

в изменении функций железы и выделении избытка пода в неядовитой форме. Дозировка: 2—3 поля через 0,5 Zn+1,0 Al. дозой в 40% НЕД.

Все, что говорилось о рентгене, в той же мере подходит и для лучей радия. При лечении радием или эманацией радия имеют силу те же показания и противопоказания в тех случаях, когда применение радиевых капсул удобно, напр., при освещении гипофиза через нос под основной пазухой. В настоящее время, при наличии больших количеств радия освещают на расстоянии опухоли головного и спинного мозга (Forssell, Regaud).

Оценивая с большой долей критики и скепсиса данные рентгено- и радиотерапевтов приходится все же признать несомненное превосходство лучей радия и рентгена перед другими факторами при лечении некоторых иноперабельных опухолей головного и спинного мозга. Благодарным объектом оказались и различные виды чистой невралгии. Громадное значение приобрели лучи и в лечении Базедовой болезни и упорных климактерических расстройств. Дальнейшие наблюдения нам покажут, насколько эффективны лучи Röntgen'a и Curie в лечении других заболеваний центральной нервной системы.

Литература: 1) Иванов. Журн. невроп. и псих., 1910. — 2) Бруштейн. Новое в медицине, 1912, № 10. — 3) Ипатов. Журн. для усов. врач. 1924, № 5. — 4) Шарапов. Вестник рентгенологии, т. III, в. 5, 1925 — 5) Гизе и Осинская. Ibid., т. III, в. 6, 1925 и т. VII, в. 4/5, 1929. — 6) Мессель. Zeitsch. f. d. ges. phys. Ther. Bd. 30. N. 2. 1925. — 7) Гейнисман и Черни. Современная психоневрология, т. II, в. 5/6, 1926 и Вестн. рентгенол., т. VII, в. 4/5, 1929. — 8) Ипатов. Юбил. сборник, посв. проф. Бруштейну, 1928. — 9) Раздольский и Романова Лескова. Ib. — 10) Югенбург. Вест. рент. Т. 2, 1924 и 1929. — 11) Wetterer J. Internationale Radiotherapie Bd. I, II и III. 1926, 1927, 1928. — 12) Он же. Handb. d. Radiotherapie, 1928. — 13) Balado u. Morea. Ref. Zntb. f. Neur. Bd. 48. — 14) Borak. Strahlentherapie, Bd. 20 и 23. — 15) Bordier. La Presse médicale 1925. — 16) Breitländer. Zntb. f. Chirurgie. 1926. — 17) Inaba, Sgalitzer u. Spiegel. Klin. Woch. 1927. — 18) Keijser. Acta radiologica. 7. — 19) Neumarck u. Krynski. Ref. Zntb. f. Neurol. 47. — 20) Obersteiner. Wien. klin. Woch. 1904. — 21) Raymond et Zimmern Bull. medic. 1901. № 39. — 22) Walter u. Lax. Münch. med. Woch. 1926. — 23) Zimmern et Cottenot. Ref. Zntbl. f. Neurol.

Кафедра социальной гигиены Государ. института для усовер. врачей им. В. И. Ленина в Казани.

О привлечении медицинских участков к изучению сельского населения в социально-гигиеническом отношении¹⁾.

Ф. Г. Мухамедьяров.

Вопрос о социально-гигиеническом изучении сельского населения не является вопросом новым. Этой проблеме частично уделялось внимание даже в дореволюционное время, и некоторые передовые земские врачи-общественники, наряду с медико-санитарным обслуживанием населения в узком смысле этого слова, занимались обследованием и изучением своих участков в разных направлениях. Они тогда уже понимали социальную природу болезней и стремились к выявлению причинной зависимости между заболеванием населения и окружающей его социально-бытовой и материальной средой. Но общественно-медицинское направление лучших представителей земской медицины, явно противоречащее духу того времени, не имело никакой экономической предпосылки и потому не могло получить своего разрешения. Тем не менее, отдельные работы врачей-общественников,

¹⁾ Вопрос был предложен Г. А. Баткисом, и Гос. инстят. соц. гигиены мне было поручено разработать план организации постоянного изучения сельского населения в социально-гигиен. разрезе.

