

I Всеукраинский офтальмологический съезд.

Д-р А. Б. Коленько (Казань).

Неоднократные выступления на конференциях, съездах, в печати вызвали в жизнь постановление Совнаркома СССР об урегулировании происходящих в Республике съездов. Обилие докладов, из которых многие даже не заслушиваются, скомканность прений, перегруженность заседаний не дают возможности съезжавшимся многое вынести со съезда. Одной из корректив, внесенных жизнью, есть организация съездов небольшого масштаба—окружных, краевых, областных, на которых прорабатываются местные вопросы и таким образом отсеивается материал для всесоюзных съездов. Таким областным съездом и явился Всеукраинский съезд офтальмологов, происходивший в Харькове 27—31 декабря 1929 года. Он не вполне оправдал свое название. Хотя из 320 делегатов было 257 (80,8%) из Украины, но и другие места Союза были представлены настолько полно (Дальне-Восточный Край, Татареспублика, БССР, Узбекистан, Кавказ и многие иные), что Съезд может считаться почти Всесоюзным.

В многочисленных приветствиях подчеркивалось, что здравоохранение должно взять темп развития народного хозяйства, максимально содействовать социалистическому строительству. Усиление темпа научной работы в ближайшее время, время реконструкции, должно быть направлено на оздоровление среды, труда и быта. Оттенялась и большая роль офтальмологии в условиях нашей действительности (профотравматизм, трахома, профотбор и т. п.). Зачитан целый ряд приветствий из-за границы (Bier, Krijschapp, Meuer и мн. др.).

Деловую часть Съезда открыла д-р Затонская докладом *о состоянии глазной помощи на Украине и ее перспективах*. В настоящее время при средней затраховленности 33%₀₀₀ приходится 1 врач-окулист на 63 тысячи населения при одной глазной койке на 31 тысячу. По официальным данным процент трахоматозных снижается (плохая регистрация?). На смену трахомы идет серьезный конкурент—травматизм. В своей повседневной работе НКЗ широко опирается на соответствующие секции Научного об-ва, которому он дает прорабатывать отдельные вопросы. Хотя все внимание пятилетки обращено на поднятие промышленности страны, но осуществление ее открывает широкие горизонты перед социально-культурным сектором нашего быта. Предусмотрено довести одну глазную койку на 10 тысяч населения в рабочих районах, в городе—на 15 тысяч и на селе—на 20 тысяч населения. Д-р Поляк удачно наметил роль гражданских органов здравоохранения в организации и обеспечении Красной армии глазной помощью. Д-р Дашевский в докладе „Санитарное просвещение в офтальмологии“ горячо призывал к ломке старых методов лечебной малоэффективной глазной помощи. Необходимо самоперевоспитание, изучение новой методики, усвоение элементов санитарной педагогики (санитарная гигиена, санитарное просвещение на основе общей педагогики). Ряд докладчиков сообщили ценные данные о глазной помощи на местах: Савваитов (РСФСР)—*„В борьбе с трахомой от глазных отрядов к сельским трахоматозным пунктам“*, Мальте (Крым), Мантуляк (АМССР). По вопросу о глазных отрядах подавляющее большинство высказывалось, что в условиях нашей действительности отряды приносят большую пользу. Намечалось создание специальных научных отрядов. Все выступавшие решительно возражали против передачи лечения трахомы не медицинскому персоналу. Для поднятия квалификации участковых врачей Съезд считал необходимым организовать трехмесячные трахоматозные курсы. Оживленные прения вызвало сообщение д-ра Блонского *о рационализации подачи глазной помощи*. Докладчик достиг значительного эффекта не столько путем максимального, сколько оптимального использования всех возможностей (разделение по манипуляциям, разделение во времени и т. п.).

Сотни тысяч новых рабочих, втянутых и втягиваемых в производство, настойчиво требуют изучения и предупреждения профессиональных заболеваний (доклад д-ра Натансона). Необходим строгий профотбор, необходимо, чтобы врач был детально знаком с производством и занимался вопросами профзаболеваний в повседневной обстановке. Обращая внимание на максимальное использование предохранительных мер общего характера, Съезд считает пока незаменимой индивидуальную защиту глаз (консервы). В особо ранимых цехах Съезд считает ношение очков обязательным. Вызвали к себе интерес также доклады Миллера и Медведева—*о рефракции вышивальщиц*, Кантора—*о реф-*

