области аорты. Со стороны легких: ослабленное жесткое дыхание в обеих верхушках, выдохи и притупление перкуторного тона. Рассеянные свистящие хрипы в обоих легких, не исключая и верхушек. Нижние края легких несколько опущены. Со стороны других внутр. органов отклонений от нормы нет. Со стороны нервной системы: левое веко стоит ниже правого, глазные щели несколько неравномерны; незначительное уклонение углов рта влево при оскаливании (искусств. зубы!). Сменный дермографизм, незначительное дрожание век. Со стороны рефлексов нет уклонений от нормы, за исключением брюшных рефл., кот. вызвать не удастся. Тактильная чувствительность сохранена; щитовидная железа не прощупывается (исследование производил невропатолог б-цы— Лу н ц). Таким образом, со стороны нервной системы никаких отклонений от нормы нет кроме незначительных неврастенических явлений; неравномерность глазных щелей невропатолог объясняет дегенеративным характером.

К о ж а. На коже туловища, слегка розоватой, заметны многочисленные узелки белого цвета, выступающие над уровнем кожи; они тверды, покрыты на своей верхушке чешуйкой и при проведении по коже рукой дают впечатление терки. Чешуйка отделяется лишь с большим трудом. Кое-где узелки прободаются волосом. Зуд незначительный. Сыпь занимает шею, спину, живот, бока, наружную поверхность плеч, наружную и внутреннюю поверхность предплечий; на кистях, ладонях, ногах, ягодицах сыпи не заметно. На предплечьях вследствие слияния узелков образуются сплошные очаги. Узелки не сплошь занимают всю поверхность кожи, но сидят группами по 30-40 штук; между каждой такой группой видна или здоровая кожа, или эта. кожа покрыта слегка выступающими узелками телесного цвета или несколько розоватой окраски. На слизистых оболочках узелки ясно заметны на мягком небе, языке (слегка отечном) и слабо различимы на слизистой нижней губы. Цвет их белесоватый с перламутровым отливом. На волосистой части головы имеется резко выраженная себоррея, появившаяся, по словам больного, после выхода из рожистого отделения. Зная больного в течение последних 3-4-х месяцев, мы не замечали у него более или менее резко выраженной себорреи головы. Волосы с момента появления сыпи стали сильно выпадать. Шейные железы несколько увеличены; паховые прощупываются слева, других желез прощупать не удается. Слизистая гортани несколько гиперемирована. Потение после 2-х мин. световой ванны на всем теле, слабее на ногах. Со стороны ногтей никаких патологических изменений.

Анализ крови: Гемоглобина 92%, эритроцитов 5.066.000, лейкоцитов 6.800, полинуклеаров 56,5, лимфоцитов 30, мононуклеаров 8,5 эозинофилов 5,0.

Моча—Norm.; R. W. и R. M.—отрицательные.

Гистологическое исследование не дало той типичной картины, которую можно было бы ожидать, принимая во внимание клинические данные; тем не менее микроскопическая картина подтвердила наш диагноз (в срезах найдено: слой ороговшего эпителия утолщен и местами погружен в полости фолликул волос; местами он возвышается над утолщенным эпи-

телием, в котором клетки расположены вместо 3-5 рядов—в 7-12, изредка и более рядов. Ближайшие кровеносные сосуды расширены и окружены круглоклеточным инфильтратом, который особенно резко выражен возле фолликулов волос. Изменений в потовых железах и глубоком слое кожи не найдено).

В течение 10 дней мы не могли заметить к.-либо перемен в картине болезни; на 11 день появился значительный зуд на спине; здесь узелки от слияния образовали значительную инфильтрацию. Узелки несколько увеличились в размере. Цвет инфильтрата красноватый.

14/III. Зуд кожи менее сильный, себорройных отложений на волос. части головы меньше. Экзематизация на предплечьях и плечах значительная. Зуд лишь на местах инфильтрации и лишь во время ее появления.

15—24/III. Экзематизация постепенно уменьшается. На голове себоррея слабо выражена. Узелки в прежнем состоянии.

8/IV. Узелки стали значительно больше. Чешуек нет совершенно. Кожа слегка розовата, лишь местами несколько шероховата. На слиз. оболочках узелки исчезли.

17/IV. Кожа повсюду почти совершенно нормальная; лишь на некоторых местах слегка шероховата. Узелков не заметно. Себоррея на голове едва заметная.

Больному сделано 30 инъекций 1% arsenic., применялась также аутогемотерапия (7 inj. крови по 10,0); наружно—резорциновая мазь.

Описанный нами случай *lich. r. ac.* по характеру своего возникновения и по дальнейшему течению процесса безусловно относится к типу острых красн. лишая, встречающихся в дерматологической практике наиболее редко. Этиология этого заболевания, как мы знаем, до сих пор еще остается для нас неразгаданной. Вряд ли в нашем случае можно базироваться на нервной теории, на расстройствах функций эндокринных желез, на к.-либо дегенеративных, ярко выраженных у нашего б-го признаках. Только что перенесенная больным рожа лица невольно заставляет нас видеть в этом некоторую связь с появлением *l. r. ac.* На этом предположении я не думаю строить к.-либо теорий,—хочу лишь обратить на это обстоятельство (м.-б., случайное) особенное внимание дерматологов. Резкое потрясение организма стрептококковой инфекцией не могло ли дать толчок к возникновению остро-возникшего *lich. r. ac.*?

В нашем случае заслуживает внимания и интереса вовлечение слизистых в процесс заболевания, именно: слизистой нижней губы, мягкого неба и язычка. Из статьи д-ра Кожевникова (Русск. вестник дермат., № 6, 1925 г.) можно видеть, что по статистике Tratmann'a на 147 случаев кр. лишая небо поражалось в 17,1%, губы в 22,22%; по статистике Gautier на 28 случаев в 8-ми случаях были поражены губы и в 3-х небо.

Весь процесс у нашего больного продолжался 50 дней; не знаю—чему приписать поразительно быстрое выздоровление,—инъекциям ли мышьяка или аутогемотерапии? Жалею, что не придерживался одного вида терапии. В случае, описанном д-ром Кожевниковым, несомненный успех наблюдался именно от аутогемотерапии, хотя некоторые авторы не видели утешительных результатов от этого рода терапии (Nicolas), с другой стороны, некоторые (Leisler) от лечения мышьяком наблюдали лишь ухудшение.

Об энтеровакцинации против дизентерии *).

Д-р А. П. Береснев.

(Иваново-Вознесенск).

Объектом для опыта служили землекопы на постройке городского водопровода,—группа, являющаяся наиболее уязвимой в смысле желудочно-кишечных заболеваний.

В опыте принимают участие 365 человек, живущих в 4-х общежитиях, исключая 34 человек, которые группами по 5—8 располагаются по крестьянским избам в пригородном селе Авдотьине, месте центральных работ водопровода. Все приезжие—из Вологодской губернии, работают артелями по-сдельно. Средний заработок каждого доходит до 3 рублей в день.

Два общежития, где сосредоточена главная масса рабочих, расположены в центральной части города, остальные же два—за городом, в сосновом лесу, в дачных постройках. Помещения служат только для ночлега, т. к. все свободное время, за небольшими исключениями, рабочие проводят вне общежития. Питание у всех артельное, при чем каждому рабочему оно обходится в день до 1 руб. Обед и ужин состоят из 2-х блюд: довольно наваристых мясных щей или супа и каш; предпочтение отдается гречневой и пшенной. Мясо на обед у всех—порциями до 200 гр. или несколько больше. На ужин же в некоторых артелях принято мясо в «крошку» в супе или шах. Хлеб без ограничения. Рабочий день начинается с 5 часов утра. При отправлении на работу некоторые пьют горячий чай с хлебом, большинство же уходит с пустыми желудками или закусив небольшим куском хлеба. Когда было обилье огурцов, чай почти изгонялся, а утренняя пища состояла из солидного количества этих овощей с хлебом или без него. Около 11—12 часов дня обед, в 7—8 часов вечера ужин.

В общежитиях ни кваса, ни кипяченой (остуженной) воды нет. Во время работы все пьют сырую воду, какая попадется под руку, т. е. или из реки, или из ближайших колодцев; точно так же еда во время работ отмечается всеми. Конечно, о мытье рук говорить не приходится. Покупаются или дешевая колбаса, в летнее время почти всегда очень сомнительного качества, или еще более сомнительного качества студень, а при наличии огурцов—эти последние. Кроме того, за сравнительно немногим исключением, все любители выпить. Одни разрешают себе это 1 раз в месяц, другие—два, а некоторые и чаще. Большая часть выпивает умеренно—для «удовольствия», и только небольшой процент признает выпивку—не иначе, как «до-сыта». Баня посещается всеми еженедельно, точно так же сменяется и белье.

Подведя итоги данным предварительного обследования, увидим следующую картину.

Возраст, с которым мы манипулировали, колеблется от 18 до 56 лет, при чем по отдельным группам он распределяется так:

*) Настоящее сообщение является результатом работы, проведенной в течение строительного сезона 1925 г., и есть, собственно говоря, продолжение предпринятых нами ранее опытов по энтеровакцинации.

В о з р а с т	Г р у п п ы					В с е г о
	I	II	III	IV	V	
От 18 л. до 20 л. . . .	—	4	10	1	—	15
» 20 » » 30 л. . . .	13	30	60	10	29	142
» 30 » » 40 л. . . .	18	20	41	6	31	116
» 40 » » 50 л. . . .	3	18	28	14	10	73
старше 50 л.	—	4	10	2	3	19
Итого	34	76	149	33	73	365

Что же касается телосложения и питания, то 273 человека сложены и упитаны хорошо; остальные же 92, хотя и крепки по сложению, но питание выражено у них хуже. Лиц с плохим питанием и слабым телосложением ни в одной артели не обнаружено.

Состояние пищеварительного тракта до вакцинации представляется в следующем виде. Совершенно чистый язык отмечен у 173 человек; обложенный частично, у основания, у 97 и покрытый сплошным налетом у 95.

Зубы отсутствуют:

от 1 до 5 у	179 человек
» 5 » 10 »	69 »
больше 10 »	28 »
» 20 »	11 »

Итого у 287 человек

Кариозные зубы обнаружены:

от 1 до 5 чел. у	225 чел.
» 5 » 10 »	27 »
выше 10 »	4 »

Итого у 256 чел.

Десны разрыхлены, гноящиеся имеются у 6 рабочих; припухшие и легко кровоточащие у 33; болезненные, припухшие, изъязвленные у 1. На боли под ложечкой жаловались 27 человек, при чем постоянный характер они носят у 6 человек; появляются натошак, у остальных же—через 1—2 часа после еды. Тошнота отмечается у 28; из них 6 ее имеют натошак, остальные—вскоре после еды (через $1\frac{1}{2}$ —1 час). Рвота у одного рабочего почти постоянно натошак, у остальных 7 после еды (носит случайный характер—бывшая выпивка). Отрыжкой горечью до еды страдают 4, после еды 22, при чем у 8 она неприятная—«тухлыми яйцами». Боли в животе к моменту вакцинации отмечены у 7 человек. Понос накануне приема таблеток был у 37. Колебания в количестве позывов на низ от 2 до 10 в день. Фекальные массы жидки, почти без примеси слизи. У большинства понос протекает совершенно без болей. У одного он тянется около 10 дней, у остальных же давность его 2—3 дня.

После получения этих данных мы перешли к вакцинации, для какой цели так же, как и раньше, употребляли пентавакцину, предложенную проф. С. И. Златогорова м. В настоящем опыте были изменены только соотношения микробов. Оставив ту же общую цифру 100 миллиардов бактериальных тел, мы взяли по совету проф. С. И. Златогорова 50%

микробов группы дизентерии (т. е. b. Schiga-Crouse, Flexner'a и Hiss-Russel'я) и остальные 50% b. proteus и b. coli comm., выделенных от больных кровавыми колитами.

Кормление таблетками производилось утром натошак, исключая II-й группы, которой таблетки давались за 1 час до ужина, так что после последней еды (обеда) проходило не меньше 4-х часов.

Наблюдая за действием вакцины как в момент вакцинации, так и в течение 3—4-х дней после последней (исключение составляет IV группа, где после последней таблетки ежедневных наблюдений не было), мы отмечаем следующее любопытное явление: вторая группа дала целый ряд таких реакций, которые совершенно отсутствовали в других группах, кормленных натошак. Обычная реакция, которая отмечалась у всех групп,

I				II				III				IV				V				Итого			
Вакц. 28/VII				Вакц. 30/VII				Вакц. 29/VII				Вакц. 30/VII				Вакц. 26/VII				Вакц.			
1	2	3	Контр.	1	2	3	Контр.	1	2	3	Контр.	1	2	3	Контр.	1	2	3	Контр.	1	2	3	Контр.
—	—	18	16	1	2	50	23	—	—	106	43	—	—	17	16	—	—	48	25	1	2	239	123

исключая II-й,—это урчание в животе (24 чел.); как случайное явление, понос у 1-го и тошнота *) после 1-й таблетки у 1-го; после 2-й у 1-го и после 3-й—у 1-го. Что же касается II-й группы, то на общую слабость после 2-й таблетки жаловались двое в течение 4-х дней; 5 рабочих жаловались на сильные схватко-образные боли в животе после 3-й таблетки, при чем у 3-х из них значительно был обложен язык и все страдали поносами в продолжение 2-х дней. Понос отмечен в этой группе у 15 человек; при этом у одних (12 чел.) он был небольшой (2—6 раз за день) и тянулся 1—2 дня, так что работу они не оставляли. У остальных же, хотя продолжительность такая же, но частота испражнений и позывов на низ значительная (от 10 и больше); у двоих понос был до начала вакцинации и обострился под влиянием таблеток. Здесь интересно отметить другое любопытное явление: перед началом вакцинации во всех группах у нас зарегистрировано с поносами 37 человек, тогда как к концу 3-й вакцинации это явление сохранилось только у 2-х (явления хронического катарра желудка и кишечника). Тошнота среди рабочих II-й группы после 1-й таблетки у 3-х чел., после 2-й у 5 чел. и после 3-й у 1-го. Одновременно с тошнотой у 5-ти были боли в животе и у 4-х понос.

Эпидемия дизентерии в 1925 г. в гор. Иваново-Вознесенске по сравнению с прошлым годом была слабее. Поэтому для учета наших результатов мы отмечали вообще все кишечные расстройства, разделяя их на три группы:

1. Обыкновенные поносы (светло-желтые; серо-грязные испражнения).
2. Слизисто-водянистые поносы.
3. Поносы кровавые.

*) Случаи тошноты, бывшие до вакцинации, из этих всех цифр исключены, а равно и боли в животе и т. д.

Если теперь сгруппировать всех, как вакцинируемых, так и не вакцинируемых, в таблицу, то последняя выразится в следующем виде:

Общее колич. рабо- чих.	Вакци- ниров.	Конт- рольн.	З а б о л е л о					
			Вакцинирован.			Контрольн.		
			Обыкн. понос	Слиз. понос	Кров. понос	Обыкн. понос	Слиз. понос	Кров. понос
365	239	123	1	1	—	4	9	4

Итак, перед нами почти те же данные, какие были получены в 1924 году; если тогда мы учитывали только кровавые колиты и отметили благотворное влияние вакцины, то теперь результаты еще более убедительные.

Здесь нельзя обойти молчанием отмеченный нами факт как бы благотворного влияния таблеток уже на существовавшие до вакцинации поносы.

Лечебное действие вакцины подтверждено как нашими наблюдениями, д-ра К. Г. Глухова, а у нас в гор. Иваново-Вознесенске д-м Ш и ф н е р на детях. Опираясь на это, мы склонны видеть и здесь терапевтический эффект.

Если в прошлом мы говорили о впечатлениях, которые получились у нас от действия пента-вакцины проф. С. И. Златогорова, то сейчас мы уже склонны сделать более определенный вывод, а именно: пентавакцина безусловно оказывает иммунизирующее действие на кишечник и для борьбы с дизентерией и кровавыми колитами, особенно детского населения, является единственным верным,—как профилактическим, так, и лечебным—средством.

Из больницы «1-го мая» для туберкулезных больных в г. Костроме.
(Завед. д-р Ф. П. Чекалов).

О значении нахождения «палочек Коха» в мокроте при туберкулезе легких.

Д-р Ф. П. Чекалов.

(Кострома).

Разнообразие и изменчивость клинического течения туберкулезного процесса в легочной ткани, обуславливающих длинный ряд элементарных и сложных болезненных форм с самыми разнообразными исходами (от выздоровления до летального исхода), делают понятными такие резко противоположные определения туберкулеза легких различными авторами, как-то: «туберкулез—это острая инфекционная болезнь с безусловно смертельным исходом», «туберкулез—безопасное внедрение безвредного паразита в человеческий организм». Многочисленные причины как эндогенного, так

и экзогенного характера, влияют и обуславливают то или иное течение легочного туберкулеза, ту или иную клиническую форму, тот или другой его исход.

В расцвет бактериологической эпохи туберкулеза, начавшейся после знаменитого открытия Кохом возбудителя бугорчатки, все внимание медицинской мысли было обращено на туберкулезную палочку. В ней одной думали найти разрешение трудной проблемы туберкулеза. Но увлечение скоро сменилось разочарованием. Узко-бактериологическое понимание туберкулезного процесса уступило место конституциональному учению о патогенезе бугорчатки. Целый длинный ряд ученых и клиницистов-фтизиатров посвятили и продолжают посвящать свои труды этому вопросу.

В результате этих многочисленных работ устанавливается взгляд, что та или иная клиническая форма—соединительно-тканная или экссудативная, то или иное течение легочной бугорчатки, зависит от химизма его тканей, где заложено то или иное отношение к туберкулезной палочке.

Конституция заслонила собой палочку. Врачебная мысль в настоящее время при изучении больного туберкулезом ищет объяснения особенностей того или другого течения у данного больного в его конституциональных основаниях, мало придавая значения главному виновнику всей разыгрывающейся перед нашими глазами болезненной картины, т. е. палочке Кох'а. Я вовсе не хочу умалять громадное значение, какое имеет та или другая конституция в патогенезе и в ходе развития туберкулезного процесса, но, тем не менее, мне хотелось бы только обратить внимание врачей-клиницистов, что и туберкулезная палочка налагает свою печать на течение легочной бугорчатки и, несомненно, влияет на исход болезни в зависимости от того, выделяет ли больной с мокротой палочку или не выделяет. Между тем эта сторона вопроса в учении о туберкулезе мало или почти вовсе не разработана. У каждого практического врача, имеющего дело с большим количеством туберкулезных больных и присматривающегося к открытым и закрытым формам бугорчатки, должно сложиться убеждение в различном течении этих двух видов туберкулезного процесса.

Хотя факт ненахождения в мокроте палочек при современных способах окраски не может служить бесспорным доказательством отсутствия их у данного больного, однако всеми фтизиатрами признается деление туберкулеза легких на «открытые» и «закрытые» формы. Некоторые авторы, правда, указывают, что «с диагнозом закрытого туберкулеза зашли очень далеко». De la Camp, например, считает, что в трети всех случаев, когда ставится диагноз закрытого туберкулеза, его на самом деле нет; Френкель считает даже в 60%, а Блюмель в 80%. «Может быть, правильнее было бы сказать,—пишет Н. М. Рудницкий (по которому я цитирую),—как раз наоборот: во многих случаях, когда имеется туберкулез или, точнее сказать, туберкулезная интоксикация, ставятся другие диагнозы, как-то: истощение, малокровие, невращения и т. д. Но, как бы то ни было, факт остается фактом. Клиника нам показывает, что есть случаи туберкулеза легких, которые текут с самого начала с выделением палочек—открытые формы, и есть такие больные туберкулезом, которые во всю свою жизнь не выделяли палочек, несмотря на явные клинические данные, свидетельствующие у них наличие туберкулеза—закрытые формы».

Известен опубликованный Монто целый ряд случаев туберкулеза легких с глубокими изменениями легочной ткани, в которых повторные микроскопические исследования не открыли вовсе туберкулезных бацилл. Мы, со своей стороны, наблюдали два случая с громадным разрушением легочной ткани, окончившиеся летально и не давшие ни разу палочек Кох'а. Один из этих случаев был проверен аутопсией, которая обнару-

жила казеозное поражение правого легкого: легкое было все расплавлено, и, несмотря на это, больной при многократных исследованиях мокроты в течение нескольких лет не дал ни одного раза положительного результата. Правда, такие случаи представляют почти исключение, но они, все-таки, заставляют задумываться над причиной такого явления, так как нельзя объяснить в этом случае невыделение палочек обычным (далеко неудовлетворительным) шаблонным утверждением, которым объясняют вообще закрытые формы, что туберкулезные очаги не были связаны с выводящими путями.

Смертный исход при закрытых формах легочного туберкулеза, как я сказал, явление исключительное. По данным Костромской больницы «1-ое Мая», для туберкулезных больных процент смертности среди больных, не выделявших палочек Кох'а, был равен 1,7%, т. е. умерло из 180 таковых больных только три человека, при чем двое из них умерли от осложнений, от других заболеваний и только один, упомянутый выше (Сапожников), умер от туберкулеза легких. Второй больной умерший от туберкулеза легких не выделяя палочек, был наблюдаем мною в частной практике.

В это же время в больнице из 253 бацилловыделителей было 75 случаев со смертным исходом, и процент смертности среди них был равен 29,6%.

В нашей больнице имеются еще относящиеся к разбираемому вопросу наблюдения над теми больными, которые были подвергнуты лечению внутривенным введением хлористого кальция. Всех больных, подвергнутых кальцио-терапии в 1924 и 1925 г. г., было 109 человек; из них 47 было бацилловыделителей и 62 не выделяли бацилл Кох'а. Согласно наведенным, по моей просьбе, Костр. Тубдиспансером справкам (за что приношу благодарность Завед. Тубдиспансером С. М. Шебшаевич) оказалось, что все 62 человека, не выделявших Кох'а, и по сие время живы, а из 47 бацилловыделителей за период в два года в живых осталось 22, о пяти сведений нет, и 20 человек умерло; следовательно, процент смертности среди бацилловыделителей, подвергнутых кальцио-терапии после двух лет протекших после лечения, равен 47,6. Разница, как видно,—громдная.

Факт нахождения палочек влияет не только на увеличение процента смертности, но и кладет особый отпечаток на всю клиническую картину легочного туберкулеза, делая предсказания плохим или, в крайнем случае, сомнительным, уменьшает возможность восстановления утерянной трудоспособности, обуславливает более тяжелое течение процесса в легких, затягивает время для получения компенсации легочного процесса и тем приковывает больного на гораздо больший срок сравнительно с теми туберкулезными больными, которые не выделяют палочек Кох'а.

По данным больницы «1-ое Мая», опубликованным в № 1 «Вопросы туберкул.» 1926, при обработке 433 историй болезни каждый бацилловыделитель провел в больнице 67,7 дней, в то время как на долю не выделявших палочек падает в среднем на каждого только 48 дней. Большинство (60%) среди бацилловыделителей были одержимы тяжелыми формами туберкулеза, а именно С-III; при выписке эти же больные дали 52% С-III. В это же время не имевшие в мокроте палочек дали вместо 60 случаев с В-II при поступлении только 10 В-II при выписке, а вместо поступивших в больницу 66 случаев В-III,—при выписке их было отмечено только 7; число же компенсированных в группе, не выделявших палочек, значительно возросло: вместо 13% при поступлении до 85% при выписке. Что касается трудоспособности, то у бацилловыделителей при поступлении она была утрачена у 90% больных, при выписке же у 61%, а у не выделявших палочек трудоспособность при поступлении была утрачена у 42%,

а при выписке только у 6%. Из этих данных вытекает, что существует громадная разница в клиническом течении между теми туберкулезными поражениями легких, при которых имеются в мокроте палочки Кох'а, и теми, когда в мокроте их нет. На этот факт многими фтизиатрами мало обращается внимания. Что присутствию или отсутствию палочек Кох'а (*B. K.*) мало придавали и придают до сих пор значения, видно хотя бы уже из того факта, что, несмотря на обязательность для всех туб-учреждений классификации легочного туберкулеза, принятой на 2-ом Всероссийском туберкулезном съезде и предлагающей отмечать буквами *BK* наличие Кох'овских бацилл, в научных работах по туберкулезу при определении формы болезни многие авторы фиксируют только функциональную и анатомическую характеристику принятыми условными обозначениями (*A-I. . . . C-III*) и обычно редко отмечают наличие в том или другом случае палочек Кох'а, имеющих, как видно из вышеприведенных данных, громадное влияние на клиническое течение туберкулезного процесса в легких и большое значение в деле прогноза каждого отдельного случая легочного туберкулеза.

Необходимо было бы, по нашему мнению, на будущем Всероссийском туберк. съезде сделать подтверждение, что обозначение буквами *BK* наличия Кох'овских бацилл не есть факультативное дополнение, а один из важных элементов основной классификации.

Из санитарно-химического отделения
Костромского Сан. Бак. Института
имени Н. А. Семашко (директор Ин-та
В. Э. Куни).

Состав Костромских сыров, приготовленных по голландскому способу.

В. Э. Куни.

(Кострома).

Некоторые уезды Костромской губернии, богатые заливными лугами, издавна являются центрами сравнительно значительного сыроварения. По данным, полученным нами в Костромском Сырсоюзе в 1924 году, в губернии работало 128 артельных и 21 частных сыроваренных заводов, обслуживающих 25500 хозяйств с 38250 коровами; каждый завод перерабатывал в среднем от 105—110 тонн молока. В 1924 году всего на всех заводах было переработано 15865 тонн молока в 1475 тонн сыра и 78,6 тонн подсырного масла. 90% этого количества вывезено за пределы губернии,—главным образом, в Москву, Ленинград и Харьков, и лишь 10% потреблено на месте. Вследствие этого представлялось интересным изучение состава сыра местного производства с целью установления некоторого среднего состава, как руководящей нормы в дальнейшем при оценке качества местных сыров. Однако отсутствие объединяющей отдельные кооперативные сырзаводы организации не давало возможности получить нужные для этой цели образцы. В 1924 году в губернии организовалось 3 кооперативных центра, объединивших почти все работающие заводы, и всеми ими в конце 1924 года были устроены конкурсы сыров, изготовленных их членами—сырзаводами. Институту удалось договориться с руководителями этого дела и получить пробы всех сыров, предоставленных в конкурсные комиссии. Всего, таким образом, было получено 68 образцов сыра (29 от Костромского Сырсоюза, 20 от Костромского Райсоюза и 19 от

Буйского Сырсоюза). Кроме того в обзор включены 30 образцов сыра, исследованных в Институте в разное время с 1920 по 1925 год по разным поводам.

Не имея возможности за громоздкостью привести здесь данных всех выполненных Институтом анализов сыров, я ограничусь лишь приведением средних, максимальных и минимальных данных исследовавшихся сыров:

	Вода	Жир	Азот. вещ.	Зола	В ней NaCl	В сух. вещ.		Отноше- ние жира к азот. вещ.
						Азот.	Жир.	
Среднее из 98 образцов	36,7	30,5	25,5	5,6	3,0	40,4	48,1	1,19
Максимум	43,9	37,9	32,0	7,2	6,7	49,5	59,1	1,81
Минимум	23,1	21,5	18,8	3,9	1,0	28,6	30,1	0,86

Оболочки сыров, за исключением вовсе не окрашенных, все были окрашены родамином.

Если мы сравним полученные нами средние цифры с таковыми же, полученными Косолаповой (данные получены из Костромского Сырсоюза) в Вологодском Институте Молочного Хозяйства, в результате анализа 34 образцов Костромского сыра в 1915 году:

Вода	Жир	Азот вещ.	Молочн. сахар	Зола	В ней NaCl	В сух. вещ. Азот. вещ.	Жир.	Отношение жира к азо- тист. вещ.
32,5	32,1	25,7	3,2	6,1	3,4	38,1	48,2	1,27

и со средними цифрами состава сыров Ярославской губ. по данным Ярославской молочной лаборатории за 1912 год*):

34,4	32,6	25,3	1,4	6,3	3,2	38,6	49,7	1,29,—
------	------	------	-----	-----	-----	------	------	--------

то не отметим существенной разницы. Приводимые König'ом**) данные о составе Ярославских сыров, приготовленных по голландскому способу (данные относятся к 1909 году), также в общем дают те же самые цифры. Таким образом, мы можем сделать вывод, что состав наших сыров за рассматриваемое время более или менее постоянен.

За последние годы в целом ряде стран (Голландия, Дания, Норвегия, Швейцария) установлена норма***), в силу которой жирным сыром, приготовленным из цельного молока, считается лишь сыр с содержанием жира по меньшей мере в 45% по отношению к сухому веществу. Сыры нашего района, как видно из приведенной таблицы, в 71 случае (или 77,6%) содержат жира свыше 45%, в 20 случаях (20,4%) от 40 до 45% и в 2 случаях (2%) содержат жира меньше 40%.

Что касается величины отношения—жира: азотистые вещества (в сухом веществе), то в 12 случаях (13,6%) это отношение равно или меньше 1; во всех остальных оно превышает эту величину.

*) Данные получены в Костромском Сырсоюзе.

**) J. König's.—Chemie der Menschlichen Nahrungs und Genussmittel. Nachtrag zu Band I, стр. 498.

***) D-r A. J. Swaving.—Zeitschrift für Untersuchung der Nahrungs und Genussmittel, Band 45, стр. 6.

Содержание воды варьирует в значительных пределах и в среднем выше довоенных средних цифр. Не имея сведений о возрасте всех исследованных нами сыров, а также не зная возраста ранее исследованных сыров, мы можем высказать лишь предположение, что ранее нас исследованные сыры были более зрелыми. Изложенное выше позволяет установить в качестве нормы для жирных сыров, приготовленных в нашем районе по голландскому способу, наименьшее содержание жира в сухом веществе в 45%; отношение—жир: азотистые вещества—должно быть для сыров, приготовленных из цельного молока, больше 1, как свойственное местному составу молока. При отношениях меньше единицы можно думать о частичном обезжиривании молока перед переработкой его на сыр.

Вкусовые качества местных сыров, за редкими исключениями, не высоки, что повидимому объясняется низкой квалификацией мастеров и недостаточной выдержанностью сыров, дефектами оборудования подвалов для выдержки сыров на сырзаводах до выпуска их в продажу и недостатком чистоты при сборе и доставке молока. Большинство анализов сыра выполнено лаборантом Института—химиком В. А. Сериковым.

Из санит.-химической лаборатории
(зав. проф. А. В. Памфилов) Иваново-
Вознесенского Микробиологического
Ин-та (директор д-р А. П. Береснев)

«Динамический» метод определения анилина.

Проф. А. В. Памфилов.

(Иваново-Вознесенск).

Недавно М. К. Гродзовским ¹⁾ описан новый метод количественного определения анилина в воздухе, названный им «динамическим».

Анилину, занимающему одно из центральных мест в качестве источника профессиональных отравлений, особенно существенному в нашем районе, за последнее время уделено в соответствующей литературе большое внимание. Ряд работ в этом направлении, посвященный самой методике исследования, касается способов определения анилина в растворе ²⁾, а так как обычно концентрации анилина в воздухе слишком малы для того, чтобы для его определения могли быть применены обычные методы анализа газа, т. е. непосредственное исследование сравнительно небольшого объема, содержащего анилин воздуха, то приходится прибегать к так называемому аспирационному методу—иначе говоря, к предварительному поглощению анилина при просасывании, с большей или меньшей скоростью через поглотитель (обычно 10—20% серную кислоту весьма большого объема исследуемого воздуха).

¹⁾ М. К. Гродзовский.—Гигиена труда, 1926 г., № 10/11, стр. 53.

²⁾ Что касается до анализа водных растворов анилина, то мне представляется здесь наиболее удобным его бромометрическое определение, условия которого применительно к небольшим концентрациям разработаны в нашей лаборатории (см. А. В. Памфилов и В. Е. Киселева, Гигиена труда, 1926 г., № 7/8, страница 41). А. В. Памфилов.—Zeitschrift f. Analytische Chemie, 69, 282 (1926). Для очень слабых концентраций целесообразнее также электрометрическое определение молекулярным бромом, описанное мной и В. Е. Киселевой в работе, печатающейся в Химической части журнала Русского Физико-Химического О-ва и Zeitschrift f. Analytische Chemie.

Эти условия работы, являющиеся обычными для соответствующих профессионально-гигиенических исследований, сравнительно громоздки, требуют применения специальной аппаратуры и кроме того обладают известными методическими недостатками, а именно: для получения в поглощающем растворе достаточной для обычного количественного анализа концентрации определяемого объекта приходится пропускать через поглотитель большой объем исследуемого воздуха, что даже при весьма значительной скорости просасывания, допустимой, например, при определениях анилина, растягивает время забора пробы на несколько часов, и, таким образом, получаемая концентрация является некоторой средней величиной за исследованный период. Поскольку при более или менее стационарных условиях работы это обстоятельство и не имеет особенного значения, если не считаться с затратой времени, все же в отдельных случаях этот недостаток метода весьма существенен, не давая возможности ясно характеризовать отдельные моменты производства,—например, повышенное содержание анилина в процессе травки при получении его соли. Между тем эта последняя операция, длящаяся в главной своей части около получаса, часто производится непосредственно в соответствующих отделениях на текстильных фабриках в весьма примитивной обстановке без достаточной вентиляции, представляя собою, таким образом, весьма опасный с точки зрения профессиональной гигиены момент производства. Этот общий недостаток аспирационного метода еще более резко выявляется в случаях, допускающих лишь очень малую скорость аспирации.

Поэтому ясно бросается в глаза преимущество предлагаемого Гродзовским колориметрического метода, заключающегося в том, что в месте анализа вывешиваются полоски батиста, пропитанные раствором хлората алюминия, содержащего небольшую примесь катализатора—хлористого ванадия. Через тридцать минут эти полоски, более или менее сильно окрасившиеся вследствие образования черного анилина или, точнее, его промежуточных продуктов в результате окисления хлоратом поглощенных батистом паров анилина, снимаются и через известный промежуток времени закрепляются промыванием в растворе бихромата, как это обычно делается при крашении черным анилином. Затем образчики сравниваются с соответствующей штандартной шкалой ³⁾, для чего еще нужно одновременно с развешиванием образцов измерение температуры и влажности воздуха, так как при изменении этих факторов несколько сдвигается шкала окрасок. Не касаясь деталей метода и условий работы, более или менее подробно изложенных в цитированной статье, я затрону только некоторые вопросы, возникшие при применении его в нашей лаборатории.

На мой взгляд направление развития методики профессионально-гигиенического исследования воздуха должно, по возможности, быть менее связанным с обычными методами анализа, ибо эти последние в настоящем своем состоянии имеют дело преимущественно со сравнительно большими концентрациями, а, следовательно, требуют применительно к данной области экстрагирования определяемого ингредиента из большого объема исследуемой среды, т. е. пользования громоздкими и длительными аспирационными методами. Именно поэтому динамический метод нельзя не признать большим достижением. Но, с другой стороны, следует отметить его недостаточную разработанность, что до известной степени может оправдать недоверчивое к нему отношение, с которым мне приходилось встречаться. Говоря принципиально, динамический метод должен давать повышенные, сравнительно с истинными, результаты, так как, если адсорб-

³⁾ Соответствующая зарисованная шкала была любезно предоставлена мне М. К. Гродзовским.

ция анилина и его взаимодействие с хлоратом на батисте протекает с достаточной скоростью, то при сравнительно большом времени экспозиции, рекомендуемом Гродзовским, здесь могут сказаться явления диффузии анилина из окружающего пространства. Это обстоятельство само по себе не имеет практического значения, так как установление стандартной шкалы производится в аналогичных условиях. Но при практической работе воздушные течения, имеющие место в фабричной атмосфере, могут, вообще говоря, заметно повысить получаемые результаты.

Хотя, по данным Гродзовского, эти воздушные течения заметным образом не влияют на результаты определений, тем не менее мне представляется, что это обстоятельство требует обоснования на большем опытном материале.

Далее, применение для образования черного анилина хлората в форме алюминиевой соли, пожалуй, не совсем удачно, так как это соединение относительно мало устойчиво. Правда, оно является более реакционно способным. По описанию Гродзовского раствор хлората алюминия, приготовляемый для пропитывания реактивной ткани, имеет запах хлора или его окислов, указывающий на начало разложения. Поэтому хранящаяся пропитанная раствором ткань все время находится под действием выделяющегося хлора, действующего на нее разрушающим образом настолько заметно, что ткань долго хранящихся заготовленных образцов сильно разрушается ⁴). Весьма вероятно, что наличие на ткани большего или меньшего количества хлора сказывается на интенсивности получающихся при взаимодействии ее с анилином окрасок.

Наша лаборатория в последнее время применяет для пропитывания ткани более слабые (приблизительно 30%) растворы хлората. На таких образцах выделение хлора незаметно и вместе с тем меньше разнообразия получающихся при последующей обработке добавочных оттенков, затрудняющих колориметрирование.

Во всяком случае приготовление раствора и пропитывание ткани требуют вполне точной стандартизации. Весьма существенное влияние оказывает также и сорт применяемого батиста. Необходимо брать наиболее тонкие и густые его сорта. В практике нашей лаборатории попадались образцы батиста, которые совершенно не давали возможности работать с ними, так как сравнительно нормально образовывавшаяся первоначально окраска затем очень быстро ослабляла свою интенсивность, в отдельных случаях до почти полного ее обесцвечивания. По нашим наблюдениям это влияние сорта батиста—значительно резче отмечаемого Гродзовским влияния кислотных и щелочных паров воздуха. Точно так же нам далеко не всегда удавалось перевести мешающий колориметрированию красноватый тон окраски образца в синий соответствующим подкислением при хромировании или же, наоборот, последующим промыванием содой уничтожить зеленоватый тон, как это рекомендует Гродзовский. Очень часто образцы сильно и сравнительно быстро (в течение нескольких дней) выцветают при хранении в закрытом сосуде. Вообще нужно отметить, что добавочные тона получающихся окрасок реактивных тканей представляют собою одно из основных затруднений метода. Нам почти никогда не удается получить как в лаборатории, так и в фабричных условиях вполне чистого тона, что сильно затрудняет колориметрирование и лишает способ характера вполне количественного метода. Мы предпочитаем за последнее время хромировать образцы слегка подкисленным 0,5% раствором бихромата,—например, содержащим в 100 куб. см. 10 капель 10% соляной ки-

⁴) Закрытая и защищенная от света банка с образцами, приготовленными по указаниям Гродзовского, вскоре окрашивается выделяющимся хлором.

слоты. В отдельных случаях такое хромирование дает весьма ровные тона по сравнению с параллельной обработкой одним бихроматом.

Следует добавить, что образцы до хромирования имеют более ровный и правильный тон. После же этой обработки появляются дополнительные, большею частью красновато-фиолетовые тона. Кроме того часто именно хромирование ускоряет выцветание образцов, несколько дней до хромирования сохранявших ровный синий тон ⁵⁾.

Затем нужно обратить внимание на то обстоятельство, что сама штандартная шкала составлена для слишком густых окрасок. Поэтому ступени ее, особенно в больших концентрациях, плохо различимы. В этом отношении целесообразнее попытаться уменьшить время вывешивания образцов, что одновременно уменьшит и влияние воздушных течений. Правда, здесь заранее можно опасаться, что при общем снижении интенсивности окрасок на последних будут больше сказываться именно дополнительные тона.

Все отмеченные недоразумения требуют дальнейшей разработки для того, чтобы метод получил вполне штандартизованный и количественный характер.

Наконец нельзя не обратить также специального внимания на резкие расхождения калориметрического и аспирационного методов. По данным Гродзовского, аспирационный метод при большой скорости просасывания (4—5 литров в минуту) дает весьма пониженные результаты в то время, как при медленной аспирации (0,25—0,4 литра в минуту) получаются величины, весьма близкие к фактическому (по расчету) его содержанию. На основании этого Гродзовский считает, что аспирационный метод при большой скорости просасывания дает неверные пониженные результаты. Причиной этого, по его мнению, является не неполнота поглощения, так как контрольные склянки не содержат анилина, а то обстоятельство, что при разных условиях аспирации различные условия поглощения анилиновых паров, захватываемых вследствие своего большего удельного веса все в меньшем и меньшем относительном количестве из смеси с воздухом, параллельно с увеличением скорости аспирации. Ряд опытов, проведенных нашей лабораторией на нескольких фабриках, действительно дал значительное расхождение, но между всеми тремя методами: динамическим, аспирационным с большой скоростью (т. е. при аспирации так называемым пылесосом) и аспирационным с малой скоростью. При этом числа, даваемые динамическим и пылесосным методами, всегда получались разных порядков, отличаясь одни от других, как видно из прилагаемой таблицы, приблизительно в десять раз. Из той же таблицы следует, что, хотя при малой скорости просасывания и получаются результаты, значительно (часто в два раза) большие пылесосных и только в очень редких случаях совпадающие с последними, тем не менее результаты обоих аспирационных методов одного и того же порядка, отличаясь, таким образом, вместе, весьма значительно от результатов динамического метода и сравнительно меньше друг от друга. Не касаясь детального обсуждения возможных причин такого расхождения нельзя не признать, что они требуют более систематической проверки соответствующих методов, чем это имело место до сих пор.

⁵⁾ Следует отметить, что весьма существенным является хорошее промывание образцов после хромирования. Плохо промытые образцы, особенно, если они хромировались с подкислением минеральной кислотой, быстро выцветают почти нацело.

Т А Б Л И Ц А

результатов сравнительного определения анилина.

	Содержание анилина в миллиграммах на литр воздуха по данным:		Продолжительность работы		Пропущено литр. воздуха через поглотитель		Место работы, время вывешивания образцов	
	Динамического метода	Аспирационного при скорости аспирации:		Аспиратора	Пылесоса	С аспиратором		С пылесосом
		0,3-05	10					
	литр. в мин.							
1	0,2 0,1-0,15 0,09 0,06 0,08	0,016	0,012	120	80	41	668	<i>БИВМ. 5 I, 1927.</i> Черноанилиновая сушилка на расстоянии 1,5 м. от камер и на высоте 1,5 м. Время опыта 12 ч. 45 м.—14 ч. 45 м. Первые два образца вывешены вместе с 12 ч. 45 м. Три последние с 13 ч. 30 м.
2	0,2 0,1-0,15 (0,25) (0,25)	0,018	0,012	120	90	28	945	Там же. 6, I, 1927. Время опыта 11 ч. 30 м.—13 ч. 40 м. Первые два образца с 11 час. 40 мин. Вторые—с 12 ч. 15 мин.
3	0,08 0,09 0,15 0,2-0,15	0,016	0,011	120	90	41	870	Там же. 6, I, 1927. Место забора пробы несколько ближе к передней части камер. Первые два образца с 12 ч. 55 м., 4 и 5 с 14 ч. 30 м.
4	0,1 0,09 0,08	0,023	0,02					7, I, 1927. Печатные сушилки с 13 до 15 часов.
5	0,15 0,2 0,15 0,1	0,027	0,01	120	85	40	786	<i>НИВМ 15 I, 1927.</i> Черноанилиновые плюсовки. На расстоянии 1 м. от товара. Время опыта с 9 до 11 ч. Первые два образца с 9 час. 10 м. Вторые—с 10 ч. 25 мин.
6	0,09 0,09 0,09	0,007	0,003	60	30	28	291	19, I, 1927. Зрельно - запарочное отделение с 8 до 10 ч. Первые два образца с 8 ч. 10 м. Третий с 9 ч.
7	0,05 0,1 0,1	0,011	0,005	90	55	40	598	19, I, 1927. Там же. с 14 час. до 15 ч. 30 м. Первый образец с 14 ч. Второй и третий с 15 ч.
8	0,15 0,15 0,09-0,1 0,09-0,1 0,04	0,014	0,007	60	40	28	370	20, I, 1927. Красковарка. Во время „травки“ анилина, продолжающейся около 30 минут. Первые два образца вывешены в момент начала травки. Следующие два по снятии первых, когда травка была закончена. Непосредственно после них вывешен последний образец.
9	0,09 0,1-0,15 0,04 0,03	0,01	0,005	60	40	28	360	Как предыдущий. Два первые образца во время травки. Два вторые через час после травки.

