

наблюдения показывают, что кроме них он таит в себе другие опасности, еще более серьезные и угрожающие. Профилактика сифилиса представляет общественный интерес и заслуживает большего внимания, чем ему уделялось до сих пор».

Большую роль играет возможно ранняя терапия — отсюда важность лечения и борьбы с сифилисом на каждом участке здравоохранения. И только тогда, когда большинство врачей вполне усвоит важность всех этих задач — сифилис — эта «чума XX-го века» делается достоянием прошлого.

Из кафедры социальной гигиены Государственного Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани.

Задачи здравоохранения на участке в связи с социалистической реконструкцией сельского хозяйства.

Т. Д. Эпштейн.

Громадные изменения, происходящие на фоне ожесточенной классовой борьбы в экономике и социально-классовых отношениях коллективизирующейся деревни, ставят совершенно по новому задачи здравоохранения на селе.

Вопросы охраны здоровья трудящегося крестьянского населения всегда были в центре внимания Советского государства. Постоянные заботы о повышении уровня социального здоровья крестьянства получили свое отражение в обширном законодательстве о сети лечебных и профилактических учреждений на селе, в многочисленных мероприятиях по обеспечению села врачами, в укреплении из года в год материальной базы участковой медицины и улучшении материального и правового положения сельского медицинского персонала. Тем не менее, несмотря на несомненные достижения в деле приближения медицинской помощи к крестьянскому населению, в особенности по сравнению с дореволюционным временем, здравоохранение на селе в количественном и качественном отношении резко отстает от потребностей населения, колоссально растущих соответственно с темпами социалистической переделки сельского хозяйства. Достаточно указать, что в 1930 г. врачебный участок все еще приходится на 30.600 крестьянского населения, а коечный показатель выражается всего в 0,55 койки на 1000 человек крестьян¹⁾, из чего уже становится ясной крайняя недостаточность сельской сети. Распределение сети в стране, в значительной своей части доставшееся по наследству от земского периода, хотя и испытало ряд коррективов за время после октябрьской революции (построение сети в районах с наименьшим населением, в очагах коллективизации сельского хозяйства и т. д.), все же крайне слабо отражает новые условия экономического районирования страны и далеко не отвечает задачам обслуживания социалистического сектора деревни. Темпы строительства участковой сельской сети резко отстают от бурно развивающихся процессов перестройки сельского хозяйства и создают разрыв между ростом здравоохранения в городе и деревне. В работе участковой сельской сети господствовала до сих пор установка старой земской медицины на уравнивательность медицинской помощи населению, без различия его социально-классовых признаков. Отсутствие четкой классовой линии приводило фактически к пользованию в широких размерах медицинской помощью на селе зажиточной частью крестьянства, имеющей для этого и свободное время, и транспортные средства, и в то же время оставляло без достаточного удовлетворения потребности наиболее социально ценных слоев крестьянства — батраков, значительной массы середняков, селско-хозяйственных работников и бедняков.

Эти дефекты в организации здравоохранения получили свою исчерпывающую оценку в известном постановлении ЦК ВКП(б). «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», ставшем поворотным моментом в реконструкции самой советской медицины. Исходя из необходимости «коренным образом перестроить всю практическую работу в области здравоохранения, более четко отражая в ней

¹⁾ См. статью Г. Боровских. Коренного перелома нет. «На фронте здравоохранения», 1930 г. № 13—14.

классовую пролетарскую линию», ЦК в своем постановлении определяет следующим образом задачи здравоохранения на селе: п. 2. «Учитывая резкую недостаточность медицинской помощи в деревне, особенно в обслуживании бедняцко-батрацких масс, ЦК предлагает наркомздравам союзных республик наметить план систематического расширения сельской лечебной сети. Развертывание работы в деревне должно быть связано с колхозным и совхозным строительством, охватывающим широкие массы батраков, бедняков и середняков»¹).

Эта генеральная установка на строительство сельского здравоохранения в тесной увязке с развитием колхозного и совхозного движения дает новые пути и перспективы, обещающие быстрые темпы и новое качество в развитии здравоохранения на селе.