объясняющие социально-классовый характер болезней и отражающие истинное положение дела народного здоровья того времени, до сих пор не потеряли своего социально-гигиенического значения. Также сохранили свое значение отдельные выражения: «При царизме даже хинин не помогает от лихорадки», «Русское население голодает, отсюда желудочно-кишечные заболевания, живет в холоде—отсюда заболевания дыхательных путей, живет в грязи—отсюда паразитарные болезни». Из работ того времени можно указать на известную работу Щербина, установившего зависимость смертности, болезненности и увечья среди сельского населения от земельного обеспечения крестьянских дворов.

Октябрьская революция полностью утвердила проблему зависимости болезней от социальной среды, и вопросы изучения и оздоровления внешней среды, предупреждения болезней, вытекающие из основ медицины как биосоциальной науки, стали практическими вопросами, разрешение которых советская медицина выдвигает в качестве основной своей задачи.

Но если мы обратимся к ближайшему прошлому (уже послеоктябрьский период), то, к сожалению, приходится констатировать, что в изучении сельского населения в социально-гигиеническом отношении большого сдвига мы не имеем, несмотря на то, что живем на 13 году революции. Правда, за это время была создана громадная сеть профилактических учреждений с большим обследовательским аппаратом, последние годы широко применяется посылка различных лечебно-обследовательских отрядов на места, организуются специальные экспедиции по изучению отдельных районов и областей в разных направлениях. При правильном и планомерном использовании этих организаций мы могли бы собрать громадный материал, характеризующий санитарное состояние Республики и отдельных ее районов. Однако, нам хорошо известно, что за исключением некоторых, более крупных городов, где эта работа ведется систематически, по определенному плану, и отдельных районов, обследованных специальными экспедициями, социально-гигиеническая физиономия Республики и ее областей до сих пор еще не выявлена, что сильно затрудняет правильное планирование здравоохранения соответственно задачам нового строительства. На опыте составления пятилетнего плана здравоохранения мы убедились, что планирование здравоохранения упирается в разрешение ряда методологических проблем, требующих постановки научно-исследовательских работ (Донской). Разработка системы и типов учреждений, с учетом особенностей каждого района, является основным вопросом планирования и может быть разрешена лишь при правильно поставленной обследовательской работе. Смысл планирования заключается в увязке наших мероприятий с народно-хозяйственными, культурно-бытовыми и санитарными факторами отдельных районов. Для выявления социально-классовых и производственных моментов в плане требуется установление специальных показателей, что возможно только путем систематического изучения отдельных производственных и социальных групп в санитарно-и социально-гигиеническом отношении.

Говоря о санитарной статистике, являющейся до сих пор почти единственным источником, откуда мы черпаем необходимые сведения, можно определенно подчеркнуть, что она не соответствует задачам нового строительства, абсолютно не отражает социально-классовых и производственных моментов. Помимо этого, наш статистический материал не всегда является доброкачественным, регистрирующие инстанции мало интересуются качеством своей продукции, а здравотделы не уделяют достаточного внимания этому вопросу, не руководят работой низовых организаций, и, за весьма редким исключением, собранный материал не разрабатывается. Если даже статистика в скором времени и будет реорганизована, то при существующем отношении врачебной массы и здравотделов к ней едва ли можно ожидать больших результатов.

Реорганизация дела здравоохранения соответственно новым задачам, осуществление нашей генеральной линии, заключающейся в воспроизводстве и восстановлении рабочей силы, требует планомерного санитарно-и социально-гигиенического изучения населения. Только при этом условии мы сумеем правильно наметить план развертывания наших оздоровительных мероприятий и поставить дело оздоровления коллектива, увязав его с задачами социалистического строительства.