В приведенных определениях образцы батиста вывешивались всегда ровно на 30 минут. Анилин поглощался ватой, смоченной серной кислотой.

Проба забиралась в тех же местах, где вывешивались образцы, просасыванием воздуха двойным аспиратором и параллельно пылесосом. Поглощенный анилин определялся титрованием бромометрически. В пробах, полученных с аспиратором, в виду малой концентрации применялось электрометрическое титрование. Большая часть приведенных определений сделана химиком лаборатории А. В. Лебедевым, рядом наблюдений которого я воспользовался в настоящей статье.

Нельзя не отметить, что сравнительно молодая методика профессионально-гигиенических исследований, особенно применительно к анализам воздуха, вообще говоря, находится в мало удовлетворительном состоянии. Соответствующие методы часто без достаточной проверки, заимствованные из обычной области их применения сравнительно высоких концентраций, очень часто оказываются или совсем непригодными в применении к санитарно-гигиенической практике, или дают весьма далекие от истинных результаты. Как на примеры, можно указать на диазометрический метод определения анилина, когда он применяется непосредственно к получаемым после аспирации растворам анилина, или баритовый способ определения уксусной кислоты, дающий в небольших концентрациях по данным Куни и Никольского доходящую до 100% ошибку⁶⁾.

Все это заставляет вообще уделять больше внимания как изучению методики работы, так и согласованию применяющихся методов анализа. Особенно необходима эта согласованность, учитывая большое развитие небольших провинциальных плохо оборудованных лабораторий, нередко с мало специально подготовленным персоналом, результаты работы которых трудно поддадутся оценке и сравнению.

И теперь при просмотре соответствующей литературы иногда приходится встречаться с материалом, удельный вес которого трудно определить, особенно при отсутствии определенных указаний на метод и условия работы.

Резюмируя, можно сказать, что «динамический» метод определения анилина весьма целесообразен по идее, очень удобен практически, давая возможность более широкого масштаба работы, совершенно недостижимого при пользовании аспирационным методом. С лета прошлого года этот метод был введен в обиход нашей лаборатории, и с тех пор нами было проведено с его помощью около полутора тысячи определений, включающих в себя ряд более или менее систематических обследований многих ситце-печатных фабрик Иваново-Вознесенской губернии. При пользовании аспирационным методом мы не могли бы дать сколько-нибудь соизмеримого количества анализов.

Хотя абсолютное численное значение получаемых концентраций анилина для меня лично несколько сомнительно, тем не менее подобные обследования, требующие сравнительно немного времени и труда, дают ясную картину распределения анилина в атмосфере фабричных помещений, отмечают источники его проникновения в нее и наиболее опасные места, тем самым определенно указывая на моменты, требующие вмешательства охраны труда; с другой стороны, они наглядно показывают результаты

⁶⁾ М. К. Гродзовский. — Анализ воздуха в промышленных предприятиях. Москва, 1925, стр. 154 и 124, (ср.: А. В. Памфилов и Г. Ф. Филиппычев. — Гигиена труда, 1926 г., № 1, стр. 45; Э. В. Куни и С. Н. Никольский. — Там же, 1927 г., № 2, стр. 41).

произведенных улучшений. Поэтому целью настоящей статьи я считаю: обратить внимание работников соответствующей области на практические достоинства динамического метода и вместе с тем на необходимость попутной разработки отмеченных выше его дефектов и неясностей. Из этих последних основными являются: 1) условия хромирования, 2) приготовление реактивной ткани, 3) согласование цифровых данных с данными аспирационного метода.

Санитарное состояние фабрики «Заря социализма» в с. Гаврилов-Ям, Ярославской губ. и быт ее рабочих.

И. И. Трясунов и В. М. Троицкий.

I. Исторический обзор и современное положение фабрики

Основание фабрики относится к 60 годам прошлого столетия. В эти годы крестьянином села Великого, Ярославского уезда, Алексеем Васильевичем Локаловым, занимавшимся торговлей льном и пряжей, была поставлена в с. Гаврилов-Ям небольшая фабрика ручного ткачества с отбельным отделением. В 1871 году приступлено было к постройке механической льнопрядильни, которая с постановкой машин в количестве 24 ватеров со всеми приготовительными машинами продолжалась около года. Работа в льно-прядильной началась с февраля 1872 года. Приводилась в движение паровой машиной в 300 индикаторных сил. В 1874 г. к прядильному корпусу пристраивается здание для механической ткацкой, работа в которой производилась на 111 механических станках до 1879 г. В этом же году был поставлен отдельный ткацкий двух-этажный корпус, куда были перенесены все имеющиеся станки и прибавлено еще 229. Прядильная тоже увеличилась до 48 ватеров со всеми приготовительными машинами. Годовая выработка в это время достигла 45 тысяч пудов пряжи, от № 8 до 80, и 63 тысячи кусков по 50 аршин полотна, коломенки и салфеток. Рабочих насчитывалось на фабрике до 2500 человек.

В 1889 году на фабрике было установлено электрическое освещение вместо бывшего до сих пор газового. В дальнейшем развитие фабрики шло быстрым темпом: делались пристройки, строились новые корпуса, перевозились машины и с каждым годом выработка увеличивалась и улучшалась.

В 1896 г. 11964 веретена (64 ватера) вырабатывали до 100.000 пуд. пряжи, а 545 механических станков выпустили 120.000 кусков по 50 арш. разных льняных товаров.

В 1913 г. (в период наибольшего расцвета) фабрика имела 20.300 веретен, вырабатывающих пряжи от № 2 до № 180 по 144.130 пуд., а ткацкая выпустила с 963 станков 224.240 кусков по 50 арш. различных полотен, салфеток и других льняных товаров. Число рабочих достигло до 4000 человек. Кроме того имелись белильное и отделочное отделения. Общая мощность паровой установки была в 2380 лошадиных сил.

В 1913 году фабрика перешла к новым владельцам — Рябушнским, и в этом же году была начата постройка нового одноэтажного фабричного корпуса по последнему слову техники на 1000 ткацких станков и электрической станции, так как фабрику проектировалось электрифицировать. Постройка была закончена в 1916 году, но не оборудована вследствие прекращения сношений с заграницей. С 1914 г. фабрика усиленно стала работать товары для военного ведомства, для которых потребовались низкие и средние №№ пряжи. Поэтому ватера, вырабатываю-

щие пряжу от № 46 и выше, были остановлены, а остальные пушены в две смены. Выработка прядильного отделения за 1916 год достигла 197.126 пудов пряжи. Соответственно с этим увеличилась производительность и ткацкого отделения, так как часть станков была пушена в две смены.

С начала основания фабрики работа происходила круглые сутки сменно, а с 1885 года в связи с изданием закона, запрещавшего ночную работу женщин и подростков, фабрика перешла на дневную работу. Работали в сутки по 12 и $\frac{3}{4}$ часа. Условия работы были тяжелые, а заработная плата низкая. Труд женщин и подростков эксплуатировался в высшей степени. Еще сейчас старые рабочие рассказывают, как в былое время матери привозили их, 9—10 летних детей, в снежные зимы спящими на салазках на фабрику, где они несли труд наравне со взрослыми. Розги со стороны старших были дело обыкновенное. На фабрику шли почти исключительно крестьяне соседних деревень, которых голод и нужда гнали на заработки. Жили рабочие в Г.-Яму или в окрестных деревнях в собственных домиках и в частных квартирах. Часть же жила в домах, выстроенных фабрикой, в которых комнаты (каморки) предоставлялись бесплатно.

Почти с самого основания при фабрике находился фельдшер, а позднее была выстроена маленькая больница на двадцать коек. Доктор наезжал два раза в неделю из соседнего участка. Лечение и медикаменты были бесплатные. С 1900 года при больнице имеется уже постоянный врач, а в 1913 году имелась больница на 40 кроватей с амбулаторией и родильным отделением на 10 коек. Персонал состоял из двух врачей, трех фельдшериц, акушерки и ее помощницы. Амбулаторный прием доходил до 30.000 человек в год. Стационарных больных было в 1913 году 446 человек.

Благотворительная деятельность фабрики выражалась в выдаче пенсий, содержания яслей и богадельни для престарелых рабочих. Пенсионеров в 1913 году было 85 человек, которым ежемесячно выдавалось 377 руб. (от 2 до 15 на человека). Всего в год 4524 руб. Содержание яслей обходилось ежегодно в 4000 руб. и содержание богадельни в 5000 руб.

Существовал еще так называемый штрафной фонд, из которого происходила выдача пособий большею частью хроникам, совершившим прекратившим работу. За первую половину 1914 года взыскано штрафа с рабочих 925 рублей 25 коп., а выдано пособий 51 чел. 845 руб.

Из культурно-просветительных учреждений для рабочих имелось лишь две школы на 560 чел. детей.

С конца 1917 года до 1922 года, т. е. до введения новой экономической политики, начинаются сильные перебои в работе фабрики; главным образом, фабрика страдает от недостатка топлива, отчасти сырья, смазочного, ремонтного материалов, а также и общей голодовки. Все это понижает до минимума выработку фабрики, как показывают нижеприведенные цифры.

Выработано	в 1918	году	112.551	пуд	пряжи	и	6.113.300	пог.	арш.	ткани
"	в 1919	"	52.219	"	"	"	2.711.600	"	"	"
"	в 1920	"	67.433	"	"	"	2.029.087	"	"	"
"	в 1921	"	7.677	"	"	"	196.122	"	"	"

В связи с переходом на новую экономическую политику начинается постепенное поднятие производства. В 1922 году пускается 11.900 прядильных веретен и 417 ткацких станков. Выработка достигла 68.140 пуд. пряжи и 6.691.896 кв. арш. льняного товара,—главным образом, мешковины для Наркомпрода.

С 1 октября 1923 года Правление Ярославского Треста, куда входила ф-ка «Заря социализма», вливается в «Костромское Объединение» и носит название «Правление Костромских и Ярославских льняных фабрик». С переходом в новое объединение сразу намечается и проводится в жизнь план расширения производства, начинается ремонт и подготовка к пуску долгое время стоявших без движения машин и поднимается интенсивность труда. К концу 1923 г. удается добиться реальных результатов. Так:

в октябре 1923 года на фабрике работает	9.625	веретен	408	станков
„ декабре 1923 „ „ „ „ „	10.484	„	520	„
„ феврале 1924 „ „ „ „ „	12.350	„	650	„

Общая выработка за 1924 г. достигла 64.569 пудов, преимущественно тонких сортов пряжи, и более 8.000.000 кв. арш. ткани. С ноября 1924 г. фабрика перешла исключительно на мокрое прядение. С 1925 г. ткацкое отделение работает в две смены, и выработка его начинает приближаться к довоенной.

Постановлено с 15 сентября и прядильное отделение пустить в две смены, а до настоящего времени своей пряжи хватало лишь на 60% изделий, остальная же пряжа привозилась с других фабрик.

Сейчас фабрика выпускает следующие главнейшие виды товаров: полотна белые, суровые и полубелые, салфетки разных сортов, мебельная материя, коломенка, батист, полотенца, платки и простыни. Пряжи вырабатывается до 50 №№.

Из культурно-просветительных учреждений при фабрике имеется:

1) школа Ф. З. У. с 4-х годичным курсом; 2) клуб, при котором имеются кружки: профессиональный, политический, производственный, драматический, хоровой, музыкальный, кружок рабкоров, авиохим, мопр и военный кружок (все кружки не только существуют на бумаге, но работают активно); 3) театр; 4) кино; 5) библиотека; 6) спорт-клуб; 7) клуб юных пионеров; 8) красные уголки в Яму и в рабочем поселке Гагарино.

В Яму имеется две школы I и II ступени на 1200 чел.

Культурный уровень рабочих со времени революции повысился. Неграмотность постепенно ликвидируется. Появился интерес к книге, и многие лица из старых рабочих активно работают в кружках.

При фабрике имеется «Дом отдыха», функционирующий весной и летом. За 1924 г. прошло через него 403 человека. Ясли на 50 человек.

Кружок физкультуры, насчитывающий теперь около 200 лиц мужского пола и более 100 женского пола, ведет свое начало с 1919 года. Сначала занятия были не систематические, но с 1922 года, когда был приглашен специальный инструктор, занятия приняли правильный характер. В настоящее время имеется два инструктора. Для занятий зимним спортом имеется большое помещение во дворе фабрики, а летом занятия происходят в сосновом лесу на большой площадке. К кружку прикреплен один из врачей больницы, которым два раза в год ведется детальный осмотр всех членов с антропометрическими измерениями и постоянный контроль над здоровьем спортсменов; им же читаются лекции по гигиене спорта.

Имеются следующие виды летнего спорта: 1) все виды легкой атлетики, 2) подвижные игры (боскет-болл, футбол, городки), 3) плавание. Кроме того проводятся показательные экскурсии в соседние селения и принимается участие в соревнованиях. Зимой занимаются гимнастикой, лыжным спортом, катанием на коньках, подвижными играми в помещении и проводятся показательные вечера по физкультуре.

Медицинская помощь.

Фабричная больница рассчитана на 100 кроватей, обслуживает не только рабочих и их семьи, но и окрестное крестьянское население. Медицинский персонал состоит из 5 врачей, 1 врача-обследователя, 1 зубного врача, 5 лекомов, 2 акушеров, 4 сестер и 79 человек проч. медицинского персонала. Содержится на фонд «Г», который состоит из 7½ % отчислений Треста на плату рабочих. Фонд в 1924 г. выразился в сумме 76.843 руб. При больнице имеются хорошо оборудованная операционная и родильное отделение. Амбулаторный прием за 1924 г. выразился в количестве 56.624 человек, из них 18.931 крестьян. Через стационар прошло за то же время 2216 рабочих и их семей и 490 крестьян. Имеется специальный прием по глазным болезням, уху, носу и горлу и зубным болезням. С 1924 г. построен туберкулезный диспансер, а с мая 1925 года ночной санаторий „Красный цветок“. Имеется специальный врач.

Курортным и санаторным лечением пользовались за 2 года 40 человек.

II. Общие санитарные условия, географическое положение, климатология, почва и водоснабжение.

Фабрика «Заря социализма» находится в Ярославском уезде, в пределах бывшей Ставотинской волости, ныне Гаврилово-Ямской, в 35 верстах от Ярославля. Широта—57°35', долгота—39°55'. Ф-ка расположена на правом берегу р. Которосль в расстоянии 500 метров, в речной долине, в углу, при впадении в Которосль речки Бочевки.

Местность ф-ки низменная. Высота над уровнем моря не превышает 62 метров.

Количество осадков в миллиметрах в среднем, по данным Б. Бернштейна (см. «Крупные почвенные районы Ярославского уезда», вып. 88 Статистич. отдела Яросл. Губ. Земства 1912 г.), по месяцам:

Январь	—29,3	Апрель	—28,7	Июль	—52,7	Октябрь	—49,
Февраль	—25,3	Май	—37,2	Август	—71,9	Ноябрь	—31,4
Март	—28,4	Июнь	—68,8	Сентябрь	—59,1	Декабрь	—33,3

За весь год мы имеем обильное количество осадков,—примерно, 514,8 мм. Если проследить по годам, то количество осадков колеблется от 725 мм. (максимум) до 389 мм. (минимум). Число дней за год с осадками достигает крупной суммы в 138,3 дня (Ельчанинов.—Материал для климатологии Яросл. губ.).

Средняя месячная температура воздуха в тени, выраженная в градусах Ц. по способу Вильдома*), следующая:

Январь	—12°	Июль	+19°
Февраль	—10°	Август	+17°
Март	— 5°	Сентябрь	+11°
Апрель	+ 3°	Октябрь	+ 4°
Май	+11°	Ноябрь	— 3°
Июнь	+17°	Декабрь	— 9°
За зиму	средняя		—10,3°
„ весну	„		+ 3°
„ лето	„		+17,7°
Средняя годовая			+ 3,6°

Разность между средней температурой самого жаркого и самого холодного месяцев равна — 31,1° Ц.

*) Вильдом.—«О температуре воздуха в России».

Для нашей местности очень характерно непостоянство климата; например, средняя температура 1-го января в отдельные годы колеблется между $+2,1^{\circ}$ и $-25,6^{\circ}$.

У нас происходят часто весьма резкие перемены от одного дня к другому, при чем повышение и понижение температуры отмечается от 5° до 17° и более. Температура бывает наиболее устойчива в августе, сентябре и октябре; наиболее склонна к колебаниям и быстрым изменениям в январе и феврале.

Многолетние больничные наблюдения показывают, что простудные заболевания,—главным образом, воспаление легких, падают у нас на февраль.

Ф-ка выстроена на месте бывшего здесь леса, и леса до сих пор окружают ф-ку со всех сторон. Они большей частью хвойные, в частности—еловые. Почва—рыхлая. В лесах залегают сильно подзолистые отложения, местами заболоченные суглинки. Местность изрезана водоемами. Кроме Которосли в районе ф-ки сливаются около фабричной б-цы 3 ручья, берущие начало в соседних лесах. Из этих 3-х ручьев образуется речка, которая и впадает в Которосль. Ф-ка на речке устроила 2 плотины, расширила берега и образовала из речки 4 пруда, которые служат запасными водоемами для ф-ки. Пруды очень загрязнены и не чистились около 30 лет. За лето 1925 года вычищен только один пруд. Химический и бактериологический анализ прудовой воды прилагается ниже. Если к этому прибавить, что в ближайших лесах находится достаточное количество болот, и осадков за год выпадает очень много,—все это делает фабричную местность очень сырой. Поэтому заболевания малярией—довольно частое явление. За 1924 г. отмечено 97 случаев а за 1-е полугодие 1925 года—46 случаев малярии. Гриппозные заболевания и гриппозное воспаление легких очень значительны. За 1924 г. было 1677 гриппозных случаев. Организованная борьба с малярией велась только на торфо-разработках у деревни Панино, где все стоячие водоемы заливались керосином.

Рабочее население ф-ки пользуется водой из различных источников. Рабочие, живущие в поселках «Троицкая слобода», «Остров», «Ильинская», пользуются частью из своих колодцев, а главным образом из родника, который бьет в берегу р. Бочевки выше всех строений. Вода в нем хорошая на вкус, прозрачная и бактериологически почти свободная от зародышей и не содержащая *bac. col. comm.* Рабочие, живущие в Гаврилов-Ям, пользуются водой из колодца, вода в котором довольно прозрачная, вкусная, но в октябре 1924 г. содержавшая значительное количество зародышей, из которых была выделена *bac. col. comm.* Живущие в поселке «Ириновка» пользуются водой частью из своих колодцев, главным же образом из р. Которосли. Исследование Которосльской воды делалось неоднократно, и результаты были довольно удовлетворительные в бактериологическом отношении. Рабочие, живущие в каморках во дворе ф-ки, и все поголовно рабочие во время работы пользуются водой из водопровода ф-ки.

Силовая станция ф-ки «Заря социализма».

Соответственно трем главным отделам фабрика имеет и три отдельных паросиловых установки: при прядильном, ткацком и белильном корпусах.

Для целей освещения имеется электрическая станция.

Установка прядильного корпуса.

а) *Котельная*: Здание одноэтажное, кирпичное. Стропила деревянные, кровля железная. Размеры $66' \times 60'$, или $20,1 \times 18,2$ метра. Освещение естественное и искусственное. 10 окон общей поверхностью 600 фут.²,

или 55,2 м². Таким образом, световой коэффициент котельной составляет ~ 6,5. Так как все окна расположены по одной стене, наиболее удаленной от топок и приборов, то имеются электрические лампочки над каждым котлом для освещения манометров и водомерных стекол. В общем помещении темное. Вентиляция естественная через двери. 5 Ланкаширских котлов: 2 котла по 81 м² поверхностного нагрева и 3 по 76 м². Рабоч. давление 175/187 фн./кв. дм. Котлы имеют экономические топки шахтного типа, системы Мюллера. Топливо—дрова. Один котел работает на антраците, топка колосниковая, с паровым дутьем. Дрова и антрацит подвозятся к котельной лошадьми на вагонетках и в ручную, закладываются в коробку, откуда падают в топку при опускании дна при помощи системы рычагов, приведенных в движение рукой кочегара. Наблюдение за топкой производится через оконца, крытые слюдой. Зола удаляется снизу топки, выгребается в ручную в железные ящики и выносятся. Питание котлов—из пруда паровым насосом «Вортингтон». На случай поломки имеются еще один насос и приводный насос, вполне обеспечивающие непрерывность подачи воды. У каждого котла—два питательных клапана, один запасный. Наблюдение за уровнем воды производится через два водомерных стекла; кроме того имеется два крана на случай поломки стекол. Водомерные стекла продуваются два раза в смену. Каждый котел имеет два предохранительных клапана: один с прямой нагрузкой, помещенной на сухопарнике, и один с рычажной нагрузкой на самом котле. Котлы чистятся раз в два-три месяца; накипь скалывается со стенок залегающими в котел через освещенные электрической лампочкой люки. Дымходы чистятся раз в год, также и экономайзеры. Все кочегары окончили краткосрочные курсы, организованные на ф-ке летом текущего года, и имеют достаточный стаж. Правила о порядке работ в котельной вывешены на стене. Котельная работает круглые сутки непрерывно.

б) *Машинное отделение*: Каменное помещение, двухсветное, 56'×31'4" или 17×9,4 метра, 6 окон больших и еще небольшие окна наверху; света много. Крыша железная, на деревянных стропилах. Стены на 2½ аршина от пола имеют деревянную полированную панель. Пол керамиковый—кроме части непосредственно прилегающей к машине, где пол выложен чугунными плитами. Горизонтальная паровая машина 3-х-кратного расширения 1200 HP, фирмы John Musgrave, 1898, с парораспределением системы Корлиса. Передача канатная во все три этажа прядильного корпуса. Пуск машины в ход путем открывания притока пара в цилиндр высокого давления (Ц. В. Д.). Для перевода машины через мертвые точки имеется паровая лебедка. Манометры установлены все в одном месте, освещенном достаточно. Движущиеся части (шатун, кривошип) ограждены металлическими перилами. Лесенки, ведущие к двум коренным подшипникам, металлические, с перилами. Проходы по обеим сторонам и посередине между цилиндрами достаточной ширины. Воздуха в помещении достаточно. Температура высокая.

Машина обслуживается двумя машинистами, на которых лежит обязанность: протирать машину, смазка, общее наблюдение за исправным состоянием, пуск и останов машины и подача гудка. Машина делает 72 оборота в минуту. Имеет расход пара на 1 силу-час—5,75 кг.

в) *От прядильной котельной* приводятся в движение две вертикальные машины, каждая по 115 HP, соединенные с 2-мя динамомашинами постоянного тока 110/220V и 350 ампер. Помещение электрической станции—одноэтажное. Крыша—железная на деревянных стропилах. Пол—керамиковый. Стены на 2½ фута от пола облицованы полированным деревом. Приводные канаты от машин к динамо ограждены металлическими

перилами, так же и конденсационные насосы. Обе динамо-машины не ограждены, но проходы вокруг достаточно широкие. Несколько узок проход сзади паровых машин, особенно в виду того, что здесь проходит не только обслуживающий персонал, но и рабочие других отделений по пути из слесарной мастерской и кочегарки. В помещении—6 больших окон. Света достаточно. Распределительный щит расположен у задней стены на уровне пола. Доступ к щиту не огражден ничем. Задняя сторона щита закрыта, а ночью щит освещен достаточно. Так же и все помещение электрической станции. Кроме упомянутых двух динамо-машин имеются еще две двух-полюсные машины, расположенные вне помещения электрической станции, а рядом, в слесарной мастерской,—одна, приводимая в действие от трансмиссий прядильного корпуса при помощи канатов. Динамо—мощностью $110\text{ V} \times 330\text{ амп.}$, и другая мощностью $110\text{ V} \times 330\text{ амп.}$, приводимая в движение сдвоенной паровой машиной 55 НР.

Установка ткацкого корпуса.

а) *Котельная:* Здание кирпичное, одноэтажное, $72' \times 49'$, или $21,9 \times 14,9$ метра. Крыша железная на деревянных стропилах, 18 окон, общей площадью— 70 м^2 ; следовательно, световой коэффициент составляет 0,21. 4 Корнвалийских котла с 2 кипятильниками. 2 котла по $77,17\text{ м}^2$ поверхностного нагрева и два котла по $73,48\text{ кв. м.}$ поверхностного нагрева. Топки колосниковые, заброс топлива (дров) руками. Рабочее давление $70/80\text{ фн. кв. дм.}$ Питание котлов водой из пруда; два паров. насоса «Вортингтон» и один приводный насос. Два водомерных стекла на каждом котле. Оборудование котлов ветхое. Очистка котлов так же, как и в прядильной котельной. На каждом котле два предохранительных клапана. Температура в помещении не так высока, как в прядильной, так как кубатура здания больше (относительно числа котлов) и число окон больше. Вентиляция естественная.

б) *Машинное отделение:* Горизонтальная одно-цилиндровая машина двойного действия, 300 НР; передача—канатная. Поворот до пуска машины с помощью паровой лебедки. Машина делает 63 оборота при расходе пара 11 кг. на силу-час. Помещение каменное, одноэтажное. Три окна, света—достаточно. Пол из металлических плит. Проход с одной стороны машины достаточной ширины, со стороны махового колеса проход узок. Движущиеся части ограждены металлическими перилами. Обслуживается одним машинистом.

Установка белильного корпуса.

а) *Котельная:* Кирпичное, одноэтажное здание. Крыша—железная, на деревянных стропилах. Размер $67' \times 36'$, или $20,4 \times 10,2$ метра. 13 окон, общей площадью $53,7\text{ м.}$; следовательно, световой коэффициент составляет 0,25. 5 Ланкаширских котлов; 2 по $83,1\text{ кв. метра}$ и 2 по $87,9\text{ кв. метра}$ поверхностного нагрева. Рабоч. давление $50/60\text{ фн./кв. дм.}$ Топки экономические, шахтного типа, системы Мюллера, такие же, как и в прядильной котельной. Общее устройство аналогично устройству прядильной котельной.

б) *Машинное отделение:* 1) Горизонтальная одно-цилиндровая машина, 210 НР. 71 об./мин. $\times 12,7\text{ кг.}$ 2) Горизонтальная одно-цилиндровая машина, 150 НР 48 об./мин. $\times 12,7\text{ кг.}$ на силу-час. 3) Сдвоенная горизонтальная машина, 55 НР 130 об./мин. $\times 16\text{ кг.}$ на силу-час. Помещение кирпичное; надстроен 2-й этаж. Пол досчатый, 5 окон, но все загорожены насосами. Освещение—искусственное. Вентиляция—естественная через двери и окна. Температура высокая. В машинном же помещении устано-

влены два водяных насоса и 3 питательных насоса белильной котельной. Сдвоенная горизонтальная машина помещается сбоку на небольшом пространстве; окон не имеется, и свет падает из белильного корпуса.

Отопление фабрики.

Прядильный корпус. 1-й этаж отопления не имеет, так как в нем находятся прядильные машины мокрого прядения (мокрые ватера), выделяющие, вследствие своего характера работы тепло (от пара, которым нагревается вода в ватерах); 2-й и 3-й этажи отопление имеют паровое высокого давления. Трубы—гладкие железные и чугунные.

3-й этаж прядильного корпуса вследствие характера работы машин в нем имеет систему увлажнения с помощью аппаратов. Точно такие же аппараты имеются в 1-м и 2-м этажах ткацкого корпуса. Вода в аппараты подается специальным отдельным насосом.

Ткацкий корпус. Все три этажа имеют паровое отопление, как в прядильной.

Белильный корпус. Отопления не имеет, так как тепло получается от производственных машин.

Отделочный корпус. Имеет паровое отопление высокого давления.

Механическая мастерская. Имеет паровое отопление высокого давления. Сеть паровых труб по всей ф-ке разбита группами по этажам и отделам ф-ки, пуск отопления не групповой, а по местам: конденсационная вода отделяется водоотделителями (сифонами) разных систем и отводится частью в канализации, частью на волюю.

Канализация.

Устройство канализации отхожих мест ф-ки следующее:

Прядильная ф-ка имеет отхожее место простой выгребной системы: экскременты вывозятся на лошадях в ямы, вырытые в лесу. Ткацкий и белильный корпуса имеют отхожие места с экскременто-сжигательными печами системы «Кочурина», где нечистоты сжигаются. Канализация жилых домов—частью простая выгребная (казармы рабочих) и частью—по системе «Шамбо» —самодействующая, где переработанные экскременты, превращенные в чистую воду, отводятся в главную дренажную трубу. Такую канализацию имеют все дома, которые находятся во дворе фабрики и больницы. Для канализации сточных отработанных вод ф-ки устроена дренажная труба, которая отводит воду в реку Которосль ниже приема, приблизительно, на 150-200 сажен.

Водопровод фабрики.

Вода для фабрики берется из реки Которосль и подается водокачкой, устроенной на берегу реки. В водокачке поставлен двигатель «Дизель» в 70 Н.Р. который приводит в движение центробежный насос, и паровая машина в 50 Н.Р. с кольцевым центробежным насосом, которая служит, как запасная. Эти насосы соединены с главной магистралью 14" чугунной трубой, которая идет до бассейна, находящегося в белильном отделении. Емкость бассейна 6658 ведер, который, в свою очередь, соединен трубами с другим бассейном, имеющим емкость 2100 ведер. Вода расходуется на цели производства, часть на конденсацию пара в паровых машинах (заливные трубы), на противопожарные средства—гидрант (Гринель имеет свой насос, который берет воду из фабричного пруда и качает в свой бассейн, емкостью в 3100 ведер) и на хозяйственные нужды — питьевая.

Вследствие большой зависимости производства от количества и от своевременности подачи воды в запас поставлены еще три насоса в фабрике, которые подают воду в те же бассейны из фабричного пруда. В обыкновенное время эти насосы работают только в исключительных случаях, в настоящее же время в виду большого расширения производства, которое требует большого расхода воды, приходится почти ежедневно добавлять воду насосами из пруда, так как одна водокачка требуемого количества подать не может.

Расход воды на нужды фабрики и частью на хозяйственные производится помощью труб, соединенных с дном бассейна, так что вода попадает смешанная, т. е. речная и прудовая, приблизительно прудовой $\frac{1}{5}$ часть, другая же часть расходуемой воды на хозяйственные нужды берется прямо из магистральной трубы до бассейна. Общий расход воды выражается в следующих цифрах:

На хозяйственные нужды—20000 ведер в сутки; на фабричные нужды—768000 ведер в сутки и на конденсацию 315800 ведер в сутки, но большая часть воды на конденсацию подается насосами самих машин и берется из фабричного пруда (из водопровода берется только небольшая часть и то не во все время работы). Кроме этих баков имеется еще бак в прядильном корпусе, емкостью 4200 ведер. Вода в него подается с помощью парового насоса. Вода—исключительно прудовая, расходуется на производственные цели. Таким образом, вода в бассейне водопровода—смешанная, примерно, 4—5 частей из Которосли и 1—2 части из фабричных прудов. Это—по норме, но во время поломки Которосльской водокачки население пользуется водой только из прудов.

Анализы воды из реки Которосли и из пруда при фабрике (хим. Новоселова).

Данные анализа 28 августа 1925 г:

1. Проба воды из реки Которосль. Проба взята из-под трубы во время подачи воды водокачкой в бассейн. Температура воды 20° Ц.
Устраняемая жесткость 16⁰ немецких
Постоянная жесткость 0⁰ »
2. Проба воды из пруда при фабрике. Проба взята у моста.
Температура воды 20° Ц.
Устраняемая жесткость 11,9⁰ немецких
Постоянная жесткость 2,8⁰ »

По заключению химика, во вкусовом отношении вода, особенно Которосльская, вполне удовлетворительна, но бактериологический анализ, произведенный несколько раз Ярославской губернской бактериологической лабораторией,—не удовлетворителен.

1919 г. во время эпидемии брюшного тифа в воде фабричных прудов были обнаружены палочки брюшного тифа. В течение 2-й половины 1924 г. было произведено несколько бактериологических анализов, которые и приводятся.

1-й анализ (от 18 октября за № 11021—11022).

- Пруд около белилки ф-ки на 1 куб. см.—330 колоний.
Пруд у бани фабрики на 1 куб. см. - 250 »
В обоих пробах была выделена: *bac. col. com.*

2-й анализ (от 10 декабря 1924 г. за № 13224-26).

- 1) Родник поселка «Троицкая слобода» на 1 куб. см.— 87 колоний
- 2) Колодец на поселке «Остров» . . . » » » — 420 »
- 3) Пруд у белилки фабрики » » » —1570 »
- 4) Вода из бассейна водопровода . . . » » » — 220 »
- 5) Вода из Которосли » » » — 18 »

Индол во всех пробах кроме Которосльской воды.

В пробах 2-й, 3-й, 4-й и 5-й выделена *bac. col. com.* Титр: 1 кб. см.— 5 кб. см.—по Эйкману. Палочек брюшного тифа не выделено.

Такой бактериологический анализ делает питьевую воду нашего поселка неблагополучной на водные инфекции, особенно на брюшной тиф, заболеваемость которым изучается в нашем районе с 1919 года, когда вспыхнула огромная эпидемия, и число переболевших брюшным тифом за 3 месяца достигло до 400 случаев. Фабрика в тот момент не работала, не работала и Которосльская водокачка за отсутствием нефти. Вода в водопроводе была на 100% из фабричных прудов. Первые случаи брюшного тифа были обнаружены среди тех рабочих, которые пользовались водой из водопровода. В течение всей эпидемии около 85% больных были из каморок и из домов, расположенных в фабричном дворе. Словом, там, где пользовались прудовой водой. Как сказано, прудовая вода была исследована и в ней обнаружены палочки брюшного тифа. На собрании фабрично-заводского комитета все эти обстоятельства были изложены, и рабочие организации поняли необходимость немедленного пуска Которосльской водокачки. С большим трудом была доставлена нефть, заработал „Дизель“, население стало пользоваться Которосльской водой, и эпидемия брюшного тифа пошла на убыль.

В марте 1924 г. „Дизель“ на Которосльской водокачке поломался. До марта больница отмечала единичные случаи брюшного тифа. Население стало пользоваться опять прудовой водой, и март дал резкий скачок на брюшной тиф. Наступившее лето несколько снизило заболевание брюшным тифом, но с конца июля брюшной тиф полез в гору и в октябре отмечено уже 40 заболеваний. Предпринята была целая кампания по борьбе с брюшным тифом, рабочие организации нажали на администрацию фабрики, чтобы она срочно отремонтировала „Дизель“. Исправление Которосльского водопровода опять резко снизило заболеваемость брюшным тифом. (См. диаграмму на стр. 52).

Состояние водопровода по данным на осень 1925 г. следует признать не вполне благополучным. Ввиду расширения фабрики и работы на ней в две смены Которосльская водокачка не в состоянии удовлетворить потребности производства и в общий бассейн вода добавляется из прудов при помощи белильной паровой, примерно, до 1-й четверти общего количества.

Крайне желательно изолировать воду, которая идет на хозяйственные нужды и для питья, от воды, которая идет на производство.

Как необходимая мера, требуется установка отстойников и фильтра. Фильтра в водопроводе нет. Вопрос о фильтре стародавний. Он поднимался еще во времена „хозяев“ Локаловых.

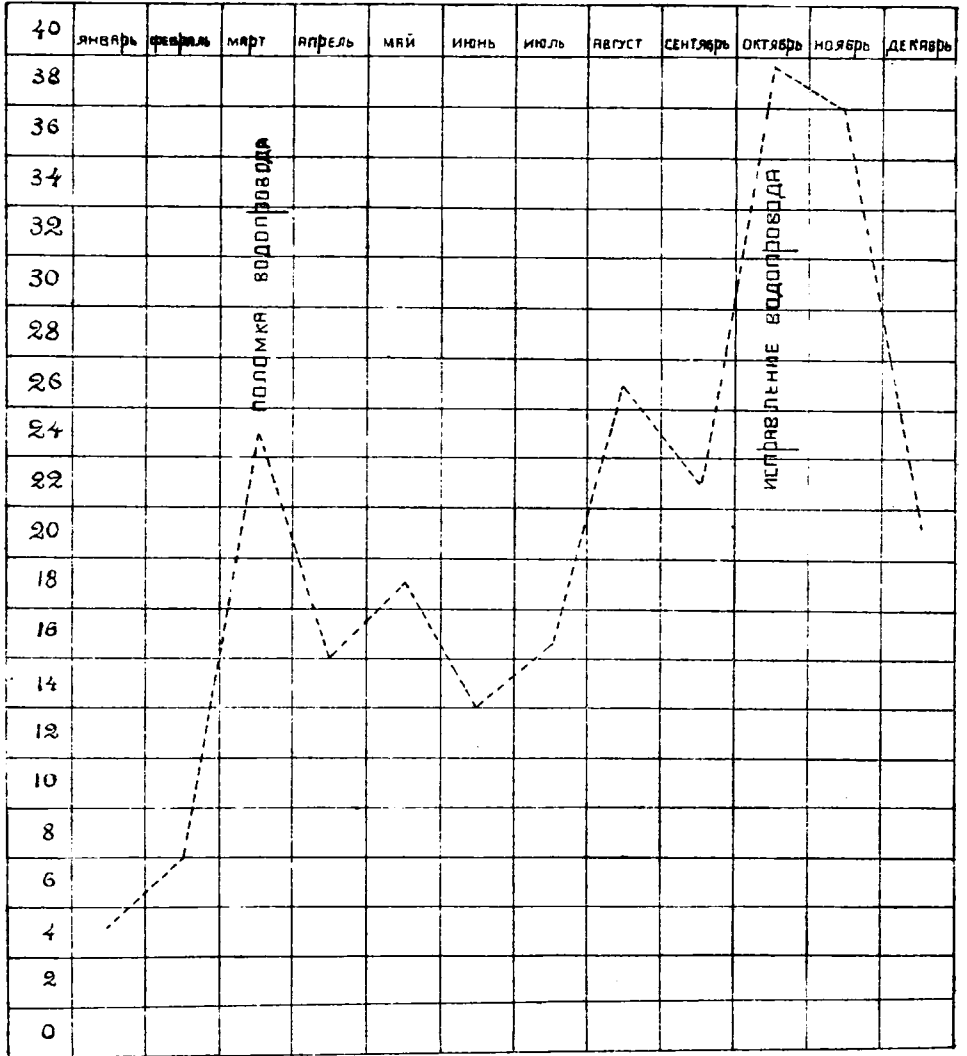
Вопрос о питьевой воде у нас на фабрике очень большой. В 1910 г. пытались устроить артезианский колодезь, но его не докончили. В данное время он засыпан. Местные и губернские санитарные работники неоднократно поднимали вопрос об улучшении водоснабжения, но хозяйственники хоронили его за неимением средств.

Дальше, мне думается, медлить нельзя: вопрос о водоснабжении рабочих так же назрел, как вопрос о вентиляции в фабрике.

«Здоровая вода и чистый воздух»—вот за что должна бороться охрана труда на фабрике «Заря социализма».

Д И А Г Р А М М А.

Заболееваемость брюшным тифом за 1924 г.



Гаврило-Ямская Совбольница.

Быт рабочих.

С 15 сентября 1924 г. по 15 февраля 1925 г. было освидетельствовано 2082 человека, из которых женщин было 69% и 31% мужчин. При дальнейшем учете и разработке встречаются две цифры: 2802 и 2252. При обработке заболеваемости разрабатывались 2252 сан-карты, при чем исключались цехи: механический и подсобные, брались лишь основные: прядильный, ткацкий, белильный. При разработке быта брались 2802 сан-карты, а в обработку вошли и подсобные цехи.

По возрасту рабочие распадаются: до 18 л.— 9,6%,
" 25 л.—25%
" 35 л.—26%
" 45 л.—22%
" 55 л.—13%
" 65 л.— 4%
" 70 л.— 0,4%

Распределение рабочих по системе Вигдорчика:

I-я группа до 29 л.—40%
II-я " от 30 л. до 40 л.—48%
III-я " от 50 л. и старше—12%

По стажу рабочие разделяются по системе Вигдорчика:

I-я группа от 1 г. до 10 л.—33%
II-я " " 10 л. до 19 л.—32%
III-я " " 19 л. и больше—35%

По происхождению:

I-я группа родившихся в деревне —72%
II-я " " на фабрике—26,5%
III-я " " в городе — 1,5%

На 2802 человека освидетельствованных рабочих среди них имеется:
Плодотворных семей 1463 семьи.
У 1463 семей родилось детей 4530 человек.
Средняя рождаемость на семью 3 ребенка.

Детская смертность.

На 4530 родившихся детей умерло до 16 лет—2231 чел. (50%)
" " " " в живых до 18 " —1464 чел. (32,5%)

Из них вполне здоровых, проверенных путем освидетельствования и медицинского наблюдения, — 613 чел., что составляет к общему числу живых детей 18-летнего возраста—44% и к общему числу родившихся—15%.

Рождаемость и смертность.

Рождаемость и смертность рабочих за 1914 г. по данным церковных книг:

Родилось — 414 чел.

Население рабочее—7800 чел.

Рождаемость на 1000—53 чел.

Общая смертность рабочего населения — 238 чел.

На 1000 человек— 32 чел.

Детская смертность до 1 года:

На 414 чел. родившихся умерло—128 чел. (31%).

Рождаемость (1919 г.) на 7100 чел. рабочего населения—246 чел.

На 1000 чел. населения— 34 чел.

Смертность на 7100 чел.— 393 чел.

На 1000 чел. населения— 55 чел.

Сравнительная рождаемость и смертность рабочего населения и соседнего крестьянства за 1924 г. по данным местного ЗАГС:

Рождаемость на 6606 чел. рабочего населения 356 чел.,
из них—191 чел. мужчин., 165 чел. женщин.

На 1000 чел. населения— 54 чел.

Из них умерло до 1 года 73 чел.

что составляет к числу родившихся на 356 чел.—20,3%

мальч. 20%, дев. 21%.

Среди крестьянского населения на 15181 чел. рождений—581

мальч.—305, девоч.—276.

На 1000 чел. рождаемость—

39.

Смертность до 1 года— 92 чел.

К числу родившихся в %—17%.

Общая смертность рабочего населения—18,3% мальч., 15,5% девоч.

На 6606 чел.— 168 чел.,

что составляет на 1000 чел.—26 чел.

Смертность крестьянского населения за то же время:

На 1000 человек—25,4 человека.

С в о д к а

Рождаемость на 1000 чел. 1914 г.—53 чел.

” ” ” ” 1919 г.—34 ”

” ” ” ” 1924 г.—54 ”

Смертность на 1000 чел. 1914 г.—32 чел.

” ” ” ” 1919 г.—55 ”

” ” ” ” 1924 г.—26 ”

Сравнительная детская смертность 1914 г.—31%,

1924 г.—20,3%

Таким образом, рождаемость рабочих за 1924 г. выше 1914 года и смертность ниже—как общая, так и детская. Что касается сравнения с крестьянским населением, то рождаемость рабочих за 1924 г. выше, но выше и смертность, особенно детская.

Причины смертности, по данным больницы, за 1924 год следующие:

Первое место занимает туберкулез. На 168 случаев смерти за 1924 г. от туберкулеза умерло 33, что составляет 20%, от брюшного тифа—8%, от воспаления легких—10%, дизинтерия и детские поносы—11%, менингит туберкулезный—5% к общему числу смертей и 12% к общей детской смертности. Другие главные причины детской смертности до 1 г.—это гриппозное воспаление легких и (в 1924 г.) осложнение после кори—20%. Борьба за здоровье детей выражается в хорошем оборудовании яслей, детской консультации, сан-просвете, в организации детской площадки, пионерских лагерей и других мерах.

Половая жизнь опрошенных 2252 чел.