Неудовлетворительное состояние дела здравоохранения на селе, в то время как в индустриальном городе оно развивается все же успешно, охватывая постепенно широко растущие потребности рабочего класса, может быть объяснено, главным образом, в свете специфических особенностей экономики индивидуального сельского хозяйства. Мелко-товарное крестьянское хозяйство с его примитивной техникой и крайне низкой производительностью труда не в состоянии создать базы для сколько-нибудь солидно построенной системы здравоохранения. Для создания сети культурных учреждений, в том числе по охране здоровья населения, необходимы достаточно большие фонды, подчас дорогие капитальные вложения, которых не может дать скудный местный бюджет крестьянских селений с их отсталой экономикой. Тем меньшего размаха в деле планомерного строительства и содержания сети здравоохранения следует ожидать за счет индивидуального крестьянского дохода путем самообложения на культурные нужды или уплаты налога в том или ином виде на эти цели. Каков бы ни был размер этих местных источников, при распыленной системе маломощных индивидуальных крестьянских хозяйств он никогда не может подняться до уровня средств, которые необходимы для создания элементарной сети высококвалифицированной и доступной лечебной и профилактической помощи. Пока крестьянин остается мелким товаропроизводителем, он, даже сознавая всю полезность и необходимость для себя мероприятий по поднятию своего культурного уровня и сохранению здоровья, все же в силу чисто экономических причин будет всячески ограничивать эти свои потребности, обращая очень незначительные свободные доходы от своего мало рентабельного хозяйства на цели укрепления этого самого хозяйства и повышения его доходности. Вот в этой-то природе мелко-товарного индивидуального крестьянского хозяйства и лежит основной источник крайне резкого отставания культурного строительства в деревне, в частности сельской медицины, по сравнению с городом, где для развития этих отраслей имеется прекрасная база в виде концентрированной в руках государства крупной промышленности.

Отсюда — карликовый характер врачебного участка, затерянного на огромном бездорожном пространстве с десятками тысяч распыленного по деревням крестьянского населения, с врачом кустарем-одиночкой, задыхающимся от одиночества больных и большей частью физически неспособным сколько-нибудь широко проводить оздоровительные мероприятия. Отсюда — маломощность участковой медицины, примитивность ее оборудования, крайне слабая эффективность с точки зрения задач оздоровления населения. Врачебный участок отражает на себе, следовательно, типичные черты распыленного индивидуального крестьянского хозяйства и по своему существу является отсталой, отживающей формой, такой же обреченной, как и мелкое крестьянское хозяйство.

Очевидно, что проблема здравоохранения на селе в темпах и объеме, диктуемых повелительно развитием социалистического строительства в нашей стране, совершенно неразрешима вне коренной перестройки всего сельского хозяйства на новой производственно-технической базе, на началах объединения мелких, распыленных хозяйств в крупное коллективное хозяйство, использующее новейшие достижения техники в сельском хозяйстве и дающее неизмеримо более высокую производительность труда.

Сельское хозяйство нашей страны уже вступило в развернутую фазу социалистической реконструкции. XVI Съезд ВКП(б) по докладу т. Яковлева о колхозном движении и подъеме сельского хозяйства отмечает, что «на 1 мая

¹ См. Пост. ЦК ВКП(б). «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», напеч. в журн. «Вопросы здравоохранения», 1930, № 1.

1930 года в основных зерновых районах производящих областей коллективизация охватила 40—50% крестьянских хозяйств вместо 2—3% хозяйств весной 1928 г., а посевная площадь колхозов по СССР с 1,5 миллионов га, весной 1928 года поднимается, как это и предусматривалось решением Центрального Комитета ВКП(б) от 5 января, примерно до 30—35 милл. га весной 1930 г., не считая озимого клина¹⁾. Успехи большевистского сева и хлебозаготовительной кампании текущего года, доказывая на деле единоличному крестьянскому сектору громадные преимущества коллективного ведения хозяйства, способствовали массовому вовлечению крестьян в колхозы. По последним данным на 20 ноября по РСФСР коллективизировано 21,5% хозяйств, удельный вес социалистического сектора в общей посевной площади поднялся до 28,9 проц. вместо 8,1 проц. в прошлом году; колхозы превысили свою посевную площадь на 270,2 проц., а совхозы на 204,4 проц.²⁾. В Нижне-Волжском крае, где процент коллективизации к началу осенних работ достигал 36 проц., за осенний период он вырос до 51 проц., а на Северном Кавказе, где этот процент к началу осени был наиболее высоким—55,2, он поднялся до 59. За последние 1½—2 месяца свыше полумиллиона крестьянских хозяйств вновь вступило в колхозы³⁾. Этот процесс роста социалистического сектора сельского хозяйства, развиваясь неудержимо быстрыми темпами, резко меняет экономический и бытовой уклад современной деревни. Уже сейчас социалистический сектор деревни является ведущим началом в сельско-хозяйственной продукции нашей страны благодаря высокому удельному весу коллективизации в зерновых и производящих районах.