В городах и крупных промышленных центрах, где имеется достаточно густая сеть профилактических учреждений, уже и лечебные учреждения перешли на диспансерный метод работы, ведутся обследовательские работы по линии смежных ведомств, эта задача легко разрешима, даже без особых затрат. Необходимо только планировать работу многочисленных учреждений по линии здравоохранения и, во

избежание параллелизма, согласовать план с отделами труда и коммунального хозяйства, сократив до минимума все ненужное. При этом, разумеется, должно быть обеспечено соответствующее компетентное руководство и централизованная разработка материалов в областном масштабе. У нас разрабатывается не мало вопросов, имеющих социально-гигиеническое значение, но без участия представителей гигиены, поэтому они остаются или неизвестными, или нас не удовлетворяют, и мы начинаем их изучать снова. Например, бюджет рабочего, куда входят вопросы питания, жилища и др., изучается отделами объединений статистики труда; питание крестьянства и прочие вопросы изучаются статистическим управлением, но этими данными, за весьма редким исключением, мы не пользуемся или не можем пользоваться за отсутствием существенно-важных, с нашей точки зрения, моментов. Аналогичные работы, выполненные отдельными врачами, тоже не всегда нас удовлетворяют, потому что они мало знакомы с методикой собрания материалов и их разработкой и мало придерживаются установленных правил и норм.

В тех областных центрах, где имеются Институты или Кафедры социальной гигиены, общее руководство должно быть предоставлено им, обеспечив их достаточно квалифицированными работниками, в полном контакте с местными статистическими органами. В других областных центрах, где нет специальных институтов или университетских кафедр, надо поручить руководство близким по характеру к ним учреждениям, дополнив их состав соответствующими специалистами, тем самым будет положено начало созданию Институты социальной гигиены, которые, по нашему мнению, должны быть в каждом областном центре. Общее руководство социально-гигиенической работой в областных центрах должен взять на себя Государственный институт социальной гигиены РСФСР.

Весьма сложную и трудную задачу представляет из себя организация этого дела в сельских местностях. Если постановка дела в городах и промышленных центрах нас еще далеко не удовлетворяет и требует проведения большой организационной работы, то в сельских местностях мы имеем пустое место. Между тем за последнее время физиономия села сильно изменилась, удельный вес социального сектора с каждым днем повышается, что в большой степени заставляет нас усилить свое внимание вопросам изучения и обслуживания деревни. Если не считать наших участковых больниц и врачебно-амбулаторных пунктов, которые ведут текущие наблюдения и собирают материалы, то наиболее испытанным и оправдавшим себя до некоторой степени методом является метод экспедиционного изучения. Отдельные экспедиции, проводимые по комплексному методу, дают вполне доброкачественный материал, характеризующий район обследования в социально-гигиеническом отношении. Но таких экспедиций организуется очень мало, только по отдельным заданиям и для изучения определенных вопросов (например, калмыцкая, дагестанская и другие экспедиции, проведенные Г. инст. гигиены, экспедиция по изучению Мариобласти, мензелинская экспедиция и др.), почему экспедиционный метод и не может быть выдвинут в качестве основного метода массового изучения. В лучшем случае он может дать статику санитарного состояния обследуемого района и положить начало к дальнейшему динамическому изучению (проф. А. В. М о л ь к о в), которое представляет основную задачу.

Массовое стационарное изучение сельского населения, считаем, нужно возложить на сельские участки. При надлежащем руководстве, они вполне справятся с этой задачей. Участковые врачи лучше знакомы с местными условиями, могут проводить эту работу систематически, и собранный ими материал по своему качеству не уступит экспедиционному материалу. Организация этого дела мне представляется в следующем виде: в каждой области (экономический район, автономная республика, область) выделяется около 10% более типичных в социально-экономическом и санитарном отношении врачебно-больничных участков, которые обеспечиваются вторыми (где и третьим) врачами, одним специальным техническим работником из среднего персонала, несколько лучше транспортом и некоторыми специальными предметами оборудования для проведения обследовательской работы. Такие участки можно было бы назвать базисными пунктами по социально-гигиеническому изучению села. Исходя из расчета, что по РСФСР к началу пятилетки в сельских местностях насчитывалось около 2,900 врачебно-больничных участков и около 88—90 миллионов населения, придется организовать 290—300 пунктов, коими будет охвачено около 10% всего сельского населения. Эти цифры являются сугубо ориентировочными, как относящиеся к 1927/28 году. Если базисными пунктами в течение года будет охвачено обследованием только 10% всего населения участка, что в абсолютных цифрах составит около 3000 человек, мы могли бы