Начали половую жизнь до 16 лет—107 чел.,

из них мужчин

33%, женщин. 17%,

до 18 лет—487 чел. муж. 35%, ” 65%,

” 20 ” —591 ” ” 30%, ” 70%,

” 25 ” —1035 ” ” 10%, ” 90%,

” 30 ” —30 ” ” — ” 100%,

старше 30 ” —2 ” из которых обе женщины.

В связи с половой жизнью интересен вопрос о брачности и венерических заболеваниях. Сведения о брачности имеются за 5½ лет местного ЗАГС'а. Брачность быстро растет и увеличивается число ранних

браков до 20 лет (счет по мужчинам). Что касается церковных браков, то число их прогрессивно падает, что видно из прилагаемой таблицы:

Гражданские браки:				Из них церковных браков:	
Год	До 20 л.	Старше	Итого	(сведения имеются за последние 3½ года).	
1920	8	58	66	1922 г.— 85	
1921	12	64	76	1923 г.— 77	
1922	16	83	99	1924 г.— 28	
1923	18	84	102	За 1 полугодие 1925 г.— 11	
1924	15	82	107		
1925 за 1 полуг.	25	43	68	Падение—абсолютное само по себе, а сравнительное еще более резкое, потому что число гражданских браков растет.	

Что касается крещения детей: то здесь обращаемость рабочих к церкви пока еще значительная (прилагается сравнительная таблица за 3 года):

Родилось в семьях рабочих детей:	Из них крестилось:
1922 г.— 304	239 в %—78 %
1923 г.— 326	291 —86 %
1924 г.— 356	308 —84 %

Социальное и экономическое положение рабочих.

На 2802 обследования совершенно одиноких—	7%
Чистого пролетариата (не имеющ. никакой собствен.)—	51%
Связанных с домашним хозяйством, т. е. владеющих рогатым скотом, огородами—	35%
Связанных с крестьянским хозяйством	—14%
Собственники, (имеющие собственные дома)	—34%
Живущие в каморках	—36%
„ на частных квартирах	—14%
Занимающих углы	—16%

Из общего числа обследуемых рабочих:

Имеют определенную койку	—19,5%
Пользующихся отдельной посудой	—10%
Принимающих горячую пищу 2 раза в день	—67,5%
„ „ „ 1 „ „ „	—31,5%
Живущих на сухоедении	— 0,6%
Столующихся в общественной столовой	— 0,4%

Из первой группы до 70% имеют мясо ежедневно в ¼ ф.
 „ второй „ „ 50% „ „ „

Овощей и хлеба все группы получают вполне достаточно. Молоко имеют, особенно летом, до 90%; жиры—в достаточном количестве, но зимой, главным образом, растительные жиры. Калорийность пищи точно не высчитывалась, но, согласно прилагаемому ниже бюджету, питание рабочих должно быть удовлетворительно. Общая столовая нарпита работает крайне слабо. Рабочие не посещают ее, потому что 30 копейный обед и дорог, и не «нажорист». В праздники столовая закрыта, закрыта и по вечерам. Столовая крайне непопулярна среди масс рабочих.

Бюджет рабочих.

Обследовано 2802 человека, из них:

заработок в месяц до 20 руб.	—15%,
” ” ” ” 30 ”	—32%,
” ” ” ” 40 ”	—30%,
” ” ” ” 50 ”	—18%,
” ” ” ” 60 ”	— 5%.

Бюджет в рублях на 1 члена семьи:	до 3 руб.	— 0,5%,
”	5 ”	— 4 %,
”	8 ”	—16 %,
”	10 ”	—26 %,
”	15 ”	—28 %,
”	20 ”	—16,5%,
”	выше 20 ”	— 9 %.

Грамотность

Совершенно неграмотных	—22%,
Малограмотных	—49,5%
Кончивших начальную школу	—22,5%
Начальное техническое и Ф. З. У.	— 5%,
Среднее техническое	— 0,3%,
С высшим образованием	— 2%

Алкоголизм.

Относительный на 2802 обследования—633 (22,5%); из них мужчин—86%, женщин 14%, в числе их безусловных алкоголиков 386 чел., т. е. около 13,5% (почти все мужчины). Алкоголизм среди рабочих развит сильно, даже среди подростков, что отмечено в обследовании и д-ром Архангельским.

Для характеристики алкоголизма приводится случай 19 июня 1925 г. в момент получения аванса и декретных, когда местный «Рабочий кооператив» продал за 1 день 60 ведер водок и вина, что составляет 1200 бутылок; последнее количество нужно умножить в 1½ раза за счет купленного самогона, что составляет 3000 бутылок на 6600 человек населения. Таким образом, на живую душу падает ½ бутылки водки, а на алкоголика (633)—5 бутылок на 1 алкоголика. Алкоголизм безусловно отравляет всякий отдых рабочих. На общих собраниях—не редкость, что пьяные нарушают правильный его ход. Производство тоже безусловно страдает от зеленого змия. Трудоспособность таких работников—не высокая. Были довольно нередкие случаи, когда на работу являлись в состоянии опьянения, и врачам приходилось давать свои заключения об их работоспособности. Пьяный рабочий не только сам не работает, но вносит большую дезорганизацию в рабочий коллектив, нарушает пролетарскую дисциплину. Нельзя замалчивать темные стороны нашей жизни. Громкое правдивое слово, быть может, заставит изжить такие случаи, когда, чтобы удалить пьяного с фабрики, приходится его связывать.

Какие же меры принимались и нужно принять, чтобы, по возможности, оздоровить свою рабочую семью? Проводились выставки, читалось много лекций о вреде пьянства. Товарищи-женщины очень чутко прислушивались к лекциям, зная, что наши эпилептики—наследство пьяных отцов. Кроме лекций велись беседы по каморкам и широко был проведен месячник по борьбе с алкоголизмом, но необходимо принять и целый ряд профилактических мер: нужно ограничить торговлю вином в «Рабочем кооперативе», не разрешая в дни дачек (выплаты зарплаты) торговать вином; за-

претить продажу вина подросткам до 18 лет; запретить продажу вина больше одной бутылки в одни руки и совершенно не отпускать тем, кто находится в состоянии опьянения; кроме этого усилить просветительную работу, привлекая рабочих к культурной работе—к клубу и библиотеке. Нам, врачам—углубить свою сан'пропаганду по борьбе с алкоголизмом.

Отвлечение рабочих к здоровым развлечениям имеет огромное значение. Это можно судить по тому интересу, с каким относятся наши рабочие к футболу. Дни футбольных состязаний привлекают массу рабочих, и в фабричном сосняке нигде почти не видишь пьяных. Приходится пожалеть, что культ-отдел фабрично-заводского комитета стал скуpee отпускать средства на футбол и запретил добровольные отчисления. На борьбе с алкоголизмом рабочие на деле могут доказать, что дело здоровья рабочих есть дело самих рабочих, и «Заря социализма» должна сбросить с себя иго зеленого змия.

Жилище рабочих.

Обще-санитарное состояние.

Из предыдущей таблицы (как размещаются рабочие фабрики) видно, что, примерно, $\frac{1}{3}$ живет в казенных квартирах (каморках), немного более $\frac{1}{3}$ имеют собственные дома и около $\frac{1}{3}$ живет по углам на частных квартирах. В рабочем поселке при фабрике, который постепенно растет, насчитывается около 780 домов. До революции было около 550 домов. В годы голодовки стройки не было, но с 1924 г. началась усиленная постройка домов. Близость леса и сравнительно не высокие цены на лесной материал дают возможность в течение года или 2-х лет выстроить дом размерами 8×7 аршин. Стоимость такого дома выражается в сумме от 700 до 800 руб. Тип построек крестьянский: изба с русской печью, с досчатой перегородкой внутри, с тремя или четырьмя небольшими окнами, холодные сени и иногда маленький двор. Уборная помещается на дворе или на задворках. Дома строятся без всякого санитарного надзора. Технический надзор исключительно пожарный. Отводка земли под жильё делается не специалистами, и зачастую разрешения даются на загрязненную почву. Таких домов за сезон 1925 года выстроено 120 и дано разрешений, приблизительно, столько же. Жилищного товарищества не имеется и коллективных построек не производится. Прежние постройки рабочих до 1915 года более обширны. Обыкновенно рабочие строили дома размерами 12×10 аршин со стоимостью до 500 руб., но рабочие далеко не использовали целиком свою собственную жилую площадь, а сдавали комнаты и углы пришлым рабочим. Наряду с этим в нашем поселке было развито жилищное строительство с целью эксплуатации. Местные богатеи строили дома и сдавали их рабочим. Оборудованы они были плохо и содержались в антисанитарном состоянии. Большинство их перешло в собственность коммунального отдела, очень слабо ремонтируется и в таком же антисанитарном состоянии сдается рабочим. В лучших условиях находятся дома, которые заарендованы правлением фабрики, но они очень переполнены. Во всех частных домах форточек нет, помойные ямы почти отсутствуют, освещенные керосиновое.

Обследовано по анкетам 80 частных и 5 коммунальных домов. Жилая площадь в кв. аршинах на одного человека держится в среднем 5,9—6,3 кв. арш. Кубатура на одного жильца от 18,2 куб. арш. до 21 куб. арш. Отношение световой поверхности к площади пола колеблется от $\frac{1}{6}$ до $\frac{1}{17}$, а в среднем до $\frac{1}{11}$.

Особенно тяжелы квартирные условия тех рабочих, которые не имеют отдельных комнат, а занимают углы. Таковых рабочих 16%. Общей численностью до 600 человек, из них никто не имеет отдельных кроватей.

Большинство таких рабочих из окружающих деревень, и на каждый праздник они уходят домой. 36% рабочих живут в фабричных домах. Рабочих, живущих в фабричных домах, можно разделить на две категории. К первой категории принадлежат рабочие, живущие в старых каморках рабочих. Таких домов 12. Все они деревянные, старые, 2-х этажные, с простым голландским отоплением, с центральным темным корридорм посредине. Жилые комнаты расположены неудобно—одни на восток, другие на запад. Южные и северные стороны заняты отхожими помещениями и чуланами. Средний размер такой каморки $4\frac{1}{4} \times 3\frac{1}{4}$ при высоте 4 аршина. В этих 12 домах живет 1172 человека рабочих семей с общей жилой площадью 806 кв. саж. В среднем на одного человека приходится от 6,2 до 7,5 кв. арш. Отношение световой поверхности к площади пола— $\frac{1}{6}$. Но комнаты, расположенные на восток, получают очень мало солнца. Солнцем вообще не дорожили раньше рабочие и только за последние годы в результате широкого санитарного просвещения и работы тубдиспансера рабочие научились ценить солнечный свет. Об этом свидетельствуют частые просьбы рабочих о переводе их в квартиры, обращенные окнами на юг, и типа последних построек. Из 2802-х опрошенных рабочих заявили 63%, что у них света очень мало, 30% удовлетворались имеющимся светом и только 7% имели свет в своих комнатах вполне достаточный. В каморках существует форточная вентиляция, но она совершенно не в состоянии произвести достаточный обмен воздуха. При жилой площади в 6,2 кв. арш. при средней кубатуре 26 куб. аршин на одного воздух очень влажный, особенно в каморках обращенных на восток. Освещение в каморках керосиновое, электричество только в корридорах, где имеются также и водопроводные краны. Кухни общие с 2-мя русскими печами на этаж, при чем на каждую печь приходится от 5 до 7 семей. При каждом таком рабочем доме имеются холодные помещения, так называемые „балаганы“, где у рабочих хранятся продукты и одежда. Уборные—холодные, выгребной системы; при каждом доме имеется помойка. Рабочие дома выстроены в улицу, имеют палисады.

В безусловно лучших условиях живет небольшая часть рабочих, которые разместились в бывших хозяйских домах и в домах служащих фабрики за счет их уплотнения. Таких домов—9. Они более поздней стройки, безусловно лучше оборудованы. Все снабжены электрическим освещением, водоснабжением, центральным отоплением и канализацией. Рабочие живут там, занимая по 1 комнате при высоте не менее 5 аршин. Жилая площадь на 1 человека в них значительно выше, чем в каморках, и в среднем держится на 7,5—8 кв. аршин.

Подводя итог жилищным условиям рабочих фабрики «Заря социализма», мы видим, что они крайне неудовлетворительны и очень резко влияют на состояние их здоровья и заболеваемость. Отсюда понятна становится высокая детская смертность, масса рахитизма и туберкулеза среди детей. Несмотря на это среди рабочих чувствуется большое тяготение переселяться в фабричные дома. Причина—это коммунальные услуги и (главное) отопление.

Борьбу с жилищным кризисом на фабрике нужно вести в двух направлениях: 1) Правление Льнотреста должно предпринять постройку новых домов лучшего, современного типа с тем, чтобы разгрузить каморки и вывести, особенно те семьи, которые живут на «сторонке» (2 чужих семьи в одной каморке), 2) организация жилищного товарищества.

Физическое развитие рабочих фабрики «Заря социализма»

Д-р С. В. Архангельский.

Настоящая работа является результатом разработки антропометрического материала, полученного при поголовном обследовании рабочих льно-прядельно-ткацкой ф-ки «Заря социализма» (с. Гаврилов-Ям, Ярославской губ. и уезда) в 1924—25 г.

Мы поставили себе задачей охарактеризовать физическое развитие рабочих ф-ки «Заря социализма», надеясь, что наши данные послужат материалом для дальнейших исследований физического развития текстильщиков, в частности—занятых в льняной промышленности.

Наш материал охватывает 3046 человек: пионеров: мужчин—172, женщин—182; фабзавуч: мужчин—92, женщин—20; рабочих: мужчин—1016, женщин—1564. Итого: мужчин—1280, женщин—1766.

В группу рабочих включены лица, занятые на производстве исключительно физическим трудом. Конторский персонал и прочие служащие ф-ки разработке не подвергались.

По цехам ф-ки обследованные рабочие распределяются следующим образом:

прядельное отделение:	мужчин—146,	женщин—610
ткацкое	»	» —301, » —745
белильnde	»	» —136, » —160
механическое	»	» —287, » —
прочие рабочие	»	» —146, » — 49

Итого: мужчин—1016, женщин—1564

Характерной чертой нашего материала является его полная национальная однородность: все обследованные—великороссы, и притом подавляющее большинство из них местные уроженцы (Ярославский уезд); лишь незначительный % обследованных имеет связь с крестьянством, общая же масса рабочих представляет собой чистый пролетариат, с юных лет работающий на фабрике и происходящий от родителей—рабочих. Состав пионеров и учеников фабзавуча тоже почти исключительно дети рабочих.

У всех обследованных производились следующие измерения: 1) роста—стоя (без обуви), 2) веса (без верхнего платья и обуви) и 3) окружности груди при спокойном дыхании. Последнее измерение производилось на обнаженной груди: у мужчин лента проводилась сзади под углами лопаток, спереди захватывала нижний край сосковых кружков; у женщин—горизонтально на уровне 4 ребра ¹⁾. При измерениях нами принимались всевозможные меры для получения наибольшей точности результатов.

Приводимые ниже таблицы (№ 1 и 2) представляют собою сводку физического развития всех обследованных групп без разделения по цехам и профессиям. Для сравнения в таблицах приведены данные физического развития фабричных рабочих Московской губ. по Эрисману. Данные, правда, старые (1879—1885 г. г.), но до сих пор сохраняющие исключительное значение, т. к. опираются на материал свыше, чем в 100 тысяч измерений. В распределении по возрастным группам мы придерживались указаний профессора Бунака. Благодаря этому наши возрастные деления несколько не совпадают с делениями Эрисмана.

¹⁾ Методика антропометрических исследований, под ред. проф. Бунака, 1925.

²⁾ Куркин.—Физическое развитие рабочего, 1925.

Кроме средних величин роста, окружности груди, грудного показателя (разность окружности груди и полуроста) и веса мы для большей наглядности приводим характеристику физического развития отдельных возрастных групп по Пинье. Показатель Пинье—рост—(вес+окружность груди). Количественная величина индекса соответствует следующим физическим типам:

- меньше 10—очень сильный,
- от 11—15 сильный,
- » 16—20 хороший,
- » 21—25 средний,
- » 26—30 слабый,
- » 31 и выше—очень слабый ³⁾.

При рассмотрении приведенных таблиц остановимся прежде всего на физическом развитии младших возрастов—пионеров и рабочих подростков (до 18 лет включительно). До 10-летнего возраста рост детей постепенно увеличивается, приблизительно, одинаково как у мальчиков, так и у девочек (у мальчиков несколько больше). Начиная с 11 лет у девочек замечается более интенсивный рост, и они начинают перерастать мальчиков. Преобладание девочек в росте продолжается до 15 лет, когда он начинает сильно замедляться, и, начиная с 16 лет, мальчики снова превышают в росте девочек.

Обследованные нами мальчики за 12-летний период (с 7 по 18 лет включительно) в среднем дали увеличение в росте на 45,67 см. Девочки за тот же период увеличились в росте на 33,38 см. Рассматривая в приведенных таблицах годовые приросты в росте, можно заключить, что у мальчиков годовые увеличения роста более равномерны и постоянны, чем у девочек. Сравнивая рост обследованных нами детей с данными Эрисмана, можно отметить, что рост наших детей всюду ниже данных Эрисмана за исключением лишь детей 8 и 14 лет обоего пола. Окружность груди у мальчиков во всех возрастах больше, чем у девочек. Наибольшее годовое увеличение окружности груди наблюдается у обоего пола в возрасте 15—17 лет. С 7—18 лет мальчики дали увеличение окружности груди на 21,32 см., девочки на 17,56 см. Сравнивая наши данные окружности груди с данными Эрисмана, замечаем, что у мальчиков в большинстве возрастных групп наблюдается превышение окружности груди сравнительно с данными Эрисмана, тогда как девочки несколько отстают в окружности груди по сравнению с данными Эрисмана. У мальчиков понижение окружности груди по сравнению с данными Эрисмана наблюдается только в возрастах 13 и 15 лет, тогда как девочки имеют больший обхват груди только в возрастах 8—10 и 17 лет.

Грудной показатель у обследованных нами детей гораздо более благоприятен, чем по данным Эрисмана. Наши мальчики имеют отрицательный грудной показатель только в возрастах 13—16 лет, девочки—в возрасте 11—15 лет, тогда как по Эрисману отрицательный показатель имеют мальчики 11—17 лет и девочки 9—15 лет.

Увеличение веса детей и подростков, приблизительно, соответствует увеличению роста. До 10 лет вес как у мальчиков, так и у девочек, приблизительно, одинаков (девочки несколько тяжелее) и увеличивается постепенно. Начиная с 11 лет, вес девочек начинает резко увеличиваться, с 15 же лет у них наступает замедление в увеличении веса. За весь этот период вес мальчиков ниже веса девочек, Мальчики начинают превышать в весе девочек, только начиная с 18 лет. Годовые увеличения в весе

³⁾ Каплуи.—Санитарная статистика труда, 1924.

Таблица № 1.

М у ж ч и н ы.

Возраст	Ф-ка «Заря социализма»						По Эрисману				
	Число измерений	Средний рост см.	Средн. окр.-ружн. груди см.	Разн. окр.-ружн. груди и полуроста см.	Средн. вес кгр.	Показатель Пинье	Средний рост см.	Средн. окр.-ружн. груди см.	Разн. окр.-ружн. груди и полуроста см.	Средн. вес кгр.	
7	1	116,00	62,00	+ 4,00	22,40	31,6	—	—	—	—	
8	3	120,81	63,00	+ 2,60	23,86	33,9	120,11	62,12	+ 2,07	—	
9	11	122,00	63,91	+ 2,91	24,47	33,6	122,36	61,94	+ 0,76	—	
10	12	125,25	64,09	+ 1,47	26,58	34,6	126,26	63,16	+ 0,03	27,59	
11	22	126,68	64,66	+ 1,32	27,10	34,9	129,89	64,55	— 0,39	29,13	
12	35	132,02	66,41	+ 0,40	30,83	34,8	134,40	66,19	— 1,01	30,93	
13	39	137,33	67,41	— 1,25	33,69	36,2	137,73	67,45	— 1,41	32,72	
14	31	141,90	70,16	— 0,79	36,50	35,2	141,21	69,21	— 1,39	35,19	
15	21	146,28	71,28	— 1,86	39,58	35,4	146,66	71,87	— 1,46	39,35	
16	32	152,34	76,15	— 0,02	44,80	31,4	153,19	75,07	— 1,52	44,04	
17	35	156,48	81,11	+ 2,87	50,44	24,9	158,57	78,55	— 0,73	49,75	
18	67	161,67	83,32	+ 2,49	54,87	23,5	161,76	81,26	+ 0,38	53,86	
19	46	161,91	84,90	+ 3,95	56,03	21	163,56	83,43	+ 1,65	56,00	
20	50	163,10	87,08	+ 5,53	57,63	18,4	164,36	83,91	+ 1,73	} 57,48	
21	28	162,50	86,42	+ 5,17	57,76	18,3	164,41	84,03	+ 1,83		
22	33	165,36	88,59	+ 5,91	60,69	16,1	164,62	84,50	+ 2,19	} 58,13	
23	26	161,53	87,44	+ 6,68	59,41	14,7	165,24	84,81	+ 2,19		
24	42	164,04	87,65	+ 5,63	59,20	17,2	164,95	85,14	+ 2,67	} 58,67	
25	25	165,80	90,06	+ 7,16	61,84	13,9	165,06	85,35	+ 2,82		
26—30	122	164,73	88,59	+ 6,23	59,76	16,4	—	—	—	—	
31—35	132	164,04	89,24	+ 7,22	59,97	14,8	165,06	86,38	+ 3,85	59,85	
36—40	133	164,08	90,12	+ 8,08	61,70	12,3	165,20	86,73	+ 4,13	60,13	
41—45	111	163,28	90,04	+ 8,40	59,09	14,1	165,15	86,84	+ 4,27	} 60,50	
46—50	83	164,24	90,57	+ 8,45	60,99	12,7	165,20	87,01	+ 4,41		
51—55	71	162,71	89,79	+ 8,44	59,25	13,7	164,73	87,14	+ 4,68	} 60,13	
56—60	44	163,93	91,18	+ 9,22	59,76	13	165,01	87,20	+ 4,70		
61—65	16	160,18	92,87	+ 12,78	63,10	4,2	164,98	87,53	+ 5,04	} 59,53	
66—70	7	160,85	89,92	+ 9,50	61,94	9	164,80	87,77	+ 5,37		
71—75	2	162,50	94,25	+ 13,00	61,80	6,4	164,42	87,40	+ 4,98		

Таблица № 2.

Женщины.

Возраст	Ф-ка «Заря социализма»						По Эрисману		
	Число измерений	Средний рост см.	Средн. ок-ружн. груди см.	Разн. ок-ружн. груди и полу-роста см.	Средн. вес кгр.	Показатель Пинье	Средний рост см.	Средн. ок-ружн. груди см.	Разн. ок-ружн. груди и полу-роста см.
7	2	119,00	60,50	+ 1,00	23,40	35,1	—	—	—
8	6	120,50	61,50	+ 1,25	25,10	33,9	118,81	59,83	+ 0,43
9	19	121,31	61,88	+ 1,23	25,20	34,2	123,04	59,87	— 1,65
10	17	123,94	62,68	+ 0,71	25,97	35,3	129,53	61,61	— 3,09
11	31	129,22	62,96	— 1,65	28,98	37,3	130,98	62,91	— 2,58
12	28	135,42	64,46	— 3,25	31,87	39,1	135,49	64,92	— 2,82
13	41	139,39	66,68	— 3,01	35,59	37,1	139,89	67,32	— 2,62
14	20	146,50	68,45	— 4,80	40,20	37,8	143,45	70,12	— 1,60
15	19	147,68	69,94	— 3,90	44,37	33,4	148,17	73,72	— 0,36
16	27	149,07	75,40	+ 0,87	46,00	27,7	150,98	76,91	+ 1,42
17	45	151,08	79,50	+ 3,96	52,03	19,5	152,35	78,73	+ 2,56
18	44	152,38	78,06	+ 1,87	51,96	22,4	152,75	79,75	+ 3,38
19	40	153,40	79,17	+ 2,47	54,10	20,1	153,32	80,36	+ 3,70
20	58	151,44	79,19	+ 3,47	53,66	18,6	153,00	80,18	+ 3,68
21	65	152,30	79,96	+ 3,81	54,41	17,9	153,14	80,35	+ 3,78
22	55	154,81	80,27	+ 2,87	56,05	18,5	153,31	80,13	+ 3,48
23	50	153,42	79,98	+ 3,27	53,27	20,2	153,24	79,90	+ 3,28
24	50	152,62	78,13	+ 1,82	53,68	20,8	153,54	80,28	+ 3,51
25	58	152,06	80,63	+ 4,60	53,83	17,6	152,88	80,08	+ 3,64
26—30	237	153,70	80,66	+ 3,81	54,95	18,1	—	—	—
31—35	187	153,35	81,73	+ 5,06	55,67	15,9	153,29	79,91	+ 3,27
36—40	224	152,58	82,18	+ 5,89	55,38	15	153,61	89,11	+ 3,31
41—45	142	152,86	83,15	+ 6,72	56,60	13,1	153,14	79,62	+ 3,05
46—50	161	151,42	82,57	+ 6,86	56,30	12,5	152,94	79,42	+ 2,95
51—55	91	150,92	82,15	+ 6,69	54,98	13,8	152,59	79,03	+ 2,74
56—60	39	149,43	81,25	+ 6,54	53,48	14,7	153,33	79,09	+ 2,43
61—65	8	150,37	89,12	+ 13,94	60,85	0,4	151,81	79,17	+ 3,27
66—70	2	157,00	86,00	+ 7,50	57,60	13,4	150,43	78,55	+ 3,33

у мальчиков более равномерны и постоянны, чем у девочек. За период с 7—18 лет мальчики прибавили в весе на 32,47 кг., девочки на 28,56 кг. Вес обследованных нами мальчиков, приблизительно, совпадает с данными Эрисмана. До 12 лет вес наших мальчиков несколько ниже данных Эрисмана; начиная с 13 лет, несколько выше. Сравнения веса девочек с данными других авторов мы не приводим, так как в труде Эрисмана измерения веса женщин отсутствуют; воспользоваться же для сравнения иностранными данными (напр., Кетле) мы считали нецелесообразным.

Остановившись на характеристике телосложения детского и юношеского возрастов по Пинье, мы замечаем, что показатель, оставаясь у младших возрастных групп на довольно высоких цифрах, заметно начинает снижаться у подростков обоего пола, начиная с 15—16 лет. Если в младших возрастных группах физическое развитие мальчиков несколько лучше, чем девочек, то, начиная с 15 лет, девочки обладают более низким показателем Пинье и, следовательно, лучшим физическим развитием по сравнению с мальчиками.

Для большей полноты приводим таблицу (№ 3), характеризующую физическое развитие наших подростков по сравнению с данными обследования подростков Московской губернии в 1923 году ⁴⁾ и с данными Эрисмана.

Не останавливаясь на деталях этой таблицы, мы все же считаем возможным сделать некоторые выводы. Наши подростки мужчины в общей массе, обладая по сравнению с подростками Московской губ. 1923 г. и фабричными рабочими Эрисмана более низким ростом, имеют более развитую грудь, лучший грудной показатель, а старшие возрасты (16—18 лет) и более высокий вес. Подростки-женщины имеют более низкий рост, более высокий вес, но окружность груди и грудной показатель у них меньше сравнительно с данными Эрисмана. По сравнению с подростками Московской губ. 1923 г. наши подростки-женщины имеют более развитую грудь и лучший грудной показатель только в возрасте 16—18 лет. В общем же наши подростки обоего пола имеют более благоприятное развитие, чем подростки Московской губ. Это заключение подтверждается ниже приводимой таблицей (№ 4), где физическое развитие подростков охарактеризовано по Пинье.

Сравнивая в этой таблице числовые величины показателя Пинье, видим, что развитие наших подростков-мужчин является во всех возрастах более благоприятным по сравнению с подростками Московской губ. как 1923 г., так и по данным Эрисмана. Наши подростки-женщины тоже обладают лучшим телосложением, чем подростки-женщины Московской губ. 1923 г. (исключение составляют лишь девочки 14 л.). Особенно заметно это преобладание над подростками Московской губ. у обоих полов в возрасте 16—18 лет.

Переходя к оценке физического развития взрослых рабочих, остановимся снова на таблицах (№ 1 и 2), характеризующих физическое развитие рабочих без разделения по профессиям. Здесь мы прежде всего можем отметить, что рост наших рабочих-мужчин по отдельным возрастным группам не имеет такой правильности и закономерности, как рост фабричных рабочих по Эрисману. Повидимому, это зависит от сравнительно незначительного количества наших измерений по отдельным возрастным группам. При сравнении роста наших рабочих с данными Эрисмана мы, однако, видим, что почти во всех возрастах рост наших рабочих ниже данных Эрисмана. Это становится совершенно очевидным при сравнении роста взрослых рабочих по завершении его развития. Рост

⁴⁾ Куркин.—Физическое развитие рабочего, 1925.

Таблица № 3.

Физическое развитие подростков.

Возраст	М у ж ч и н ы			Ж е н щ и н ы		
	«Заря соц.»	Московск. губ. 1923	По Эрисману	«Заря соц.»	Московск. губ. 1923	По Эрисману

а) средний рост в см.

14 л.	141,9	144,6	141,2	146,5	145,1	143,5
15 »	146,3	147,7	148,7	147,7	149,8	148,2
16 »	152,3	152,5	153,2	149,1	150,6	151,0
17 »	156,5	157,7	158,6	151,1	152,2	152,4
18 »	161,7	159,7	161,8	152,4	152,8	152,8

б) средняя окружность груди.

14 л.	70,2	69,6	69,2	68,4	71,7	70,1
15 »	71,3	71,6	71,9	69,9	72,8	73,7
16 »	76,1	74,3	75,1	75,4	74,7	76,9
17 »	81,1	77,8	78,6	79,5	76,5	78,7
18 »	83,3	79,7	81,3	78,1	76,4	79,8

в) грудной показатель.

14 л.	— 0,7	— 2,7	— 1,4	— 4,8	— 0,9	— 1,6
15 »	— 1,8	— 2,3	— 1,5	— 3,9	— 2,1	— 0,4
16 »	0	— 2,0	— 1,5	+ 0,9	— 0,6	+ 1,4
17 »	+ 2,8	— 1,1	— 0,7	+ 4,0	+ 0,4	+ 2,6
18 »	+ 2,4	— 0,1	+ 0,4	+ 1,9	0	+ 3,4

г) средний вес.

14 л.	36,5	37,9	35,2	40,2	38,5	—
15 »	39,6	39,9	39,4	44,4	42,2	—
16 »	44,8	44,2	44,0	46,0	45,6	—
17 »	50,4	49,0	49,8	52,0	49,1	—
18 »	54,9	51,9	53,9	52,0	49,4	—

наших рабочих в возрасте от 25 до 55 лет (677 измерений) равен 164 см., тогда как по Эрисману для той же возрастной группы рост равен 165,13 см.

Таблица № 4.

Физическое развитие подростков по Пинье.

Возраст	М у ж ч и н ы			Ж е н щ и н ы	
	«Заря соц.»	Московск. губ. 1923	По Эрисману	«Заря соц.»	Московск. губ. 1923
14	35,2	37,1	36,8	37,8	34,9
15	35,4	36,2	37,4	33,4	34,8
16	31,4	34,0	34,1	27,7	30,3
17	24,9	30,9	30,2	19,5	26,6
18	23,5	28,1	26,6	22,4	27,0

Из материалов, относящихся к физическому развитию рабочих Ярославской губ., существуют данные по Норской мануфактуре Ярославского уезда. По измерениям Голгофского, средний рост фабричных рабочих указанной фабрики в возрасте от 25 до 50 лет составляет 161,78 см. или 2 арш. 4,4 в. ¹⁾ Таким образом, наши рабочие, обладая более низким ростом сравнительно с рабочими Эрисмана, превышают в росте рабочих Норской мануфактуры. Сравнивая средние величины окружности груди, мы замечаем, что окружность груди по данным Эрисмана всюду меньше, чем у наших рабочих. У наших рабочих так же, как и у рабочих Эрисмана, с увеличением возраста увеличивается и обхват груди. Средняя окружность груди наших рабочих в возрасте от 25 до 55 лет равна 89,68 см. Грудной показатель у них является тоже гораздо более благоприятным, чем у рабочих Эрисмана. По весу наши рабочие также в большинстве возрастных групп дают более высокие цифры сравнительно с данными Эрисмана. Однако это преобладание настолько незначительно, что мы склонны считать оба ряда веса почти идентичными. Средний вес наших рабочих в возрасте от 25 до 55 лет равен 60,22 кг.

Останавливаясь на характеристике телосложения наших рабочих по Пинье, мы прежде всего можем отметить постепенное убывание величины показателя по мере увеличения возраста рабочих. Младшие возрасты дают более высокий показатель, соответствующий слабому физическому развитию, в пожилом же возрасте телосложение рабочих оказывается сильным и даже очень сильным. Такое уменьшение величины показателя зависит, конечно, не столько от увеличения физического развития в пожилом возрасте, сколько от увеличения обхвата груди, вызванного усилением склонности к отложению жира, развитием легочной эмфиземы и, отчасти, от влияния естественного отбора, который позволяет лишь крепким и здоровым индивидуумам продолжать работу до преклонных лет. Показатель Пинье для наших рабочих в возрасте от 25 до 55 лет

¹⁾ Каплун.—Санитарная статистика труда, 1924.

равен 14,1, что соответствует сильному физическому развитию. Очевидно, что наши рабочие, обладая приблизительно одинаковым весом, меньшим ростом, большей окружностью груди и лучшим грудным показателем, по сравнению с данными Эрисмана, имеют лучшее физическое развитие, чем рабочие, обследованные Эрисманом.

Переходя к таблице (№ 2), характеризующей физическое развитие женщин, мы видим, что рост наших работниц, так же, как и у мужчин, в большинстве возрастных групп ниже роста по данным Эрисмана. Однако понижение в росте у женщин меньше, чем у мужчин. Это становится еще более ясным, если мы сравним рост достигших полного развития женщин с подобными же данными Эрисмана. Рост наших работниц в возрасте от 23 до 45 лет (948 измерений) равен 153,07 см., по Эрисману рост для этой же возрастной группы равен 153,2 см. Понижение в росте здесь составляет всего лишь 0,13 см., тогда как у мужчин 1,13 см. Окружность груди наших работниц так же, как и у мужчин, в большинстве возрастных групп преобладает над соответствующими средними величинами Эрисмана; особенно это преобладание заметно в зрелом и пожилом возрастах. Средняя окружность груди наших работниц в возрасте от 23 до 45 лет равна 81,43 см.

Грудной показатель наших работниц в более молодых возрастных группах приблизительно совпадает с показателем по Эрисману, в зрелом же и пожилом возрастах оказывается более благоприятным сравнительно с показателем по Эрисману.

К сожалению, в работе Эрисмана отсутствуют измерения веса женщин, благодаря чему мы лишены возможности сравнения наших данных. Средний вес наших работниц в возрасте от 23 до 45 лет равен 55,22 кг. У наших работниц так же, как и у рабочих-мужчин, мы можем отметить постепенное уменьшение показателя Пинье по мере увеличения возраста. Повидимому, причины такого уменьшения те же, что и у мужчин. Показатель Пинье для наших работниц в возрасте от 23 до 45 лет равен 16,4, что указывает на более слабое физическое развитие женщин по сравнению с мужчинами, но все же по группировке Пинье соответствует хорошему телосложению.

Следующая таблица (№ 5) показывает физическое развитие рабочих ф-ки «Заря социализма» в зависимости от профессиональных группировок.

В таблице приведены данные, характеризующие физическое развитие собственно текстильщиков, занятых обработкой волокнистых веществ—льна (с подразделением на рабочих прядильного и ткацкого отделений), сравнительно с физическим развитием остальных рабочих ф-ки, не занятых обработкой волокнистых веществ—рабочих подсобных цехов (белильное, механическое отделения и чернорабочие).

Рассматривая эту таблицу, приходится отметить, что среди рабочих-мужчин наилучшим физическим развитием обладают подсобные рабочие, которые при среднем росте имеют большую окружность груди, больший вес и наименьший показатель Пинье. Среди собственно текстильщиков рабочие прядильного отделения сложены лучше, чем рабочие ткацкого отделения. Последние, при более высоком росте и весе, имеют наименьший обхват груди, наименьший грудной показатель и наибольший показатель Пинье.

Наши данные в этом отношении вполне совпадают с выводами Эрисмана и Дементьева, которые на основании своих измерений также считают, что рабочие, занятые обработкой волокнистых веществ, имеют более неблагоприятное физическое развитие по сравнению с прочими рабочими.

Таблица № 5.

**Физическое развитие рабочих ф-ки «Заря социализма»
по профессиональным группам.**

		Число измерен.	Средн. рост в см.	Средн. околж. грудн в см.	Грудн. показа- тель	Средн. вес в кгр.	Показа- тель Пинье
а) мужчины от 25—55 лет.							
Собственно текстильщицы	{ Пряд. отд.	77	162,81	89,90	+ 8,50	57,76	15,1
	{ Ткацк. »	225	164,54	88,60	+ 6,33	60,25	15,7
Прочие рабочие (белильное, механ. отд., чернорабочие)		375	163,92	90,28	+ 8,32	60,75	12,9
Все рабочие . . .		677	164,0	89,68	+ 7,68	60,22	14,1
б) женщины от 23—45 лет.							
Собственно текстильщицы	{ Пряд. отд.	370	152,22	82,41	+ 6,3	55,03	14,8
	{ Ткацк. »	451	153,43	80,61	+ 3,9	55,11	17,7
Прочие работницы (белиль- ное отд., чернорабочие) .		127	154,26	81,50	+ 4,37	56,13	16,6
Все работницы .		948	153,07	81,43	+ 4,9	55,22	16,4

Не так ясно выступает различие в физическом развитии собственно текстильщиков и не текстильщиков у женщин. Среди женщин наилучшим физическим развитием обладают работницы прядильного отделения, которые при наименьшем росте дают наибольшую окружность груди, наилучший грудной показатель и наименьший показатель Пинье. Среднее место в отношении физического развития занимают работницы подсобных цехов и наихудшим физическое развитие оказывается так же, как и у мужчин, у работниц ткацкого отделения, которые дают наименьшую окружность груди, наихудший грудной показатель и наибольший показатель Пинье.

Заканчивая наш очерк физического развития рабочих ф-ки «Заря социализма», мы, резюмируя вышеприведенные данные, считаем возможным сделать следующие выводы:

1) Рост детей, подростков и взрослых рабочих ф-ки «Заря социализма» ниже роста по данным Эрисмана. Мужчины дают большее понижение в росте сравнительно с данным и Эрисмана, чем женщины.

2) Окружность груди наших рабочих, особенно мужчин, больше окружности груди рабочих, обследованных Эрисманом.

3) Грудной показатель наших рабочих благоприятнее, чем у рабочих, Эрисмана.

4) Вес обследованных нами рабочих-мужчин почти совпадает с величинами веса Эрисмана.

5) Физическое развитие наших рабочих, особенно мужчин, лучше телосложения рабочих, обследованных Эрисманом. По Пинье, наши взрослые рабочие обладают сильным физическим развитием, женщины--хорошим.

6) Среди рабочих-мужчин наилучшее физическое развитие имеют рабочие подсобных цехов. Собственно текстильщики имеют худшее физическое развитие. Наиболее плохим развитием обладают рабочие ткацкого отделения. Среди женщин наиболее неблагоприятным физическим развитием обладают работницы ткацкого отделения и наилучшим работницы прядильного отделения. Работницы подсобных цехов в отношении физического развития занимают среднее место.

Рабочие подростки.

В течение зимы 1924-25 г. на льняной мануфактуре «Заря социализма» было произведено обследование рабочих подростков до 18 лет включительно. Подверглось обследованию 145 подростков (73 мальчика и 72 девочки).

По социальному происхождению и по возрасту обследованные подростки распределяются следующим образом:

детей	рабочих—116 (80%),
„	служащих— 13 (9%),
„	крестьян— 12 (8,3%),
	других— 4 (2,7%).

В возрасте:	14 л. мальчиков— 6 (8,2%),	девочек— 1 (1,4%),
	15 л. „ — 7 (9,6%),	„ — 6 (8,3%),
	16 л. „ —15 (20,6%),	„ —20 (27,8%),
	17 л. „ —29 (39,7%),	„ —40 (55,6%),
	18 л. „ —16 (21,9%),	„ — 5 (6,9%).

Таким образом, преобладающий состав обследованных подростков— дети рабочих в возрасте 16-17 лет.

Из обследованных подростков:

Учится в фабзавуче: мальчиков—30 (41,1%), девочек—16 (22,2%), работает в прядильном отделении на ватерах съемщиками: мальчиков—20 (27,4%), девочек—38 (52,8%), работает в ткацком отделении на цевочной: мальчиков—3 (4,1%), девочек—17 (23,6%), служит в конторе: мальчиков— 10 (13,7%), других профессий: мальчиков—10 (13,7%), девочек—1 (1,4%). Профессиональный стаж имеют:

от 1—6 мес.	мальчиков—15 (20,5%),	девочек—16 (22,2%),
от 6 м.—1 г.	„ —30 (41,1%),	„ —29 (40,3%),
от 1 г.—1½ л.	„ —11 (15,1%),	„ —16 (22,2%),
от 1½ л.—2 л.	„ — 4 (5,5%),	„ — 7 (9,7%),
от 2 л.—2½ л.	„ — 8 (11%),	„ — 4 (5,6%),
от 2½ л.—3 л.	„ — 3 (4,1%),	„ — —
от 3 л. и больше	„ — 2 (2,7%),	„ — —

Из приведенных цифр мы видим, что наибольшее количество подростков имеет профессиональный стаж от 6 месяцев до 1 года, а также, что девочки начинают работать на производстве позднее, чем мальчики. Девочек, работающих на производстве более 2½ лет, нет.

Иная картина получается, если мы будем рассматривать возраст, с которого подростки начали заниматься наемным трудом.

Работают по найму с 8 л. мальчиков	—,	девочек— 1—1,4%.
” ” 10 ” ”	—,	девочек— 1— 1,4%,
” ” 11 ” ”	—,	” — 2— 2,8%,
” ” 12 ” ”	—,	” — 1— 1,4%,
” ” 13 ” ”	2 — 2,7%,	” — 2— 2,8%,
” ” 14 ” ”	7 — 9,6%,	” — 2— 2,8%,
” ” 15 ” ”	26—35,6%,	” —17—23,6%,
” ” 16 ” ”	28—38,4%,	” —37—51,3%,
” ” 17 ” ”	10—13,7%,	” — 9—12,5%,

Из приведенной таблицы видно, что большинство подростков начинает заниматься наемным трудом с 15-16 лет. Мальчики до 13 л. наемным трудом не занимаются, тогда как довольно значительное количество девочек работает по найму, уже начиная с 8 лет. Это объясняется тем, что многие девочки с детства поступают работать в качестве нянь и прислуг.

Условия труда, экономическое положение и культурный уровень рабочих подростков ф-ки „Заря социализма“ представляются в следующем виде: большинство подростков до 18 лет включительно работает 6 часов в день, ученики же фабзавуча 4 года в школе и 4 года на производстве. Заработок подростков колеблется от 12—30 руб. в месяц у мальчиков и от 12—22 руб. у девочек. Громадное же большинство подростков обоего пола получают в месяц 16 рублей. Однако в виду того, что большинство подростков живет в семьях, трата на одного члена семьи, конечно, значительно меньше.

Среди обследованных подростков оказалось:

вполне грамотных мальчиков—66 (90,4%),	девочек—61 (84,7%),
малограмотных ” — 6 (8,2%),	” — 8 (11,1%),
неграмотных ” — 1 (1,4%),	” — 3 (4,2%),

Жилищные и бытовые условия жизни подростков крайне неблагоприятны, несмотря на то, что громадное большинство—66 (или 90,4%) мальчиков и 60 (или 83,3%) девочек—живет в семье и только 7 (9,6%) мальчиков и 12 (16,7%) девочек живут одни, не имея никаких родственников.