Генеральная линия партии на завершение в основном коллективизации к концу пятилетки определяет дальнейшие тенденции развития сельского хозяйства на протяжении ближайших лет. Это—перспектива сплошной коллективизации сельского хозяйства, вооружения его новой техникой, бурного роста его производительных сил, коренной революции в формах труда и быта крестьянского населения.

Совершенно естественно, что дело здравоохранения на селе в условиях развивающегося полным ходом обобществления сельского хозяйства становится в совершенно новые условия существования и развития. Меняются его задачи: вместо системы, к которой искони установилось потребительское отношение, здравоохранение должно занять место активного фактора в производственном процессе, стать основным рычагом оздоровления и сохранения живых энергетических ресурсов народного хозяйства.

Коллективные формы труда и механизация сельского хозяйства поставят в небывалом до сих пор объеме перед здравоохранением на селе задачи охраны труда, его нормирования, определения трудоспособности, борьбы с травматизмом, социального страхования, охраны детского и женского труда и т. д. и т. д. В свете тех же задач обеспечения наибольшей эффективности социалистического сельского хозяйства должна ставиться проблема ликвидации эпидемий, борьбы с заболеваемостью, организации доступной и высококвалифицированной помощи, охраны материнства и младенчества, охраны здоровья детей и подростков, мероприятий по оздоровлению жилищ, сельского водоснабжения, питания и т. д. и т. д. Эти многочисленные задачи по оздоровлению уже существующих условий труда и быта в социалистическом секторе дополняются активной ролью врача в качестве консультанта по вопросам нового строительства в колхозах и совхозах: врач должен дать свой авторитетный совет, как построить здоровое жилище, как правильно поставить общественное питание, каким санитарно-гигиеническим требованиям должны удовлетворять вновь строящиеся мастерские, хозяйственные службы, общественные учреждения, как производить планировку и застройку населенных мест и т. п.

Очевидно, что эти новые и грандиозные задачи здравоохранения, целиком переплетенные с интересами сельского хозяйства и организованных миллионов масс трудящихся колхозов и совхозов, меняют в корне структуру сельской медицины и методы работы врача на селе. Старый земского типа участок, плетущийся в хвосте стихийной обрабатываемости больных, не в состоянии разрешать встав-

¹⁾ См. Я. А. Яковлев. Колхозное движение и подъем сельского хозяйства, 1930, ГИЗ, стр. 82.

²⁾ См. Изв. ЦИК СССР и ВЦИК в № 329 (4176) от 30 ноября 1930 г., стр. 2.

³⁾ См. передовую в Изв. ЦИК СССР и ВЦИК в № 335 (4182) от 6 дек. 1930 г.

ших во весь рост задач здравоохранения на новом этапе развития сельского хозяйства. Для этого должна быть найдена какая-то другая форма здравоохранения, по своему стилю отвечающая новому типу укрупненного и механизированного сельского хозяйства. Такого типа учреждением должен быть *единый диспансер*.

Несколько земский врачебный участок впечатляет на себе черты и судьбы мелкого, примитивного по технике крестьянского хозяйства, настолько система единого диспансера отражает в деле здравоохранения конструктивные принципы нашего народного хозяйства, развивающегося по пути коллективизации и индустриализации. Единый диспансер—это система, коллективизирующая все население определенного района в отношении охвата его всеми видами лечебной и профилактической помощи и оздоровления всех сторон его труда и быта. Достигается это особой организационной структурой единого диспансера, предполагающей 1) объединение в центре района всех специализированных видов помощи на основе современных достижений медицинской науки и техники (физиатрия, рентген, лаборатория и т. д.); 2) охват всей массы населения района благодаря сети периферических диспансерных ячеек, равномерно распределенных по территории района, обеспечивающих полную доступность врачебной помощи и хорошо связанных с единым диспансером в центре; 3) учет санитарного состояния района, эпидемической и общей заболеваемости, патологической пораженности отдельных групп и всего населения в целом, обследование всего комплекса трудовых и бытовых условий и проведение в жизнь единого плана оздоровления района; 4) теснейшая связь с хозяйственными органами и общественностью района (через Советы социальной помощи, здравячейки, секции здравоохранения и т. д.) и активное совместное разрешение всех вопросов строительства новой экономики, быта и труда под углом зрения повышения общей суммы социального здоровья.