ракции наборщиков в гор. Минске, Хордаса (Днепропетровск) — о травматизме глаза и Попова (Сталино) о локализации инородных тел в роговице у рабочих металлообрабатывающей промышленности. Большие дебаты вызвало наблюдение докладчика Натансона, что работа с малыми объектами способствует развитию и увеличению близорукости. Этому противопоставлялось мнение профессора Нирреля, что „в тот момент, когда сперматозоид встречается с яйцом, решается вопрос не только о рефракции глаза, но и о степени этой рефракции“. Не разрешая вопроса, большинство высказывалось, что субъекты с наклоном к близорукости все же должны быть поставлены в наиболее благоприятные условия, при которых вредное влияние было бы наименьшим. Особо оттеняли необходимость полной коррекции гиперметропии, которая значительно понижает работоспособность, при которой „глаз травмирует весь организм“ (проф. Очаповский). В виде отдельного доклада подымался вопрос о вредном влиянии на глаз ультрафиолетовых лучей, в частности лучей кварцевой лампы (Дворжец).

Большую работу проделали гг. Рабкин и Миллер по выявлению слепоты на Украине и ее этиологии. Средний процент слепоты по Украине $10,9^{0/000}$, обнаруженный переписью, совпадает с данными поголовного обследования. Средний мировой показатель около $13^{0/000}$. По этиологии на первом месте травма, оспа, трахома. Для борьбы со слепотой Съезд наметил: санпропаганду среди здоровых, изучение и борьбу с профтравматизмом, обязательную регистрацию по единой карточке одно- и двусторонней слепоты, произвести перепись всех слепых, увеличение и улучшение кадров окулистов.

Большие оживленные прения вызвало сообщение проф. Казаса „Об активизации сифилиса лечением“. Докладчик предостерегал не будить дремлющих инфекций, которыми изобилуют все ткани нашего тела и которые могут спать в нашем организме десятки лет. Они могут быть вызваны к жизни каким-либо толчком. Таким толчком для бледной спирохеты могут быть малые дозы наших антилюэтических средств, которые, возбуждая ее жизнедеятельность, порождают явления биотропизма. Почти все явления подизма и отравляющее действие неосальварсана укладываются в биотропизм. По мнению докладчика, провокация сифилиса по Милланду и Геннериху недопустима. Целый ряд выступавших товарищей отмечали, что большие дозы не имеют никаких преимуществ перед малыми и средними (проф. Соболев), на основании большого опыта предостерегали, что, губя спирохету, надо не ранить организм (д-р Губер-Гриц). Большинство выступавших отмечало, что начавшийся *tabes dorsalis* необходимо лечить. Специфические средства можно применять весьма осторожно, лучше препараты йода. Проф. Прок openko поделился своими выводами по поводу лечения 227 случаев паренхиматозного кератита. Единодушно согласились с докладчиком, что специфическую терапию на практике применять надо, но ожидать успеха от нее не стоит. Лучший успех дают фрикции и общее укрепляющее лечение. Балабанина предлагала повторные пункции передней камеры.

Целый ряд докладов был посвящен трахоме. Д-р Марзеев по поводу *трахомы на Украине и борьбы с ней* отмечал, что по официальным данным статистики, данные которой ниже фактических цифр (поголовное обследование), затрахомленность была $34^{0/000}$ в 1926 году, $31^{0/000}$ в 1927 году, и $29^{0/000}$ в 1928 году, т. е. трахома как бы идет на убыль, далеко не достигая довоенных цифр— $63^{0/000}$. Пока осмотрено около $1^{0/0}$ населения. Средний процент в наиболее пораженных районах— $9,7^{0/0}$. Глазные отряды уничтожать еще рано, они должны существовать и обследовать всю Украину, обращая особое внимание на эпидемиологию трахомы. Коллективы и коммуны помогают организовать и оздоровить быт. Индивидуальная санподготовка может быть оставлена только в амбулатории и должна быть заменена обработкой коллективов. Только реконструкция сельского хозяйства может дать реконструкцию быта, его оздоровление. Без трахоматозной массовой сестры борьба с трахомой на селе немыслима. Выводы проф. Барабашева об устройстве отдельной школы для трахоматозных не встретили поддержки. Большинство высказалось, что главным источником заражения все же является семья, хотя упускать из виду школы не следует. Отмечалось, что только диспансерными методами можно бороться и победить трахому. Обязательное лечение немыслимо без обязательной сети глазных врачей. Целый ряд товарищей сделал интересные доклады по поводу *распространения трахомы* на местах: проф. Очаповский (в Черкессии) д-р Титов (в Якутии), д-р Каркашвили (Грузия), Пыжов (в Харьковском Округе). В большом программном докладе проф. Васютинский