Антигигиенические условия жизни рабочей молодежи вполне ясны хотя бы из того, что только 28,3% подростков имеют отдельную койку, остальные же 71,7% отдельной койки не имеют и спят или на полу, или же совместно с другими членами семьи. Существенной разницы в этом отношении между мальчиками и девочками не наблюдается. Характерно также, что только 10,9% мальчиков и 13,9% девочек пользуются отдельной посудой, остальные же подростки едят из общей посуды с остальными членами семьи. Отдельную посуду почти исключительно имеют подростки, живущие самостоятельно; живущие же в семьях отдельной посуды, как правило, не имеют.

Данные относительно распространения алкоголизма и курения удалось собрать только относительно мальчиков. Указаний на употребление спиртных напитков и на курение среди девочек нет.

Из обследованных мальчиков употребляют спиртные напитки (главным образом, самогон) 10 или (13,7%), при чем начали пить с 13 лет 1, с 15 л.—1, с 16 л.—5, и с 17 л.—3. Курят—38 (или 52%) мальчиков, не курят—35 (или 48%). Начали курить с 7 лет—1, с 8—1, с 9—3, с 10—2, с 11—1, с 12—2, с 13—4, с 14—7, с 15—5, с 16—9 и с 17—3.

Из обследованных девочек имеют менструации 53 (или 73,6%); не начали менструировать 19 (или 26,4%).

Из девушек 14 лет менструируют	—	не менструируют	1—100%,
" 15 "	2—33,3%	"	4— 66,6%,
" 16 "	13—65,%	"	7— 35%,
" 17 "	33—82,5%	"	7— 17,5%,
" 18 "	5—100%	"	— —

Из имеющих менструации девушек начали менструировать:

с 12 лет—	1, или	1,9%,
" 13 "	— 1, "	1,9%,
" 14 "	— 4, "	7,6%,
" 15 "	—20, "	37,7%,
" 16 "	—22, "	41,5%,
" 17 "	— 5, "	9,4%,

Таким образом, у громадного большинства девушек первые менструации появились в возрасте 15—16 лет. Продолжительность менструаций у обследованных девушек колеблется от 1—8 дней, при чем 32 (или 60,4%) девушек менструирует по 3—4 дня. Промежуток между менструациями у 47 (или 88,7%) девушек равняется 3—4 неделям, 6 (или 11,3%) девушек имеют неустановившийся тип менструаций с неправильными промежутками между ними. У 11,3% девушек отмечено обильное количество выделений, остальные же имеют незначительное количество выделений. Боли при менструациях отмечены у 5,7% девушек.

Относительно половой жизни подростков сведений, внушающих доверие, собрать не удалось. По указаниям мальчиков—63 (или 86,3%) из них половой жизнью не жили, остальные же 10 (или 13,7%) половой жизнью жили, при чем 4 (5,5%) начали половую жизнь в возрасте 16 л. и 6 (8,2%)—с 17 лет. Из девушек половой жизнью (с 16 лет) жила только 1 (или 1,4%); остальные же 71 (или 98,6%) половой жизнью не жили. Однако эти сведения по многим причинам мы не можем считать достоверными.

Для характеристики телосложения подростков мы применяли показатель Пинье=рост—(вес + окружность груди) на основании соображений, изложенных в главе о школьниках и пионерах ¹⁾.

Телосложение обследованных подростков, по Пинье, представляется в следующем виде:

Возраст	М А Л Ь Ч И К И					
	Количество обследованных	Показатель Пинье				
		менее—15 хорош.	16—20 хорош.	21—25 средн.	26—30 слабое	31 и более оч. слаб.
14 л.	6	—	—	—	2	4
15 л.	7	—	—	—	2	5
16 л.	15	—	1	1	3	10
17 л.	27	2	6	8	6	5
18 л.	15	2	4	5	1	3
	70	4—5,7%	11—15,7%	14—20%	14—20%	28—38,7%

¹⁾ Цифровые данные измерений изложены в главе «Физическое развитие рабочих».

Возраст	Д Е В О Ч К И						
	Количество обследованных	Показатель Пинье					
		менее—15 сильн.	16—20 хорош.	21—25 средн.	26—30 слабое	31 и более оч. слаб.	Отрицат.
14 л.	1	—	—	1	—	—	—
15 л.	6	—	—	1	1	4	—
16 л.	20	1	1	6	5	7	—
17 л.	39	8	7	9	11	2	2
18 л.	5	3	—	—	—	2	—
	71	12—16,9%	8—11,3%	17—23,9%	17—23,9%	15—21,2%	2—2,8%

Не останавливаясь на характеристике телосложения отдельных возрастных групп подростков в виду незначительного количества обследованных по отдельным возрастам, обратим лишь внимание на общий итог физического развития всех обследованных подростков. Сравнивая телосложение подростков с физическим развитием более младших возрастных групп (см. главу «О пионерах и школьниках»), прежде всего необходимо отметить, что подростки имеют значительно лучшее телосложение, чем пионеры и школьники: среди последних 96% мальчиков и 95,6% девочек оказались имеющими неудовлетворительное телосложение. Рабочие подростки дают более благоприятные цифры, именно: неудовлетворительное телосложение имеют 56,6% мальчиков и 47,9% девочек²⁾.

Столь значительная разница в телосложении подростков и детей более младших возрастов находит себе объяснение, по нашему мнению, в том, что дети, родившиеся или же проведшие первые годы жизни в период империалистической и гражданской войн, в эпоху общей экономической разрухи и голода, несомненно, должны были резко реагировать на общую обстановку жизни и, главным образом, на неудовлетворительное питание, что не могло не отразиться и на их физическом развитии в смысле его ухудшения. Дети же более старших возрастов, первые годы жизни которых прошли при более благоприятных обстановке и условиях питания, естественно, могли более легко перенести тяжелый период жизни страны, меньше отразили на себе последствия голодовки, что и сказывается на их более удовлетворительном физическом развитии в настоящее время. Сопоставляя телосложение подростков мальчиков и девочек, приходится отметить, что так же, как среди пионеров и школьников, девочки обладают лучшим телосложением по сравнению с мальчиками. Причина этого заключается, повидимому, в том, что к 18 годам большинство девочек достигают половой зрелости и заканчивают свое физическое развитие, чего нельзя сказать про мальчиков. Кроме того, быть может, играет роль и то обстоятельство, что девочки, хоть и раньше мальчиков, начинают

²⁾ Среди девочек 2 (или 2,8%) оказались имеющими отрицательный показатель Пинье, зависящий от чрезмерной упитанности, благодаря чему они отнесены к группе с неудовлетворительным телосложением.

работать по найму (в прислугах, нянях и т. п.), но на производстве со всеми его вредными влияниями начинают работать позднее.

Прежде, чем переходить к рассмотрению заболеваемости подростков, остановимся на наследственности. Наследственные влияния отмечены у 85 (или 58,6%) подростков обоего пола, при чем алкоголизм родителей отмечен у 46 (или в 31,7%), туберкулез—у 30 (или 20,7%), психические заболевания—у 2 (или в 1,4%), другие заболевания (гл. образом, рак)—у 7 (или в 4,8%). У 60 (41,4%) подростков отягощающей наследственности не отмечается. Существенной разницы в наследственных влияниях у мальчиков и у девочек не замечается.

Интересно также проследить предшествовавшую заболеваемость подростков и перенесенные ими болезни.

У обследованных подростков обоего пола в анамнезе отмечается:

Детские инфекции (корь, скарлатина, коклюш) у 38 или в 26,2%	
Воспаление легких	„ 38 „ „ 26,2%
Тифы брюшной и сыпной	„ 18 „ „ 12,4%
Малярия.	„ 7 „ „ 4,8%
Острый ревматизм	„ 5 „ „ 3,4%
Туберкулез.	„ 1 „ „ 0,7%
Другие болезни.	„ 24 „ „ 16,6%

В вопросе о заболеваемости подростков мы не находим возможным останавливаться на характеристике заболеваемости отдельных возрастных и профессиональных групп в виду незначительного количества обследованных по отдельным группам, а также в виду незначительности профессионального стажа, который не мог резко отразиться, по нашему мнению, на характере заболеваемости.

Приводим данные о заболеваемости для всех обследованных подростков с подразделением лишь по полу.

Общая заболеваемость (подростки обоего пола):

1. Малокровие 49 или 33,8%	8. Болезни глаз (кроме трахомы). 5 или 3,4%
2. Подозрение на туберкул. 32 „ 22,1%	9. Туберкулез. 4 „ 2,7%
3. Болезни ушей 8 „ 5,5%	10. Нервные болезни 4 „ 2,7%
4. Носоглотки. 7 „ 4,8%	11. Болезни орг. пищеварения. 3 „ 2,1%
5. Органы дыхания (кроме туберкулеза) 6 „ 4,1%	12. „ „ движения . . . 3 „ 2,1%
6. Органы кровообращения 6 „ 4,1%	13. „ „ кожи 1 „ 0,7%
7. Трахома 6 „ 4,1%	

Заболеваемость по полу:

МАЛЬЧИКИ:

1. Малокровие 24—32,9%
2. Подозрение на туберкулез . 17—23,3%
3. Трахома. 5—6,8%
4. Болезни ушей 5—6,8%
5. » орг. кровообращен. 4—5,5%
6. » глаз (кроме трах.). 4—5,5%
7. Туберкулез 3—4,1%
8. Болезни органов дыхания (без туберкулеза). . . . 3—4,1%
9. Болезни органов движения . 2—2,7%
10. Нервные болезни 2—2,7%
11. Болезни носоглотки 1—1,4%

ДЕВОЧКИ:

1. Малокровие. 25—34,7%
2. Подозрение на туберкул. 15—20,8%
3. Болезни носоглотки. . . . 6—8,3%
4. » орг. дыхания (без туберкулеза) 3—4,2%
5. Болезни орг. пищеварения. 3—4,2%
6. » ушей. 3—4,2%
7. » орг. кровообращ. . . . 2—2,8%
8. Нервные болезни 2—2,8%
9. Туберкулез легких 1—1,4%
10. Трахома 1—1,4%
11. Болезни глаз (кроме трах.) 1—1,4%
12. » „ кожи 1—1,4%
13. » „ орг. движения . . . 1—1,4%

Рассматривая приведенные таблицы, в которых заболеваемость расположена в порядке постепенного убывания, мы видим, что 33,8% всех

подростков страдает малокровием, при чем % малокровных девочек несколько больше мальчиков. В общем же % малокровных подростков значительно меньше, чем у пионеров и школьников. На втором месте по количеству заболеваний стоит подозрение на туберкулез, дающий для всех подростков 22,1%; присоединив же сюда подростков с выраженным туберкулезом, оказывается, что 24,8% (или $\frac{1}{4}$) всех подростков болеют или подозрительны на туберкулез. % больных и подозрительных на туберкулез мальчиков больше, чем девочек. Столь значительный % подозрительных и больных туберкулезом подростков по сравнению с пионерами и школьниками зависит, с одной стороны, от того, что подростки в течение зимы 1924—25 г. были осмотрены дважды, и, следовательно, диагнозы могли быть поставлены более тщательно; с другой же стороны, несомненно, что на подростках уже отразились неблагоприятные влияния работы на производстве.

У пионеров и школьников мы отметили большую заболеваемость туберкулезом девочек; у подростков же, наоборот, % заболеваемости туберкулезом мальчиков выше. Это явление стоит в связи, повидимому, с худшим физическим развитием и более ранним началом работы на производстве мальчиков.

Сравнивая заболеваемость подростков-мальчиков и девочек другими болезнями, видим, что девочки-подростки дают более высокий % заболеваемости болезнями носоглотки и органов пищеварения. Мальчики же болеют больше девочек болезнями глаз (в том числе трахомой), ушей и органов кровообращения. Остальные болезни дают, приблизительно, одинаковый % как у мальчиков, так и у девочек.

В заключение нашего очерка приводим данные о пригодности подростков к исполняемой ими работе. Признано соответствующими для работы по своей профессии: мальчиков 60 (или 82,2%), девочек 62 (или 86,1%). Не вполне соответствующими: мальчиков—12 (или 16,4%), девочек—9 (или 12,5%). Совсем не соответствующими: мальчиков—1 (или 1,4%), девочек—1 (1,4%).

Из приведенных цифр видно, что % соответствующих своей профессии мальчиков меньше, чем у девочек, что является вполне понятным на основании изложенных выше данных о физическом развитии и заболеваемости подростков.

Признаны нуждающимися в переводе на более легкие работы: мальчиков—4 (или 5,5%), девочек—6 (или 8,3%). Нуждаются во временном перерыве в работе для отдыха: мальчиков—4 (или 5,5%), девочек—1 (или 1,4%).

Выводы:

1) Преобладающий состав рабочих подростков ф-ки «Заря социализма»—дети рабочих в возрасте 16—17 лет с профессиональным стажем от 6 месяцев до 1 года. Большинство подростков начинает работу на производстве в возрасте 15—16 лет, при чем девочки начинают работать на производстве несколько позднее мальчиков, но вообще наемным трудом начинают заниматься раньше.

2) Жилищные и бытовые условия жизни рабочей молодежи ф-ки «Заря социализма» крайне неблагоприятны. Почти $\frac{3}{4}$ подростков не имеют отдельной койки, около $\frac{9}{10}$ подростков не имеют отдельной посуды.

3) Среди мальчиков в 13,7% распространен алкоголизм и в 52%—курение.

4) $\frac{4}{5}$ девочек начинают менструировать в возрасте 15—16 лет, у громадного большинства тип менструаций правильный—по 3—4 дня, через 3—4 недели.

5) 53,2% подростков имеют (по Пинье) неудовлетворительное телосложение, однако, все же, значительно лучшее, чем пионеры и школьники ф-ки. Телосложение девочек по сравнению с мальчиками лучше.

6) Отягощающая наследственность отмечена у 58,6% подростков.

7) Среди подростков наблюдается высокий % подозрительных и больных туберкулезом (особенно у мальчиков). % страдающих малокровием ниже, чем у пионеров и школьников ф-ки.

8) % соответствующих своей профессии мальчиков меньше, чем у девочек.

9) В целях оздоровления рабочей молодежи ф-ки «Заря социализма» необходимы решительные санитарно-профилактические мероприятия по улучшению условий труда и быта.

Пионеры и школьники.

Всего в течение февраля и марта 1925 г. обследовано 357 детей (175 мальчиков и 182 девочки). Из них состоят пионерами 282 человека (81,7% мальчиков и 76,3% девочек). Из общего количества детей учатся в школе 322 чел. (96% мальчиков и 84,6% девочек).

По социальному происхождению дети подразделяются так:

Детей рабочих—83%,
» служащих—10%,
» крестьян — 7%.

Таким образом, мы видим, что громадное большинство обследованных детей—дети рабочих.

Распределение детей по возрасту следующее:

7 л. мальчиков—	1—	0,6%,	девочек—	2—	1,1%	
8 »	»	3—	1,7%	»	6—	3,3%
9 »	»	11—	6,3%	»	19—	10,4%
10 »	»	12—	6,8%	»	17—	9,3%
11 »	»	22—	12,6%	»	31—	17%
12 »	»	35—	20%	»	28—	15,4%
13 »	»	39—	22,3%	»	41—	22,5%
14 »	»	28—	16,%	»	19—	10,4%
15 »	»	14—	8,%	»	13—	7,2%
16 »	»	10—	5,7%	»	5—	2,8%
17 »	»	—	—	»	1—	0,6%

Остановившаяся на жилищных и бытовых условиях, в которых живет подрастающее рабочее поколение, приходится заключить, что таковые крайне неблагоприятны. Остановимся только на одном примере. Из обследованных 282 детей-пионеров—14,5% живет в Детском доме, остальные же 85,5% живут с родными. Из живущих с родными только 14,9% имеют отдельную койку (15,3% мальчиков и 14,5% девочек), 85,1% детей отдельной койки не имеют и спят вместе с родителями или же с братьями и сестрами. Уже один этот пример, по нашему мнению, достаточно ярко характеризует жилищные и бытовые условия жизни детей рабочих ф-ки «Заря социализма».

Относительно питания детей дело обстоит гораздо более благополучно. Правда, цифровых данных и калорийной их оценки нам собрать не удалось; однако, все же, удалось установить, что большинство детей питается удовлетворительно, имея почти ежедневно мясо и часто молоко.

Все обследованные дети подверглись тщательным антропометрическим измерениям, при чем измерялись: рост, вес и окружность груди ¹⁾).

Для характеристики физического развития детей мы остановились на показателе Пинье=рост—(вес+окружность груди). Величина показателя менее 15 соответствует сильному телосложению, от 16—20 хорошему, от 21—25—среднему, от 26—30—слабому, от 31 и выше—очень слабому.

Правда, проф. Бунак ²⁾ указывает, что сложные «индексы не являются собственно морфологическими указателями, представляя собой скорее условные формулы для оценки той или иной совокупности свойств» и предостерегает, что «пользоваться ими необходимо с большой осторожностью», однако нам нужно было объективно взвесить значение всех главнейших элементов физической организации для целей группировки. Это и заставило нас принять индекс Пинье, быть может, условную формулу, мало пригодную для целей чистой антропологии, но формулу простую, с простым методом группировки. Рекомендуемые же в сборнике %-ные отношения величин двух признаков такой ясной группировки не имеют и оценка их для не специалиста-антрополога—трудна. Еще одной причиной, побудившей нас принять для характеристики физического развития детей индекс Пинье, послужило то, что и все взрослые рабочие фабрики охарактеризованы по этому же индексу.

Прилагаемая таблица показывает физическое развитие обследованных детей по Пинье.

Возраст	М а д ь ч и к и				Д е в о ч к и				
	Количество обследованн.	Показатель Пинье.			Количество обследованн.	Показатель Пинье			
		21—25 среднее	26—30 слабое	31 и выше оч. слабое		16—20 хорошее	21—25 среднее	26—30 слабое	31 и выше оч. слабое
7 лет.	1	—	—	1	2	—	—	—	2
8 »	3	—	—	3	6	—	—	—	6
9 »	11	—	4	7	19	—	3	2	14
10 »	12	—	2	10	17	—	—	—	17
11 »	22	1	2	19	31	—	—	2	29
12 »	35	3	3	29	28	—	—	—	28
13 »	39	1	3	35	41	—	1	3	37
14 »	28	1	3	24	19	—	—	2	17
15 »	14	—	2	12	13	2	2	2	7
16 »	10	1	—	9	5	—	—	2	3
17 »	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Итого	175	7—4%	19—10,9%	149—85,1%	182	2—1,1%	6—3,3%	13—7,1%	161—88,5%

¹⁾ Методика, а также данные измерений изложены в главе «Физическое развитие рабочих ф-ки «Заря социализма».

²⁾ Методика антропометрических исследований. Сборник инструкций, под редакцией проф. Бунака. Москва, 1925 г.

Не останавливаясь на характеристике физического развития детей по возрасту, т. к. количество обследованных по отдельным возрастным группам слишком незначительно, обратим внимание на общую сводную графу. Здесь мы видим, что только 4% мальчиков и 4,4% девочек имеют удовлетворительное телосложение, остальные же 96% мальчиков и 95,6% девочек обладают недостаточным физическим развитием.

Для характеристики заболеваемости детей приводим сперва таблицу без разделения по возрастам и полу, в которой отдельные заболевания расположены в порядке постепенного убывания.

У обследованных детей обнаружено:

1. Малокровие в	54,3%
2. Трахома	7%
3. Болезни глаз (кроме трахомы)	6,4%
4. » орг. кровообращения	4,7%
5. Туберкулез легких.	4,5%
6. Болезни ушей.	4,5%
7. » кожи (главн. обр., чесотка)	3,4%
8. » орг. дыхания (кроме туберкулеза)	3,1%
9. » носоглотки	2,2%
10. » орг. пищеварения	1,7%
11. « орг. движения и суставов.	0,56%
12. Сифилис	0,28%

Из приведенных цифр мы видим, что больше половины всех обследованных детей страдает малокровием. Второе место по количеству заболеваний занимает трахома, что вполне понятно в виду скученности, в которой живут дети.

Туберкулезом легких страдает 4,5% всех детей.

В заболеваемости мальчиков и девочек есть значительная разница, что видно из приводимой ниже таблицы, в которой так же, как и в предыдущей, отдельные заболевания расположены в порядке постепенного убывания.

МАЛЬЧИКИ.

1. Малокровие.	49,7%
2. Болезни глаз (кроме трахомы).	8,5%
3. » ушей.	5,7%
4. » кожи.	5,7%
5. Трахома	5,1%
6. Болезни орг. кровообращения	5,1%
7. » орг. дыхания (кроме туберк.)	4%
8. Туберкулез легких.	2,8%
9. Болезни носоглотки.	2,8%
10. » орг. пищеварения.	1,1%
11. » » движения.	0,5%

ДЕВОЧКИ.

1. Малокровие.	58,7%
2. Трахома.	8,7%
3. Туберкулез легких	6%
4. Болезни орг. кровообращения	4,4%
5. » глаз (кроме трахомы).	4,4%
6. » ушей.	3,3%
7. » орг. дых. (кроме туб.).	2,2%
8. » » пищеварения.	2,2%
9. » носоглотки	1,6%
10. » кожи.	1,1%
11. » орг. движения.	0,5%
12. Сифилис	0,5%

При сравнении заболеваемости мальчиков и девочек видим, что девочки болеют больше мальчиков малокровием, трахомой, туберкулезом легких и болезнями органов пищеварения; мальчики же сравнительно с девочками дают больший % заболеваемости болезнями глаз (кроме трахомы,—главным образом, конъюнктивиты), ушей, кожи, органов кровообращения, дыхания (кроме туберкулеза) и носоглотки. В частности больший % заболеваемости девочек туберкулезом легких, несмотря на несколько более удовлетворительное телосложение по сравнению с мальчиками, объясняется, повидимому, какими-то бытовыми причинами,—быть-может, тем, что девочки больше проводят времени в домашней обстановке (меньший % учится в школе, меньше бывают на воздухе) и больше подвергаются влияниям скученности и тесноты жилища. Большее предрасположение де-

вочек к туберкулезу подтверждается и произведенной среди обследованных детей пиркетизацией¹⁾. Реакция Пирке была произведена 82 детям (38 мальчикам и 44 девочкам) и дала следующие результаты:

МАЛЬЧИКИ.		ДЕВОЧКИ.	
Р. Пирке отрицат.	65,8%	Р. Пирке отрицат.	63,6%
» » положит.	21%	» » положит.	27,3%
» » резко положит.	13,2%	» » резко положит.	9,1%

Таким образом, мы видим, что девочки дают несколько больший % положительной реакции Пирке (36,4%) по сравнению с мальчиками (34,2%).

Большой % заболеваемости девочек трахомой, повидимому, надо объяснить, подобно заболеваемости туберкулезом, влиянием тех же бытовых условий. Большую заболеваемость мальчиков болезнями органов дыхания (кроме туберкулеза), органов кровообращения и кожи тоже приходится объяснять особенностями бытовых условий жизни,—в частности, ранним курением, резкими движениями и большей сравнительно с девочками нечистоплотностью.

Заканчивая наш очерк, мы, несмотря на незначительное количество обследованных детей, все же считаем возможным сделать некоторые выводы:

1) Жилищные условия и бытовая обстановка детей рабочих ф-ки «Заря социализма» крайне неблагоприятны, что оказывает влияние на увеличение заболеваемости детей (особенно туберкулезом и трахомой) и препятствует их нормальному физическому развитию.

2) Телосложение обследованных детей (по Пинье) — неудовлетворительно.

3) Обследованные дети дают высокую заболеваемость малокровием, трахомой и довольно значительную (особенно девочки)—туберкулезом легких.

Из больницы при фабрике «Заря социализма» (с. Гаврилов-Ям, Ярославской губ.)

Опыт проведения половой анкеты среди рабочей молодежи.

Д-р С. Д. Носов.

Весной 1926 года мною была проведена половая анкета среди членов кружка физкультуры при ф-ке «Заря социализма».

Опрашиваемые были подготовлены соответствующими беседами. При составлении анкеты мною были приняты за образцы анкета, проведенная среди московского студенчества в 1922 г., и анкетный лист, выработанный Кружком социальной гигиены I и II Московск. Университетов²⁾, но число вопросов я сократил до 12 (у женщин до 15). Формы таблиц заимствованы из книги Гельмана «Половая жизнь современной молодежи». Как сама анкета, так и заполнение ее не лишены, конечно, многих пробелов и упущений. Главный недостаток анкеты—пропущен вопрос о влиянии физических упражнений на половое влечение. Вопрос, собственно, мною был включен, но лицо, печатавшее анкету на шапирографе, его пропустило.

¹⁾ Произведена доктором М. Д. Лехно.

²⁾ Сборник «Социальная гигиена», № 2, апр., 1923 г.

Количество опрошенных (64 чел.) по сравнению с московскими анкетами 1903 и 1922 г.г. (2117 и 1615 чел.)—ничтожно. Однако данные анкеты считаю не лишними интереса, почему решаюсь поделиться ими в печати.

Общее число ответивших на анкеты—64 чел.: мальчиков—33, девочек—31. Из них лишь один сын крестьянина, один—торговца и у 3-х родители служащие; все остальные дети рабочих.

По возрасту опрашиваемые распределяются следующим образом:

Возраст	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Возраст не указан	Всего
Мальчиков	1	2	8	6	1	6	5	1	1	1	—	1	33
Девочек	--	10	8	6	3	1	—	—	—	—	—	3	31
Всего	1	12	16	12	4	7	5	1	1	1	—	4	64

Таким образом, наша анкета заполнялась молодежью в возрасте от 15-ти до 20-ти лет, в котором нормально просыпается половое влечение и особенно резко начинают вырисовываться два сексуальных типа—мужской и женский. Именно в этом возрасте просыпающийся половой инстинкт побуждает интересоваться половым вопросом, замечать в особах другого пола что-то, ранее не замеченное, и предъявлять к жизни другие требования. Часто появившееся половое чувство еще не вполне оформлено, и юноша или девушка не могут разобраться в своих ощущениях.

Вот что пишет одна девица 19-ти лет на вопрос, чувствует ли она половую потребность: «Хорошо не могу сказать, чувствую ли, но как будто чувствую и уже порядочно». А на вопрос о половых сношениях она отвечает: «Еще не имела, но испытать хочется... просто из любопытства».

Это «любопытство» к вопросам пола особенно характерно для того периода полового созревания, который охвачен нашей анкетой.

По образованию заполнявшие анкету распределяются следующим образом: кончивших низшую школу—48, учащихся во 2-й ступени—4, кончивших 2-ю ступень—9. В четырех анкетах вопрос об образовании не заполнен.

Шестой вопрос анкеты («От кого и в каком возрасте вы узнали о половой жизни мужчины и женщины?») касается полового просвещения и воспитания. До сих пор родители держатся в стороне от него, рассказывая ребенку старые, глупые сказки об аистах, капусте и т. д. На улице от своих товарищей в самой извращенной, отвратительной форме ребенок узнает тайну зачатия и рождения. Это тайное знакомство с вопросами половой жизни пробуждает к ним и своим половым органам, как и ко всему запретному, повышенный интерес. Ненормально рано просыпается половое чувство, которое часто ведет к онанизму.

В нижеследующей таблице показывается, в каком возрасте опрашиваемые получали первые сведения о половой жизни 1):

1) На этот вопрос 37 человек в своих ответах не указали возраста, двое не помнят его. Проценты в таблице вычислялись из общего числа ответивших—без этих 39-ти, не давших полного ответа.

Возраст, в котором получили первые сведения о полов. жизни	Мальчики		Девочки		В с е г о		
	Число	%	Число	%	Число	%	
9-ти лет	2	} 23%			2	} 12%	
10 "	1				1		
11 "	1	} 69%		} 58%	1	} 64%	
12 "	1						1
13 "	2				3		5
14 "	5		4	9			
15 "	1	} 8%	3	} 42%	4	} 24%	
16 "					1		1
17 "					1		1
Не указали	18	—	19	—	37	—	
Не помнят	2	—	—	—	2	—	

Из опрошенных нашей анкетой мальчиков лишь один узнал о половой жизни в 15-ти летнем возрасте; остальные (92%) узнавали раньше; 23% знали о половой жизни до 10-ти лет.

Знакомство девочек с вопросами пола происходит значительно позже. Ни одна из опрошенных не знала о половой жизни до 12-ти лет. Большинство узнало о ней 15-ти лет и старше.

О половой жизни узнавали ранее, нежели появлялись первые половые ощущения, 12 мальчиков и 21 девочка; одновременно с появлением половых ощущений—1 мальчик и 2 девочки; узнали после появления половых ощущений—1 мальчик. У остальных 28-ми вследствие неполноты ответов это соотношение вывести нельзя.

Сведения о половой жизни черпаются, главным образом, от товарищей и подруг (73,7%), что особенно часто наблюдается среди мальчиков:

От кого получают перв. сведения о полов. жизни	Мальчики		Девочки		В с е г о	
От товарищей и подруг	25	80,7%	17	65,3%	42	73,7%
От врача	4	12,8%	9	34,7%	13	22,8%
От няни	1	} 6,5%	—	}	1	} 3,5%
От случайных людей	1				—	
Не ответили	2	—	5	—	7	—

Сравнительно большой процент, особенно среди девочек, узнает о половой жизни от врача. Одна девочка ответила: «от подруг и слыхала в своей семье». Это единственный случай, где семья принимала участие

в половом просвещении. Один из опрошенных узнал о половой жизни на 11-м году от своей няни, которая затем принудила его иметь с ней сношение (!). В современной рабочей среде такие случаи редкость, но в старом буржуазном обществе прислуга играла не малую роль в половом развращении юношей.

Первые половые ощущения. Хотя половое созревание вполне заканчивается у мужчин к 20-22 годам и женщин к 19-20 г., однако половые ощущения (половая потребность) появляются обычно раньше и часто даже много раньше начала созревания. Эту дисгармонию в половом развитии можно наблюдать и на нашем материале (см. помещенную ниже таблицу).

Появление первых половых ощущений

Возраст, на котором появились первые половые ощущения	Мальчики		Девочки		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
9	1	3	0	0	1	2
10	—					
11	—	20	8	3	14,5	
12	—					
13	3					
14	3	60	2	5	40	
15	5					
16	8	16	1	9	40	
17	1					
18	4	76	1	4	43,5	
19	—					
Не чувствуют до сих пор	5	17	19	76	24	43,5
Не ответили	3	—	5	—	8	—
Не помнят	—	—	1	—	1	—

У 23-х% мальчиков половые ощущения появились до 15-ти лет. Наиболее часто это происходит в возрасте 15-16 лет. У девочек половые ощущения появляются позже. Большинство (76%) еще не имели половых ощущений. Среди неимевших половых ощущений преобладает возраст 15-16 лет.

Сравнивая наши цифры с цифрами ранее проводившихся анкет, можно заметить, что в нашей анкете появление первых половых ощущений происходит значительно позже:

В о з р а с т	Наша анкета (в процентах)	Московская анкета 1922 г. (в процентах)
От 5 до 10 лет	2,0	15,1
От 10 до 14 лет	14,5	30,9
От 14 и выше	40,0	54
Не чувствуют	43,5	—

В анкете, проведенной среди московского студенчества в 1922 году, вовсе не встречаются не имевшие половых ощущений. Это должно быть объяснено значительной разницей возрастов: в нашей анкете преобладает возраст 15-17 лет, а в анкете 1922 г.—19-25 лет, т. е. наша анкета имела дело с более незрелым элементом. Разница в цифрах объясняется и разной формулировкой вопроса в этих анкетах: в нашей «в каком возрасте вы стали ощущать особенно остро половую потребность?», а в анкете 1922 г.: «на каком году жизни появились первые половые ощущения?»

Интересно сопоставить время появления половой потребности с началом менструаций, служащих показателем начинающегося созревания:

	Число
Половая потребность появилась до начала менструаций	2
Половая потребность появилась одновременно	1
Половая потребность появилась после начала менструаций	3
Половой потребности еще нет, менструации уже имеются	17
Ни месячн., ни половой потребности нет	2
Неизвестно	5

Из таблицы видно, что менструации в большинстве случаев появляются раньше половой потребности.

Не лишена интереса также следующая таблица времени появления менструаций:

Год, на котором начались месячн.	13 лет	14	15	16	17	Месячн. нет	Не ответили
	Число	1	4	9	11		

У большинства (69%) менструации наступают на 15-16-ом году жизни.

Онанизм. На вопрос анкеты: «не занимались ли или не занимаетесь ли в настоящее время онанизмом?»—положительно ответили 15 мужчин (45%) и 5 женщин (16%). Из них среди мужчин занимаются онанизмом и в настоящее время 3 (т. е. 9% всех опрошенных мужчин), среди женщин—1 (3%).

	Наша анкета		Анкета 1922	
	Мужчин	Женщин	Мужчин	Женщин
Занимались ли онанизмом (в процентах)	45	16	52,8	14,8

В нашей анкете процент онанистов-мужчин несколько ниже, нежели в анкете 1922 г. Это объясняется возрастной разницей опрошенных этими анкетами. По данным анкеты 1922 г., довольно значительный процент начинает заниматься онанизмом 18-ти лет и старше, т. е. в том возрасте, который мало представлен в нашей анкете, но преобладает в анкете 1922 года.

Процентонанирующих женщин (в особенности учитывая только что сделанную поправку) в нашей анкете выше.

В следующей таблице мы видим, к какому возрасту относится начало онанизма:

Возраст, на котором начали заниматься онанизмом	Мужчин		Женщин		В с е г о	
	Число	%	Число	%	Число	%
На 7-ом году			1		1	
" 8 "		13%	1	80%	1	30%
" 9 "	2					
" 10 "			2		2	
" 11 "		40%				30%
" 12 "						
" 13 "	2				2	
" 14 "	4				4	
" 15 "	3	40%			3	30%
" 16 "	1					
" 17 "	1				1	
" 18 "	1				1	
Не помнят	1	7%	1	20%	2	10%
В с е г о	15	—	5	—	20	—

Интересно сопоставить начало онанизма с временем появления половой потребности:

	Мужчин	Женщин	В с е г о
Онанизмом начали заниматься до появления половой потребности	3	5	8
Онанизмом начали заниматься одновременно с появлением половой потребности	7		7
Онанизмом начали заниматься после появления половой потребности—через 1 год	3		3
Неизвестно	2		2

Из таблиц видно, что у мальчиков начало онанизма в большинстве случаев относится к 14-15 летнему возрасту и обычно совпадает с появлением половой потребности. Все девочки и 3 из мальчиков начали заниматься онанизмом до появления половой потребности.

Чем объясняется преобладание раннего онанизма среди женщин, отмеченное и другими анкетами? Мне думается, что это объясняется

некоторой разницей понятия онанизма для мужчины и женщины: говоря об онанизме у мужчины, мы подразумеваем обычно искусственное вызывание половых ощущений при напряженном члене. Не редкую у мальчиков привычку держаться руками за свои половые органы (без эрекции) мы затрудняемся назвать онанизмом, тогда как у девочек введение пальца во влагалище, хотя бы и при отсутствии эрекции, мы называем онанизмом. Опрашиваемые при определении онанизма, вероятно, впадают в ту же ошибку.

В следующей таблице видно, что продолжительность занятия онанизмом в большинстве случаев до года:

Продолжительность занятия онанизмом	Мужчин	Женщин	Всего
Всего несколько раз	1	—	1
До 1-го года	8	1	9
От 1-го до 2 лет	—	—	—
От 2-х до 3-х лет	2	—	2
От 3-х до 4-х лет	1	—	1
Не указано	3	4	7

Нормальная половая жизнь. Среди опрошенных нашей анкетой половые сношения имели: мужчин—18 (54,5%), женщин—3 (9,7%). Следующая таблица показывает, в каком возрасте опрошенные имели первое половое сношение.

Год, на котором имели первое половое сношение	Мужчин		Женщин		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
7			1		1	} 20%
8					—	
9					—	
10	1	} 16,6			1	
11	1				1	
12	1				1	
13					—	
14					—	} 35%
15	5	} 38,8			5	
16	2				2	
17	1			1	2	
18	3	} 44,4			3	} 45%
19	4				4	
Не ответили			1		1	

В этой таблице, по примеру анкеты 1922 г., ответившие разбиты на три возрастных группы: I группа (до 14 лет) с чрезвычайно ранним половым сношением, II-ая группа (14-16) с ранним половым сношением, но уже в возрасте полового созревания, и III-я группа (17 и старше) с половыми сношениями, которые могут считаться своевременными.

Среди опрошенных нашей анкетой очень ранние и ранние половые сношения имели многие (55,4% из имевших половые сношения). Это — новый пример дисгармонии в половой жизни, которую мы отмечали еще ранее.

В следующей таблице сопоставлено время появления половой потребности и время первого полового сношения:

	Мужчин	Женщин	В с е г о	
Первые половые сношения имеют раньше появления половой потребности	2	2	4	20%
Первые половые снош. имеют одновременно с появлением половой потребности . .	6	1	7	35%
Первые половые сношения имеют через год и позже после появл. пол. потребн. . .	9	—	9	45%
Неизвестно	1	—	1	—

Из таблицы видно, что в 20% первые половые сношения имелись до появления половой потребности. В большинстве случаев это очень ранние половые сношения, происшедшие при развращающем влиянии посторонних лиц.

Сравнительно высок процент вступающих в половую жизнь одновременно с появлением половой потребности. В этих случаях половая потребность не успела окончательно оформиться, созревание далеко еще не закончилось.

Все случаи первого полового сношения внебрачные.

Следующая таблица указывает, с кем произошли первые половые сношения.

С кем произошло первое половое сношение	Мужчин	Женщин	Всего
С хорошо знаком.	15	3	18
С случайн. знаком.	2	—	2
С проституткой (за плату) .	—	—	—
С няней	1	—	1

Итак, ни в одном случае в первом половом сношении не участвовала проститутка. На вопрос: «не имели ли вы в дальнейшем половых сношений с проститутками?» — тоже не было ни одного положительного ответа.

Это явление чрезвычайно утешительное, т. к., судя по ранее проводившимся анкетам среди московского студенчества (1904 и 1922 гг.), проституция в половой жизни молодежи играла значительную роль.

Трудовая рабочая среда, далекая от развращающего влияния города, является неблагоприятной почвой для проституции. На вопрос о венери-

ческих болезнях не было ни одного положительного ответа. Это новый факт оздоровления половой жизни современной рабочей молодежи.

Заключая свою работу, думаю, что, несмотря на многие упущения, допущенные мною при составлении анкеты, на неполные ответы и малое количество опрошенных, данные анкеты не лишены интереса. Пусть это будет капля в общем потоке исследований половой жизни, который все шире и бурнее разливается по СССР.

Приложение.

Половая анкета.

1. Пол
 2. Возраст
 3. Национальность
 4. Чем занимаются родители: отец мать
 5. Образование
 6. От кого и в каком возрасте вы узнали о половой жизни мужчины и женщины? (от товарища, братьев, сестер, родителей; объясняли в школе, говорил врач или еще кто-либо)
 7. В каком возрасте вы стали ощущать особенно остро половую потребность? Или же до сих пор не чувствуете в ней особой остроты?
 8. Не занимались ли вы онанизмом? Если да, то в каком возрасте (с какого года и по какой год)? Или занимаетесь им в настоящее время?
 9. Не имели ли вы половых сношений? В каком возрасте имели первое половое сношение?
 10. С кем имели первое половое сношение:—с хорошо знаком., с случайн. знаком., с проституткой (за плату?)
 11. Не имели ли вы или не имеете ли половых сношений с проститутками (за плату?)
 12. Не болели ли или не болеете ли вы венерическими болезнями (сифилис, триппер, мягкий шанкр)?
- Дополнительные вопросы для женщин: 13. На каком году появились месячные?
14. Болели ли вы какой-нибудь женской болезнью? 15. Принимались ли вами меры против деторождения (аборт, противозачаточные средства)?

Промышленный травматизм по губернии и городу Иваново-Вознесенску за 1925 и 1926 г.

Д-р Ф. Н. Прянишников.

(Ив.-Вознесенск).

Быстрое развертывание промышленности, вовлечение новых кадров необученных или малообученных рабочих, изношенность фабрично-заводского оборудования, плохое санитарно-гигиеническое состояние предприятий—все это факторы, вызывающие увеличение промышленного травматизма. Плохая конструкция предохранительных сооружений, низкая культура русского рабочего вообще и санитарно-техническая в частности также способствуют прогрессированию травматизма.

Когда в руках государственных организаций сосредоточена вся крупная промышленность, когда первоочередной задачей является необходимость индустриализации, то, естественно, и вопросы промышленного травматизма становятся в центре внимания органов Наркомздрава, Наркомтруда и ВСНХ. Как первый почин плановой работы, следует отметить созыв 1-го Совещания по травматизму в декабре 1926 года, на котором были намечены вехи работы по изучению травматизма, его последствий и борьбы с таковым.

Наша губерния, как крупный промышленный центр, точно так же должна будет поставить перед собой указанные выше совещанием по травматизму задачи в части травматизма наиболее крупных отраслей промышленности. Я позволяю себе, пользуясь материалами Статотдела, Губстрахкассы и врачей пунктов первой помощи, осветить состояние промышленного травматизма в общих чертах по губернии и более детально по губгороду. Волна нарастания травматизма безусловно не прошла и мимо нашей губернии,

что видно из приводимых цифровых данных. За 1925 год всего по губернии было 6429 несчастных случаев, из них 3903 с потерей трудоспособности; за первое полугодие 1926 года мы имеем уже 4640 несчастных случаев, из которых 2874 с потерей трудоспособности. На 100.000 проработанных человеко-дней в 1925 году приходилось 41,7 несчастных случаев, из которых 25,8 с потерей трудоспособности. За первое полугодие 1926 г. мы имеем уже на то же число рабочих дней 49,5 несчастных случаев; из них 31,1 случаев с потерей трудоспособности. Такое увеличение травматизма наблюдается как в общем по губернии, так и в преобладающей в губернии текстильной промышленности, в которой за 1925 год было 5559 несчастных случаев при 3387 случаях с потерей трудоспособности. В 1926 году за первую половину мы имеем уже 3723 несчастных случая при 2417 случаях с утратой трудоспособности.

По 7-ми наиболее крупным отраслям промышленности губернии, беря данные первой половины 1926 года, мы получаем следующие коэффициенты травматизма на 1000 рабочих: в строительном деле 93 случая; обработка металла и машиностроения 85 случаев; основная химическая промышленность, сосредоточенная в Кинешемском уезде, дает 65,3; лесопильное дело—49,4; торфоразработки за неполный сезон 1926 года 29,4; хлопчатобумажная (преобладающая) промышленность губернии дает 22,5 случаев и, наконец, бумажное производство на 1000 рабочих дало 22 травмы за полгода. На том же самом материале можно установить длительность травмы в каждой отдельной отрасли промышленности. Наиболее длительная неработоспособность получается при травмах в лесопильном производстве—в среднем 20,8 дня нетрудоспособности; в нисходящем порядке по продолжительности неработоспособности располагаются травмы в следующих производствах: бумажном 16 дней, обработка металла и машиностроение 14,5 дней, торфоразработки 14 дней, хлопчатобумажное производство 12,7 дней, строительное дело 11, 7 дней, и в основной химической промышленности каждая травма в среднем выводит рабочего из строя на 11,3 дня.