Получается гармоничная, построенная на высокой организационной и технической базе, разветвленная система здравоохранения, обеспечивающая стройное единство и план в деле оздоровления коллектива, строящего социалистическое хозяйство.

Очевидно, что такая организация потребует создания соответствующих учреждений, должного их оборудования, достаточного кадра квалифицированных специалистов, организации хорошей связи между периферией и центром, весьма значительных фондов на мероприятия оздоровительного характера и социальную помощь. Это, несомненно, дорогое стоящее учреждение. Но к созданию его будут властно толкать, с одной стороны, интересы самого социалистического сельского хозяйства, не могущего нормально развиваться при современной антисанитарии села и громадной заболеваемости крестьянского населения, а с другой стороны, растущие потребности самого крестьянина, быстро в процессе коллективизации освобождающегося от своей ограниченности мелкого товаропроизводителя и требующего уже сейчас квалифицированной специальной помощи, культурных бытовых условий, здорового жилища, заботы о его детях и т. д. и т. п.

Развертывание сети единых диспансеров будет происходить, разумеется, не сразу, а по мере роста самих колхозов и совхозов и укрепления материальной базы социалистического сектора села. Но так как мы уже теперь имеем значительный подъем товарности и производительности сельского хозяйства благодаря коллективизации и применению машин, то в ближайшие годы в связи с курсом на сплошную коллективизацию и массовое использование новейших технических усовершенствований в сельском хозяйстве мы можем ожидать такого бурного подъема производительных сил, который обеспечит экономическую базу для развернутой организации единых диспансеров на селе. Известную долю участия в построении нового типа сельского здравоохранения должен будет принять и город. путем отчислений от промышленности, что еще скорее подвинет вперед перестройку всей сельской медицины.

VII Всероссийский Съезд Здравоотделов, происходивший в марте 1930 года, наметил ближайшую перспективу строительства сети в колхозах и совхозах именно по типу единого диспансера. В энергетическом центре колхоза—месте расположения машинно-тракторной станции—должна быть специализированная поликлиника с больницей, яслями, детской площадкой; на периферии—амбулаторные участки с приемным покоем; во время полевых работ—передвижные пункты. Уже на текущий год Съездом была дана программа-минимум органам здравоохранения: в каждом совхозе и крупном колхозе организовать пункт первой помощи, ясли и баню.

Эта триада должна быть аванпостом на фронте сельского здравоохранения и послужить началом для развития в последующем диспансерной сети.

Насколько в практике мест эти организационные принципы получили свое осуществление, пока еще не представляется возможным судить. Большинство авторов, пишущих о сети в социалистическом секторе села, высказывают, главным образом, свои соображения о том, *как следует* строить, но не говорят о том, что уже сделано и делается в этом направлении. Все сходится на едином диспансере, как форме здравоохранения, уже проверенной на опыте обслуживания городского пролетариата и наиболее удачной в условиях коллективизации деревни. Интересно отметить, что тема о реконструкции сельского здравоохранения на страницах нашей журнальной литературы обсуждается преимущественно авторами из зерновых и производящих районов, где коллективизация развивается особенно интенсивно, сопровождаясь уже сейчас не только простым сложением орудий и средств производства, но широкой тракторизацией и механизацией сельского хозяйства. Здесь, повидимому, уже вплотную подошли к проблеме перестройки здравоохранения и постановки его на службу интересам новой системы народного хозяйства, труда и быта в колхозах и совхозах. Это вместе с тем означает жизненность и практическую ценность тех новых форм, на которых единодушно сходятся работники здравоохранения в районах коллективизации различных мест СССР (Украина, Северный Кавказ, Средняя и Нижняя Волга).