сделал литературный суммарный обзор, подкрепленный большим личным опытом *о диагностике и терапии трахомы*. Положение с диагностикой трахомы осталось попрежнему затруднительным, даже несмотря на ряд дополнительных методов (Провачевские тельца, патолого-анатомическая картина, серологическая реакция, исследование конституции и т. п.). Диспансерный метод является крупным подсобным диагностическим методом. Лечение трахомы попрежнему остается темной и запутанной страницей офтальмологии. Попрежнему в центре нашего внимания стоят общие меры борьбы с социальными болезнями. Глубокий интерес вызвал доклад д-ров Степановой и Азаровой „*К этиологии трахомы*“, которые поделились данными, сообщенными им Рокфеллеровским Институтом и своими результатами по проверке опытов Noguchi. Им удалось выделить 8 штаммов палочки, по морфологическим и культурным свойствам идентичным с *bac. granulosis Noguchi*. Прививка 6-ти обезьянам дала в 5-ти случаях образование фолликул. Отмечали ауто-инфекцию. От окончательных выводов докладчики воздерживаются в виду малого количества опытов (всего под опытом 11 обезьян). Производится дальнейшее изучение оригинальной культуры, присланной из Америки. Вопрос *о конституции и трахоме* (доклад Холиной) все еще недостаточно освещен. Интересные данные сообщила Левкеева (Москва) „*О цитологии конъюнктивы при трахоме. Физическим методом при лечении трахомы*“ и д-ра Коленько (Казань)—„*Лечение трахомы ионофорезом*“ и д-ра Рафалович (Днепропетровск)—„*Лечение трахомы лучами рентгена*“. Докладчики получили ободряющие результаты.

По вопросу о трахоме в принятой резолюции Съезд отметил, что сделать выводы о падении или увеличении трахомы нельзя, желательно повторное обследование одних и тех же пунктов. Съезд отметил отсутствие должного внимания как со стороны Советской общественности, так и со стороны врачей к вопросам трахомы; считает целесообразным принудительное лечение трахомы; постановку в школах санпросвет работы; обязательную диспансеризацию трахомных в поликлиниках; считает недопустимым передачу лечения трахомы не медперсоналу; для более успешной борьбы считает необходимым созыв Всесоюзного съезда по борьбе с трахомой.

Д-р Гольдфебер внес весьма интересное предложение — применять хрящ ушной раковины для пластических операций на веках и на глазном яблоке. При колоссальном количестве слепых от бельма (около 50% всех слепых) особый интерес приобретает доклад проф. Филатова (Одесса)—„*К вопросу о пересадке роговицы*“. Докладчик настойчиво рекомендует на основании большого литературного и личного опыта широко пользоваться этой операцией. Съезд счел необходимым отметить, чтобы органы здравоохранения облегчили прием таких больных и снабдили больницы достаточным оборудованием.

Физиотерапия при глазных болезнях была также освещена в докладе Бельского (Севастополь). Докладчик указывает, что все физиотерапевтические методы имеют успешное применение в глазной практике. Он особенно останавливается на „гальваническом воротнике“ (на шейно-грудном поясе) и на „грязевом воротнике“—диатермии шейной части позвоночника. Этим способом достигается раздражение (мобилизация) шейного вегетативного аппарата и достигается успех при различных заболеваниях. Юзефова, Черни и Гейнисман на основании 70 случаев настойчиво рекомендуют лечить гипофизарные опухоли рентгеном. Ряд выступавших тт. подтвердили, что оперативные методы, влекущие или гибель глаза, или смерть, должны быть заменены рентгенотерапией.

Проф. Авербах и д-р Рабкин поделились своими интересными впечатлениями о *Всемирном конгрессе офтальмологов в Амстердаме*, который состоялся в сентябре 1929 года. В ряде стран трахома резко пошла на убыль— в Швеции за последние годы не было ни одного случая трахомы, ее почти нет в Германии, Япония почти осуществила поголовный осмотр населения. На этом Конгрессе было постановлено организовать Всемирную лигу борьбы с трахомой. По предложению проф. Авербаха на Съезде решено было организовать Всесоюзное трахоматозное общество для проведения на местах подготовительной работы по созыву Всесоюзного совещания для организации Общества—назначен временный организационный Совет (51 человек) из представителей крупнейших офтальмологов Союза. От Казани вошел в Совет проф. В. Е. Адамюк. Для непосредственной же организационно-подготовительной работы Съезд выделил временную организационную комиссию в составе 5 человек.