По травматизму рабочих города Иваново-Вознесенска,—главным образом, текстильщиков,—за 1925 и 9 месяцев 1926 года мы имеем более подробный материал, что и дает возможность более углубленно его проработать. По данным 5 текстильных фабрик с общим количеством 19925 чел. рабочих мы имеем 3631 несчастных случаев за 1925 год; на тех же фабриках при 21326 рабочих число несчастных случаев за 9 месяцев 1926 года равно 3430, а в год будет 4550, т. е. увеличение около 1000 случаев, что также подтверждают общегубернские цифры роста травматизма. Что касается несчастных случаев, связанных с утерей трудоспособности, то в 1925 году было их 802, а в 1926 году (по данным 9 месяцев) 674. Произошло изменение, главным образом, за счет уменьшения травматизма на 2-х мануфактурах—Ново-Иваново-Вознесенской и Сосневской. Вычисляя травматизм на 1000 рабочих по текстильным предприятиям, мы получаем среднюю величину за 1925 год=190,6 несчастных случаев на 1000 рабочих, а в 1926 году за 9 месяцев= 197, при чем колебания в 1925 году были от 72 до 300, а в 1926 году до 303 несчастных случаев. Наглядно это по травматизму в отдельных предприятиях:

По Большой Дмитриевской на 1000 травм 1925 года—2,9, 1926 г.—128.

По Ново-Ив.-Возн. м-ре на 1000 травм	1925 г.—102,5,	1926 г.—52.
Зарядье-Возн. м-ра на 1000 раб.	1925 г. травм 1967,	—1926 г.—295.
Сосневской	”	”
Б. Ив. Возн.	”	”
	300,—1926 г.—108.	
	281,—1926 г.—404.	

Увеличение травматизма по Б. Дмитриевской м-ре произошло, главным образом, за счет ватерщиц и банкаброшниц; на Б. Ив.-Возн. м-ре увеличились травмы у слесарей-учеников; уменьшение травм по Ново-Иваново-Вознесенской м-ре произошло вследствие резкого уменьшения травматизма у ткачей; по Сосневской м-ре травматизм уменьшился за счет разнообразных профессий: токарей, раклитов, чехольщиков, правильщиков.

Имевшиеся в моем распоряжении данные не дают мне возможности представить конкретные объяснения как росту травматизма, так и снижению его в отмеченных текстильных предприятиях. Отсутствие довоенного статистического материала не позволяет проработать вопрос в части выяснения, за счет каких отделов текстильного производства происходит общее увеличение травматизма. По данным д-ра Шапошникова и инженера Медовикова, разработавших травматизм 3-х Московских мануфактур, видно, что в производственных отделах (прядельного—ткацкий, красильно-отбельного—ситце-набивной) текстильных предприятий, где занято огромное большинство рабочих этих предприятий и где трудовые процессы более или менее хорошо организованы, число несчастных случаев уменьшилось по сравнению с довоенным временем, а в вспомогательных отделах (механико-ремонтный, хозяйственный), где рабочим в силу объективных условий часто приходится менять место работ и самую работу и где приходится работать с неодинаковой затратой мускульных усилий и в разнообразной обстановке, число несчастных случаев значительно увеличилось.

Чтобы делать выводы о локализации травм и характере их, я брал сумму травм за 1925 год и 9 месяцев 1926 года, что давало большие числа и для среднего вывода по данной отрасли промышленности, складывал травмы по всем предприятиям. Это еще больше увеличивало число травм, и выводы делались на основании тысячи и более случаев, что придает большую ценность и достоверность.

По металло-заводам с чугуно и медно-литейным производством и токарными отделами на 1621 случай травм приходится на повреждение головы 80 случаев, т. е. 4,8%; глаз 325 сл.—20%; конечностей 1146 сл.—70,6%; туловище 35 сл.—2,1%; множественные повреждения 20 сл.—1,2%. На основании 1276 случаев характер травм по металлу-обрабатывающей промышленности Губгорода имеет такую картину: ранения 28,4%, ушибы 44,5%, ожоги 11,9%, инородные тела 14,4%. Отнесенный тоже к группе механических заводов ремизо-бердочный завод дает другую картину травм как по месту расположения, так и по характеру повреждений. Так, травмы ремизо-бердочного завода располагаются: на голову 5,2%, глаза 6,5%, конечности 87%, туловище 1%, характер же повреждений: ранения 69%, ушибы 14%, ожоги 7%, внедрение инородных тел 8,4% и растяжения 2,6%.

Такова картина и локализация травматизма на металло-заводах; по текстильным предприятиям как локализация, так и характер травм имеет другое процентное распределение. По данным 4-х текстильных крупных фабрик с числом рабочих более 14 тысяч и более 6.000 травм, получается следующий характер повреждений: раны составляют 50,3% всех травм, ушибы 32,3%, ожоги 8,8%, инородные тела 6,5%, растяжения 1,3%, на переломы и вывихи приходится 1% повреждений. Локализируются же повреждения следующим образом: на голове 8,5%, глаза 4,1%, конечности 72,9%, туловище 5,4%, множественный локализации 4%, живота 1,4%.

Приведенные выше данные по локализации травматизма в текстильных предприятиях очень близко совпадают с травматизмом по Трехгорной м-ре; там повреждения по частям тела располагаются так: голова 16,4%, глаза 6,4%, конечности 77,1%, туловище 4,5%, прочие органы

1,5%. Сравнивая травматизм по текстильным предприятиям и по металлозаводам, мы видим довольно наглядно резкое влияние профессионально-производственных моментов на характер и локализацию травматизма и устанавливаем общее основное положение для травматизма во всех отраслях травматизма—это преобладающее поражение верхних и нижних конечностей. Пользуясь материалом пунктов первой помощи за 1925 год, мне удалось выявить и коэффициент травматизма наиболее основных профессий текстильного производства: так, ткачи по данным 5 предприятий с числом ткачей 6953 дали за год 101 травму на 1000 человек, при чем колебания были от 49 до 160; банкаброшницы по 2 предприятиям с числом работниц данной профессии 320 дали 124 травмы на 1000 чел., а ватерщицы в тех же предприятиях в числе 742 давали 154 на 1000, раклісты и подраклісты по 2 ситце-печатным отделам, хотя и при небольшом количестве рабочих, дали первые 20 травм, вторые 31 травму, что при переводе на тысячу составляет для раклістов 330 случаев и подраклістов 550.

При распределении несчастных случаев по дням недели на основании 627 случаев травм в разных видах промышленности, но с преобладающей текстильной, мы имеем следующее распределение: на понедельник падает 107 случаев или 17%, вторник 87 случаев—13,8%, среда 118 случаев—17,2%, четверг 135 случаев—21,5%, пятница 89 случаев—14,1%, суббота 91 случай—14,5%. Максимум приходится на четверг, пятница дает снижение на 50%; так же держится суббота; в понедельник—подъем, вторник—падение, среда—подъем и четверг более резкий подъем.

Какого-либо влияния периода дачек и связанного с ними алкоголизма в смысле повышения несчастных случаев в отмеченные периоды нам установить не удалось. Число травм равномерно распределялось в течение месяца.

Дело Здравоохранения в Костромской губернии на 1 января 1927 г.

Зав. Сан.-Профилакт. П/отделом Губздравотдела А. А. Степанов.

Организационная часть.

1. Структура Губздравотдела, Горчасти здравоохранения и Уздравотделений. В марте минувшего года из Губздравотдела выделилась Горчасть, обслуживаемая особым штатом в 14 единиц, при чем лечебным делом ведает зав. Горчастью врач, санитарным же, а также Оздравдетом и охраной М/М ведают заведующие соответствующими п/отделами и отделениями Губздравотдела.

Губздравотдел обслуживается 23 единицами и сконструирован он согласно схеме НКЗ.

Структура Уздравотделений следующая: в 5 уездах имеются заведующие Уздравотделениями, в 2-х заведуют заведующие общими п/отделами. Лишь в одном имеется статистик, в прочих только делопроизводители, при чем в некоторых общие с общим п/отделом.

2. Консультативные организации. Для проработки организационно-хозяйственных вопросов при Губздравотделе функционирует Совещание заведующих п/отделами и отделениями Губздравотдела и заведующих лечебно-санитарными учреждениями города Костромы. Для назначения на работу квалифицированных медработников функционирует консульская Комиссия на основе распоряжений НКЗ.

3. Связь с центром, периферией и союзом. Связь с центром осуществляется командировками заведующих отдельными частями на съезды и совещания, организуемые НКЗ, и для консультации по отдельным вопросам; с уездами же участием уездных работников в Губ. Санитарном съезде и путем командировок работников Губздравотдела на Уездные съезды и совещания и для инструктирования.

Связь с союзом Медсантруд осуществляется участием членов Правления и представителей Бюро Врачебной секции во всех совещаниях при Губздравотделе и постановкой докладов работников Губздравотдела на съездах, в Правлении и Бюро.

4. Количество медперсонала и зарплата. Количество врачей в г. Костроме—152, в уездах—93, зубных врачей—13 и 10, среднего персонала—315 и 340, прочего—478 и 456

Зарплата: минимальная ставка врачей 90 руб., максимальная—225 руб., среднего персонала—39, 90 и 52,25, низшего—минимальная—23,75, максимальная—33,25.

5. Бюджет по губернии. а) Местный бюджет:

в 1925/6 г.—1.065.446 р. или 16,2 к общ. бюджету

» 1926/7 г.—1.625.677 р. „ 17,3 „ „ „

больше на 560.231 руб., т. е. возрос на 52,3%.

Зарплата 789.860 рублей, т. е. 48,6% ко всему местному бюджету по здравоохранению, а по сравнению с прошлым годом увеличилась на 44,2%.

б) Лечебн. фонд (бывш. лит. „Г“):

в 1925/6 г. 680.506 руб.

в 1926/7 г. 1.100.000 р., т. е. возрос на 62%.

Зарплата: в 1925/6 г. 324.655 руб.

в 1927/7 г. 483.701 руб., что составляет 44% всего бюджета, т. е. увеличилась на 67% против прошлого года.

в) Госбюджет: общая смета около 185.000 руб.

Зарплата 81.600 руб. увеличилась против прошлого года на 44,7½.

Общий бюджет (государственный, местный и лечфонд) в 1926/7 году—2.910.677 руб.

Вся зарплата по всем бюджетам в 1925/6 году 933.424 руб.

в 1926/7 году 1.355.161 руб., т. е. увеличилась на 69%.

На одну душу населения в губернии приходится из общего бюджета 2,9 руб., из местного 1,3 руб.

Из страховых средств на 1 активно-застрахованного 22 руб. против 13,6 руб. в 1925/6 г. и на 1 застрахованного, включая семью, 8,8 р. против 5,5 руб. в 1925/6 г.

Лечебное дело.

1. Стационарное и амбулаторное лечение. Число лечебных стационарных заведений в г. Костроме 9, в губернии 39, увеличилось с прошлого года на 4 участковых больницы. Число коек в Костроме 1020, увеличилось на 186, по губернии 981, увеличилось на 91.

Построены две новые больницы в Галичском и Кологривском уездах. Произведен ремонт больниц в уездах. Число населения на 1 койку в г. Костроме 111, в уездах Буйском 566, Галичском 774, Кологривском 448, Костромском 653, Нерехском 407, Солигаличском 488 и Чухломском 475, в среднем по уездам 539, при чем в число коек, находящихся в уездах, включены 205 коек по различным специальностям, зафиксированных за каждым уездом в лечебных заведениях г. Костромы, и 164 в Психиатрической колонии, пропорционально населению уездов.

В больницах г. Костромы имеются пять рентгеновских установок.

В уездных больницах: г. Нерехты имеются койки по всем специальностям; в прочих уездах имеются хирургические отделения, в Кологривском глазное и Рентгеновский кабинет. Стационарным лечением пользовалось в г. Костроме 12526 человек, которыми проведено 298.561 койко-дней; в уездах 25.043, проведено 297.741 койко-дней.

Амбулаторное лечение в г. Костроме организовано по всем специальностям в утренние и вечерние часы при всех больницах кроме туберкулезной и на Заволжском врачебном пункте. Амбулаторным лечением пользовалось в г. Костроме 153.558; посещений сделано 638.985.

В уездах кроме больничных амбулаторий имеются амбулаторные врачебные участки, число которых с прошлого года увеличилось с 5 до 9, при чем эти новые участки преобразованы из фельдшерских пунктов; число последних было 38 и осталось то же (так как открылись новые). В них лечилось 518.589, посещений—863.841. На 1 лечащего врача приходится в Буйском уезде 7355 человек, Галичском 14024, Кологривском 14851, Костромском 16988, Нерехтском 11372, Солигаличском 20959 и Чухломском 18078.

2. Обеспечение участков медперсоналом и повышение квалификации врачей. Замещение вакансий участковых врачей встречает большие затруднения. Имеется 9 свободных участков.

За счет НКЗ стажируются ежегодно 10 и за счет Губбюджета 3. Для повышения квалификации врачей проводятся командировки на курсы усовершенствования, в истекшем году предоставлены 16 лицам, из них 10-ти в уездах. Кроме того практикуются целевые командировки на время от 2 недель до 2 месяцев для ознакомления с теми или иными вопросами. В лечебных учреждениях г. Костромы и уездов проводилась летняя практика студентов старших курсов в числе 35.

3. Санаторно-курортная и протезная помощь. Санаторно-курортная помощь кроме застрахованных, получающих места через Страховку, оказывалась крестьянам от сохи как на Госкурортах, так и на местных—Большесольском и Солигаличском. На Госкурорты было командировано 70 крестьян за счет Главкурупра и 30 за счет ГИК-а. На Большесольском курорте лечилось крестьян 24. Всего на нем пользовалось в минувшем сезоне 296 больных. Через Солигаличский прошло 245. Оба курорта обладают источниками, главная составная часть воды которых поваренная соль. На Большесольском курорте организована свето-водо-электро лечебница.

Снабжение протезами производится через Московский Протезный Институт; в минувшем году было направлено 90 инвалидов труда и войны.

4. Зубоврачебная помощь. Зубоврачебная помощь в г. Костроме оказывается при больничных амбулаториях, при которых имеется 7 кресел и для школьников при Дет'амбулатории-диспансере 2. В уездах зубоврачебная помощь поставлена еще слабее: так, в Солигаличском уезде нет совсем зубврача. В сельских местностях имеется лишь в 3 районах: в Заводском районе—Мантурове, Кологривского уезда, и в Костромском—село Красное (кустарное производство серебряных изделий) и с. Большие Соли (курорт). Зуботехническая—организована лишь в г. Костроме.

5. Работа Бюро экспертизы. Губбюро экспертизы работает в составе двух комиссий, каждая из 2-х врачей. Всего заседаний было 156, освидетельствовано 2758 лиц.

7. Судебно-медицинская экспертиза. Судебно-медицинская экспертиза содержится за счет НКЗ. В каждом уезде имеется по 1 суд. эксперту, при чем в 4 уездах должности занимают по совместительству. Судебный химик прикомандирован к Губ. Сан.-Бак. Институту.

Всего произведено экспертиз в 1926 г. 1653, из них мертвых тел 218; живых лиц 1435.

8. Аптечное дело. Аптечное дело в губернии является не объединенным: Губмедторгу удалось лишь произвести слияние Костромского Умедторга, что устранило параллелизм в работе, дало экономию в расходах около 12.000 руб.

Количество отпущенных рецептов во всей губернии платных 100.933, для застрахованных и приравненных к ним 1.090.102, для стационаров 88.938, ручных отпусков 577.098.

Торговая деятельность по Губмедторгу: приобретено товару на 223.545 р., оборот на 378.512 р., что превышает выполнение плана на 14%, чистая прибыль 26.194 р., что к обороту составляет 7%; по уездам (сведений не имеется по Кологривскому уезду): приобретено товару на 199.721 руб., оборот 440.515 руб и чистая прибыль 35.265 руб.

В ближайшее время открываются 9-ти месячные курсы для подготовки фармацевтических работников.

Санитарное дело.

1. Конструкция Санитарной организации. Санитарная организация сконструирована согласно декрета СНК о санитарных органах Республики.

В Губздравотделе кроме заведующего Санитарно-Профилактическим п/отделом, на котором кроме общего руководства работой п/отдела лежит борьба с заразными, социальными и профессиональными болезнями в губернии, состоит губ. санитарный врач по коммунальной санитарии, работа которого кроме обще-губернской охватывает и санитарно-технические установки губгорода, как, например, водопровод, и на нем же лежит руководство статистикой и губ. санврачем по санпросвету, который ведет работу и в Губ. доме Крестьянина. В городе Костроме имеются 2 районных санврача, ведущие, каждый в своем районе, работу по жилищно-коммунальной и пищевой санитарии, врач заведующий санквартирой и 3 врача-профилактика. В каждом уезде имеется уездный санитарный врач, лишь в Кологривском должность санврача временно занята по совместительству.

2. Борьба с заразными болезнями. Борьба с остро-заразными болезнями в г. Костроме проводится санквартирой, которая через сестер-обследовательниц производит обследование заразных очагов (за год обследовано 7328), производит их дезинфекцию (за год произведено 1518), одежды и белья (за год 4160 п. 36 ф.). Кроме того с апреля 1926 года производится иммунизация против скарлатины; до 1 марта иммунизировано 1419 человек, получивших большею частью по 3 и 4 прививки; прививки производились в яслях, детских очагах, школах и желающим. Летом произведена была иммунизация 130 детям сухой противодизентерийной вакциной. За год по оспопрививанию произведено прививок первичных 1834 и повторных 6059. В минувшем году проводилась летняя кампания по борьбе с малярией. В настоящем году проводится и зимняя кампания. В уездах борьба с зарболезнями производится участковым персоналом. При принятии эпидемией больших размеров на помощь высылаются Губ. эпидемические отряды в составе врача, фельдшера, дезинфектора и санитаря. Таких отрядов содержится два. Кроме того п/отдел снабжает и город и уезды дезинфекционными средствами. За год имели распространение следующие заболевания: скарлатина—г. Кострома 71 на 10.000 населения, по уездам—12. Корь—44 и 18, дизентерия—46 и 11. брюшной тиф—3,6 и 3,1, сыпной—0,6 и 2, оспа—0 и 0,8 малярия—29 и 5 и грипп—1198

и 163. Число укушенных бешеными животными в губернии 773, из них умерло 3. Прививки производились в Сан.-Бак. Институте вирусом из Пастеровской станции Московского Мечниковского Института, а с января открыта Пастеровская станция при Сан.-Бак. Институте, с марта прививочное отделение организовано при Нерехтской больнице и с апреля в Галичской больнице.

Прививочный материал: как для профилактических прививок: вакцина противоскарлатинная, дивакцина брюшно-паратифозная, оспенный детрит, противодизентерийная сухая, так и лечебные сыворотки, например: противодифтерийная, антивирины и проч. изготавливаются Сан.-Бак. Институтом, который производит также клинические и бактериологические анализы, реакцию Вассермана и т. д.

3. Борьба с социальными болезнями. Борьба с туберкулезом в г. Костроме организована следующим образом: центральное место занимает Туб'диспансер, содержимый на средства НКЗ; им производится отбор больных в санатории, больницу, дома отдыха и курорты. За год прошло 3105 больных, сделавших 27416 посещений; сестрами социальной помощи, совместно с врачом-профилактиком произведено 6253 обследования очагов. При Туб'диспансере функционирует Совет социальной помощи. Затем мужской и женский туберкулезные санатории, на 30 коек каждая, ночной санаторий на 50 коек, открытый 8 марта, в котором с 15 марта по 31 декабря прошло 324 больных, проводших 10827 койко-ночей, а равно туберкулезная больница на 62 койки, в которой за год лечилось 364 человека, проводших 14090 койко-дней. В ней применяются все современные методы лечения—пнеймоторакс, горнсе солнце и др.

В уездах: в г. Нерехте 9 марта открыт Туб'диспансер, через который прошло 839 больных, сделавших 3621 посещение, сестрой социальной помощи произведено 240 обследований. В г. Кологриве Туб'диспансер—с 1 января, где за год зарегистрировано 997 больных, сделавших 2682 посещений. В заводском районе Мантурове, Кологривского уезда, с 1 марта начал функционировать Туб'диспансер на средства НКЗ.

С сифилисом и венерическими болезнями в г. Костроме борьба ведется Центральным венерологическим диспансером, содержащимся НКЗ. Больных сифилисом зарегистрировано 346, венболезнями—438, кожными—3019, посещений сделано 37.834. Филиал Вендиспансера в фабричном районе, через него прошло сифилитиков 175, венбольных—433, кожных 5408, посещений сделано 38.591.

В уездах: в Кологривском венотряд Губздравотдела, содержимый по губбюджету; зарегистрировано сифилитиков—791, венбольных—161, посещений ими сделано 3538, обследовано селений 39, обнаружено в них сифилитиков—618, прочитано лекций 66. Венотряд в Буйском уезде за счет НКЗ, зарегистрировано сифилитиков 381, венбольных—709, посещений—3740, обследовано селений 48, обнаружено больных в них 336, лекций проведено 76. Палкинский венпункт в Галичском уезде, содержащий за счет НКЗ; сифилитиков—405, венбольных—193, посещений 1766, селений обследовано 34, больных в них 875, лекций 42 (за 5 месяцев). В Кологриве организован амбулаторный прием с врачом-специалистом по сифилису и имеется стационар на 10 коек, а также при Межевской участковой больнице, Кологривского уезда, оказывается специальная венерологическая помощь и имеется стационар на 10 коек.

Необходимо отметить сочувственное отношение к работе венотрядов и венпункта местного населения, что отмечено во многих постановлениях ВИК'ов и сельсоветов и единогласными постановлениями селений о производстве поголовных осмотров.

4. Изучение и борьба с профессиональными болезнями. К организации изучения профзаболеваний было приступлено в конце 1924 года. В 1925 году было произведено обследование физического состояния рабочих наиболее вредных деталей профессий текстильной промышленности, а именно: 129 ткачей, 100 рабочих мокрых ватеров, 100 чесальщиц и 100 белильщиков. При этом произведено было в лаборатории Сан.-Бак. Института исследование мочи у ватерщиц и кровь у всех, а также обследованы жилищные условия. В настоящее время при Центральной рабочей больнице организуется антропометрический кабинет, приступлено к повторным обследованиям рабочих, для чего выделены 3 койки и кроме того для более длительного изучения отдельных форм заболеваний еще 2 койки. Производится разработка статистического материала. Обследование физического состояния рабочих производится 7 специалистами. Работа объединяется врачом-профилактиком, которому приданы сестра-обследовательница и 3 санитарных помощника.

В 1925/6 г. произведены 4-й больницей обследования состояния здоровья 235 рабочих махорочной фабрики и условий их быта аналогично исследованию текстилей и разработаны статистические данные. В настоящее время производится обследование рабочих полиграфических производств. Затем будет проводиться повторное обследование махорочников. Работы проводятся при ближайшем участии врача-профилактика, которому приданы сестра-обследовательница и 2 санпомощника. В текущем году приступлено силами больницы № 2 к обследованию землемеров в числе 80. Работы производятся под руководством Совещания санитарных врачей, врачей-профилактиков, при участии представителей Отдела Труда, ГСПС и других организаций и представителей Сан.-Бак. Института. Предварительно вопросы разрабатываются в Санитарно-техническом совещании, куда входит представитель ГОТ'а.

При больницах организованы Комиссии Оздоровления труда и быта с широким представительством рабочих масс, в которых освещаются все вопросы, связанные с производимыми работами.

Изучение профвредностей производится отделением профгигиены при Сан.-Бак. Институте, содержанием за счет лечфонда, равно как и вышеуказанные профилактические мероприятия. Из произведенных работ следует указать: изучение метеорологического фактора, пыльности воздуха и химических вредных примесей его на текстильных предприятиях г. Костромы и Нерехты, а также изучение среды на махорочной фабрике.

5. Жилищно-коммунальная санитария и пищевая санитария. В области коммунальной санитарии главная работа проводилась по гор. Костроме, охватывая все стороны городского хозяйства, причем на первом плане стоял вопрос о водоснабжении, затем удаления нечистот и проч. вопросы городского благоустройства. Произведены значительные работы по приведению в санитарное состояние источников «Якиманихи», питающих городской водопровод. Устроен водопровод в Заволжском районе. Велось наблюдение над постройкой рабочего поселка «Начало», приемка построек и вселение рабочих семей, а также осушительные и водопроводные работы на его территории. Организованы летние поля ассенизации. Упорядочена работа ассенизационного обоза. Осмотрено 960 дворов, результатом чего было устройство вновь 57 помойных ям, 14 уборных и ремонт 118 помойных ям и 135 уборных.

Работа по жилищной санитарии кроме текущего надзора выразилась в осмотре 202 квартир по заявлениям учреждений и частных лиц, при чем 26% оказались непригодными для жилья и 16% требующими капитального ремонта. 188 квартир было обследовано у членов жилстроительного

кооператива „Начало“, из них 40% оказались непригодными для жилья. Установлена тесная живая связь с Горкомхозом и УГИ.

В уездах кроме текущего саннадзора в городах производилось обследование сельского водоснабжения по плану и программе, разработанным санитарно-профилактическим п/отделом, составление планов селений, выяснение норм водопользования. Разработан план крестьянской избы-двора.

По пищевой санитарии как в городе Костроме, так и в уезде проводился предварительный и текущий саннадзор над производством и торговлей пищевыми и питьевыми продуктами и освидетельствование лиц, обслуживающих эти предприятия.

6. Санитарное просвещение. Работой по санпросвету руководил губернский врач-санпросветчик при Губздравотделе. По гор. Костроме работа велась ежедневно по вечерам в Доме Крестьянина, где имеется санитарный уголок. Проведена кампания по Тубтрехднвнику, алкоголизму с постановкою докладов, лекций, кино-фильм, устройством выставок в клубах, Красных уголках и участием в местной прессе. В лечучреждениях проведены были курсы-лекции с младшим персоналом. Проведен цикл лекций для вожатых пионеротрядов. В клубах и на предприятиях и учреждениях проводились эпизодические лекции. За год: помимо Дома Крестьянина проведено свыше 300 лекций. Ощущается недостаток в Доме санпросвещения, так как помещение, отведенное в Доме Крестьянина, крайне незначительное. Аналогичная работа велась в уездах санврачами и участковым персоналом в Домах Крестьянина, избах-читальнях, на медпунктах и в амбулаториях, но в общем очень слабая. Следует обратить внимание на весьма ограниченные сметные средства на санпросвет.

Кроме финансового характера причиной слабой работы по санпросвету в уездах является неналаженность транспорта, что лишает возможности медперсонал вести санпрофилактическую работу, а также отсутствие определенно установленного профилактического дня. Эти же две причины сказываются и на отсутствии какой-либо работы волсансоветов и сельсанкомиссий и здрав'ячеек в деревнях, так как без надлежащего руководства такая работа невыснима. Санитарно-профилактическим п/отделом была составлена ориентирующая участковая сеть.

7. Статистика. Велись работы за счет НКЗ по специальной разработке данных заболеваемости застрахованных. Непосредственно штатом Губздравотдела, состоящим из 1 статистика и последние два месяца приданного ему статистика горчасти, производится лишь разработка текущей отчетности. С нынешнего года приступлено к проведению твердой линии по упорядочению записи амбулаторных больных как в лечучреждениях г. Костромы, так и уездах.

8. Охрана материнства и младенчества. В ведении отделения охраны материнства и младенчества в г. Костроме находятся: дом матери и ребенка, содержащийся на средства НКЗ и дом ребенка до 1 года по смете горчасти; оба они помещаются в одном здании; в них—8 матерей и детей до 50. Отделением принимаются меры к подысканию отдельного помещения для дома ребенка. Имеется дом ребенка для детей от 1 до 3 лет по смете горчасти для 27 детей. Детская консультация по смете НКЗ и при детской больнице. Прошло через детскую консультацию 1119 детей, сделавших 8645 посещений, и через консультацию при детской больнице—688 детей, сделавших 3614 посещений. Консультация для беременных при амбулатории центральной рабочей больницы.

Ясли № 1 и № 2 в фабричном районе на 180 детей. В стадии организации ясли в центре города. Организован уголок «Мать и дитя» при кооперативе в фабричном районе с продажей товаров, необходимых по уходу за ребенком.

Организован Совет социальной помощи, но работа его слабая. В уездах работа по охране материнства и младенчества даже весьма слабая.

Следует отметить, что результаты по организации летних ясель в сельских местностях с каждым годом увеличиваются. В текущем году по бюджету отпущено на 27 ясель.

9. Охрана детства и подростков. В ведении охраны детства по г. Костроме состоят: детская амбулатория-диспансер, занимающая центральное место среди детских учреждений и содержащаяся за счет НКЗ. Через нее прошло 12076 школьников, сделавших 29721 посещения. В амбулатории проводится обследование школьников. Костная санатория для туберкулезных на 10 коек при детской больнице, содержащаяся по смете горчasti. Детский санаторий на 40 детей по смете НКЗ; через него прошло 295 детей, проведших 8159 койко-дней. Лесная школа на 50 детей, находящаяся в 8 верстах на Козловых горах, на высоком берегу р. Волги, покрытом сосновым лесом. Летние детские колонии там же на 75 детей, через которые грошло 228, проведших 20520 койко-дней. Летняя детская площадка при амбулатории-диспансер на 80 детей, через которую прошло 283 детей, проведших 7236 койко-дней.

Проводился медосмотр подростков по губернии числом около 3000. В текущем году начат с 1 февраля, при чем по г. Костроме предполагено охватить около 3000 и в губернии 6000 по плану, согласованному с ГСПС, ГУБОНО, ВЛКСМ и Стражкассой и утвержденному ГИК'ом. Как достижение следует отметить принятие на местный бюджет школьно-санитарных врачей в г. Костроме. Обслуживание школ и школьников в уездных городах производится санврачами, в сельских местностях частью санврачами, частью участковыми.

Под'итоживая данные о постановке дела Здравоохранения в губернии, следует указать на следующие главные недостатки:

1. Недостаточность участковой сети.
2. Неналаженность транспорта в уездах для обслуживания медперсоналом населения.
3. Слабое проведение участками профилактического дня и профилактической работы вообще.
4. Бездействие волсансоветов и сельсанкомиссий.
5. Отсутствие должностей школьно-санитарных врачей в уездах.
6. Отсутствие должностей работников по охране материнства и младенчества в уездах.
7. Отсутствие материального и денежного фонда для борьбы с эпидемиями.
8. Недостаточность ассигнований на санпросвещение.

Борьба с эпидемиями и санитарная работа в уездах Вологодской губернии за 1926-й год.

Д-р В. В. Лебедев.

(Вологда).

Настоящий очерк*) и ставит своей задачей, в кратких словах, «штрихами», обрисовать санитарно-эпидемическое дело в уездах губернии за истекший год. Цель этой работы: подвести итоги, наметить вехи, по которым должно идти дальше развитие санитарной организации в губернии, и выяснить основные условия, необходимые для этого развития**)

Таблица № 1. Краткая характеристика уездов Вологодской губ.

Название уездов	Вологодск.	Свердл. р.	Кадников.	Тотемск.	Вельский	Каргопольс.	Всего
1. Территории в кв. км.	12.950	1.175	29.096	20.641	19.715	35.635	110.214
2. Число жителей . . .	296.435	43.863	237.124	161.262	122.633	134.247	995.564
3. Плотность на 1 кв. км.	27	36	11	8	6	4	8
4. Число сельск. насел. пунктов	40.32	включ. в Вологод.	2.230	1.698	1.353	1.284	10.597
5. Число крестьянских хозяйств	74.909	Тоже	49.967	31.583	22.574	26.772	205.805
6. Общий бюджет уезда в рублях	1.202.203	228.738	995.155	849.691	745.109	799.394	4.820.290
7. Уездный бюджет на здравоохранение . .	210.824	26.255	138.057	113.911	110.548	119.929	719.524
8. Удельный % бюджета здравоохранения . .	17,5%	11,5%	13,8%	13,4%	14,8%	14,0%	14,9%
9. Число санитарных врачей	2	1	1	1	1 (б. संबодно)	1 (б. संबодно)	7
10. Число врачебных участков	17	3	10	5	7	8	50
11. Число незамещенных врачебных участков . .	4	2	3	2	2	4	17
12. Число коек	244	113	165	110	118	97	847
13. Число фельдшерских пунктов	9	1	18	22	11	27	88
14. Число акушеров . . .	25	10	22	15	8	22	102
14. Число оспопрививателей	—	—	6	2	2	2	12

Примечание. Таблица составлена на основании предварительных данных переписи 1926 г. (март) Губстатбюро и текущей отчетности Губздрава.

I. Борьба с эпидемиями.

Принципы, на которых строилась борьба с эпидемическими заболеваниями, в основном таковы:

1. Возможно полный и своевременный учет эпидемических заболеваний.
2. Широко и настойчиво проводимая госпитализация.
3. Применение общедоступных мер дезинфекции.

*) Составлен по отчетам санврачей и материалам сан.-эпидемиол. п/отдела Губздрава.

**) Санитарно-эпидемический обзор по городу Вологде выделяется в специальный очерк в виду особых условий, характерных для городской работы. В. Л.

4. Санитарное просвещение, направленное на привлечение населения к активному участию в борьбе с эпидемиями.

Подводя итоги деятельности санитарной организации, можно констатировать, что вышеуказанные принципы проводились довольно широко. Результатом этого явилось значительное облегчение на эпидемическом фронте. В 1926 году впервые удается достигать в некоторых уездах (Вологодский, Кадниковский уезды, Свердловский район) 100%-ой госпитализации больных паразитарными тифами.

В ряде участковых больниц восстановлены дезинфекционные камеры. Стала появляться некоторая аппаратура для производства дезинфекции на домах (формалиновые аппараты, гидропульты). Значительно усилилась деятельность участковых врачей в области эпидемической разведки. Обследовано большинство случаев острых инфекций. Выезды врача для обследования эпидемического заболевания обязательно сопровождаются сан.-просв. беседой.

В преобладающем количестве участков на основе практических задач, поставленных медперсоналом перед населением пораженного пункта, зарождаются первичные ячейки по здравоохранению с активным составом. Часть этих ячеек после ликвидации эпидемии остается, ведет постоянную работу в области охраны народного здоровья и держит связь с врачебным участком.

Конечно, на пространстве в 110 тысяч кв. километров нашей губернии эти пункты пока еще насчитываются десятками; однако факт наблюдающегося численного роста здрав'ячеек и активность некоторых из них должны быть отмечены, как хороший симптом. Приходится отметить и подчеркнуть, что наиболее активны и жизненны те здрав'ячейки, где медперсонал участка сумел использовать подходящие моменты, поставил перед здрав'ячейками конкретные задачи и не оставлял их в дальнейшем без своего руководства.

Движение эпидемических заболеваний по губернии характеризуется следующими цифрами:

Т а б л и ц а № 2.

Число зарегистрированных остро-заразных заболеваний по Вологодской губернии за 1926 год.

№№ п/п.	Название болезней	В абсолютных цифрах			На 10.000 населен.	
		1925 г.	1926 г.	Сниже- ние	1925 г.	1926 г.
1	Сыпной тиф	749	441	—308	7.0	4.1
2	Возвратный тиф	9	4	—5	0.08	0.03
3	Брюшной тиф	2.216	1.094	—1.122	20.7	10.4
4	Дизентерия	2.427	477	—1.950	22.7	4.5
5	Корь	6.096	2.186	—3.910	56.3	20.8
6	Скарлатина	1.475	932	—543	13.8	8.9
7	Дифтерия	104	59	—45	0.9	0.6
8	Натуральная оспа	172	25	—147	1.6	0.2
9	Малярия	314	146	—168	2.9	1.4
10	Грипп	15.745	21.335	+5.590	147.1	202.6
11	Сибирская язва	2	2	—	0.01	0,01

Все инфекции, за исключением гриппа, дали снижение по сравнению с 1925 годом. В частности по отдельным инфекциям наблюдается такая картина:

Сыпной тиф уменьшился вдвое; однако в разных пунктах губернии он продолжает тлеть, разгораясь по временам до размера крупной вспышки (Вельский, Каргопольский у.). Брюшной тиф в общем по губернии

дал снижение; однако цифры его еще значительно высоки; кроме того по ряду пунктов тенденции к понижению не только не заметно, но даже были местные крупные вспышки (Тотемский у.). Также картина наблюдается и в движении дизентерии. Эти две инфекции, как тесно связанные с благоустройством населенных мест, диктуют необходимость всей санитарной организации ставит вопросы благоустройства деревни в порядок дня. Корь, по сравнению с резкой вспышкой в 1925 г., упала в 5 раз. Скарлатина остается ударной инфекцией, главным образом, для гор. Вологды, хотя и в некоторых уездах имеет тревожные цифры роста. Дифтерия регистрируется в виде спорадических случаев, дав по губернии 59 заболеваний против 104 за 1925 год. Основная цифра дифтерии (34) падает на г. Вологду. Натуральная оспа со 172 случаями за 1925 г. упала до 25. Это обстоятельство всецело приходится приписать довольно энергичной оспопрививательной кампании, которая охватила 12% всего населения. В отношении этой инфекции занятую позицию надлежит неослабно укреплять из года в год, развивая оспопрививание и переходя от кампании к регулярной работе. Малярия дала вместо 314 случаев 146. Снижение в 2 раза, при чем цифра 146 подвергается сомнению, так как в уездах диагноз ставится лишь клинически, без лабораторного исследования. Грипп дал крайне резкое увеличение, особенно развившись в Вологде и в Свердловско-Сухонском фабричном районе. Сибирская язва наблюдалась в 2 случаях. Укусов подозрительными по бешенству животными не зарегистрировано до 1927 года.

Число эпидемических заболеваний по отдельным уездам.

Таблица № 3.

Острые инфекционные заболевания в 1926 г. по отдельным уездам Вологодской губернии.

Название болезней	Вологодский у.	Свердловск. район	Кадниковский у.	Вельский уезд	Тотемский у.	Каргопольский у.	Итого по уездам	Гор. Вологда	Всего по губернии.
1 Сыпной тиф	84	17	83	97	69	62	412	29	441
2 Возвратн. тиф	2	—	2	—	—	—	4	—	4
3 Брюшной тиф	198	61	159	36	391	40	885	209	2,094
4 Дизентерия	170	25	183	6	49	4	437	40	477
5 Корь	284	211	183	78	168	745	1,669	517	2,186
6 Скарлатина	218	54	17	107	146	69	611	321	932
7 Дифтерия	10	—	4	9	—	2	25	34	59
8 Натуральн. оспа	—	4	19	—	1	1	25	—	25
9 Малярия	21	5	33	28	25	3	115	31	146
10 Грипп	5,478	2,405	3,735	2,044	1,447	2,882	18,023	3,312	21,335
11 Сибирск. язва	—	—	2	—	—	—	—	—	2
Число жителей на 1 янв. 1926 г. (вычисл.)	311,887	36,101	239,201	123,642	164,488	139,861	1,015,180	54,593	1,069,773
Число жителей на 1 янв. 1927 г.	296,435	43,863	237,124	122,633	161,262	134,247	995,564	57,081	1,052,645
По предварит. подсчету данных переписи 1926 г.									

Итак, основными инфекциями за минувший год следует признать сыпной тиф, брюшной и скарлатину.

Вопрос об очагах этих инфекций имеет немаловажное значение, а потому необходимо привести хотя бы поволостные показатели на 10.000 населения. Нанеся на карту губернии нижеприводимые данные, каждый желающий может иметь наглядное представление о наиболее пораженных пунктах.

Сыпной тиф.

Общая картина степени распространения в уездах сыпного тифа видна из следующей таблицы.

Таблица № 4.

Уезды	Число волостей	Число поражен. волостей	Число волостей, имевших показатель на 10.000 населения			
			0,1—1,0	1,1—9,9	10—19,9	20 и выше
1 Вологодский	14	10	2	7	1	—
2 Свердловский р.	1	1	—	1	—	—
3 Кадниковский	21	14	2	7	2	—
4 Тотемский	19	9	1	6	1	1
5 Вельский	16	6	—	1	2	3
6 Каргопольский	19	9	—	6	1	2
Всего по губернии	90	49	4	28	7	6

Показатели на 10.000 по отдельным волостям.

1. *Вологодский уезд*: Шуйская 11,3, Владыченская 5,0, Угольская 4,0, Новленская 3,0, Шепяковская 2,1. Кубиноозерская 2,0, Пригородная 1,9, Лежская 1,2, Володарская 0,7, Тошнеемская 0,5.

2. *Свердловский район*—3,9 (по волостям материала нет).

3. *Кадниковский уезд*: Кадниковская 15,8, Мольская 10,0, Кумзерская 8,6, Устьрецкая 3,9, Пундугская 3,9, Огибаловская 3,9, Верхнекубинская 2,5, Уфтожская 2, Вожегодская 1,3, Васьяновская 0,9, Устьянская 0,8, Сямженская 0,8, Заднесельская 0,7.

4. *Тотемский уезд*: Устьпеченская 45,5, Харинская 10,5, Верхнекошшенская 7,0, Вожбальская 5,5, Толшемская 3,3, Куракинская 3,0, Юркинская 2,0, Леденгская 1,2, Пятовская 0,7.

5. *Вельский уезд*: Никифоровская 60,0, Бестужевская 28,5, Верхопуйская 20,0, Усть-Вельская 12,8, Есютинская 10,0, Верховажская 6,8.

6. *Каргопольский уезд*: Почезерская 35,0, Богдановская 22,8, Воезерская 16,0, Троицкая 9,0, Мошинская 8,8, Кенозерская 5,0, Каргопольская 3,6, Хотеновская 1,4, Архангельская 1,4.

Брюшн о й т и ф.

Эта инфекция наблюдалась во всех уездах и степень их пораженности можно видеть из след. таблицы.

Таблица № 5.

У е з д ы	Число во- лостей	Число пора- жен. брюш- ным тифом	В том числе волостей, имевш. пок. на 10.000			
			0,1—1,0	1,1—9,9	10—19,9	20 и выше
1 Вологодский	14	13	—	11	1	1
2 Свердловский р.	1	—	—	—	1	—
3 Кадниковский	21	19	2	15	—	+2
4 Тотемский	19	15	1	7	2	+5
5 Вельский	16	9	—	9	—	—
6 Каргопольский	19	7	—	4	2	—
Всего по губернии	90	63	3	46	6	8

Показатели на 10.000 населения по волостям:

1. *Вологодский уезд*: Угольская 20,0, Грязовецкая 12,8, Пригородная 8, Кубиноозерская 7,3, Новленская 7,0, Шепяковская 6,4, Володарская 6,0, Тошнеемская 5,0, Верхневологодская 4,7, Семенцевская 3,3, Лежская 3,2, Шуйская 2,6, Владыченская 1,4.

2. *Свердловский район*: 13,8.

3. *Кадниковский уезд*: Не наблюдалось брюшного тифа только в 2 волостях: Двиницкой и Кремлевской. Что касается остальных то пораженности их характеризуется следующими данными: Устьрецкая 58,8, Ратковецкая 26,0, Устьянская 7,0, Уфтюжская 7,6, Верхнекубинская 6,6, Кадниковская 6,4, Явенгская 5,6, Пундугская 5,3, Заднесельская 4,6, Согорская 4,4, Васьяновская 3,6, Кумзерская 2,8, Мольская 2,3, Маниловская 1,4, Вожегодская 1,3, Огибаловская 1,1, Троицеенальская 1,1, Чарондская 0,8, Сямженская 0,7.

4. *Тотемский уезд*: Пятовская 103,5, Заборская 65,8, Вожбальская 41,1, Заозерская 32,5, Куракинская 20,0, Бережнослободская 18,5, Биряковская 10,0, Миньковская 8,7, Леденгская 6,2, Юркинская 6,0, Устьпеченгская 1,4, Верхнекокшенгская 0,5.

5. *Вельский уезд*: Поражено 9 волостей из 16, в том числе: Чушевице-Покровская 6,4, Бестужевская 5,7, Верховажская 4,4, Тавренгская 4,0, Устьвельская 1,8, Никифоровская 1,6, Чадромская 1,6, Малодорская 1,4, Шангальская 1,0.

6. *Каргопольский уезд*: Поражено 7 волостей из 19, в том числе: Троицкая 10,0, Воезерская 10,0, Мелентьевская 6,0, Большесторонская 6,0, Каргопольская и г. Каргополь 4,4, Архангельская 2,8, Хотеновская 1,4.

Скарлатина.