Одни авторы, разрабатывавшие вопрос в период экстенсивного роста колхозов (до известной статьи т. Сталина «Головокружение от успехов» и постановления ЦК ВКП(б) об уклонах и перегибах в колхозном движении), отразили в своих статьях о реорганизации здравоохранения максимализм, который был, можно сказать, неизбежным на той фазе колхозного строительства. Т.т. А. И. Маркин (Сев.-Кавк. Край)¹⁾ и Г. Шпильберг (Одесский округ)²⁾ дают детальную, весьма стройную, но, конечно, нереальную для начальной стадии колхозной экономики схему медицинского обслуживания, в основном правильно построенную на принципе единого диспансера. Так, например, первый автор предлагает на периферии энерго-района кроме врачебно-амбулаторных пунктов с приемными покоями создать консультации по охране материнства и младенчества, периферические пункты ОЗД с оздоровительными площадками, консультации по физкультуре, что по существу является бесспорно необходимым, но на первых порах потребует более экономичного и рационального построения, вероятно, только в центре района. Второй автор, исходя из тех же установок, идет дальше и выдвигает предложение при каждой машинно-тракторной станции иметь двух санврачей—промышленного и врача «бытовика», организовать санитарные секции сельсоветов, а при них отряды санитарной «легкой кавалерии», развернуть широкую психотехническую работу в районе, организовав бюро по профотбору и ориентации колхозной молодежи и т. п.,—все это в дополнение к развернутой системе единого диспансера. Совершенно очевидно, что при всей полезности этих предложений они не могут получить применения в массовом опыте колхозов и с этой точки зрения могут быть мыслимы лишь в плане перспективном.

Описание действующего районного единого диспансера на селе мы находим у П. М. Батраченко³⁾. Структура этого диспансера в основном отвечает схеме, принятой VII Всероссийским Съездом Здравоотделов. В районе имеется: 1) поликлиника с кабинетами по специальностям, с физиатрическим отделением, 2) стационар по специальностям, 3) санитарно-гигиеническое отделение с лабораторией, дезустановками, домом санитарного просвещения и статистикой, 4) отделение охраны материнства и младенчества и охраны здоровья детей. На периферии—диспансерные пункты двух типов: 1) *врачебный* с функциями медицинской помощи и патронирования и 2) *акушерский* с задачами родовспоможения и охраны материнства и младенчества. Много забот прилагается к обеспечению хорошей транспортной связи между периферией и центром. К сожалению, автор ограничивается этими, хотя и интересными, но очень скудными данными об описывае-

¹⁾ А. И. Маркин. Формы и методы медицинского обслуживания обобщественного сектора Северо-Кавказского Края. Журн. «Советская медицина на Сев. Кавказе», 1930, № 1.

²⁾ Г. Шпильберг. Здравоохранение в районах сплошной коллективизации. «Врач. газета», 1930, № 6.

³⁾ См. ст. «Единый районный диспансер» в журн. «Здравоохранение Средне-Волжского Края», Самара, 1930, № 6.

мом им диспансере, не давая характеристики района в экономическом и демографическом отношении, степени удовлетворительности существующего распределения сети на периферии, и оставляя без анализа работу диспансера и его влияние на экономику, быт и труд в колхозе. Заслуживает внимания, что этот диспансер организован в нацменовском районе (в Инсарах, Мордовской Автономной Области).

С. С. Иоаниди и П. М. Позументиров ставят акцент на обеспечении населения села в первую очередь периферической сетью. Тов. С. С. Иоаниди¹⁾ проделал в 6 колхозах Бахчисарайского района в Крыму интересный опыт организации так называемых *санитарных изб*. По идее автора в каждом более или менее крупном колхозе должны быть созданы базы оздоровительной работы в виде санитарных изб, в ведении которых будут находиться первая помощь, ясли, детские площадки. Не менее раза в неделю туда приезжает участковый врач для руководства работой изб, проведения амбулаторного приема и осуществления мероприятий оздоровительного характера. Постоянную работу при санизбе должны вести обученные активисты из местного населения, прошедшие специальные курсы при медучастке. Автор весьма оптимистически оценивает эту систему, как обеспечивающую приближение медицинской и профилактической помощи к самой массе колхозного населения и предполагающую непосредственное участие самого населения в деле его собственного оздоровления. Следует отметить, что этот начин встретил самое горячее содействие правлений колхозов, оборудовавших для этой цели соответствующим образом изб, выделивших персонал санизбачей и обеспечивавших врачу транспорт.