собрать колоссальный материал. Короче говоря, годовая работа каждого пункта заменит 1½—2-месячное обследование экспедиционным путем. Поэтому, было бы вполне достаточно на первое время в каждой области организовать хотя бы несколько пунктов (3—5) с тем, чтобы к концу пятилетия охватить 10% всех врачебно-больничных участков.

Вторые или третьи врачи, на которых будет возложена эта работа, хотя они будут вести и общую участковую работу, и технические работники должны получить специальную подготовку, хотя бы в виде краткосрочного стажа при институте или кафедре социальной гигиены или аналогичных учреждениях области по определенной программе, санкционированной Государственным институтом соц. гигиены. Для врачей вполне возможна даже организация специальных курсов при ГИСК, как это практикуется в отношении других специальностей. Инструктаж, непосредственное руководство и наблюдение за работой базисных пунктов, снабжение их готовыми формами и бланками—все это будет возложено на те областные учреждения, которые, как выше было указано, будут вести эту работу по всей области под руководством Гос. инст. соц. гигиены. Туда же будет поступать весь собранный материал для окончательной разработки в областном масштабе.

Такой план, по моему мнению, является вполне реальным, и каждый здравый отдел в состоянии будет выделить для этого несколько тысяч рублей и к концу пятилетия приспособить 10% больничных участков к выполнению этой работы. Что касается специалистов, то этот вопрос тоже не должен нас особенно пугать: около десятка специалистов для областных центров легко найти из среды кончающих аспирантуру и стажерство при институтах и кафедрах социальной гигиены, в крайнем случае можно подыскать подходящих работников на местах.

Теперь несколько остановимся на программе работы базисных пунктов. Правда, говорить о твердой, единой для всех районов программе едва ли возможно, так как каждая область и район, в зависимости от экономических, социально-бытовых и санитарных условий, выработает свою программу, но все же общую схему можно наметить.

Прежде всего, нужно дать подробное описание территории того округа или кантона (уезда), где находится данный участок, с указанием на физико-географические и другие особенности, имеющие санитарно-гигиеническое значение. Тут, главным образом, придется базироваться на литературных данных, лишь отчасти на непосредственных наблюдениях. Далее, необходимо составить подробные сведения по форме о населенных пунктах участка с разбивкой по национальному признаку, по количеству населения и по расстоянию от участковой больницы. Существенным разделом программы является изучение самого населения в отношении его статистики, динамики, физического развития и физического состояния. Сюда входят: возрастно-половой и национальный состав населения, смертность общая и детская, рождаемость и естественное движение населения по материалам ЗАГС'ов, каковым изучением будет охвачено не все население участка, а только известный его процент. Правда, эти материалы разрабатываются по линии Статуправления в областном масштабе, но для нас они представляют большой интерес с точки зрения комплексного изучения. Регистрация причин смерти на основе врачебных удостоверений пока у нас введена только в городах и нет никакого основания рассчитывать на скорое и повсеместное ее введение в сельских местностях. Поэтому, в программу работы пунктов необходимо включить констатирование причин смерти и выдачу удостоверений хотя бы для пунктовых селений (селения, находящиеся в пределах 2-верстного радиуса), что не представит большого затруднения для населения и не особенно осложнит работу пунктов. Такой материал, разработанный в областном масштабе, даст очень много ценного в отношении заболеваемости и болезненности населения. Кроме того, на базисные пункты будет возложено собирание карточного материала по изучению плодovitости женщин, переживаемости детей и смертности взрослого населения по формам, разработанным Государственным институтом социальной гигиены. Правда, такой метод изучения указанных проблем пока является новым, немногие знакомы с методикой разработки такого материала, но, как метод широко применяемый ГИСК при экспедиционных обследованиях, по его примеру и Казанским институтом социальной гигиены, должен быть рекомендован и продвинут на места.