Пораженность скарлатиной уездов видна из следующей таблицы.

Таблица № 6.

	Уезды	Число волостей	Число пораженных скарлатин.	В том числе волостей, имевших показатель на 10,000 жителей			
				0,1—1,0	1,1—9,9	10—19,9	20 и выше
1	Вологодский	14	12	2	6	3	1
2	Свердловский район	1	1	—	—	1	—
3	Кадниковский	21	4	1	3	—	3
4	Тотемский	19	5	—	3	—	2
5	Вельский	16	6	1	3	1	3
6	Каргопольский	19	6	1	4	—	1
Всего по губернии		90	34	5	17	5	7

1. *Вологодский уезд*: поражено 12 волостей из 14, в том числе: Угольская 29,3, Кубиноозерская 16,0, Шуйская 11,3, Лежская 10,4, Тошнеемская 10,0, Верхневологодская 8,9, Сиземская 6,0, Володарская 6,0, Новленская 5,0, Грязовецкая с гор. Грязовцем 4,0, Пригородная 3,3, Владыченская 0,7.

2. *Свердловский район*: 12,5.

3. *Кадниковский уезд*: поражено 4 волости из 21, в том числе: Мольская 6,5, Устьянская 3,0, Устьрецкая 1,1, Кадниковская с гор. Кадниковым 0,6.

4. *Тотемский уезд*: поражено 5 волостей из 19, в том числе: Заборская 50,8, Спасская 40,0, Пятовская с гор. Тотьмой 2,8, Верхнекокшенинская 1,7, Тиксенская 1,4.

5. *Вельский уезд*: поражено 6 волостей из 16, в том числе: Малодорская 44,2, Кулойско-Покровская 37,7, Шангальская 30,0, Хмельницкая 15,0, Устьвельская в гор. Вельском 2,9, Верховажская 0,7.

6. *Каргопольский уезд*: поражено 6 волостей из 19, в том числе: Хотеновская 75,7, Каргопольская с гор. Каргополем 4,8, Коневская 1,4, Архангельская 1,4, Троицкая 1,0, Ухотская 0,6.

На основании обзора приведенных данных о движении эпидемических заболеваний ближайшие задачи по борьбе с эпидемическими заболеваниями заключаются:

1. В возможно полном проведении в жизнь основных принципов, на которых строится противоэпидемическая работа (госпитализация, дезинфекция, санпросвет, организация самодеятельности населения).

2. Проведение в порядке санитарной работы планового обследования крупных очагов с последующей постановкой перед населением и местными органами конкретных задач в области благоустройства населенных пунктов.

3. Укрепление существующей сети путем привлечения в пустующие участковые больницы врачей; развертывание мероприятий по созданию нормальной сети как врачебных участков, так и санитарных учреждений.

В частности, необходимо остановиться несколько подробнее на основных вопросах, стоящих в программе исполнения перечисленных задач.

Госпитализация на 100% острых инфекционных больных должна стоять в плане каждого участка, для чего необходимо при проработке нового бюджета включить 3—4 заразные койки, оборудование, содержание их, в смету.

Дезинфекция. Должны быть испрашены особые от медикаментов кредиты на дезосредства. Практика мест показывает, что участковые врачи, имея малые ассигнования на лекарственную помощь, крайне неохотно расходуют их на приобретение дезосредств, что, несомненно, вредит делу эпидемической борьбы. Эпидемиологическая врачебная разведка, в особенности по первым случаям, крайне важна, но она затруднена из-за ненадежности транспорта. В финансовых планах транспорт необходимо твердо обосновать и добиться ассигнований.

Самодеятельность населения недостаточно оценивается некоторыми участковыми и уездными работниками. Это необходимо изжить. Необходимо добиться того, чтобы появившийся актив был учтен настолько, чтобы о нем знала вся губерния. Нужно широко публиковать о всех конкретных достижениях каждой сельской здравячейки. Выделяющиеся инициативой и работоспособностью лица должны поощряться, а также выдвигаться на уездные и губернские съезды и совещания.

Из отчетов можно заметить, что у некоторых медработников проскальзывают нотки скептицизма, имеется взгляд на нежизненность здравячеек и указания на большую потерю времени при руководстве сельским активом по здравоохранению в ущерб лечебной работе. Эти «упадочные» настроения не должны иметь места. Если сейчас, когда деревня начинает просыпаться от вековой некультурности и ищет новых форм жизни и быта, медработники не сумеют направить в санитарно-гигиеническое русло эти искания, — многие профилактические начинания будут в последующем обречены на гибель. В деревню проникнет мешанская и часто нездоровая санитарная обстановка и навыки (разумею под этим, главным образом, устройство жилья, приемы ухода за детьми и т. д.).

Чтобы здравячейки были жизненны, необходимо исходить при постановке работы из конкретных задач. Некоторые примеры: вспыхнул брюшной тиф — ставить вопрос об устройстве показательного колодца, очистке деревни. При сыпном тифе — возбуждать вопрос об устройстве хорошей общественной бани, вошебойки. Пожар — прийти на помощь указаниями, как перепланировать лучше деревню и т. д. Необходимо добиться хотя бы в одном пункте успеха, дальше дело пойдет путем подражания.

В тесной связи с вопросом о самодеятельности населения в области здравоохранения стоит вопрос о самой санитарной организации и плане ее работ. Прежде приходится отметить, что санорганизация в губернии слаба, и серьезность этого положения не вполне оценивается. В дальних уездах (Каргопольский, Вельский) хронически пустуют вакансии санврачей. Приходящие на время для замещения молодые товарищи, будучи не достаточно обеспечены, устремляются в лечебную работу, а совместительства санврачей крайне тормозят дело. Следующее, что необходимо отметить: это, как увидим ниже, чрезвычайное разнообразие задач, которые выдвигаются в планах работ по отдельным уездам. Твердого, четкого, губернского плана работы санитарных врачей нет.

Санитарные врачи на губернских съездах собираются не все (Тотемский Уездрав хронически не пускает своего врача). Санитарные вопросы на съездах здравотделов, участковых и санитарных врачей нередко ставятся вскользь и должны бывают уступать место вопросам организации лечебного дела. Уездные санитарные советы функционируют вяло. Губернский Санитарный Совет до сих пор не сформирован. Наконец Губернский руководящий орган—Санитарно-эпидемический п.о.—представлен в одном лице, которое должно вести: 1) руководство борьбой с эпидемиями, 2) ставить вопросы благоустройства: водоснабжение, строительство и т. д., 3) прорабатывать пищевое законодательство, 4) руководить организацией борьбы с социальными болезнями, 5) вести санитарную статистику, контролировать отчетность, 6) участвовать в различных органах (Губплан, Губинж., ГЗУ и т. д.), консультируя по различным вопросам здравоохранения и проч.

Распыленность работы, некомплект санврачей и, наконец, отсутствие финансовой базы для проведения плановой работы—вот основные дефекты, которые имеются в нашей организации. Эти дефекты необходимо изжить, чтобы не только выйти из полосы постоянных вспышек эпидемии, но и подходить всерьез, планомерно к оздоровлению деревни.

Одним из основных методов в работе санитарного надзора является статистическое изучение массы населения, находящегося на территории санитарного участка. Это изучение в первую очередь должно касаться следующих основных вопросов: 1) распространение эпидемических заболеваний, 2) рождаемость, смертность и ее причины, 3) заболеваемость населения, как она отражается в амбулаториях и больницах. До сих пор этих данных, характеризующих влияние всей социально-бытовой обстановки на здоровье населения, нет. И средств на разработку не дается. Внесенные в Губбюджет 1927 года 3000 руб. на производство разработки самых основных вопросов по заболеваемости населения были бюджетной комиссией вычеркнуты. Организация санитарной статистики—первая задача общегубернского плана. Дальнейшие задачи будут ясны после обзора санитарной работы на местах.

II. Санитарная работа в уездах за 1926 г.

Вологодский уезд (в состав его включен б. Грязовецкий) делится на два санитарных района. В соответствии с этим он обслуживался двумя санврачами. Один работал в Вологодском районе, второй в Грязовецком. Необходимо отметить, что санврач Вологодского района весьма часто отвлекался от непосредственной работы для замещения должности зав. Уездравотделением. На нем же лежала и вся организационная работа по санитарному обслуживанию уезда в целом.

За 1926 год планомерно санитарному обследованию подверглись торговпромышленные предприятия и общественные учреждения при станции Ченсара (3 чайных, пивная, 2 крендельных, постоялый двор, школа, избачитальня), в селе Кубенском (3 постоянных двора, 1 чайная). В Сиземской волости, в Вологодской и Товиркиемской волостях обследовано 9 маслодельных заводов. В Вологодском уезде сосредоточено более половины (около 300) маслодельных заводов из общего числа работающих в губернии (около 500). Всего санврачами и участковыми врачами обследовано 245.

Маслоделие в экономике губернии имеет большое значение. «Вологодское масло» распространено на всем внутреннем рынке Союза. В год вырабатывается не менее 300.000 пуд. на сумму до 10 миллионов рублей. К сожалению, санитарное состояние заводов, изготовляющих этот

чуткий ко всяким нарушениям санитарии продукт, весьма неблагоприятно. Последнее обстоятельство отражается на экономике губернии и бюджете крестьянина очень неблагоприятно.

Маслодельные заводы в большинстве имеют ряд крупных недочетов: ветхость, потребность в крупных ремонтах, непригодность, плохое оборудование и подозрительные источники водоснабжения— основные и почти всюду встречаемые санитарно-технические дефекты. В отношении содержания отмечается часто запущенность помещения, халатность со стороны маслоделов в поддержании чистоты. В результате наблюдается и значительная дефективность продукта, главным образом—плесень, наносящая крупный ущерб.

Большинству заводов даны инструктивные указания, части заводов сделано предупреждение и 1 завод закрыт. Здесь предстоит большая санитарная работа.

Детские дома, счетом четыре (Заоникиевский, Красковский, Грязовецкий и Комельский), при обследовании найдены в крайне тяжелом санитарном состоянии, результатом чего явилась вспышка брюшного тифа. Через Губоно проведен ряд мероприятий по улучшению санитарно-гигиенических условий в этих домах.

Лесные заготовки Сиземского, Кипеловского и Чепсарского районов при обследовании характеризовались крайне тяжелыми санитарно-гигиеническими условиями. Чрезвычайно остро стоит жилищный вопрос. Лесорубы расселяются в бараках и крестьянских избах окружающих деревень. При осмотре санитарным врачом в одном из барачных найдено на 42 кв. метрах площади 45 проживавших в бараке рабочих при кубатуре в 119 куб. метров.

Крестьянская изба с одной комнатой площадью 32 кв. м. заселяется хозяевами в количестве 5—6 чел. и кроме того лесорубами от 10 до 13 чел. Кубатура 64 куб. метра.

Лечебные учреждения подвергались осмотру, главным образом, в целях инструктивных и для выяснения санитарно-технического состояния. Подвергнуто осмотру до 80% развернутой сети, участковым медперсоналом проведена значительная санитарная работа.

Количество санитарных осмотров, произведенных участковым медперсоналом по губернии.

Т а б л и ц а 7.

Объекты надзора, кем произведены	Школы	Освидетельств. учащихся	Детдома	Ясли	Источники водо- снабжения	Жилища	Маслодельные заводы	Кожвенные заводы	Лесн. заготовки	Совхоз.	Служащие и рабочие	Торг. заведен.
Врачами	449	19.988	68	37	49	27	90	4	13	20	12.743	204
Фельдшер.	989	40.121	116	76	575	1.100	326	68	44	26	5.078	679
Всего	1.438	60.109	184	113	624	1.127	416	72	57	46	17.821	883

Из приведенных цифр видно, что санитарные осмотры медперсоналом проводились довольно широко. Вместе с этим необходимо отметить, что в связи с перегрузкой участков врачей лечебной работой большое количество сан'осмотров производилось фельдшерами.

Произведены осмотры большинства школ и ряда маслодельных заводов, лесозаготовок и развернута широкая санпросветработа. В большинстве участков с населением установлена тесная связь.

Т а б л и ц а № 8.

Санитирно-просветительная работа по уездам Вологодской губернии за 1926 год.

О числе лекций и слушателей за 1926 г.

Название уездов	По эпидеми- ческим болезням		По социаль- ным болезн.		По охране материнства и младенч.		Прочих		В с е г о	
	Число лекций	Число слушат.	Число лекций	Число слушат.	Число лекций	Число слушат.	Число лекций	Число слушат.	Число лекций	Число слушат.
1 Вологодский у. .	245	6.656	293	9.590	290	7.267	476	16.782	1.304	40.295
2 Свердловский р. .	3	86	12	1.350	9	290	74	4.379	98	6.105
3 Кадниковский у. .	62	2.587	188	7.889	109	2.447	244	10.012	603	22.935
4 Вельский у. . . .	126	2.568	117	4.716	79	1.805	370	11.414	692	20.508
5 Тотемский у. . .	168	3.893	207	5.790	170	3.129	401	11.852	946	24.664
6 Каргопольский у.	279	7.685	198	7.821	134	3.477	493	16.719	1.104	35.702
Итого . .	883	23.475	1.015	37.156	791	18.415	2.058	71.158	4.747	150.204

Из организационных вопросов прорабатывались: вопросы упрощения отчетности, налаживание санстатистики, проработка плана обследования быта крестьянина. Выработаны и изданы 8 обязательных постановлений, регулирующих борьбу с эпидемиями, погребение умерших, условия лесозаготовок и пищевой надзор.

Из плановых работ закончены: 1) разработка данных обследования 231 школы уезда; 2) собраны и разработаны данные о смертности гор. Грязовца за 5 лет (1922—1925); 3) данные о состоянии здоровья призывников 1904 г. 5 волостей уезда; 4) в разработке—данные обследования маслодельных заводов.

Свердловский фабрично-заводский район.

Основным объектом надзора в этом районе являются целлюлезный завод и бумажная фабрика с расположенными при них рабочими поселками с числом жителей 8704. Но не исключена работа по сельской санитарии, так как в районе насчитывается до 307 сельских поселений с общим числом жителей 35159 человек.

Главные вопросы, которые стояли в программе работ санврача района,—коммунальное благоустройство, профзаболеваемость, пищевой надзор, санпросвет, физкультура, организация самодеятельности населения.

Коммунальное благоустройство. Наиболее важными и в то же время трудно разрешимыми являются в этой области вопросы: водоснабжение и жилищный.

Источником водоснабжения фабрик является река Сухона. Она же служит единственным источником питьевой воды всех прибрежных поселений. Вместе с этим Сухона должна принимать в себя огромные массы, сточных фабричных вод. В сутки, при производительности фабрики «Сокол» 50 тонн целлюлозы, 50 тонн бумаги и 10 тонн древесной массы, спускается 37.950 куб. метров, т.-е. около 3,8 миллионов ведер. Кроме того по Свердловскому заводу спускается 24,295 куб. м. или 2,4 миллиона ведер. Всего за сутки сточных вод спускается около 6 миллионов ведер. Из этого числа не менее половины загрязнено волокном целлюлозы и щелоками. Кроме того вся система осушительных канав поселка такова, что по ним в летнее время стекают все грязные воды с поселка и впадают местами выше пункта забора воды. Вода, забираемая фабричным водопроводом, используется кроме нужд фабрик и для питьевых целей. Никаких очистительных сооружений водопроводная станция не имеет. За очистные сооружения ни в коем случае нельзя признать имеющиеся металлические сетки, через которые свободно проходят головастики и мелкие рыбки, и мешки, надеваемые летом на отпускные краны. Путем глубокого бурения намечалось добыть артезианскую воду, годную для питьевых целей. Попытки не увенчались успехом. После бурения на глубину более 100 саж. получена горько-соленая вода. Итак, санорганизация в Свердловско-Сухонском районе, разрешая вопросы питьевого водоснабжения фабричных поселков, не имеет никакого другого выхода, как согласиться на использование постоянно загрязняемой воды реки Сухоны. Требования санорганизации к заводу формулируются таким образом: Сухонская вода, являясь водой подозрительной, без предварительной очистки и последующего, в случае надобности (в зависимости от системы очистных сооружений), обеззараживания, не может быть признана доброкачественной. Поэтому в целях снабжения населения фабрик доброкачественной водой надлежит:

1) Поставить очистные сооружения с возможностью производить хлорирование; 2) принять меры к очистке сточных вод, которые в настоящем своем виде влекут значительное загрязнение водоема.

Однако практическое разрешение вопроса наталкивается на ряд затруднений. До последнего времени заводу управление высказывалось скептически о возможности загрязнения фабричными водами реки Сухоны в значительных (недопустимых) размерах. Предпринятое плановое исследование воды в Губ. Сан.-бактериологической лаборатории дает возможность более твердо ставить этот вопрос.

Жилищный вопрос на фабриках стоит очень остро. Средняя жилищная площадь 5,5 кв. метр. на человека. Новое строительство только начинает разворачиваться. За год вновь построено жилой площади 4525 кв. метров и капитально отремонтировано 10 двух-этажных домов, жилой площадью в 1119 кв. метр. Израсходовано Жилкооперацией 177.500 р. и заводоуправлением 94.500 руб.

Неблагоприятным моментом является отсутствие свободных земельных участков. Поселок до сего времени строился без плана, стихийно. Окружен крестьянскими землями и болотами. Необходимо расширение черты, перепланировка, осушение.

Вопросы уничтожения нечистот разрешаются путем вывоза на свалки. Выдвинут вопрос о запахивании.

Пищевая санитария. Ведется надзор за магазинами, ларьками. Дефекты этих предприятий: плохая внутренняя отделка помещений, нере-

гулярность мед'осмотров. Базар перенесен на другое место и в более приспособленные помещения. Возбужден вопрос об открытии общественной столовой.

Профзаболеваемость. Работа ведется в контакте с органами НКТ путем совместных предложений и требований к заводууправлению об устранении дефектов, За год предъявлено свыше 100 требований. Расход предприятия на улучшение условий труда выразился около 500 т. р. Ставится вопрос о статистической разработке материалов для выяснения профзаболеваемости. За год зарегистрировано 9 случаев тяжелых профессиональных отравлений: 1 при работах со свинцом, 4 ожога хлорной известью, 1 ожог сернистой кислотой, 1 хлором, 2 от сернистого ангидрида.

Санпросвет. Работа ведется в клубах фабрик и 8 избах-читальнях. Втянуты все врачи. Избы читальни снабжаются санлитературой и в большинстве изб развернуты уголки здоровья.

Самодеятельность населения в поселке проявлялась в работе здрав'ячек при домоуправлениях. При сельсоветах Оларевском, Архангельском и Нестеровском организованы санкомиссии. Работа проявилась в содействии оспопрививанию, открытии и оборудовании ясель. Подняты некоторые вопросы оздоровления деревни (Оларевский с/с.).

Физкультура. В 1926 году имелось кружков фабричных 11, деревенских 12; в них занималось 713 человек. В 1926 г. всего занималось 215 человек.

Ближайшие задачи. Продвижение вопроса о водоснабжении. Развертывание статистических работ по изучению заболеваемости населения как общей, так и профессиональной. Постановка вопроса о расширении черты, участие в перепланировке поселков и консультация по жилищному строительству.

Кадниковский уезд.

Работал санврач, который в конце года ушел из уезда. Его место занял студент-медик V курса. Сан'осмотров произведено 684. Из них санврачем 84. Неналаженность транспорта в уезде не давала возможности развернуть работу по надзору за маслодельными заводами и школами. Борьба с эпидемиями, санпросвет и организация самодеятельности населения являлись основной работой санврача по Кадниковскому уезду. В этом уезде, как видно из эпидемического обзора, особенно сильную вспышку дал брюшной тиф в Устьрецкой волости. Для ликвидации инфекции пришлось развернуть временный заразный барак. На эпидемию выезжал санврач. В Кадниковском же уезде была в Согорской волости вспышка натуральной оспы—19 случаев. Инфекция завезена из Сибири. Больные все госпитализированы. Население окружающего района привито все поголовно.

Санпросвет работа была довольно широко развернута. Кроме санитарного врача в ней принимали участие и лечебные врачи. Прочитано лекций 595. Общее число слушателей 25.012 ч. в с. Устье устроенная на ярмарке выставка имела большой успех. В три дня прошло более 2000 человек. Волостные и сельские сансоветы наиболее активно работали по открытию летних ясель. Такая же активность обнаружилась в местах вспышки эпидемических заболеваний, когда перед населением четко ставилась конкретная программа действий.

Водоснабжение в уезде характеризуется следующими данными. Из 2.024 насел. пунктов пользуются естественными источниками 462, а остальные 1562 пользуются водой из деревянных срубовых колодцев и

обделанных родников, весьма неблагополучных в санитарном отношении. Общее число дворов 47.163. Постройки всюду, главным образом, деревянные. Всего в уезде имеется 80 построек из огнеупорного материала. Бань почти нет, и население моется в печках. Клопы, блохи, тараканы в крестьянских жилищах—явление обычное.

Ближайшие задачи. Учет и обследование очагов брюшного тифа. Организация статистики. Обследование маслодельных заводов и лесозаготовок.

Тотемский уезд.

Санитарный врач отвлекался на ряд эпидемических вспышек в разных пунктах уезда. Санитарная работа велась в следующих направлениях.

В Тотеме (будущий курорт) во время навигации большое внимание уделено пристаням и пищевому рынку. Обследованы места заключения, все школы, школьники и детдома. В последних 50% болеет трахомой. Жилищного кризиса в городе нет. В уезде обращено внимание на лесозаготовки, баржестроение, лесопильные заводы. Предъявлен хоз. организации ряд требований, которые в значительной степени выполнены. Исключение составляют жилищные условия на лесозаготовках, которые так же тяжелы, как и в Вологодском уезде. Обследование маслодельных заводов носило случайный характер. Работа санврача тормозится отсутствием средств на разъезды. Тотемский у., имевший в предыдущие годы большее количество заболеваний натуральной оспой, нынче дал 1 случай. Оспопрививательная кампания второй год разворачивается более широко. Привито 12.895 человек. Значительное внимание уделено вопросам борьбы с бытовым сифилисом и туберкулезом. Обследованы два наиболее крупных очага сифилиса: Харинская и Кожуховская волости. Сан'просвет проводился довольно оживленно.

Вельский уезд.

Постоянного санитарного врача не было. В течение года сменилось несколько человек, исполняющих должность санитарного врача. Годового отчета не представлено. По материалам Губздрава работа велась, главным образом, в городе. Обследовались школы, детдома, базар, источники водоснабжения.

Каргопольский уезд.

Постоянного врача нет уже несколько лет. Обязанности несет санфельдшер. Уезд необследованный, с хронически пустующими врачебными участками. Глушь и оторванность, отсутствие путей сообщения не привлекают медперсонал на постоянную работу. Лица, посылаемые Губздравом отслуживать стипендию, по истечении срока эвакуируются, не задерживаясь. В связи с необеспеченностью медпомощи уезда, отсутствие вообще санитарного наблюдения, уезд, до сих пор, неблагополучен по сыпному тифу. Временами вспышка сыпного тифа в уезде принимает характер угрозы для всей губернии. Несколько лет подряд приходится для ликвидации вспышки высылать эпидем. отряд, т. е. применяется вид работы более дорогой, чем постоянная служба штатного врача. Годового отчета о санработе в уезде по понятным причинам не поступало. По материалам Губздрава наличным медперсоналом проведена следующая санитарная работа. В городе обследованы школы, детдома, ясли. В уезде частично источники водоснабжения, кожевенные заводы и лесозаготовки.

Подводя итоги штриховым наброскам, характеризующим работу и положение санитарной организации в уездах губернии, приходится сделать следующие выводы: 1) санитарная работа имеющимися силами в меру воз-

возможности ведется, принимая в некоторых уездах плановый характер; 2) санитарные силы, привлекаемые к уездной работе малочисленны и непостоянны; 3) в бюджете органов здравоохранения вопросы санитарного характера отражены слабо; 4) организация санитарного надзора на основе существующего декрета Совнаркома с губернским планом работы и твердым финансовым обоснованием санитарных мероприятий в бюджете—неотложная задача: в целях оздоровления труда и быта деревни.

Для нашей сельско-хозяйственной губернии отсутствие хорошо поставленной санитарной организации является фактором, замедляющим развитие производительных сил и экономики губернии.

В частности плана минимум по организации и развертыванию деятельности санитарного надзора в сельских местностях должен заключаться в следующем: 1) в каждом уезде должен быть санитарный врач, работник постоянный, без совместительства; 2) санитарный врач должен иметь полную возможность для объезда своего района и производства обследований; 3) санитарный врач должен иметь возможность изучать заболеваемость населения в связи с различными условиями труда и быта и на основе этого строить свою работу; 4) в своих выводах и заключениях санитарный врач должен опираться на более углубленные инструментальные обследования, для чего он должен иметь установленный инструкцией НКЗ инструментальный аппарат; 5) для агитации тех или иных санитарных улучшений в труде и быте крестьянина санитарный врач должен иметь возможность «учить показом», а не только наказом: устройство в волости показательного колодца, избы улучшенного типа, бани, вошебойки и т. д.—вот для чего надлежит отпустить по бюджету кредиты, как на показательные санитарные мероприятия; 6) в целях своевременной ликвидации возникающих эпидемий должны быть организованы резервные фонды белья и оборудования на случай открытия дополнительных заразных коек; 7) в бюджете Уезда должен быть установлен эпид. фонд, который расходуется исключительно с ведома санитарного врача; 8) от кустарных мероприятий по дезинфекции необходимо переходить к организации при участковых больницах дезинфекционного дела с применением современных дезинфекционных аппаратов; 9) необходимо также приступить к созданию кадра квалифицированных дезинфекторов, для чего надлежит по бюджету отпустить соответствующие ассигнования; 10) в целях создания условий невозможности возникновения оспы санитарный врач должен иметь штатных оспопрививателей и вести оспопрививание регулярно; 11) в целях согласования санитарной работы в губернском масштабе санитарные врачи уездов не реже раза в год должны быть созываемы на Губернское совещание санитарных врачей; 12) в целях своевременной информации о деятельности органов здравоохранения в губернском масштабе и учета опыта местных работников должен существовать печатный периодический орган, освещающий здравоохранение и его перспективы в губернском масштабе. (Санитарная работа—это по преимуществу коллективная работа).

В заключение надлежит сказать, что в наших выводах, как нужно строить санитарную работу, приведено много давно установленных истин. К сожалению, условия развертывания здравоохранения в нашей губернии таковы, что эти истины приходится и, повидимому, придется повторять неоднократно, пока они не претворятся в жизнь. Отклик товарищей с периферии и товарищей из других губерний помогут с достаточной полнотой разобраться в вопросе, как должна сейчас строиться санитарная организация. Наша задача была осветить положение этого «большого вопроса» и наметить вехи.

Из итогов борьбы с сифилисом по данным Костромского Центрального Вендиспансера в связи с отчетом за 1926 год.

Зав. А. Ф. Розов.

(Кострома).

С первых дней своего существования (май—июнь 1923 г.) вендиспансер работал с весьма ограниченным штатом, и, зародившись в этот тяжелый экономический год, он нес и несет на себе до сих пор (вот уже 4-й год) печать недоразвития: рост живой силы отстает от роста работы и особенно, от объема задач, стоящих перед учреждением. Так, наш вендиспансер не мог и не может осуществить целого ряда причитающихся ему, как вендиспансеру, функций: слабо поставлена санпросвет-работа вне вендиспансера—всего за 1926 год 29 лекций с (приблизительно) 3.000 слушателей; ничего кроме попыток не сделано по половому просвещению; почти оставлены массовые обследования—хотя бы ради соединенной с ними просветработы; ничего не сделано (кроме попыток) для профилактики врожденного сифилиса (в смысле связи с консультациями для беременных, участия в них венеролога), борьбы с детским сифилисом (в смысле связи с консультациями для грудных детей для улавливания среди них детей сифилитиков); так же кроме попыток «что-либо поделать» в отношении борьбы с проституцией—ничего не сделано, если не считать внимания к этому вопросу в лекциях (но мы разумею организационные меры: трудовой профилактории!) Даже на совсем близкое дело—надзор за правильностью лечения уже принятых на учет сифилитиков и вызов отставших—нет времени и сил, чтобы исполнять это дело регулярно, систематически, в плановом порядке, а не ударно, как это делается у нас: один—два раза в течение года объявляем «поход» на отставших, в порядке перегрузки просматриваем истории болезней, выявляем отставших, пишем им приглашения письма (печатные) и сдаем на почту. В первый раз на 200 писем ответили приходом человек 60 (были и недоразумения), а последний раз на 100 отправленных писем явилось человек 8—10 (письма посылаются только социально опасным). В единичных случаях особо опасных сифилитиков мы разыскиваем через нашего завхоза (мужчин) и реже—через кого-либо сестер (женщин). Но два момента в нашей организации борьбы с сифилисом (и венеризмом) мы осуществили и осуществляем с первых дней: 1) удобства лечения для больных (включая сюда и авторитетность его, как равно и доверие к техническому персоналу—фельдшернице, сестрам, производящим уколы и др. манипуляции) и 2) воспитательную работу лекциями внутри вендиспансера и в индивидуальном порядке в кабинете, один на один у врача с больным. Если больному объясняется, почему он должен прислать на осмотр свой «объект» или других лиц, он, по указанию врача, это и делает, и 1-й кабинет (у нас прием и изучение первоприходящих больных происходит в 1-м кабинете, где лечатся и кожные больные, после чего больные с люесом и гонорреей передаются в соответствующие кабинеты) причем большую часть вызовов в порядке семейного обследования осуществляет через самих больных. Что же касается удобств лечения, то у нас с первых месяцев работы выяснилась и осуществлена потребность двойной в день обработки больных: на уколы и промывания больные приходят (или могут приходиться) дважды в день: в утренние-дневные часы (от 10-1-2, и вечерние (от 4-7-8 часов); таким образом, лица, занятые днем, имеют возможность проделать и получить, что им нужно, вечером

и обратно. Именно на значение таких удобств лечения нам и хотелось бы обратить внимание, т. к. по отчету видно, что лишь сравнительно небольшая часть больных сифилисом оборвала начатое лечение: в течение года 124 человека, т.-е. в месяц обрывает 10 чел. на 200 (и больше), в среднем получающих курс лечения помесечно. За год—1926-й—мы имеем 666 законченных курсов лечения. Если учесть, что такая социально «очистительная» работа по люесу продолжается вот уже 4-й год, то не станут удивительными цифры свежих форм люеса за 1926 год, значительно (почти вдвое) уменьшившиеся в сравнении с соответствующими цифрами второго и третьего года работы нашего вендиспансера, что и видно из прилагаемой таблицы.

Годы	Люес I	Люес II	Люес II рецидива recidiva	Люес II лят. latens	Люес III акт. activa	Люес III лят. latens	Нерво-люес	Подозрит. люес	ВСЕГО
1924	35	53	37	вошли в люес III лят.	115	173	4	12	432
1925	41	53	33	118	60	83	24	27	439
1926	20	28	20	50	61	130	11	26	346

т.-е. за отчетный год общее число сифилитиков, взятых на учет убавилось почти на 100 чел.; убавилось вдвое число свежих заражений (люес I, люес II гес., люес II recid., люес II lat.); увеличилось число выявленных скрытых поздних форм люеса (люес III lat.); наконец, если детально посмотреть по социальному положению состав всех групп, можно отметить, что организованное население (профсоюзы) дали очень небольшое число свежих заражений люесом, и главный контингент свежих сифилитиков—из крестьянства, населения исправдомов и так называемых «прочих» граждан. Можно сделать тот вывод, что организованные группы населения в своих главных силах осведомлены об опасностях и возможностях заражения люесом и насторожились в отношении его; что на очереди теперь добраться до остальных групп и углубить борьбу в направлении тех задач, которые как невыполненные, перечислены в начале статьи; что наконец, победа над люесом достижима и, сравнительно, не так далека, к тому же еще—в денежном смысле—стоит недорого (рабочая сила, «914», биохиноль—лечение, главным образом, амбулаторное).

Целью настоящей статьи помимо желания дать отчет об отрядных и ободряющих итогах борьбы с люесом нового типа учреждения (вендиспансера) является: подтвердить давно известную истину, что даже и без большого шума почти одной лечебной работой удастся сломить сифилис; а это, в свою очередь, открывает большие возможности для Уздратов, уездных и участковых больниц—начать, наладить хотя бы лечебную работу по борьбе с сифилисом. Один врач-венеролог с одной помощницей (сестрой или фельдшерницей) нужен для этого—для уездного города (при общей амбулатории); для участка со средней нагрузкой (примерно, до 10.000 посещений за год), мы думаем, можно и единственному врачу выделить один день в неделю для вливаний (могучий стимул!), при условии назначения и наблюдения за лечением в процессе общего приема, однако при наличности индивидуальных карточек (историй болезней) для сифилитиков; для технической работы (уколы, записи, учет, отчетность) важно и нужно иметь самостоятельную помощницу(ка), вы-

выделенную из штата или добавленную к нему (сестру, фельдшерицу или фельдшера),—лучше всего из проработавших хотя бы 2-3 месяца при вендиспансере, чтобы уловить «дух» учреждения и создать его у себя на местах; при большой работе участка (12—15 тысяч и больше) и значительной сифилизации его надо дать второго врача, часть сил которого обязательно сосредоточить на деле борьбы с сифилисом—опять же, конечно, при одном самостоятельном лице—помощнике. Если сравнить незначительность затрат (препарат «914» теперь стоит недорого) на организацию амбулаторного лечения сифилитиков в уездном центре и участках с той социальной и индивидуальной пользой от правильного лечения этой тяжелой болезни, вывод становится ясным: средства к тому же незначительные, для похода на деревенский сифилис должны быть найдены, «выдавлены» из бюджета!

И очередная задача на фронте борьбы с люесом по губернии в целом нами мыслится в таком виде: гудиспансирам—углубить работу в смысле извлечения остатков люеса и в сторону общественной профилактики, просветительная работа вне вендиспансера, профилактика врожденного сифилиса, борьба с проституцией, половое просвещение; в уездных центрах и участках блажайшая и неотложная задача—организовать правильное лечение сифилитиков.

О работе «половой» подкомиссии при научной комиссии врачей города Костромы.

Д-р А. С. Бурунский.

(Кострома).

При научной комиссии врачей в 1926 году была создана «Половая» подкомиссия для разработки вопросов подхода к изучению половой проблемы среди Костромской молодежи. Руководителем ее состоял по уполномочию научной комиссии заведывающий Физиоинститутом доктор Груздев Д. А. В ее состав были включены различные представители, как-то: врачи-венерологи, от врачебной комиссии Костромского Губсовета физкультуры, школьно-санитарной организации, невропатолог, психиатр, гинеколог-акушер, от охраны материнства и младенчества и четыре школьных педагога. Педагоги были выбраны после соответствующего обращения научной комиссии (информационного письма) в Дом работников просвещения. Комиссия имела шесть заседаний, на которых были намечены первоначальные формы подхода к разрешению столь обширного вопроса, каковым, безусловно, является половой вопрос молодежи. Работа проходила при энергичном участии всех выделенных представителей; в особенности необходимо отметить два заседания ее с участием широкой врачебной массы. На первом заседании был заслушан обширный доклад врача ГСФК Зимичева «Половая жизнь молодежи», где докладчик наметил веки

подхода к изучению этого вопроса в условиях Костромской действительности. В своем докладе тов. Зимичев коснулся вопросов появления и развития полового инстинкта, возможности полового воздержания, появления ранней половой жизни и влияния ее на молодой организм, онанизма, вопросов переключения (сублимации) половой энергии в другой вид энергии и т. д. На статистике Ив. Блоха, Пинуса, Гельмана и других им были приведены научно-обоснованные положения необходимости заострить внимание общественных сил (врачей, педагогов и т. д.) на столь серьезном, обширном половом вопросе. Влияние физкультуры и физупражнений, как могучего фактора и лучшего средства от повышенной сексуальности молодежи и одного из методов сублимации половой энергии, в настоящее время признано большинством ученых несомненным. В данном случае наиболее ценным методом изучения этих вопросов был намечен путь анонимных анкет среди организованной и неорганизованной молодежи (физкультурников, комсомольцев, учащихся и т. д.) При разработке анкет был выбран путь одновременного полового просвещения путем включения в анкеты объяснений, что такое онанизм, поллюции, менструации, о вреде курения и алкоголя и т. д. Особенно подробно эти вопросы разъясняются в анкетах, предназначенных для заполнения мальчиками и девочками с 15-ти летнего возраста и старше.

Анкетами подкомиссия придала характер агиток-листовок—для ознакомления этого возраста с основами полового просвещения. Кроме того в анкеты были включены вопросы выявления среди молодежи распространенности табакокурения, употребления алкоголя, влияния совместных занятий мальчиков и девочек в спортивных кружках, влияния физкультуры, как фактора, ослабляющего повышенную сексуальность, отвлекающего от ранней половой жизни и т. д.

Подкомиссия наметила вопрос о проведении анкет в школах Соцвос'а оставить пока открытым до окончательной проработки их проведения с педагогами школ, школьно-санитарными врачами и педологами. Через ГубОНО обсудить план проведения на собраниях заведывающих школами и родительских собраниях. В настоящее же время эту работу возможно провести в Рабфаке, Совпартшколе, школе сестер-воспитательниц, агропедтехникуме, школах фабзавуча. Перед началом раздачи анкет обязательно проводится предварительная лекция врача с пояснениями вопросов анкет, при чем общее ознакомление с пунктами анкет путем лекции возможно и в общей аудитории, не ставя акцента на половом вопросе, а вопросы полового характера надлежит проводить с небольшими группами (20—30 человек), подобранных согласно однородного пола. Заполненные анкеты собирать тут же после лекции врача: особенно это касается 15-ти летнего возраста. Работу среди кружков физкультуры возможно провести силами врачей ГСФК, а среди остальных школ и техникумов через бюро врачебной секции привлечь широкую массу врачей для этой работы.

В своей работе подкомиссия указывала на необходимость осторожности всей работы по проведению этих анонимных анкет среди крайне чувствительной ко всем «половым» вопросам молодежи; лишь при тесной увязке в этой работе врача и педагога возможно достигнуть максимума результатов и не повредить молодого организма. Разработанные анкеты дадут богатый материал для продолжения изучения дальнейших вопросов половой проблемы и для постановки на надлежащую высоту полового просвещения среди костромской молодежи.

Материалы половой подкомиссии были направлены на заключение в Высший Совет Физкультуры, институт социальной гигиены, в редакцию журнала «Дерматология и венерология», также врачами-педологами были

заслушаны на научной комиссии. Крайне ценно мнение врачей-педологов, указывающих, что «анкету среди школьников необходимо проводить после обсуждения этого вопроса на школьных педагогических советах и родительских собраниях, чтобы сделать семью и педагогов союзниками в деле полового просвещения и наметить общую линию поведения. Проведение анкет среди 17-ти летних подростков будет иметь значение для научных выводов и оправдывать заглядывания во внутренние интимные переживания подростков лишь при условии подготовительной работы в форме бесед о значении и цели анкет, создание на этих беседах с небольшими, лучше однополыми, группами той атмосферы взаимного доверия, которая только и может обеспечить серьезное и активное отношение к заполнению анкеты, т. к. необходимо учесть: «особенности психики юноши с ее замкнутостью, щепетильностью при попытках заглянуть в его внутренний мир даже самых близких людей и требование практической целевой ясности каждого предъявляемого к ним задания».

Нужно надеяться, что эта работа общими усилиями врачей и педагогов будет проделана до начала летних отпусков.

Из Иваново-Вознесенского Губернского венерологического диспансера (зав. д-р Я. Л. Шалыт).

Итоги работы диспансера за 1926 год.

Д-р И. Г. Симон.

(Иваново-Вознесенск).

Представляя сочетание медицины лечебной с медициной профилактической, лечение отдельной личности и оздоровление коллектива, венерологический диспансер нашел наиболее полное отражение в вопросах, стоявших на повестке дня первого Всероссийского Венерологического Съезда в 1923 году. Вопрос о роли и значении вендиспансера в деле борьбы с венерическими болезнями был одним из центральных вопросов съезда. Здесь было указано, что диспансер является органом, проводящим совокупность всех мероприятий по борьбе с венерическими болезнями, и были намечены разнообразные функции, которые должен развить венерологический диспансер. Вопрос выдвигаемый рядом работников с мест, с чего должен начать свою работу диспансер—с организации-ли лечебной помощи или с профилактической работы,—конечно, был поставлен неправильно, ибо в работе вендиспансера немисливо отделить лечебную деятельность от профилактической.

Вся деятельность диспансера представляет из себя нечто целое: лечебная и профилактическая работа тесно переплетаются между собой. При этом следует отметить, что без хорошо поставленной лечебной помощи профилактическая деятельность невозможна, так как больные будут враждебно относиться к различным профилактическим мероприятиям, если не будет им оказана существенная лечебная помощь. Исходя из этих соображений, Иваново-Вознесенский венерологический диспансер за прошедший 1926-й год значительно расширил и улучшил лечебно-диагностическую деятельность; было увеличено количество квалифицированных врачей, приобретен новый инструментарий, оборудована лаборатория с серологическим отделением—столь необходимое и важное орудие в деле распознавания венерических болезней, организован специальный зубоврачебный кабинет для оказания соответствующей помощи не только больным венерическими болезнями, лечущимся в диспансере, но и в других лечебных

учреждениях, имея, главным образом, задание—санацию больных сифилитиков; оборудованы две ожидальни—мужская и женская, приобретен ряд научных пособий и муляжей. Насколько диспансер в Иваново-Вознесенске завоевывает себе право гражданства и насколько растет его популярность среди широких масс трудящихся указывает и рост посещений, сделанных больными за 1926 год. Если в 1925 году всего было сделано больными 23441 посещение: 22671 повторных и 779 первичных, то за 1926 год их было сделано всего 34747: 33500 повторных и 1247 первичных. Обслуживает диспансер как застрахованных, так и не застрахованных, но преобладающий процент, конечно, составляют застрахованные (79,2⁰/₀) и иждивенцы (7⁰/₀).

Распределение всех посещений, сделанных больными за год по диагнозам, видно из таблицы № 1*).

Общее число посещений.

Таблица № 1.

Сифилис I	Сифилис II			Сифилис III			Врожденный	Нервный	Мягкий шанкр	Кагар. заб.	Кожн. бол.	Прочие	Гоноррея		Всего	
	Свеж.	Рец.	Скр.	Буг.	Гумм.	Скр.							Остр.	Хронич.		
433	770	1368	1368	42	818	1091	851	525	109	209	687	140	12670	7155	34747	
Из них первичных																
9	6	49	184	11	38	58	32	26	8	125	233	34	292	142	1247	

Тесно связана работа лечебная с работой профилактической в находящемся при диспансере стационарном отделении на 12 коек. Это дает возможность диспансеру в самый опасный момент, когда больной особенно заразен для окружающих, поместить его в больничную обстановку, изолировав его от окружающей среды. За прошедший год через стационарий прошло 117 больных, которыми проведено 2742 койко-дня. Из всех находившихся в стационаре больных 33 человека были из сельских местностей: 28 больных сифилисом, 1 гонорреей, и 4 кожными заболеваниями. 84 больных, прошедших через стационарий из Иваново-Вознесенска, по диагнозам распределяются следующим образом: больных сифилисом 38, гонорреей 1 и кожными заболеваниями 45.

Одной из основных задач вендиспансера является учет больных с выяснением социальных и бытовых условий, условий их половой жизни, характера и источников заражения. Для учета и регистрации венерических больных, для изучения путей и источников распространения венерических заболеваний, для выявления всех факторов, влияющих на рост венерических болезней, личная регистрационная карточка, которая зачастую больному кажется совершенно ненужной, конечно, имеет большое значение. Поэтому одним из важнейших мероприятий диспансера является, с одной стороны, добросовестное заполнение карточек, а с другой—подробная и аккуратная ее разработка. На основании разработки личных карточек 802 первичных больных венерическими болезнями выясняется ряд моментов, которые уже не однократно, в целом ряде работ, были отмечены и которые безусловно влияют на рост и распространение венерических

*) Цифровой материал взят из отчета, составленного д-ром Алеутским Н. А.