Тов. П. М. Позументиров²⁾, руководясь организационными принципами диспансеризации, считает необходимым создать прежде всего *сеть первичных амбулаторий* среди населения. Какая бы ни была мощная и разветвленная медсанорганизация в районном центре, она не окажется в состоянии разрешить проблему оздоровления села без периферической ячейки, на которую должна возлагаться задача регулирования обращаемости и проведения на месте профилактических мероприятий, особенно в области борьбы с социальными болезнями и антисанитарными условиями быта. Выполнение этих задач мыслимо лишь при условии строгой участковости, достаточного числа участков, прикрепления населения к этим участкам, обеспечения участковой сети хорошо подготовленными врачами-диспансеризаторами с социально-гигиеническими методами работы. Свой план сети автор строит, сообразуясь с числом жителей в селении, расстоянием от районного центра, характером с/х. производства (типы колхозов и совхозов), при чем полагает, что первичные амбулатории с одним врачом должны быть созданы в селе с населением не меньше 2000 жителей и в совхозе с числом рабочих 500 человек.

Ограничиваясь приведенным материалом в отношении структуры здравоохранения в социалистическом секторе села, мы должны отметить, что, как и следовало ожидать, в этом большом вопросе нет штандарта, который был бы приложим повсюду вне конкретных и специфических условий каждой отдельной местности нашей огромной страны. При проектировании сети, установлении ее форм необходимо самым тщательным образом учитывать многообразные условия различных районов—экономические, национальные, социально-классовые отношения, географические и т. д.—различие типов сельского хозяйства (зерновое, технические культуры, травосеяние, животноводство и т. д.), крайне варьирующие особенности в их экономической мощности и степени индустриализации, соотношение с окружающей городской промышленностью и множество других местных условий, модифицирующих в своей сумме структуру здравоохранения на местах. Важно все же подчеркнуть, что единый для всего народного хозяйства страны процесс реконструкции, развивающийся восходящими темпами по пути индустриализации и коллективизации, дает для социалистического здравоохранения единый организационный принцип—систему и методы *единого диспансера*.

Мы намеренно заняли столько места вопросом о едином диспансере, потому что это—реальная программа завтрашнего дня нашего здравоохранения, если не сказать—уже сегодняшнего. Между тем далеко не всюду врачи участков придают

¹⁾ С. С. Иоаниди. Об организации санитарных изб в колхозах, в районах сплошной коллективизации. «Врач. газета», 1930, № 12.

²⁾ П. М. Позументиров. Несколько положений об организации здравоохранения на селе. «Врачебное дело», 1930, № 14—15.

должное значение этой проблеме и не готовятся к перестройке своей работы. В перспективе сплошной коллективизации, которая уже не за горами, назрело время сейчас же приступить к полному пересмотру существующей сети, к беспощадной критике ее недостатков, переоценить укрепившиеся десятилетиями земские методы участковой работы, заняться уже сейчас планированием всей системы здравоохранения на новых началах, в увязке с гигантской перестройкой всей сельской экономики. Необходимо начать уже сейчас будировать общественное мнение села в направлении реорганизации врачебного участка. На данной фазе коллективизации в большинстве районов своевременно заложить хотя бы первичные элементы будущего единого диспансера—периферические диспансерные пункты с врачом-диспансеризатором,—а затем взять энергичные темпы в дальнейшем развертывании реконструкции сельского здравоохранения. В районах, где коллективизация достигла уже достаточно высокого уровня или приобрела характер сплошной коллективизации, и в крупных совхозах единый диспансер должен полностью сменить старый врачебный участок, и всю работу следует безотлагательно перестроить по новому методу. Иначе здравоохранение, как и прежде на селе, будет отставать от жизни, не сумеет занять положения важнейшего звена в сельско-хозяйственном производстве, будет попрежнему владеть жалкое существование.

Нам кажется, что произведенное недавно экономическое районирование страны и административная реформа—упразднение округов—создают благоприятные предпосылки для столь же целесообразной перестройки сети здравоохранения. Цель и смысл районирования—в приближении всех видов обслуживания к самому населению, в уничтожении всякого рода посредствующих звеньев при разрешении вопросов местного хозяйства и культурного строительства. Взамен прежних громоздких единиц—губерний и округов—мы имеем на местах единицу административно-хозяйственной и политической жизни в виде района, образованного из укрупненной волости. Здесь сосредоточиваются местный бюджет и все отрасли обслуживания населения. В неизмеримо более доступной степени осуществляется связь районного центра с его периферией, руководство работой на местах, более быстрое удовлетворение местных потребностей. Это—несомненно, наиболее простая и гибкая система организации местной жизни. С развитием дорожного строительства и автомобилизацией страны, совершенство этой системы в смысле связи с населением станет еще более осязательным.