В отношении изучения физического развития населения вообще, сельского в особенности, постановка дела далеко еще не удовлетворительна: очень многие занимаются антропометрическими измерениями, разрабатывают материал и даже издают в виде научных трудов, но незначительная часть этих „антропологов“ ру-

ководствуется инструкцией Унификационной комиссии, изданной под редакцией проф. Бунака. Второй врач и технический работник во время прохождения стажа должны изучать антропometriю и достаточно хорошо усвоить ее методику с тем, чтобы правильно поставить дело на местах и собрать доброкачественный материал. Относительно количества обследований ориентировочно можно наметить 3000 человек за год, т. е. около 10% всего населения участка. Возможно, что эта цифра будет снижена, т. к. материал будет разрабатываться в областном масштабе.

Что касается регистрации заболеваний по общестатистической карте, регистрации инфекционных и социально-профессиональных болезней, которые являются обязательными для этих участков, то ответственность за их постановку и наблюдение, за правильность регистраций целиком будет возложена на врача-заведующего больницей (первый врач), но в процессе работы ему должны помогать второй врач и технический работник пункта согласно особой договоренности. Весь карточный материал должен поступать в областной центр для разработки.

Для более углубленного изучения заболеваемости населения и с целью приближения обслуживания к диспансерному методу будет введена посемейно-индивидуальная запись за первое время для пунктов селений, т. е. по территориальному признаку, или можно по иному принципу, напр., по социально-производственному. При индивидуальной форме крестьянского хозяйства имело большое социально-гигиеническое значение изучение социально-экономического состава населения по установленным формам с целью освещения отдельных санитарных показателей именно в этом разрезе, поэтому такой пункт должен быть включен в программу изучения села, но по отношению к районам сплошной коллективизации, очевидно, будет выработана особая форма учета социально-экономического состава населения.

Обследование жилищно-бытовых условий, а также изучение бюджета питания в социально-производственном и национальном разрезе по выборочному методу, также войдут в программу работы базисных пунктов. Тут количество обследований потребуются небольшое, особенно в отношении питания, но трудность будет заключаться в выборе объектов, которые должны быть вполне типичными и включать все социально-производственные группы. Обследование водоснабжения, нескольких более типичных школ, некоторых общественных учреждений, описание сети медико-санитарных учреждений участка по определенным формам должны войти в план работы пунктов. Вот та краткая схема-программа, по которой будут работать проектируемые базисные пункты.

Этот проект обсуждался на совещании участковых врачей, прикомандированных к Казанскому институту имени В. И. Ленина, и на специальном совещании участковых врачей Татарской Республики во время Областного съезда. На этих совещаниях было отмечено, что однократные обследования в некоторых областях проводились даже силами только участковых врачей, но без определенной системы и предварительной подготовки, почти как правило работа носит кампанийский характер, что является основным дефектом во всей этой работе. Некоторыми врачами было указано, как на ненормальное явление, что иногда здравотделы присылают разные анкеты с сотнями вопросов и требуют срочного их заполнения, что является абсолютно невозможным при существующей нагрузке участковых врачей, а иногда в анкетах фигурируют такие вопросы, на которые участковые врачи, при всем своем желании, не могут дать ответ, так как они не компетентны в этих вопросах. Всеми врачами было отмечено, что как материалы специальных обследований, так и другие материалы здравотделами не разрабатываются, не делается никаких выводов и не дается практических указаний, которые весьма желательно было бы иметь на местах.

В результате детального обсуждения предложенного проекта, оба эти совещания пришли к заключению, что постановка вопроса является вполне своевременной, предложенная программа выполнима и необходимо приступить к скорейшему осуществлению плана.