болезней: это—ранняя и беспорядочная половая жизнь, употребление спиртных напитков, отсутствие основных сведений о венерических болезнях и способах предохранения от них. Из 524 мужчин 453, а из 271 женщины 144 начали половую жизнь до 20 летнего возраста. Из 309 семейных мужчин и 217 женщин 171 мужчина и 42 женщины имели внебрачные половые сношения. Из 531 мужчин и 271 женщины--370 мужчин и 88 женщин употребляют алкоголь. Из всех 802 первичных больных только 200 человек (109 мужчин и 91 женщина) имели некоторые сведения о венерических болезнях. Что же касается семейного положения больных и источников заражения, то это видно из таблиц №№ 2 и 3.

Таблица № 2.

	Сифилис		Гоноррея		Мягкий шанкр	
	Мужчин	Женщин	Мужчин	Женщин	Мужчин	Женщин
Женатых, замужних	93-56,3%	115-57,5%	152-42,4%	40-56,4%	—	—
Холостых, девиц	52-31,5%	36-18%	163-45,4%	18-25,3%	7-100%	—
Вдовых	3- 1,8%	38-19%	9- 2,5%	6- 8,4%	—	—
Разведенных	1- 0,6%	10- 5%	35- 9,7%	7- 9,9%	—	—

Таблица № 3.

Источники заражения.

Проститутка	9,4%
Случайн. знакомая-ый	14,2%
Невыясненные	31,8%
Прислуга	0,5%
Знакомый-ая	20%
Сожитель-ца	0,5%
Муж, жена	22,4%
Наследственный	1,2%

Обращаясь к таблице 2-й, мы видим, что наибольший процент больных сифилисом и гонорреей как среди мужчин, так и женщин приходится на долю женатых и замужних. Однако из этого сделать вывод, что наибольший процент заражения происходит в браке нельзя, ибо, если обратиться к моменту заражения, то окажется, что многие из них уже были заражены до брака. Но эта таблица подчеркивает другой момент: какой опасности подвержена семья и какое внимание следует уделить обследованиям и учету семейств больных, особенно учитывая те условия (жилищные, пользование общей посудой, постелью), в которых живут значительное большинство из них.

Если мы обратимся в таблице № 3 к источникам заражения, то здесь нас поражает незначительная цифра (9,4%) заражения от проституток. Эта цифра, конечно, не точна. Если ее даже значительно увеличить за счет группы невыясненных, то и в этом случае мы получим гораздо меньший %, чем тот, который до сих пор приводился за последние десять лет в целом ряде работ (66—33%). Если же по нашим данным уменьшился % заражения от проституток, что уже констатировано и многими

другими, то значительно возросла, как источник заражения, другая группа: знакомый-ая, муж, жена, сожитель-ца. И это, конечно, следует отнести преимущественно за счет той легкости половых отношений, за счет тех мимолетных браков, которые имели место в последние годы. Ибо ни для кого не секрет, что беспорядочная половая жизнь, связанная с частой сменой объектов, безусловно ведет к венерическим заболеваниям. И если раньше считали, что брак это есть надежное средство предохранения от вензаболевания, то, конечно, имели в виду определенную форму сожительства, не сопровождающуюся частой сменой объектов.

Заканчивая вопрос об учете больных, мы тут же должны сказать, что работа диспансера в этом отношении не может быть полноценной, пока она не охватывает всех больных, проходящих через все венерологические учреждения города. Концентрация учета больных в районе действия диспансера и должна быть сосредоточена в последнем. В этом отношении у нашего диспансера имеется договоренность с амбулаториями и больницей, которые доставляют сведения о количестве больных венерическими болезнями, проходящих ежемесячно через другие лечучреждения. Но это, конечно, недостаточно. И здесь же надо согласиться с д-ром Россианским, который в своей статье „Ближайшие задачи работ вендиспансеров“ (сб., посвященный проф. В. М. Броннеру), говорит, что „нельзя ограничиться проведением методов диспансерной работы только среди больных и их окружающих, посещающих вендиспансер или с которыми диспансеру приходится сталкиваться в своей работе, а диспансеру нужно стремиться охватить своими диспансерными щупальцами всех больных своего района. Это может быть проведено в жизнь лишь в случае, если будет диспансеризована вся борьба с венерическими болезнями и если в эту работу будут вовлечены все специальные амбулатории и стационарные отделения“.

Было бы целесообразно, если бы от поры до времени устраивались совещания из представителей всех венерологических учреждений, которые, исходя из учета наличных сил, намечали бы план согласованной лечебно-профилактической работы всех венерологических учреждений. При этом необходимо иметь в виду, что учет заболеваемости, производство семейных обследований и проведение тщательного наблюдения над больными или группами больных, являющихся особо опасными в смысле распространения венболезней—должно быть сосредоточено в диспансере. Переходя к следующему моменту диспансерной работы, к санитарно-просветительной деятельности, следует сказать, что все мероприятия диспансера должны проводиться таким образом, чтобы они одновременно являлись факторами просветительными. Это достигается и постоянными наставлениями, которые делаются больным во время приема, это достигается также и разработкой большого материала личных карточек, представляющих весьма интересные данные для ряда вопросов при проведении санитарно-просветительной деятельности. Но, кроме того, диспансером ведется санитарно-просветительная работа как среди больных, посещающих диспансер (прочитано 65 лекций с количеством слушателей в 1753 человека), так и вне диспансера, где было прочитано 101 лекция с общим количеством слушателей в 8437 человек. Тесно связана с просветительной деятельностью и проведенная большая работа по массовым обследованиям. За прошлый год диспансером было обследовано 15 организаций и предприятий с общим количеством 8717 человек. Процент больных венерическими болезнями, обнаруженный при наших массовых обследованиях, равняется от 0,5 до 1,5%. И в этом отношении он близко подходит к тем результатам, которые были получены при массовых обследованиях в других городах (Москва в среднем 1%, Тула 0,9%, Баку 2,4%). На основании всех этих данных

несомненным является одно, что сопровождающий массовые обследования физический осмотр имеет с медицинской точки зрения чрезвычайно малое значение, так как он не в состоянии выявить больных венерическими болезнями, находящихся в скрытом состоянии, если больной сам не даст анамнестических данных. Кроме того, поскольку осмотры основаны на принципах добровольности, нет гарантии, что больные с проявлениями венерических болезней не ускользнут от осмотра, желая скрыть свою болезнь. Главная же цель массовых обследований заключалась в том, чтобы привлечь внимание массы трудящихся к венерическим болезням и к борьбе с ними, ознакомить массы с сущностью венерических болезней, с путем их распространения и ролью различных факторов в распространении венерических болезней. Не малое значение имеет при массовых обследованиях и материал, полученный при разработке анкет, заполняемых обследуемыми. В этом отношении и нами получен ряд интересных данных, касающихся быта, условий жизни, половой жизни и привычек, обследуемых групп (материал разрабатывается и будет опубликован).

Итак нами установлено, что, как метод выявления венерических больных, массовые обследования себя не оправдывают, но, как просветительная мера, они сделали свое дело. Это подтверждается тем количеством лиц, которые добровольно прошли за год через диспансер исключительно с целью проверить свое состояние здоровья, при чем из 6196 человек оказалось больными венерическими болезнями только 317 человек.

В настоящее время диспансер решил центр внимания с массовых обследований перенести на семейные обследования, которые должны стать во главу угла всей обследовательской работы. Больной несет свою болезнь прежде всего в семью, где она свивает себе прочное гнездо, переходя от одного члена семьи к другому. И добиться привлечения в диспансер на осмотр всей семьи больного должно стать первоочередной задачей диспансера. Кроме того диспансер должен держать в поле своей обследовательской работы учреждения охраны материнства и младенчества, консультации, детские ясли, дома и также те группы, которые в смысле распространения венерических болезней являются особенно опасными, как-то: пищевики, парикмахеры и др., ибо в этих случаях выявление больных должно стать главным результатом обследования. За истекший год, хотя диспансером и проделана значительная работа по обследованию учреждений по охране материнства и младенчества и по охране здоровья детей (см. табл. №№ 4, 5, 6), но как раз в отношении наиболее важного вопроса — вопроса энергичной борьбы с врожденным сифилисом, который должен прежде всего заключаться в тесной связи диспансера с учреждениями охраны материнства и младенчества и в первую очередь с консультациями и родильными домами, у нас еще не совсем благополучно. К установлению этой тесной связи в настоящее время стремится диспансер, выделив врача в порядке общественной нагрузки для приема хотя бы пока по одному разу в неделю в каждой консультации. Но конечная цель — это постоянная работа врача вендиспансера при консультациях, ибо консультации являющиеся центром обследования беременных женщин, наблюдения за течением и исходом беременности, должны быть одним из наиболее важных пунктов, с которым диспансер должен быть связан и где он должен проводить соответствующую работу. Выявленные путем обследования больные венерическими болезнями беременные женщины берутся на учет и подвергаются энергичному лечению, ибо сейчас почти установлено, что только больная мать является виновником рождения больного сифилисом ребенка. Роль же больного отца сводится к заражению матери. Кроме того необходимо наблюдать за исходом беременности и за судьбой родившихся детей

Обследовано внутри диспансера

Таблица № 4.

	Сифилис	Гоноррея	Кожные	Всего больных
Матерей 275	17	3	1	21
Персонала 634	7	3	8	18
Детей 202	6	15	—	21
Всего . . . 1111	30	21	9	60

Обследовано вне диспансера.

Таблица № 5.

	Сифилис	Гоноррея	Кожные	Всего больных
Матерей 72	1	2	—	3
Персонала 39	—	1	—	1
Детей 606	3	1	—	4
Всего . . . 768	4	4	—	8

Обследовано учреждений оздравдета.

Таблица № 6.

	Сифилис	Гоноррея	Кожные	Всего больных
5 закрытых детдомов . . . 246	2	—	4	6
Приемник распределитель . 34	—	—	5	5
Всего . . . 280	2	—	9	11

Ударной задачей в работе вендиспансеров должно являться уделение максимального внимания в борьбе с венерическими болезнями, особенно с сифилисом среди сельского населения. Диспансер должен в этом принять деятельное участие. Летом прошлого года нашим вендиспансером был организован отряд в Валовской и Завражной волости Юрьевоцкого уезда, которым было осмотрено 7021 человек: 5425 чел.—50% населения в Валовской волости, 1596 человек—90% населения в Завражной волости. Общий % сифил. в первой волости достигает 6,7%, во второй 13,1%. Распределение больных по периодам видно из таблицы № 7.

Таблица № 7.

Валовская волость	{	Сифилис II	96 челов.—27%
		Сифилис III	198 „ —53%
		Сифилис врожден.	74 „ —20%

В Завражной волости обследовано из 1740 чел., 1596 челов.—92%.
Больных сифилисом 210 челов.—13%.

Сифилис III	— 68,6% — 144 чел.
Сифилис II	— 19% — 40 „
Врожден. сифилис	— 11,5% — 24 „
Нервный „	— 0,9% — 2 „

В заключение я считаю необходимым указать на один чрезвычайно важный вопрос в деятельности вендиспансера: это—связь с массой рабочих, связь с фабриками и заводами района, обслуживаемого вендиспансером. Этот вопрос разрешается работой совета социальной помощи и его бюро. Совет социальной помощи при нашем вендиспансере принимает активное участие в обсуждении плана работ диспансера и в даче руководящих директив, диспансер же, со своей стороны, до сих пор прилагал все усилия к более углубленной проработке основных вопросов по венболезням с активом совета социальной помощи с его бюро и проведения плана, намеченного советом социальной помощи на 100%.

Совет социальной помощи и его бюро являются проводниками идей диспансера на фабриках и заводах, в общежитиях и домах. При содействии членов совета социальной помощи организуется санпросветработа среди широких рабочих масс. Члены совета социальной помощи каждой фабрики оказывают содействие диспансеру в проведении массового обследования рабочих, там, где эта работа в настоящее время производится. Для того, чтобы члены совета социальной помощи могли бы ближе познакомиться с основными вопросами венеризма, диспансер в настоящее время организовал кружковые занятия с активом совета с его бюро, куда также приглашаются наиболее активные работники по охране труда с мест. Такие занятия происходят раз в две недели по заранее выработанной диспансером совместно с советом социальной помощи программе. Занятия ведутся врачами диспансера. Это дает возможность иметь на фабриках и заводах, хотя бы по несколько человек из среды самих рабочих, наиболее подготовленных, которые бы могли улавливать на производстве наиболее вредные моменты предрасполагающие к вензаболеваниям, бороться с ними и по возможности их устранять. Кроме того эти же работники и должны будут вести упорную борьбу с теми некультурными навыками, которые еще имеют место в настоящее время в достаточной мере, особенно в общежитиях. А что такая работа отдельных членов нашего бюро ведется нам известно. Наконец каждый из них, отправившись во время летнего отпуска в деревню, будет иметь возможность внести свою долю участия в борьбе с сельским — бытовым сифилисом, передав то немного, что он вынес из кружковых занятий. Этим можно будет добиться того, что крестьяне перестанут относиться к сифилису, как к позорной болезни, проявлять свое враждебное отношение к больным, перестанут скрывать от окружающих свою болезнь и будут изживать вредные моменты, ведущие к внеполовому сифилису.

И надо думать, что только такая сплоченная работа диспансера с советом социальной помощи, опирающаяся на широкие массы трудящихся приведет к конечной цели—оздоровлению труда и быта трудящихся.

Из Протозойного отделения (зав. д-р
С. М. Кулагин) Иваново-Вознесен-
ского Микробиологич. Ин-та (дир. д-р
А. П. Береснев).

Малярия на торфо-разработках Иваново-Вознесенской губернии в сезоне 1926 года.

Д-р С. М. Кулагин.

(Иваново-Вознесенск).

Высокая заболеваемость малярией рабочих торфяной промышленности нашего Союза, обусловленная наличием ряда благоприятных моментов для ее распространения, вызвала необходимость со стороны органов здравоохранения организации планомерной борьбы с ней путем создания специальных фондов и сети малярийных станций в местах, наиболее пораженных малярией. В частности, и Иваново-Вознесенской малярийной станции пришлось обратить внимание на неблагополучие по малярии отдельных торфоразработок в районе обслуживаемой ей губернии и с 1924 г. начать антималярийную кампанию на торфяных болотах в двух уездах. Борьба эта ведется непрерывно и до настоящего времени, главным образом, в период сезонных торфяных работ с 1-го мая по 1-е октября. Специальный кадр рабочих торфяников для наших разработок набирается обычно в Калужской губернии, реже в других (Тульская, Брянская, Рязанская и др.), при чем мужчины проводят на болоте около 60—70 дней,—приблизительно, с середины мая до конца июля месяца; женщины же обыкновенно остаются до конца сентября. Число мужчин в среднем превышает число женщин почти в 2 раза. Условия труда и быта на торфу являются весьма специфическими для этой отрасли промышленности и тесно связаны с другими благоприятными моментами для распространения малярии. Обилие водоемов и комаров, большой процент паразитоносителей и хроников-маляриков, санитарная неблагоустроенность жилищ, особенно в малярийном отношении, тяжелый физический труд, легкая доступность для укусов комара с раннего утра до позднего вечера и даже ночью, целый ряд атмосферных влияний, способствующих простуде (промокание под дождями в связи с трудом на открытом воздухе, промачивание ног) и ослабляющих организм торфяника, постоянное воздействие лучей солнца и, наконец, однообразное питание—вот причины, способствующие столь широкому распространению малярии на торфоразработках. Поэтому, не мудрено, что торфяники, работающие на торфу из года в год, в большинстве случаев почти поголовно переболевают малярией, развозят ее в места своего постоянного жительства, где и создают эндемические очаги ее, особенно же в Рязанской губернии, где вербуются ежегодно до 70% всей торфяной рабочей силы.

В сезон 1926 года с 1-го мая по 1-е октября Ив.-Вознесенская Малярийная станция обслуживала следующие торфоразработки Ив.-Вознесенского Текстильного Треста: 1) Тейковские с 5-ю участками болот и средним числом населения в 4888 чел., 2) Шуйские с 4 болотами с населением в 1465 чел. и 3) Южские 3 болота с населением в 822 человека. Общим планом борьбы с малярией на этих разработках предусматривалось:

I. Широкая санитарно-просветительная работа среди торфяников, а именно: 1) устройство лекций, бесед, митингов, экскурсий не менее одного раза в неделю, 2) организация выпуска бюллетеней о ходе малярийной кампании для всего населения болот, 3) устройство кино-сеансов по малярии на всех разработках, 4) организация уголков-выставок по малярии, 5) организация здравъячек.

II. Обследовательская деятельность: 1) поголовное обследование на малярию всех прибывающих торфяников, 2) по возможности то же провести перед концом сезона, 3) снабдить малярийными паспортами всех торфяников.

III. Борьба с комаром: 1) произвести учет водоемов—мест выплывания анофелеса, 2) составить карту водоемов с обозначением постоянных и временно образующихся, 3) вести постоянное наблюдение за ними, 4) подвергать их периодическому нефтеванию, 5) выяснить возможность гидротехнических мер к уничтожению их, 6) изучить особенности в биологии комара в 1926 г., 7) производить постоянный сбор всех местных комаров.

IV. Лечебная помощь: 1) систематическая хинизация активных маляриков, 2) систематическая хинизация маляриков, выделенных обследованием, 3) госпитализация тяжелых форм малярии, а также тропической и четырехдневной.

V. Лабораторная деятельность: 1) обязательное микроскопирование крови у каждого обращающегося больного по малярии, 2) микроскопирование крови взятой при обследовании.

VI. Прочая работа: 1) изучить отдельный цифровой материал по болотам, 2) выяснить причины распространения малярии по болотам.

Общее руководство борьбой с малярией принадлежало Губ. Малярийной станции, а для непосредственной работы в дополнение к существующей на местах лечебной участковой сети на Тейковские, Шуйские и Южские торфоразработки было командировано по одному врачу-маляриологу. Однако в дальнейшем в помощь врачу Тейковских разработок явилась необходимость придать еще 2 хинизаторов-фельдшеров, которые и работали в течение июля месяца. Все врачи были снабжены необходимым лабораторным оборудованием и специальной литературой.

По прибытии торфяников (с 14—16 мая) тотчас же было произведено поголовное обследование, давшее следующую картину (см. таблицу № 1).

Таблица № 1.

Название болот	Число обследован. людей	% перебол. малярией (анамнез)	Селезеночн. индекс	Паразитарный индекс	Общий эндемический индекс
Южские торфоразр.	658	83,7	13,8	11,2	15,2
Из них					
1. Костяевское б-то	124	68,4	12,9	10,6	14,2
2. Клязьминское „	534	87,2	14,1	11,5	15,4
Шуйские торфоразр.	1267	36,69%	8,7	4,7	11,5
Из них					
1. Яскино-Павлюк. б.	255	84,1	15,7	12,3	17,2
2. Тепляковское „	355	25,4	8,4	3,0	11,2
3. Притыкинское „	657	24,3	6,1	2,6	8,5
Тейковск. торфоразр.	2354	92,49	17,4	10,2	24,2

Из вышеприведенной таблицы видно, что наиболее высокие селезеночный и паразитарный индексы, а, следовательно, и общий эндемический, дали болота: Костяевское, Клязьминское, Яскино-Павлюковское и Тейковские разработки. Это обстоятельство объясняется тем, что на вышеуказанных болотах в сезоне 1926 года работали торфяники, набранные, главным образом, в Рязанской губернии из Повелецкой и Побединской волости. Если мы обратимся к данным Рязанской экспедиции за 1925 год, то увидим, что селезеночный индекс на месте жительства торфяников этих волостей равен был 10,0 и 13,0 а паразитарный 11,6 и 13,2, что почти совпадает с нашими данными.

На Тейковских разработках, где население состояло из рязанцев и калужан, была обследована только половина всех торфяников (как раз рязанцы), так как опыт двух прошлых лет показал, что калужане менее заражены малярией, что и подтвердилось в настоящем году результатом обследования Шуйских разработок, где сосредоточены были за исключением Яскино-Павлюковского болота, главным образом, калужане. Все-таки общий эндемический индекс и на этих болотах значительно выше прошлого года, так как помимо калужан, не считая незначительного количества рязанцев, здесь находились торфяники Тульской и Брянской губернии, также сравнительно более пораженные малярией. Попутно нужно отметить, что, несмотря на то, что поголовное обследование на торфоразработках производится из года в год, все же главная масса торфяников весьма неохотно идет на них и, в частности, на Тейковских разработках врачам приходилось чуть ли не каждой артели в отдельности читать лекцию о значении этих обследований. Повидимому, проделанной за прежние годы санитарной обработки не только не достаточно, а, наоборот, расширить и обратить на нее самое серьезное внимание—задача для всех малярийных работников на местах.

Покончив с обследованием, после регистрации всех выявленных маляриков было приступлено к лечебной хинизации их через местных малярийных врачей. На Тейковских же разработках в виду большого числа больных хинизация производилась двумя фельдшерами-хинизаторами, раздававшими хинин по заранее заготовленным спискам непосредственно в бараках, где больные и принимали его при них.

После того, как всюду были налажены регулярные амбулаторные приемы, врачи приступили к выполнению дальнейшего плана работ. Основываясь на опыте прошлых лет и наблюдениях за комарами в сезоне 1926 года, решено было на Тейковских и Шуйских разработках главное внимание уделять лечебным мероприятиям, т. е. хинизации маляриков, и санпросвету, ибо оказалось, что комары анофелес на этих болотах встречаются чрезвычайно редко. Так, за весь сезон на Тейковских разработках после долгих и тщательных поисков удалось обнаружить в мае месяце 3-х самок *Anopheles maculypennis* в здании больницы и 2-х в конторе. В июне 2-х самок в уборной, в июле 2-х самок в больнице и в августе 2-х самок опять в больнице.

На Шуйских разработках найдено было 2 самки *Anopheles maculipennis* в июле в уборной на Тепляковском болоте и 4 самки в бараке Притыкинского болота. Самцов нигде ни разу на этих торфоразработках найти не удалось. Точно так же оказались свободными от личинок анофелеса доступные обследованию и водоемы в пределах тех же разработок. Благодаря этому нефтевание на Тейковских разработках совершенно не производилось, а на Шуйских залиты были только бочки, заселенные в большом количестве личинками комара кулекса, с тем, чтобы хотя отчасти уменьшить количество этих комаров, чрезвычайно беспокоивших торфяников. Засечивание окон полностью произведено было только в боль-

Таблица № 2

Движение малярии на торфоразработках Иваново-Вознесенской губернии в сезоне 1926 года.

Название болот	Среднее число рабочих и служащих		Общее число амбулаторн. посещений		Из них		Из них маляриков		Виды малярий у первичных больных			Заразилось в текущем году		Госпитализировано маляриков		Проведено ими койко-дней		% переболевших малярией за сезон		Общее число полученных из-за малярии дней		Умерло от малярии		Исрасходовано хинина		ПРИМЕЧАНИЕ	
	Первичных	Повторных	Первичных	Повторных	Первичных	Повторных	Первичная	Рецидив.	Хроническая	На месте	На стороне	51	3	159	13,2%	250	1843,2	913,1	3150,0	Форма малярии у всех исключительных 3-х дневная							
Тейковские разработки	4888	17871	7675	9696	643	886	54	282	307	54	—	51	3	159	13,2%	250	1843,2	913,1	3150,0								
Шуйские разработки	1465	7067	3076	3991	194	302	13	160	21	12	1	3	3	30	13,2%	135	913,1	913,1	3150,0								
Южские разработки	822	5986	2790	3196	279	2395	179	78	22	160	19	16	16	173	33,9%	398	3150,0	3150,0	3150,0								
В с е г о .	7175	30424	13541	16883	1116	3933	246	520	350	226	20	70	362	—	783	8906,3	8906,3	8906,3	8906,3								

нице и конторе болота Матренкино. Бараки на Тейковских и Шуйских разработках засечивались в единичных количествах на отдельных болотах, при чем сетки здесь применялись, главным образом, как агитационный момент, заостряющий внимание торфяника на комаре.

Незначительное количество первичных малярийных инфекций служит ясным доказательством того, что расходы на засечение и нефтевание были бы здесь совершенно нерациональной тратой средств.

Общая картина движения малярии по торфоразработкам видна из таблицы № 3.

Таблица № 3.

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Общий процент переболевших малярией на болотах по отношению ко всему населению торфоразр.	8,8%	5,7%	5,2%	15,5%

Для сравнения данные движения малярии за последние 4 года указаны в следующей таблице.

Резкий подъем процента маляриков за 1926 год объясняется тем, что в течение первых 3 лет на болотах Ив.-Вознесенской губернии работали торфяники исключительно калужане, а в 1926 году главная масса торфяников состояла из рязанцев, наиболее пораженных малярией.

Из таблицы № 3 видно, что на одного малярика на Южских болотах приходилось около девяти посещений, на Шуйских—около двух, а на Тейковских немногим больше одного. Низкая цифра на последних двух разработках получалась в итоге потому, что те малярики, которые были выделены обследованию, явились к врачу только по одному разу для регистрации и в дальнейшем хинизировались уже в бараках хинизаторами (на Шуйских—фельдшерами приемных пунктов), так что в учет повторных посещений не попадали. Необходимо помнить, что на Тейковских разработках их было более 500 человек. Принимая эту поправку, число посещений врача одним маляриком увеличится до 6 слишком раз. Количество израсходованного хинина на одного малярика составляло в среднем около 8 грамм; недостаточность его объясняется кратковременным пребыванием мужского населения на торфу. Лечение активных маляриков проводилось одним из прерывистых методов путем назначения хинина в растворах *per os* и подкожных инъекций. *Per os* хинин назначался в количестве 1,0 г. *pro die*, дробными дозами в течение 3-х дней с последующим 4-х дневным перевывом. На полный курс лечения шло от 3 до 5 недель в зависимости от тяжести инфекции. Многие из мужчин торфяников за окончанием сезона выехали на родину не успев проделать и этого курса. На Южских торфоразработках к раствору хинина прибавлялось и метиленовая синька. Небольшое число госпитализированных маляриков и прогульных из-за малярии дней говорят за сравнительно легкое течение малярийной инфекции у торфяников, что подтверждается и клиническими наблюдениями.

Что же касается данных о распределении малярии по виду заболевания, то по отдельным разработкам мы имеем чрезвычайно разноречивую картину. Так, Тейковские и Шуйские болота дают от 7 до 8% первичных заболеваний по отношению к общему числу маляриков; Южские же разработки дали свыше 64%. Таким образом, видно, что заражаемость на первых двух разработках очень невелика, в то время, как

на Южских она огромна. Причина этого кроется в том, что Шуйские и Тейковские разработки почти совершенно свободны от малярийных комаров, между тем как карьеры и мелкие водоемы Южских болот изобилуют личинками анофелес. Окрыленных комаров можно было видеть в течение всего сезона в громадных количествах на всех Южских болотах. При наличии обилия передатчика малярии и большого числа паразитоносителей рязанцев первичные заболевания появились уже в середине июня месяца и продолжались в течение всего сезона.

Самая широкая борьба с анофелесом, возможная в условиях Южских разработок, как будто бы не уменьшала количества их. Сетка при изобилии щелей в бараках не могла дать тех результатов в смысле защиты от укуса комара, какие от нее ожидалось. Вечернее окуривание помещений освобождало их от комаров на самое непродолжительное время, ибо из кустарников, окружавших бараки, новые полчища комаров проникали сквозь щели ветхих деревянных построек. Пришлось вырубить весь этот кустарник на значительном протяжении. Борьба с водным поколением анофелеса была также чрезвычайно трудна в виду громадного водного пространства, почти сплошь заселенного личинками. Личинки и куколки анофелеса встречались не только в старых, но даже и во вновь отработанных карьерах. Залитые нефтью ближайшие карьеры, бочки и другие случайные водоемы отгоняли самок анофелеса для кладки яиц в более отдаленные места.

Общее число лабораторных исследований, произведенных по малярии за сезон, видно из следующей таблицы.

Таблица № 4.

Общее число анализов первичных и повторных	Из них с положит. результатом	Форма паразита при первичных исследованиях				Метод исследования	Примечание
		Plasm. praecox	Plasm. vivax	Plasm. malariae	Mixta		
5042	1314	—	911	—	—	Толстая капля, окраска Гимза	

Таким образом, лабораторные исследования крови показали, что на торфоразработках Ив.-Вознесенской губернии встретилась исключительно трехдневная форма малярии, в то время как на болотах Шатурки, Орехово-Зуева, Твери и Щелкова, а также в Казинской и Колыбельской волости Скопинского уезда, Рязанской губернии, имеются очаги тропической и смешанной форм малярии. При той текучести состава торфяников, которая наблюдается на торфоразработках вообще, мы могли и на разработках Ив.-Вознесенской губернии ожидать проникновения этих инфекций, тем более, что в этом году население болот было крайне смешанное.

Переходя к вопросу о санитарном просвещении торфяников, необходимо отметить большую работу, проделанную в этом отношении врачами на местах. Помимо обычных лекций и бесед на некоторых участках болот были организованы уголки-выставки по малярии и здоров'ячейки, в обязанность которых входила пропаганда методов борьбы с малярией, привлечение к лечению несознательных торфяников, надзор за правильными приемами хинина и проч.

В некоторых здоров'ячках устроены были даже небольшие инсектарии, имевшие успех. Обследование водоемов обычно производилось в присутствии многочисленных зрителей-торфорабочих и сопровождалось пояснениями. На всех лекциях, беседах и экскурсиях неизменно демон-

стрировались яйца, личинки, куколки и крыленные комары. Всех лекций и бесед за сезон проведено было тремя врачами 151. Из методов санпросвета наиболее положительные результаты дают все же те, которые вовлекают в живое участие самих торфяников. Лекции уже многим надоели. Беседы и экскурсии пользуются гораздо большей симпатией, а такая вещь, как, например, аквариум—банка, поставленная в самом бараке, приковывает внимание положительно всей артели, с изумлением следящей за превращением яиц во взрослых комаров, и имеет колоссальный успех. К сожалению, кино-ленту в 1926 году торфоразработкам получить не удалось, а демонстрация ее, постановка живой газеты или сансуда были бы весьма желательны.

Необходимо отметить, что работа сезонных малярийных врачей протекала в чрезвычайно тяжелых условиях, при большом напряжении и затрате физических сил. Вследствие отсутствия транспорта и разбросанности отдельных участков болот некоторым из них приходилось проходить большие расстояния пешком. Ко всему этому нужно добавить еще то обстоятельство, что иметь дело приходилось с массой торфяников, перегруженных тяжелым физическим трудом и в не меньшей степени отсталых от общего культурного развития и, в частности совершенно незнакомых даже с основными принципами санитарных навыков. Лечение, а особенно хинизация инактивных маляриков, выделенных обследованием, затруднялось всеми этими обстоятельствами и требовало исключительной настойчивости со стороны врача, а на Южских торфоразработках едва не было сорвано вовсе, так как кем-то был пущен слух, что в конце сезона с торфяников будут производиться удержание из зарплаты за лечение.

Заканчивая настоящий обзор, необходимо подчеркнуть следующие положения в отношении малярии и дальнейшей борьбы с ней на торфоразработках.

1. В сезоне 1926 года наблюдался резкий подъем малярии по сравнению с прошлыми тремя годами.

2. Высокий селезеночный и паразитарный индексы, наличие значительного числа свежих заболеваний и большое количество рецидивов свидетельствуют о продолжающемся неблагополучии торфоразработок в отношении малярии.

3. Вследствие этого является необходимым углубление и расширение всей противомалырийной работы на торфу.

4. В целях дальнейшего предотвращения от заражения малярией мало пораженных ею групп торфоробочих (калужан) и воспрепятствования созданию эндемических очагов в местах их постоянного жительства крайне необходимо при распределении по болотам не смешивать их с более пораженными группами (рязанцами).

5. Выяснение селезеночного и паразитарного индекса при массовых обследованиях торфоробочих имеет чрезвычайно важное значение для всей дальнейшей борьбы с малярией.

6. Общая санитарная неудовлетворительность жилищ требует скорейшего упорядочения ее, ибо она препятствует рациональному проведению отдельных мероприятий профилактического характера.

7. Индивидуализируя отдельные методы борьбы с малярией, основным принципом ее для Шуйских и Тейковских разработок нужно признать возможно более полную и широкую хинизацию всех маляриков. Южские же разработки благодаря обилию малярийных комаров требуют применения всех методов борьбы с малярией.

8. Организация здрав'ячек является весьма полезной, так как способствует вовлечению актива населения в борьбу с малярией.

9. Проведенная в сезоне 1926 года хинизация маляриков является недостаточной для полного излечения их и должна быть продолжена на местах жительства торфяников.

10. В усиление санитарно-просветительной работы необходим отпуск центром и союзом горняков особых средств и вспомогательных материалов (кино-лента, инсценировки, сан-суды, живая газета и пр.).

Снабжение сдвоенным женским молоком детских больниц и отдельных больных детей в Америке.

Н. П. Аносов.

(Кострома).

Женское молоко, являясь идеальной пищей для грудных детей как по количественному и качественному составу входящих в него питательных веществ, так и веществ, пока еще не вполне поддающихся химическому анализу, но не менее важных,—нередко бывает незаменимым последним шансом для спасения больного ребенка. Использование молока наемной кормилицы не всегда доступно, а подчас очень трудно бывает найти женщину, готовую сделаться кормилицей в учреждении или в частной семье. Поэтому опыт Америки по снабжению женским молоком детских госпиталей и отдельных больных заслуживает внимания не с тем, чтобы перенести его целиком на нашу почву, но как попытка более рациональным способом подойти к разрешению очень трудной, но практически важной проблемы.

Имеются сведения, что уже 50 лет тому назад в Америке пользовались для вскармливания больных и слабых детей сцеженным женским молоком, но цена его была мало доступна (до 15 долларов за кварту *). Около 10 лет тому назад мисс Водлей (Miss Wadley) организовала поставку женского молока при следующих условиях: 1) полное здоровье матери при отрицательной *RW*, вполне свободной от *tbc*; 2) чистоплотный ее вид; 3) жительство в чистом доме; 4) кормление своего здорового ребенка свыше 8-ми месяцев; 5) сдаивание молока не менее 2-х раз в сутки; 6) хранение молока на льду до сдачи; 7) доставка не менее 16-ти унций в день. За 1 унц. доставленного молока женщины получают 10 центов, что составляет для некоторых матерей заработок до 1000 долларов в один лактоионный период. Находятся матери, которые доставляют свое молоко в три последовательных лактоионных периода, зарабатывая за это время до 3500 долларов.

Молоко собирается специальным агентом, разъезжающим по городу на автомобиле, доставляется в бюро по снабжению молоком и там распределяется по детским учреждениям и частным заказчикам. Себестоимость молока, включая плату за продукт, содержание бюро, разлив в бутылочки и пр., обходится в 20—15 центов за 1 унц. Продается молоко по 30—8*цент. за унц в зависимости от достатка потребителя, бедным—бесплатно.

*) Кварта=1,2 литра.

Денежный оборот распределителя женского молока выразился в следующих цифрах:

РАСХОД	РАСХОД		ПРИХОД	ПРИХОД	
	Дол.	Цент.		Дол.	Цент.
Уплачено за продукт . . .	6285	91	Плата от частн. потребителей	5866	80
„ работникам . . .	2375	00	Плата от дет. госпиталя в Мичигане	1231	57
Оплата автомобиля . . .	677	49	Плата от жен. госпиталя	810	20
Плата за провоз и пошлины . . .	35	47	„ „ друг. учреждений	351	90
Объявления и рекламы . . .	14	50			
В с е г о . . .	9388	37	В с е г о . . .	9388	37

Бюро имеет постоянное наблюдение за ребенком поставщицы молока, за ней самой и особенно за ее грудями и в случае тенденции к сокращению секреции принимает меры к увеличению продукции вплоть до применения электрических аппаратов для лучшего сдаивания.

В Нью-Йорке организация снабжения сдоенным женским молоком больных детей возникла лишь в 1921 г. С этого времени по май 1926 г. Нью-Йоркской федерацией охраны здоровья детей собрано и распределено 5296 кварт женского молока. Первые три года работала лишь одна станция, в настоящее время функционируют в разных частях города 3 станции. Способ собирания молока несколько отличается от изложенного выше. Поставщицы или 2 раза в день сами являются на станцию, усаживаются за особой ширмой, видимые лишь наблюдающей за сдаиванием надзирательницей, которая следит за процессом сдаивания. На ее же обязанности лежит инструктирование и наблюдение за матерями, стерилизация бутылок, регистрация полученного молока и выписка ордеров для оплаты за полученное молоко. Матерям платится по 10 цент. за первые 5 унц. молока и по 15 цент., если мать дает больше; кроме того матерям, живущим далеко и дающим не менее 10 унц., оплачивается еще и стоимость трамвая. За час до прибытия на станцию грудь не опорожняется. Прежде чем начать сдаивать, мать тщательно моет руки с мылом в проточной воде, надзирательница также моет свои руки и обмывает соски матери кипяченой водой. Под грудь подкладывается чистый платок, покрывающий колени; на последних ставится градуированная стерилизованная мензурка, в которую мать сама сдаивает молоко. Молокоотсосы не употребляются. Сдоенное молоко сливается в стерилизованные бутылки и ставится в холодильник, всегда готовое для разлития по маленьким бутылочкам по назначению.

Молоко берется только у тех матерей, у которых дети развиваются вполне нормально по отношению к весу, для чего детей взвешивают каждые две недели. В случае падения прибыли в весе ребенка взятие молока от матери приостанавливается до тех пор, пока ребенок не придет в норму. Никакого физического обследования матери не производится и никакой особой диеты не рекомендуется кроме полноценного питания. Собранное за день молоко распределяется по числу заказов: если заказов больше, чем собранного молока, то последнее делится пропорционально во избежание отказов пациентам. Себестоимость молока обходится в 18 центов

за 1 унц. Продается для частных потребителей за 25 центов, а для госпиталей по 15 цент. Около $\frac{1}{4}$ собранного молока распределяется среди бедных бесплатно.

Часть молока ежемесячно подвергается анализу в Детском госпитале, Лонг-Эйланд-Колледж-госпитале и в Лебонг-госпитале. В среднем состав молока оказывается постоянным.

Часть молока исследуется бактериологически в лаборатории Департамента здоровья

Потребителям советуют молоко пастеризовать в первые 24 часа по получении. Если требования бывают нерегулярны, то пастеризация производится самой станцией.

В 1925 г. воспользовалось женским сдоенным молоком 170 детей, из которых 46 были умирающие, погибло всего 24 человека. Причиной смерти было: недоношенность, пилеростеноз, желудочно-кишечное расстройство и расстройство питания.

Несмотря на некоторые недочеты в технике собирания и обработки молока, а также на недостаточно строгие требования к здоровью донаторов в Нью-Йоркской организации, американское начинание заслуживает большого внимания. Для матерей поставка избытков молока является выгодным промыслом, не отвлекающим ее от дома, а главное от вскармливания собственного ребенка, который кроме того находится под бдительным надзором. Этот промысел является заменой кормиличного, который как в Америке, так и у нас заметно сокращается. Главное же его значение—как наилучшего способа борьбы с детской смертностью, т. к. он дает возможность более широко пользоваться женским молоком для вскармливания больных и слабых грудных детей, находящихся на искусственном вскармливании.

Летние сельские ясли в Ярославском уезде.

Д-р Е. Ковина.

В Ярославском уезде летняя ясельная кампания начала проводиться с 1923 года, когда в селах Курбе, Диево-Городище и Давыдове было открыто по 1 яслям, существовавшим целиком за счет собранных в неделю охраны м/м средств. В 1924 году в уездную смету вводится содержание уже четырех яслей, и они функционируют кроме указанных выше селений еще в селе Норском.

В 1925 году удается по сметам уездной и волостным провести отпуск средств на организацию одних яслей в каждой волости; всего функционирует 14 яслей, находящихся в 80% в волостных центрах. Кроме того на собранные на предприятиях «Заря социализма» и «Константиновский завод» средства—открывается еще 2 яслей.

Это количество яслей (16) стабилизируется и в 1926 году, при чем в этом году 14 яслей идут целиком за счет волостных смет, а 2 опять являются подшефными указанным выше предприятиям.

Общий бюджет яслей слагался из средств: отпущенных Вик'ами—3936 руб. 38 коп., кооперацией—287 руб. 41 коп., ККОВ—262 руб., деткомиссией 50 руб. и средств, собранных в «неделю по охране м/м»—650 руб. 89 коп.

В 1926 году была поставлена Уздравом задача—сделать ясли показательными путем ограничения числа детей (не более 15—20 в каждом яслях), приема детей, главным образом, до 3-х лет и ни в коем случае не старше 5 лет и устройства яслей не в волостных центрах, а в периферических селениях волости. Организационная работа проводилась Уздравом совместно с Уженотделом, а на местах—участковыми врачами и секциями здравоохранения при Вик'ах.

Ясли помещались почти исключительно в школьных зданиях. По договоренности с Уоно весь наличный хозяйственный инвентарь школ передавался во временное пользование яслей; остальное оборудование яслей было частью закуплено по смете 1925 года, частью добавлено в 1926 году. Из 16 яслей трое были расположены в волостных центрах, 13 в деревнях с расстоянием от медпункта от 3 до 12 верст. Каждые ясли в среднем функционировали 34 дня, при чем длительность рабочего дня колебалась от 12—16 часов. Всего прошло через ясли детей:

в возрасте от 0—3 месяцев	6,
» » » 3—6 »	12,
» » » 6 мес.—1 года	43,
» » » 1 г.—3 лет.	146,
» » » 3 л.—5 лет.	92,
» » старше 5 лет	10.

Всего прошло детей по 14 яслям 309 человек при числе проведенных дней—7877. В двух шефских яслях прошло 37 детей, проведено ими дней 856.

Персонал каждого яслей состоял из заведующей яслями (в 80%—слушательница акушерского техникума, прошедшая 2-х-недельные курсы по охране м.м.), 2-х технических служащих (из местных крестьянок); медицинское обслуживание и общее наблюдение за ведением дела было возложено на ближайшего участкового врача, который посещал ясли не менее 1 раза в неделю. Необходимо оговориться, что участки Ярославского уезда в 53% снабжены собственным транспортом. В остальных случаях транспорт для поездки в ясли предоставлялся Вик'ами.

Заболеваемость детей была крайне невысокая. Так, всего болело 27 детей острыми расстройствами питания; почти исключительно болели дети в возрасте до года, смертность—0.

Санпросветработа проводилась как зав. яслями, так и врачом в порядке индивидуальных бесед с матерями. Каждые ясли были снабжены выставкой по охране м.м и небольшой (из 15 брошюр) библиотечкой.

Необходимо отметить, что все же в кампанию 1926 года кроме недостатков, о которых будет сказано ниже, имелся ряд достижений, которые выразились в следующем: удалось в 75% сделать ясли «показательными» в отношении подбора ребят по возрасту, ограничения количества их и местонахождения яслей; среди крестьянской массы удалось пробудить интерес и доверие к яслям, что сказалось в резолюциях делегатских собраний; наконец низкая заболеваемость и отсутствие смертности показывают, что удалось отчасти наладить рациональное питание ребят.

Говоря о недостатках, в первую очередь необходимо отметить крайне слабый в смысле качественном подбор технических работников (нянь.) Благодаря этому, а также и чрезвычайной длительности рабочего дня наблюдались случаи небрежного ухода за детьми. Не всегда было достаточно инвентаря. Не было разнообразия в питании детей. Местами отмечались недоразумения с получением транспорта от Вик'а. Не везде расположение яслей отвечало потребности в них населения.