Как известно, диспансер, именно в целях наилучшего охвата населения, строится по районному принципу,—следовательно, в проведенном у нас административном районировании можно почерпнуть организационные начала будущего районирования лечебно-профилактической сети. Очевидно, в наиболее простом виде это выразится в том, что в районном центре будет база единого диспансера, а на периферии по тем же нитям, по которым осуществляются административно-хозяйственные связи района, протянутся периферические элементы диспансера—первичные диспансерные пункты. В зависимости от величины района, густоты населения, наличия нескольких МТС в разных местах и других аналогичных условий в самом районе сможет понадобиться внутреннее районирование диспансерной сети, но это не меняет существа вопроса. Врачи участков должны свой план перестройки сети увязать с местным районированием и максимально использовать более мощный, по сравнению с прежним волостным, бюджет района для коренной реорганизации сельской медицины, улучшения ее качества, наибольшего ее приспособления к задачам обслуживания сельского хозяйства и широких масс крестьянского населения.

Поскольку вопрос о реконструкции сельского здравоохранения следует ставить в связь с грандиозными сдвигами в сельско-хозяйственной экономике и новыми формами труда и быта в колхозах и совхозах, нам кажется, уже сейчас необходимо взять высокие темпы в этом важном деле. Мы должны заимствовать громадный опыт партии и всей советской общественности в деле пропаганды идей коллективизации сельского хозяйства на протяжении последних лет и так же широко и настойчиво поставить агитацию словом и делом за новую социалистическую форму здравоохранения—*единый диспансер*. Тысячи участковых врачей должны притти в движение по этому вопросу, мобилизовать внимание широкой общественности города и деревни вокруг реконструкции сельского здравоохранения, суметь включить перестройку здравоохранения в самый процесс переделки сельского хозяйства в качестве одного из его элементов. Сдвиг прежде всего должен произойти в самой массе участковых врачей, и все дело построения новой системы здравоохранения следует превратить в широкую общественную

кампанию, в которой должны быть представлены методы показа достижений в области реконструкции здравоохранения, социалистического соревнования между колхозами по этому поводу, ударничества медицинских работников. В этом неотложная политическая задача широкой массы врачей села и всех работников области здравоохранения.

Изложенная нами проблема выдвигает во весь рост вопрос о кадрах. Уже сейчас ощущается крайне острое положение с кадрами медицинских работников в связи с выполнением директивы ЦК об увеличении сети медицинской помощи на селе. Несмотря на то, что органы здравоохранения энергично направляют в районы безработных врачей, городских врачей, не побывавших на участке, окончивших интернатуру и ординатуру, врачей последних выпусков Медвуз'ов и т. п., тем не менее эти мероприятия не в состоянии обеспечить быстро растущую сеть достаточным количеством квалифицированных работников. По данным члена Коллегии НКЗдрава РСФСР т. Г. Боровских¹⁾ мы имеем значительный дефицит врачей на селе—в общей сложности 15—20% совершенно пустующих участков—и крайнюю текучесть врачебного состава на селе.

При плановом построении сети по диспансерному принципу возникнет потребность в тысячах новых медицинских работников. Одними только контрольными цифрами здравоохранения на 1931 год потребность во врачах определяется в 61.077 человек при наличном количестве 45.000 врачей²⁾. Таким образом, уже сейчас в начальной фазе реконструкции здравоохранения вопрос о сети упирается в острый недостаток врачебного персонала. Следовательно, в перспективе развернутого строительства ближайших лет проблема кадров явится, несомненно, решающим моментом дальнейшего роста здравоохранения в темпах, диктуемых всем развитием народного хозяйства.