Съезд счел необходимым объединить все Украинские офтальмологические

логов. После организации Всесоюзной ассоциации Всеукраинская должна войти в нее составной частью. Съезд наметил ближайший Всесоюзный съезд на июнь 1931 года в Киеве по следующей программе: 1) О профилактическом направлении в офтальмологии; 2) невропатология глаза; 3) о подготовке офтальмологических кадров; 4) вопросы рефракции; 5) профилактика и лечение воспалений роговицы (гнойные кератиты, золотушные заболевания). Следующий Всеукраинский съезд предполагается в Днепропетровске, в июне 1923 г. Намечены вопросы: 1) Состояние глазной помощи к концу пятилетки; 2) профпатология глаза; 3) глаукома; 4) туберкулез; 5) физические методы лечения.

На Съезде была организована интереснейшая выставка новейшей заграничной аппаратуры. Съезд протекал в строго деловой обстановке. Приятно отметить, что ни один из выступавших на Съезде не превысил положенного времени, главным образом этим можно объяснить, что Съезд справился с колоссальным материалом, с теми задачами, которые он поставил перед собой. Организационная сторона Съезда была поставлена в общем удовлетворительно.

Библиография и рецензии.

Проф. В. Ганнес (W. Hannes). *Малая гинекология практического врача*. ГМИ. 85 стр. 1929. Цена 65 к.

Хотя название книги: „Малая гинекология практического врача“ и достаточно ясно говорит для какой группы врачей предназначается она, все же надо оговориться, что изложить с достаточной полнотой и малую гинекологию практического врача приблизительно на 70 страницах (за вычетом места для рисунков и пр.), к тому же небольшого формата (34 строки в странице), едва ли представляется вполне возможным. Поэтому следует указать, что пользоваться этой „малой гинекологией“, по нашему мнению, можно лишь при условии достаточного знакомства с гинекологией вообще.

Книга W. Hannes'a разбита на следующие небольшие главы: 1) Анатомия и топография женских половых органов (2 страницы); 2) Физиология женских половых органов (3 страницы); 3) Диагностика заболеваний женских половых органов (9 страниц); 4) Расстройство менструальной функции (30 страниц); 5) Бели (14 страниц); 6) Бесплодие (8 страниц); 7) Изменения положения (смещения) половых органов (8 страниц); 8) Воспаление тазовых органов (7 страниц).

Если детализировать отдельные главы, то в отношении первой главы—анатомии и топографии гениталий—следует отметить, что изложить ее на двух страницах крайне трудно. Нет ничего удивительного поэтому, что автор вовсе не дает здесь описания наружных половых органов, вагины, промежности, тазового дна, параметров, кровеносных и лимфатических сосудов и нервов гениталий брюшинного покрова, соседних органов таза, а также хотя бы в кратких чертах—топографических отношений и анатомических данных.

Здесь же, между прочим, автор сравнивает величину нормальной матки с величиной маленькой груши. При нашем представлении о груше вообще, а малой в частности, величина нормальной матки будет несомненно большей. Нам кажется, величину нормальной матки лучше всего представлять равной приблизительно величине спичечной коробки, как это предлагает проф. А. П. Губарев, и притом в нормальном состоянии орган будет сплюсненно-грушевидной формы.

Непривычно звучит для нас и определение нормальной консистенции матки, напоминающей, по Н., „консистенцию печени“. Обычно здесь говорят о „плотноватой“ консистенции.

Что при бимануальном исследовании матка свободно и безболезненно передвигается, по Н., надо понимать с нашей точки зрения,—безболезненно в физиологических пределах передвижения органа.

В главе второй, в части, касающейся эндокринных препаратов, автором не затронут вовсе вопрос о менотоксинах. В главе, посвященной диагностике заболеваний гениталий, Н. не указаны некоторые добавочные методы для диагностики, доступные и практическому врачу, напр., пробная пункция, цисто-, уретро-, гистероскопия, биологические пробы, проба с пулевыми щипцами, пробы с химическими веществами, комбинированное зондирование, проба с искусственным наполнением соседних органов и некоторые другие.