Строя план ясельной кампании на 1927 год, мы ставим перед собой задачи изжить отмечавшиеся недочеты путем: 1) подбора кадра технического персонала из делегатов-крестьянок, занимавшихся в кружках охраны м/м.; 2) детальной проработки сети яслей с учетом как удобств помещения и близости от медпункта, так и потребности в яслях населения данного района и 3) заблаговременное выявление всех могущих поступить сумм и составление смет на их расходование при полной согласованности работы врача и местных организаций.

На 1927 год по сметам всех 14 волостей прошла статья: «содержание летних сельских яслей» (одни на каждую волость); в среднем на каждые ясли ассигновано 320 руб. Кроме того ККОВ по волостным своим сметам провели на ту же цель 620 руб. по уезду. Имеется основание думать, что и кооперация и кустпромсоюз сделают некоторые отчисления. Кроме того впереди трехдневник по охране м/м.! Таким образом, при наличии определенной и довольно удовлетворительной материальной базы и полном сочувствии как партийных, общественных и советских организаций, так и самих крестьянских масс, есть основание считать, что в настоящую кампанию удастся восполнить те недочеты, которые мы отмечали.

Аборты в Ярославской губернии за 1925 год.

Д-р А. Опочинский.

(Ярославль).

По данным абортных комиссий и лечучреждений Ярославской губернии за период времени с 1 января 1925 года по 1-е января 1926 года по губернии было зарегистрировано 4433 абортов: 3518 полных и 915 неполных, начатых вне больниц. Отказано комиссиями в производстве абортов в 417 случаях; мотивом отказа служило отсутствие достаточно веских причин как со стороны здоровья, так и со стороны материальных средств, а также беременности свыше 3 месяцев.

I. На каждую сотню рождений произведено по губернии 6,13% полных и 1,6% неполных абортов. Таким образом, наибольший процент как полных, так и неполных абортов по отношению рождаемости падает на губернский город.

II. По местностям губернии аборты распределялись следующим образом.

	Колич. полных абортов	Количество неполных абортов	Число отказов в аборте
Г. Ярославль	1526	181 (10,6%)	62 (3,9%)
Все другие города	700	321 (31,4%)	199 (22,1%)
Все сельские местности . .	1292	413 (24,2%)	156 (10,8%)
И т о г о . .	3518	915	417

Меньшее количество внебольничных (неполных) абортов в губгороде объясняется, с одной стороны, лучшей постановкой лечебного дела в губгороде и близостью его к населению, а с другой стороны—большим числом отказов в производстве аборта со стороны уездных комиссий по сравнению с губернской.

	Полных абортов	Неполных абортов	Отказов		Полных абортов	Неполных абортов	Отказов
I. Распределение абортирующих по соц. составу				III. На каком месяце делали аборт			
1. Работницы и жены раб.	971	234	85	1. На 1 месяце	165	28	16
2. Служащие и жены служ.	1061	151	150	2. „ 2 „	2794	528	275
3. Крестьянки	768	265	97	3. „ 3 „	484	235	99
4. Безраб. и жены безраб.	386	47	37	4. „ 4 „	19	58	19
5. Учащиеся и жены учаш.	50	1	1	5. Свыше и более	56	66	8
6. Свободных проф. и жены лиц свободн. профессий	6	2	2				
7. Прочие	276	215	45	И т о г о	3518	915	417
И т о г о	3518	915	417	IV. Число абортирующих в связи с колич. детей			
II. Причина абортов				1. Бездетные	492	364	100
1. Недостат. матер. средств.	2032	292	185	2. Имеющие 1 ребенка . .	911	146	136
2. Болезненное состояние .	731	161	56	3. „ 2 „	834	149	109
3. Желание скрыть беремен.	101	49	16	4. „ 3 „	554	94	35
4. Наличие грудных детей .	209	2	13	5. „ 4 „	319	73	21
5. Прочие причины	445	411	147	6. „ 5 и более	408	89	16
И т о г о	3518	915	417	И т о г о	3518	915	417

Распределение по возрасту				В том числе у женщин с не зарегистрирован. бракам.			С зарегистрированными браками			Примечание:
В о з р а с т	Полных абортов	Неполн. абортов	Отказов	Полных абортов	Неполн. абортов	Отказов	Полных абортов	Неполн. абортов	Отказов	
1. До 17 лет	32	7	4	9	—	1	1	2	2	44 карточки не имели всех данных и потому не вошли в подсчет.
2. От 18 до 19 лет	87	35	14	48	11	5	39	21	9	
3. „ 20 до 29 лет	1872	453	268	458	85	63	1414	367	205	
4. „ 30 до 39 лет	1276	325	113	247	60	23	1029	257	89	
5. „ 40 и более .	251	95	18	33	16	3	218	79	15	
И т о г о	3518	915	417	795	172	95	2701	726	320	

Из числа 1850 абортировавшихся женщин, давших сведения о числе произведенных ими аборт—1158 сделали по 1-му аборту, 453 по два, 147 по три аборта, 92 сделали по 4 и более аборт.

Основываясь на полученных данных, можно сделать следующие выводы:

1. Наибольшее количество полных аборт регистрируется в губгороде, а внебольничных аборт в уездных городах и сельских местностях:

2. Аборт производится в подавляющем числе в возрасте от 20-39 лет.

3. Главной причиной, толкающей женщину на аборт, является недостаток материальных средств.

4. Аборт делают, главным образом, женщины, состоящие в зарегистрированном браке.

5. Судя по губернской статистике, среди абортировавших в 1925 г. женщин большинство производило 1-й аборт.

6. Наибольшее количество аборт падает на тех женщин, у которых 1-2 детей.

7. Аборт чаще всего делается на 2-ом месяце.

8. Наибольшее число аборт пропорционально женскому населению регистрируется среди жительниц губгорода, затем уездных городов и меньше всего среди крестьянок.

В настоящее время перед нами стоит задача борьбы с внебольничными абортами путем расширения в лечучреждениях губернии абортных коек (хотя бы взиманием содержания их стоимости), уменьшения отказов в производстве аборт, абортными комиссиями и пропаганды противозачаточных средств.

Большесольский курорт в Костромской губернии.

Д-р Ф. П. Чекалов.

(Кострома).

Открытый в 1925 году Большесольский курорт имеет свое прошлое, которое, если и не блещет какими-нибудь крупными событиями, то являет собою пример трудной, упорной и настойчивой работы, направленной к одной цели: извлечь на вольный свет из темных и тесных недр земли природные богатства в виде целебной минеральной воды, таившиеся на том маленьком «островке» реки Солоницы, который и послужил основателем для ныне функционирующего Большесольского курорта.

Много, много лет тому назад—еще во время Ивана Грозного—в посаде «Большие Соли», расположенном по обеим сторонам реки Солоницы, производилась местными жителями добыча поваренной соли. С этой целью на небольшом участке правого берега, так называемом «островке», были вырыты 20 колодезь, которые впоследствии, после прекращения солеварения, были брошены и запущены. На заключающиеся в этих колодезях природные богатства никто не обращал никакого внимания. И только в 1881 году земскому врачу Курочкину пришла счастливая мысль о возможности использовать источники с лечебной целью. Один из запущенных и засыпанных землей колодезь был открыт и из него взята впервые вода для химического анализа, который показал, что вода в колодезе минеральная, и Костромское Врачебное отделение тогда же дало отзыв о возможности применения ее при целом ряде заболеваний. Местные жи-

тели и врачи больницы применяли эту воду при некоторых болезнях в виде примочек и ванн. Но мысль о более широком, научно-поставленном применении этой воды с лечебной целью, мысль о возможности устройства лечебного учреждения, курорта, тогда еще не была осознана местными жителями и общественными деятелями. Но, все-таки, был пройден первый, так сказать, подготовительный период истории будущего курорта.

Мысль об устройстве в посаде «Большие Соли» курорта понемногу росла и крепла. 1913 год, когда местное Городское Управление произвело анализ воды в лаборатории проф. Дианина, был годом переходным к более активному выявлению лечебного значения Большесольских источников. В 1915 году в связи с проявлением всеобщего интереса к устройству отечественных курортов мысль о создании в посаде курорта оживилась. По представлению Губздрава в 1919 году Н.К.З. ассигновал, правда, небольшую сумму для содействия местным органам при обследовании местных курортов. Была образована комиссия из старых курортных работников, и инженер Кошлячев после командировки в «Большие Соли» сделал обстоятельный доклад о состоянии Большесольского курорта. Этому оживлению много способствовал поступивший в то время на службу участковый врач Н. А. Преображенский, который впервые более или менее правильно повел наблюдение над лечением больных водою из вышеозначенного колодца и который до самого последнего времени являлся ревностным адептом и толкачом дела об устройстве в «Больших Солях» курорта.

Несмотря на то, что четырехлетние лечебные опыты на 153-х больных, признанных Уездн. и Губерн. Санат. Советами вполне успешными, производились этим участковым врачом в примитивной обстановке; маленькое отдельное здание на площади посада, в двухстах саженях от источника, с установкою сначала 2-х, потом 4-х эмалированных ванн, с доставкой воды в пожарных бочках),—эти опыты не только не пропали даром, а дали ценный материал для целого ряда докладов как в Костромских Уездных Санитарных совещаниях, так в и уездном земском собрании и на Съезде Советов Крестьянских Депутатов. Эти доклады будировали и продвигали вопрос об устройстве в посаде курорта. Благодаря энергичной работе в этом направлении врача Н. А. Преображенского была, во-первых, образована местная курортная комиссия, во-вторых, произошло вступление Городского Большесольского Управления в члены «Московского Общества содействия развитию лечебных мест в России»; в-третьих, возбуждается ходатайство перед Костромским Губ. Земством о принятии им на себя организации и эксплуатации курорта, в-четвертых, производится целый ряд анализов воды, твердо устанавливающих постоянство состава минеральной воды и принадлежность ее по своему составу к разряду минеральных вод с преобладающим значением в ней поваренной соли, и что большесольская вода по составу очень близка к Старорусским, Столыпинским и Солигаличским; в-пятых, начаты (в 1915 году) буровые работы для получения минеральных вод из более глубоких пластов, изолированных от поверхностных вод; в-шестых, был приглашен для консультации проф. Ширяев, давший научное заключение о необходимости продолжать работы по бурению, высказал предположение о возможности нахождения минеральной воды на глубине 50—60 сажен и одобрил произведенные буровые работы, отметив некоторые дефекты в них, в-седьмых, произведено исследование воды на радиоактивность в лаборатории Технического училища проф. Н. А. Шиловым, обнаружившим лишь следы радиоактивности. Буровые работы настолько шли успешно, что в августе

1917 года на глубине 46 сажен была получена минеральная вода с дебетом в 3.000 ведер в сутки, что давало возможность отпуска свыше 200 ванн в день. Благодаря этому врач Н. А. Преображенский разворачивает широкий план использования минеральных вод для лечения увечных воинов. Он вносит доклад о постройке и оборудовании минеральной лечебницы с 12 ваннами, выдвигает план каптажа нового источника, оборудования водопровода, создания общежития для больных и другие мероприятия для организации курорта. План ближайших гидрологических, геологических и других работ по устройству курорта с подробно разработанными сметами д-ра Преображенского и инженера Кошлачева был представлен имевшему быть весной 1918 года Губернскому Земскому Собранию. Но план этот остался нерассмотренным вследствие несостоявшейся тогда сессии этого последнего. Тогда Н. А. Преображенский весь план, в более расширенном виде и применительно к создавшейся обстановке, переносит в Уездный Съезд Советов, где делает доклад, выдвигая в число других положений: 1) просьбу о взятии Губ. отд. Нар. Здравоохранения разработку и выполнение представленного им плана, 2) признание крайне желательным использовать источники в летнем же сезоне 1919 года с расчетом на 300 больных, 3) солидарное участие в устройстве курорта на кооперативных началах различных, народившихся к тому времени организаций—Совдепов, Больн. страх. кассы и Костромск. союзн. кооперативов. Но этому плану не суждено было в то время осуществиться. Начавшаяся гражданская война и хозяйственная разруха с оскудением финансовых средств отдалили время открытия курорта на целых 6 лет.

В последнее время, когда хозяйственная разруха стала изживаться и когда СССР вступил на путь нового курортного строительства, Большесольский курорт опять стал привлекать к себе внимание как врачей, так и местных органов здравоохранения и медпомощи застрахованным. Доктором же Н. А. Преображенским был сделан в 1923 году в Костромском Научном Обществе врачей доклад о целебных свойствах Большесольской воды с призывом обратить внимание на этот очень ценный, но не использованный курорт, и принять меры к его восстановлению. И вот уже через 2 года после этого благодаря энергии органов Здравоохранения, в частности заведывающего отделением медпомощи застрахованным Костромского Губздравотдела А. П. Соколова, в 1925 году в Костромской губернии открывается хорошо оборудованный Большесольский курорт. За этот год выстроено здание для минеральной лечебницы, была произведена очистка скважин, оборудование минеральной лечебницы, были построены здания для электро- и гидро-лечебниц и открыт пансионат в 3-х заарендованных домах.

Большесольский курорт относится к группе рассольных.

Курорт расположен на берегу р. Солоницы в 2-х верстах от р. Волги при посадке «Большие Соли», Костромской губернии и уезда, на одинаковом расстоянии по р. Волге от Костромы и Ярославля (около 35 верст) и в 3 верстах от паровой Волжской пристани «Никола-Бабайки». Сообщение от пристани до курорта (3 версты)—на лошадях. Продолжительность сезона 4 месяца: с 15 мая по 15 сентября. На курорте функционирует минеральная лечебница с 14 ваннами при средней пропускной способности 125 человек в день. Получение минеральной воды происходит из имеющейся пока единственной буровой скважины при среднем суточном расходе ее за истекший (1926 год) сезон около 2.300 ведер. Кроме того на курорте имеется электро-лечебница и водолечебница со следующими установками: 1) гальванофарадизация, 2) общий и местный Д'арсонваль, 3) общая световая ванна, 4) местные световые ванны, 5) синий

свет, 6) четырехкамерные ванны, 7) простые ванны, 8) души: струевой, Шарко, гинекологический. Кроме того имеется рентгеноустановка с диагностической целью. Функционируют кабинеты для массажа и лаборатория.

При курорте имеется три пансионата на 80 коек для прибывающих по нарядам больных от общественных и государственных организаций; прибывающие в частном порядке больные размещаются в частных квартирах с питанием, по желанию их, на курорте. Установленный на курорте режим обязателен для пансионатных больных; на питание обращается особое внимание: пища дается 5 раз в сутки при калорийности её за сутки около 4.800 калорий.

Наблюдение за санитарным состоянием курорта производится Санитарно-профилактическим отд. Губздрава; за истекший сезон было произведено два обследования санитарного состояния курорта.

На ремонт и оборудование Большесольского курорта в 1926 году отделением медпомощи застрахованным затрачено 31.890 р. 14 к.

Из мероприятий за истекший (1926 г.) сезон надо отметить ремонт артезианского колодца в посаде «Большие Соли», прежде не функционировавшего, а теперь обслуживающего питьевой водой курорт и население посада.

Медицинский штат курорта в сезон 1926 года состоял из 3-х врачей и 11 лиц среднего персонала. Имеются три врача-консультанта по хирургическим, гинекологическим и нервным болезням. Наблюдение за составом воды производится бактериологическим институтом в Костроме.

Смета на 1927 год утверждена в сумме 68.000 рублей. По медицинскому плану Большесольского курорта на 1927 год, представленному врачом, заведывающим курортом И. Н. Лебедевым, выдвинуты следующие мероприятия для улучшения постановки медицинского дела на курорте: 1) устройство второй буровой скважины минерального источника, вызываемое недостаточным дебетом минеральной воды; 2) для устранения возможных перебоев в работе единственной силовой установки вытекает необходимость во второй силовой установке; 3) установка второго чана для увеличения емкости запасной системы минеральной воды; 4) постройка специального здания для пансионата на 80 коек; 5) постройка павильона для клуба, для культурной и санпросветительной работы; 6) организация при курорте геофизической станции III разряда при содействии Губ. Геофизической станции; 7) благоустройство посада «Большие Соли» на территории курорта—на набережной реки Солоницы: древонасаждение, разбивка цветочных клумб и т. п.; 8) дооборудование электро-лечебницы и рентгеновского кабинета и некоторые другие мероприятия для упорядочения курортной жизни.

Больные, прибывающие для лечения—как бесплатного по разверстке Губпрофсовета, так и забронированные Губстрахкассами для застрахованных, обеспечиваются готовым общежитием с полным пансионом. Больные приезжающие для амбулаторного лечения частным порядком могут пользоваться столовой при курорте; помещение же могут получить в частных домах за свой счет. Стоимость полного содержания одного больного с пользованием всеми лечебными процедурами, назначенными врачом, выражается 3 руб. 75 коп. койко-день. Для частных больных, пользующихся амбулаторным лечением, плата 1 рубль в день, при чем амбулаторные больные могут пользоваться столовой курорта за наличный расчет: 75 коп. завтрак, обед и ужин.

Для посылки и приема больных на курорт научной комиссией при Бюро врачебной секции выработаны следующие показания и противопоказания:

Показания: 1) Ревматические страдания суставов и мышц. 2) Хронические поражения суставов и мышц травматического и токсического характера. 3) Невриты, полиневриты, невралгии в подострой и хронической форме. 4) Затяжные воспаления матки и ее придатков (метриты, параи метриты, сальпингиты, оофориты и пр.).

Противопоказания: 1) Старческая дряхлость, перерождение сердечно-сосудистой системы с упадком сил. 2) Пороки сердца с расстройством компенсации, аневризмы аорты, склероз сосудов. 3) Острые лихорадочные болезни. 4) Туберкулез легких, кроме А-I, без выделения *в. К.* 5) Душевные болезни. 6) Злокачественные пухолы. 7) Беременность во второй половине. 8) Острые болезни почек. 9) Сифилис. 10) Явная склонность к апоплексии. 11) Неврозы, истерии, тяжелая неврастения и др. 12) Эпилепсия.

Анализ воды, произведенный в 1913 году проф. Дианиным:

Плотный остаток, высушенный при 110° С.	17,2542
Кремнекислоты	0,0272
Серной кислоты	2,6849
Хлора	7,4418
Окиси натрия и калия	6,5306
Окиси кальция	0,9749
Окиси магния	0,5961
Закиси железа	0,0292
Удельный вес при 15 С°	1,0120

Анализы воды из скважины глубиною в 43,83 саж. на курорте в посаде «Большие Соли», произведенные Санитарно-Бактериологическим Институтом имени Н. А. Семашко в г. Костроме (см. таблицу).

Все образцы воды имели слабо-щелочную реакцию.

Научный Химико-фармацевтический Институт в Москве, исследовавший воду на радиоактивность сообщил, что вода не радиоактивна.

В последний сезон (1926-й год) на Большесольском курорте лечилось 336 человек, из них стационарных—193 и амбулаторных—143, при чем 142 человека были командированы Костромской Страх. кассой, 4—Губздравотделом, 24—Костромским Гик'ом, 24—Ярославским Губздравотделом, 3—арендованные по профсоюзной и производственной линии и в частном порядке—143.

Социальный состав больных: рабочих—122, крестьян—40, служащих—84, красноармейцев—4, учащихся—16, домашних хозяек—51, безработных—4, инвалидов—8, прочих—7.

По местожительству больные распределялись так: по городам: Кострома—148, Ярославль—57, Москва—6, Тула—1, Иваново-Вознесенск—1, Нижний-Новгород—2, Ленинград 2; по губерниям: Костромской—94, Ярославской—13, Иваново-Вознесенской—5, Нижегородской—2, Московской—2, Ленинградской—2, Вологодской 1, Харьковской—1.

Состояло больных по месяцам: в июне—92, в июле—213, в августе—217, в сентябре—108.

Время взятия пробы	Внешний вид воды	Удельный вес при 15° С	Плотный остаток при 100°	Потера при прок. плотного остатка	Окись калия и натрия	Окись кальция	Окись магния	Окись железа	Серная кислота	Хлор свя- занный	Углекисло- та связан.	Аммиак
7/VIII 1916 г.	Бесцветная, прозрачная	1,015987	20,861	1,029	8,2958	1,3724	0,8199	0,0133	2,8923	9,2305	0,066	0,0063
1/X 1917 г.	Бесцветная, прозрачная	1,0165	22,172	1,604	8,4971	1,3224	0,8162	0,0077	2,8785	9,6055	0,0528	0,0067
5/III 1925 г.	Опалисцирует	1,0167	22,51	1,78	10,2222	1,48	0,7356	0,0041	2,986	10,09	0,0579	0,00655
8/III 1925 г. после 12 ч. откочки	—	1,0171	22,86	1,55	9,8095	1,432	0,7771	0,0046	3,184	10,30	0,0519	0,0711
10/III 1925 г. после 48 ч. откочки	—	1,0179	23,44	1,64	0,343	1,462	0,7300	0,0045	3,151	10,70	0,0579	0,00762
11/III 1925 г. после 3-х суточн. откоч.	—	1,0178	22,94	1,70	0,919	1,468	0,7526	0,00475	3,016	9,774	0,0557	0,00796
12/IV 1925 г.	Чуть желт. и мутноватая	1,0162	22,41	2,18	8,128	1,484	0,7798	0,0056	3,184	10,15	0,0594	0,0059
20/V 1926 г.	Бесцветно- мутноватая	1,0184	22,84	1,79	9,0441 0,2034	1,24	0,741	0,0014	2,92	10,05	0,0638	0,0007
18/VII 1926 г.	Бесцветно- мутноватая	1,0176	22,66	1,20	8,5226 0,2528	1,398	0,4789	0,0048	3,044	10,59	0,0594	0,0039

Сведения о работе лечебниц:

а) минеральная лечебница	8246 процедур,
б) электро-лечебница	2548 »
в) массаж	4395 »
г) лаборатория	62 исследования.

По роду заболевания больных преобладали, главным образом, больные с поражением суставов: их было 203 случая (69,5%), затем второе место занимали нервные больные; их было 49 (17%); на третьем месте стояли гинекологические больные—17 человек (6%). Из 336 больных не закончили курс лечения 42 человека. Результаты лечения были таковы: 1) полное восстановление трудоспособности—86%, 2) относительное восстановление трудоспособности—9%, 3) без перемен—5%.

Все цифровые данные о движении больных взяты из отчета, представленного в отделение медпомощи застрахованным заведывающим курортом—врачем И. Н. Лебедевым.

Совещание по инжен.-санитарному делу и больничному строительству при НКЗ.

Д-р Г. Курочкин.

(Ярославль).

Совещание это было созвано Санит.-эпид. отд. НКЗ 14—17 марта с. г. В нем приняли участие представители НКЗ и периферии: санитарные врачи, врачи-заведующие крупными лечебными учреждениями, инженеры, представители ведомств. Хотя совещание было и немногочисленно (около 60 человек), но представительство от разных частей Союза, разных специальностей придавало ему значительный авторитет. Такое совещание было более, чем своевременно,—пожалуй даже, несколько запоздало.

Если сельское новое строительство пока идет слабо, и внимание мест, главным образом, сосредоточено на капитальных и текущих ремонтах, в городах, в промышленных районах,—за счет страховых средств строятся огромные поликлиники и больницы, (за последний год на строительство затрачено 20 мил., из них $\frac{4}{5}$ на города). В этом большом и важном деле в прошлом нет опыта. Старые довоенные принципы должны быть в корне пересмотрены и составные элементы прежних лечебных учреждений, сама сеть—не соответствуют современным требованиям.

Но пока полного, общепризнанного оформления ряда деталей больничного строительства нет; литература по этому вопросу слаба, и места, предоставленные сами себе, испытывают при планировках не только больших и сложных зданий, а даже сельских амбулаторий и больниц большие затруднения; и неудивительно, что планы получают далеко не всегда удачные. Между тем ошибки, допущенные при планировках и при возведении зданий, обычно уже неисправимы и в ряде десятилетий будут нарушать нормальную жизнь лечебного учреждения.

Из 56 проектов, присланных в НКЗ с мест, 22 проекта были признаны негодными; вполне удовлетворительных оказалось—3; остальные потребовали тех или иных поправок (В. В. Воейков). Докладчик от Мосздрава Я. И. Некрасов говорил, что Москва, находящаяся в лучших материальных условиях, развернула широкое строительство и выпустила альбом леч.-профилактических зданий; но это не «типы»; «типы» еще не найдены и чувствуется, что дело не кончено. В самом деле, при плани-

ровках приходится сталкиваться с неясными, коллективно еще не проработанными вопросами. Какой величины должен быть участок? Что должна включать амбулатория? поликлиника?

В совещании красной нитью проходила мысль, что современные принципы больничного строительства должны базироваться на синтезе лечебной и профилактической медицины; однако проекты, прорабатываемые на местах, не отвечают этому принципу. Звенья цепи больничных учреждений, внутренняя распланировка зданий далеко не всегда свидетельствовали о понимании и осуществлении этого принципа. На местах, повидимому, нет взаимного понимания; инженеры не знают, чего хотят врачи, врачи не понимают, какие требования предъявляют к структуре здания инженеры (З. П. Соловьев, И. И. Ковалев).

Места жмет и экономика: приходится считаться не только с требованиями гигиены и санитарии, а и с наличием средств и с учетом возможности содержать построенные учреждения в дальнейшем. И если нужда заставляет строить не по лучшему, то строить надо так, чтобы был обеспечен переход к лучшему.

Диапазон поднятых в совещании вопросов был так широк, что их нельзя было проработать в $3\frac{1}{2}$ дня: на одном полюсе стоял первичный сельский участок с амбулаторией на 2—3 врач. кабинета, на другом поликлиники, пропускающие свыше 1000 больных за день. Надо было обсудить вопрос о сельском бараке на 10—12 кроватей и о плане Ленинградской Боткинской б-цы на 1000 коек.

Приходилось прорабатывать принципы и нормы строительства самых разнообразных назначений (лечебные учреждения, туберкулезные, венерические, по охматмладу и т. д.). В программу совещания не входили вопросы санитарной техники и санитарно-технических оборудований (водоснабжение, удаление нечистот, типы очистительных сооружений); и хотя участники совещания касались этих вопросов, проработка их оставлена для будущих совещаний. Настоящую работу надо считать только началом, и в принятой резолюции есть такой пункт: считать безусловным желательным и необходимым дальнейший созыв совещаний по больничному строительству, используя в широкой мере местный опыт и захватив программой детальные вопросы больничного строительства, санитарной техники и санитарно-технического оборудования.

Наиболее детально проработаны принципы и нормы по постройке заразных барачков и больниц (д-ра И. А. Добрейцер и Г. А. Ивашинцев). При проработке встречалось много интересных практических вопросов: 1) как уберечься от внутри-больничных инфекций, а их даже в Москве наблюдается порядочный процент; 2) как придать гибкость в комбинации коек в двух смежных отделениях; 3) каким образом дать возможность персоналу не переносить инфекций из отделения в отделение; 4) какую распланировку придать приемным покоем, где больные при соприкосновении друг с другом могут получить вторичную инфекцию и т. д.

В резолюциях эти вопросы в той или иной степени получили свой ответ.

Применение бокса дает выход из целого ряда затруднительных положений, и опыты с ними в ряде городов—удачны. И совещание поручило НКЗ вопрос о боксах проработать более подробно. Была высказана мысль о пересмотре инфекций, подлежащих изоляции в заразных бараках. Указывалось, что такие инфекции, как рожа, сибирская язва, брюшной тиф, даже сыпной и возвратный,—нет нужды класть в инфекционное отделение и занимать для единичных случаев целые палаты.

Совещание признало недостаточно подработанным вопрос о нормах отдельных профилактических единиц (охматмлада, оздравдета и т. д.) и

оставило это дело до следующего совещания, но типовые планы туберкулезных учреждений, составленные туб. по НКЗ, признало большой и ценной работой и поручило их срочно отпечатать вместе с пояснительными записками.

Много внимания было уделено организационным вопросам (докладчик инж. В. В. Воейков). Оказалось, что ни в центре, ни на местах нет у органов здравоохранения достаточно сильных организаций для этого большого и сложного дела. Совещание высказалось за укрепление и развитие санитарно-технического аппарата НКЗ, где происходила бы разработка нормировочного материала, поступающего с мест. Этот аппарат должен оказывать помощь местам в разработке проектов.

При НКЗ целесообразно создать техническое консультационное бюро по вопросам строительства; таким образом, создается тесный контакт между центром и периферией.

В штатах санит.-проф. по Губздоров должны быть определенные технические силы для точного учета существующих учреждений, их состояния и ремонтных нужд, для составления строительных проектов и для всех видов санитарной консультации по вопросам строительства, в том числе промышленного и школьного. Признано необходимым, чтобы все постройки лечебно-профилактического характера, ведущиеся на местные средства проходили через комиссионное рассмотрение на местах, с привлечением компетентных врачей и техников (д-р Глик о). В целях пополнения специальных знаний местных техников—рекомендовано центру организовать специальные курсы и программы В. Т. У. З. включить соответствующие специальности.

Совещание поручило НКЗ продолжать разработку типовых проектов больничного строительства с учетом возможной экономии и принять меры к изданию альбома.

Совещание отнеслось очень сдержанно к вопросу о занятиях строительством самих органов здравоохранения. С одной стороны, этот способ дает значительную экономию (в Украине при постройке хозяйственным способом куб. метр обошелся в 110 руб.; при сдаче строительным организациям—180 руб.); с другой—крайне неудачные постройки зданий с нарушением самых примитивных требований (характерные примеры привел Н. А. Семашко) заставляют воздержаться от рекомендации хозяйственного способа.

Совещанием даны следующие указания и нормы, коими следует руководствоваться при выработке сети и проработке строительных планов: «Общие задачи по больничному строительству, планировке усадеб и больничных зданий» (д-ра И. И. Ковалев, Я. И. Некрасов, В. В. Воейков и Н. А. Самойлов).

И докладчики, и выступавшие в прениях старались установить те принципы и нормы, которым должно удовлетворять больничное строительство. Все вопросы, сюда относившиеся, были настолько практически важны, что им уделено было много внимания. Совещание высказалось за следующее:

1. Планировка больничного строительства должна отражать профилактические задачи лечебного дела.

2. Организационные принципы планировок в данной местности должны базироваться на нормах лечебной помощи, определенных на основании изученных фактов соц.-биологического, санит.-демографического характера, данных о болезненности населения, особенностей профессионального, возрастного и полового состава населения.

3. Необходимо учесть специфические особенности в заболеваемости населения (болезни соц.-бытовые и профессиональные).

4. Должна быть выявлена экономическая база строительства и необходимость дальнейшего развития сети лечебных учреждений.

Усадьба больницы:

1. Она должна быть расположена по возможности вне обслуживаемого населенного пункта, а если на его территории, то так, чтобы ничто не мешало в случае надобности ее дальнейшему расширению. Вокруг усадьбы должна быть «охранная зона» (зона тишины, площади зеленых насаждений, улицы и проч.), чтобы была достаточная изоляция от жилых и фабрично-заводских строений.

2. Минимум площади на 1 больничную койку должен быть в областных, губернских и окружных городах 150 кв. м., в городах средних (свыше 20000 населения)—300 кв. м. и малых (до 20000 населения)—400 кв. м.; в сельских местностях—1000 кв. м.; не включая сюда площадей очистных сооружений и охранной зоны, каковая желательна не уже 50 метров. Для небольших участковых больниц и амбулаторных учреждений усадьба должна быть не менее 3-х гектаров.

3. Участок выбирается на возвышенном пункте, по возможности защищенный от господствующих ветров, с уклоном с севера на юг, дабы поверхностные воды имели сток, был большой доступ свету и с таким расчетом, чтобы сточные воды по возможности могли самотеком поступать на правильно устроенные очистные сооружения.

4. Геологическое строение почвы должно быть возможно более водонепроницаемым с достаточно низким (желательно не менее 3-х метров) стоянием грунтовых вод.

5. Необходимо считаться с возможностью устройства на территории больницы водоснабжающих установок, с достаточным количеством и надлежащего качества воды.

6. Распланировка зданий на участке должна быть тщательно проработана прежде, чем приступлено к их возведению; на план должны быть занесены все службы, очистительные сооружения и водоснабжающие установки, которые предполагается строить как в ближайшем будущем, так и впоследствии.

7. Группировка зданий должна предусматривать поступательное движение больного из амбулатории в стационар, и оперативную связь отделений стационара между собой, отвечая следующим принципам: а) группа функциональных зданий с 2-мя подгруппами (амбулатория и стационар); б) группа хозяйственно-служебная с 2-мя подгруппами (служебные здания—гигиенические установки и хозяйственный двор).

8. Функциональная усадьба должна иметь 1 вход, при чем те строения, которые обслуживают проходящих больных и сношения больницы с внешним миром, а также уборные общественного пользования, должны быть вынесены на передний план. В участковых больницах должно быть предусмотрено место для подвод и лошадей приезжающих больных.

9. Разрывы между зданиями должны предусматривать возможность формирования открытых площадей с насаждениями. Разрывы между функциональными зданиями—не менее 30 метров. Должна быть предусмотрена открытая площадь для разбивки сада (для прогулок выздоравливающих больных).

Амбулатория города и промышленного района.

Проектированные амбулатории должны предполагать наличие в строительных единицах следующих лечебно-профилактических элементов:

1. Помещения для обслуживания больных спец. видами лечебной, а также медикаментозной помощи; 2) ячейки охматмлада и оздравлета;

3) ячейки по борьбе с социальными болезнями в зависимости от местных условий; 4) лабораторные установки; 5) ячейка для неотложной помощи; 6) ячейка для культурно-научных нужд амбулатории.

Таким образом, амбулатория на 300 человек и свыше на день должна иметь: вестибюль, раздевальню, ожидальню с регистрационной, кабинеты по числу специальностей и числу посетителей при 20%-запасной площади кабинетов, физиотерапевтический кабинет, перевязочные для мужчин и для женщин, процедурную боксового типа (она же курсовая), операционную с упрощенными подсобными частями (предоперационная, стерилизационная и материальная), ванны и уборные для больных, раздевальные, души и уборные для персонала, кабинет заведывающего, комнату врачей, дежурные комнаты для среднего и младшего персонала, хозяйственную комнату, комнату для сторожа и помещение с боксами-изоляторами.

Детский прием имеет особую регистрацию, ожидальню, раздевальню, уборные и изоляционную.

Аптека должна иметь ассистентскую, материальную, кокторий и подвал.

Вопрос о прикреплении к амбулатории санврача, оставался открытым. Д-р А. Ф. Рудольфи (Нижн.-Новгород) представил проект отдельного «Санитарного дома», где помещается санитарный врач со своим штатом, лаборатория, музей и т. д. Собрание признало целесообразной и полезной идею постройки специальных домов, концентрирующих деятельность санврача, и поручило НКЗ проработать этот вопрос к следующему совещанию.

Стационар.

1. Проектирование должно включать следующие виды помощи: терапевтическую, хирургическую, родильную, гинекологическую, детскую, для болезней уха, горла и носа, глазную, кожно-венерическую, физиотерапевтическую, нервную, туберкулезную, койки для хроников и заразные койки.

2 Необходимо предусмотреть потребные для работы санитарно-технические и хозяйственные единицы, а также те единицы, которые позволяют подводить научную базу под клинические методы лечебно-профилактической работы (лаборатории, прозекторские, библиотеки, музеи бестиарии и т. д.). Масштабы и объем стационаров, типы строений, их группировка на больничной усадьбе устанавливаются на основании принципов, указанных в отделе; «Общие задачи по больничному строительству», с учетом нужд данной местности, норм лечебного дела и квалификации учреждений.

3. Указанные в первом и втором §§ элементы стационара обязательны при проектировании больниц в областных, губернских и окружных городах и крупных промышленных центрах.

4. Пограничные специальности (терапия и нервные, хирургия и гинекология и т. п.) могут быть в видах экономии размещены в одном отделении.

5. При проектировании больниц и амбулаторий в угрожаемых районах (пограничные полосы, линии железной дороги, укрепленные районы) необходимо предусматривать устройство в подвальных этажах газозащитных убежищ.

Сельское больничное строительство.

Первичный сельский здравпункт:

1. Его элементы: *а)* амбулатория на 60 приемов, с возможностью изолированного приема детей; *б)* родильное отделение (1 койка на 2000 населения); *в)* изоляционное отделение для заразных больных на 4 койки; *г)* отделение для первой стационарной помощи на 8 кроватей.

2. Амбулатория должна состоять из: *а)* ожидальни с регистрационной; *б)* 3-х кабинетов для врачей (1 зубной кабинет); *в)* отдельной ожидальни-изолятора для детей с отдельным выходом и уборной; *г)* перевязочной; *д)* аптеки с лабораторией (2—3 комнаты) и подвала для хранения медикаментов; *е)* служебной комнаты (она же кладовая); *ж)* уборной для мужчин и женщин; *з)* комната для дежурного служителя.

3. Стационар первичного здравпункта может помещаться в одном здании с тем, чтобы в центре здания размещались 8 коек первой и общей помощи, а по бокам (за капитальными стенами) помещалось родильное отделение и изоляционно-заразное.

4. Родильное отделение содержит: *а)* пропускник с ванной и уборной; *б)* родовую комнату; *в)* 3 палаты на 4 кровати; *г)* детскую комнату; *д)* изоляционную с отдельным выходом и уборной с ванной.

5. Общее отделение содержит: *а)* вестибюль с пропускником; *б)* палаты на 8 кроватей; *в)* перевязочную; *г)* операционную с предоперационной и материальной; *д)* дежурную комнату; *е)* кабинет врача; *ж)* служебную комнату (кладовую); *з)* изолятор, расположенный ближе ко второму выходу; *и)* буфетную комнату; *к)* уборную с ванной и умывальной. По возможности желательно путем расширения коридора получить место для дневного пребывания больных с выходом на веранду.

6. Изоляционно-заразное отделение может состоять из 2-х палат по 2 кровати с подвижными боксами, пропускником для больных, шлюзом для персонала, уборной, ванной, служебной комнатой, буфетной и вторым выходом.

Волостные (районные) лечебные учреждения:

1. Амбулатория с пропускной способностью в 300 чел. проектируется, как и городская амбулатория. Исключаются те специальные виды помощи, которые не могут быть децентрализованы ниже уездного (окружного) масштаба (сложные физиотерапевтические процедуры, ортопедия и т. п.).

2. Стационар на 60 кроватей должен состоять из следующих видов помощи: *а)* терапия; *б)* хирургия; *в)* акушерство и гинекология; *г)* глазные; *д)* кожно-венерические; *е)* детские; *ж)* заразные.

Районная больница также должна быть снабжена санитарно-техническими и служебно-хозяйственными установками и теми, которые обеспечивали бы возможность клинической работы.

Основные задания для устройства заразных барачков

(д-ра *И. А. Добрейцер* и *Г. А. Ивашинец*).

1. Расчет потребных коек: *а)* в сельских местностях земледельческого характера—1 кровать на 2000 населения; в промышленных районах—1-2 кровати на 1000 населения; *б)* в городах земледельческих районов—1 кровать на 1000 населения; в промышленных районах—2 кровати на 1000 населения. Необходимо принимать в расчет и население пригородных участков.

2. При всех волостных (районных) больницах должны быть построены бараки по такому расчету. Они не должны быть меньше, чем на 10-12 кроватей, т. к. меньшее число коек не оправдывается ни экономическими соображениями, ни эксплуатационными расходами.

3. Заразный барак должен иметь 2 смежных отделения с общим коридором, отдельными ходами и сконструирован так, чтобы можно было его использовать и для одной и для двух инфекций, с возможностью различных комбинаций числа коек в каждом из отделений. Наружных входов должно быть три: два для поступающих больных и вход для персонала.

4. Каждое отделение должно содержать: а) палаты, б) ванную, в) дежурную, г) помещение для предметов ухода за больными и для предметов для уборки помещения (оно же для грязного белья), д) уборную с умывальной для больных, е) комнату для переодевания персонала с умывальной и уборной при ней.

5. Кубатура палат не менее 35 куб. метров на 1 кровать, при высоте 3—3½ метров. В каждом отделении должна быть однокоечная палата.

6. Ширина коридора (бокового) 2—2½ метра.

7. Должно быть предусмотрено удаление нечистот с предварительным их обезвреживанием.

8. Бараки более крупных размеров (20—25 кроватей) должны удовлетворять тем же требованиям, при чем желательно иметь: а) общую для обоих отделений буфетную, б) кабинет для лабораторных исследований (кабинет врача).

9. В крупных населенных центрах представляется целесообразным устройство отдельных заразных больниц для различных инфекций (напр., для детских заразных болезней) или самостоятельных, или при общих больницах. Каждое отделение заразной больницы не должно иметь больше 20—25 коек, но допускается факультативное соединение отделений на случай объединения двух отделений с нелетучими инфекциями и со взрослыми больными. Допускается и устройство 2-х этажных зданий.

10. При каждой заразной больнице или заразном отделении больницы должны быть: а) приемный покой с разборочными боксированными смотровыми; б) сортировочное отделение (отдельные комнаты или система боксов), где сомнительные больные выдерживаются до окончательного установления диагноза. Желательно для летучих инфекций применение изоляторов по системе Мельцера.

11. В каждом отделении должна быть предусмотрена пропускная система для больных при приеме и выпускная для выписываемых.

12. В отделениях для летучих инфекций должно быть устройство шлюзов для персонала.

13. Для обслуживания заразной больницы должна быть соответственно оборудована лаборатория.

14. Все заразные бараки должны быть обеспечены дезустановками и прачечными.

15. Желательно при каждом отделении иметь изолированный участок зеленой площади для выздоравливающих больных.

На совещании было много демонстрировано различных планов. Из них целый ряд был очень интересен. Украина представила хорошие планы поликлиник 3-х различных по размерам типов. Как достижение в этих планах, следует отметить экономное использование площадей: пропадающих неиспользованных пространств нет.

СОДЕРЖАНИЕ.

К казуистике болезни Banti А. Кистер	3
Опыт лечения скарлатины антитоксической сывороткой и в комбинации ее с анти- вирусом по проф. Безредка Н. В. Попов	11
О показаниях к хирургическому вмешательству при внематочной беременности А. Л. Борисов	21
Случай Lichen ruber acuminatus acutus С. В. Архангельский	25
Об энтеровакцинации против дизентерии А. П. Береснев	28
О значении нахождения «палочек Кох'а» в мокроте при туберкулезе легких Ф. П. Чекалов	31
Состав Костромских сыров, приготовленных по голландскому способу В. Э. Куни	34
Динамический метод определения анилина А. В. Памфилов	36
Санитарное состояние фабрики «Заря Социализма» в с. Гаврилов-Ям, Яро- славской губ. и быт ее рабочих И. И. Трясунов и В. М. Троицкий	42
Физическое развитие рабочих фабрики «Заря Социализма» С. В. Архан- гельский	59
Опыт проведения половой анкеты среди рабочей молодежи С. Д. Носов . .	77
Промышленный травматизм по губернии и городу Иваново-Вознесенску за 1925 и 1926 год Ф. Н. Прянишников	85
Дело здравоохранения в Костромской губ. на 1 января 1927 г. А. А. Степанов	88
Борьба с эпидемиями и санитарная работа в уездах Вологодской губ. за 1926 г. В. В. Лебедев	96
Из итогов борьбы с сифилисом по данным Костромского Центрального Вен- диспансера в связи с отчетом за 1926 г. А. Ф. Розов	110
О работе «половой» подкомиссии при научной комиссии врачей города Ко- стромы. А. С. Бурунский	112
Итоги работы Ив.-Возн. венерологического диспансера за 1926 г. И. Г. Симон.	114
Малярия на торфоразработках Иваново-Вознесенской губ. в сезоне 1926 г. С. М. Кулагин	121
Снабжение сдоенным женским молоком детских больниц и отдельных детей в Америке. Н. П. Аносов	118
Летние сельские ясли в Ярославском уезде, Ярославской губ. Е. Ковина . .	130
Аборты в Ярославской губ. за 1925 г. А. Опечинский	132
Большесольский курорт в Костромской губ. Ф. П. Чекалов	134
Совещание по инжен.-санитарному делу и больничному строительству при НКЗ Г. Куркин	140