Как известно, в настоящее время уже взят энергичный курс на увеличение числа врачей, выпускаемых нашими Медвуз'ами. Это достигается сокращением сроков обучения, увеличением пропускной способности существующих ВУЗ'ов и открытием новых в наиболее крупных областных центрах, перестройкой методов преподавания в смысле их активизации, что обеспечивает подготовку в скорейший срок практически самостоятельного врача. Однако, проблема кадров в реконструктивный период решается не одним только количеством,—исключительное значение приобретает *качество* кадров—именно, социально-классовый облик врачей, степень их квалификации и общественно-политической подготовленности к выполнению грандиозных задач социалистического строительства. Стране нужны десятки тысяч не просто врачей, а таких врачей, которые хотят, умеют и не покладая рук будут строить социализм на своем участке здравоохранения. Задача обеспечить страну такими врачами должна ложиться на наши фабрики кадров—*Медицинские институты*, готовящие новых врачей, *Институты для усовершенствования врачей*, переквалифицирующие уже действующие врачебные кадры.

Осуществление генеральной линии в вопросе о кадрах здравоохранения на селе мыслимо при следующих условиях: 1) из года в год будет улучшаться социальный состав врачей благодаря твердой политике классового подбора в ВУЗ'ы, 2) свою работу специалиста врач должен уметь сочетать с политическими задачами на селе, вытекающими из процессов реконструкции сельского хозяйства и социально-классовой дифференциации крестьянства, 3) из высшей школы врач должен выходить не беспомощным универсалистом, а законченным *специалистом* в определенной области лечебной или профилактической медицины, вооруженным достаточными знаниями для самостоятельной практической работы, 4) в едином диспансере врач должен осуществить тот синтез лечебной медицины и профилактики, который сделает здравоохранение одним из существенных элементов подъема сельского хозяйства благодаря оздоровлению санитарных условий села и укреплению жизнеспособности крестьянского населения.

Отвечает ли основная масса наших врачей этим условиям? Мы не погрешим против истины, если скажем—нет! На этот вопрос нельзя дать стереотипного ответа. Процессы политической дифференциации, происходящие в стране в период решительного социалистического наступления, вызывают во врачебной массе процессы расслоения, идеологической и политической кристаллизации. Благодаря

¹⁾ Г. Боровских. Цит. ст.

²⁾ Г. Каранович. Контрольные цифры здравоохранения на 1930/31 год. Журн. «На фронте здрав.» 1930, № 13—14, стр. 41.

выпускам последних лет мы имеем пока еще немногочисленное, но крепкое ядро врачебной молодежи, вышедшей из рабочих и крестьян, с небольшой прослойкой партийцев, и примыкающий к этой молодежи актив врачей старшего кадра, проникшихся идеологией социалистического строя и активно проводящих совместно с молодежью под руководством партии генеральную линию в деле здравоохранения. Эта группа быстро воспринимает новые задачи реконструктивного периода, и на нее то и опирается перестраивающаяся заново система здравоохранения. Вместе с тем еще очень массивная группа врачей старой и даже более поздней формации, выходцев из городской мелкой и средней буржуазии и верхушечных слоев крестьянства, не имеют достаточно широкого политического кругозора и общественно-профилактического подхода к задачам здравоохранения в новых условиях советской медицины: она все еще прочно держится на позициях старой лечебной медицины и политического хвостизма в обстановке небывалого по размеру и темпам строительства и грандиозных социальных сдвигов. Такое положение и значительной мере поддерживалось рутинной постановкой медицинского образования в нашей высшей школе, воспитывавшей врачей в духе ограниченных понятий индивидуальной лечебной медицины, без увязки со всей системой и политикой советского здравоохранения.

Отсюда вытекает ответственнейшая политическая задача нашей высшей медицинской школы: создать такую систему врачебного образования, которая обеспечивала бы подготовку врача, отвечающего требованиям генеральной линии в период реконструкции народного хозяйства. В этом направлении уже многое сделано: Медфаки выведены из системы университетов и превращены в Медицинские институты с факультетами по специальностям и профилактической установкой в преподавании. Обеспечена классовая линия в приеме учащихся, перестроены методы преподавания (введены активные методы взамен лекционной системы), поставлено политическое воспитание студенчества. Все эти мероприятия при соответствующем их углублении уже в ближайшие 2—3 года должны дать стране новых врачей, в массе своей из рабочих и крестьян, подлинных проводников в родной им классовой среде идей и методов социалистического здравоохранения.

Совершенно очевидно, что в проблеме кадров сегодняшнего дня актуальной задачей кроме подготовки врачей новой формации является переквалификация и политическое перевоспитание десятков тысяч уже существующих врачей. Это—далеко не простое дело, как нам показывает многолетний опыт в Институте для усовершенствования врачей. Уже давно известна педагогическая истина, что переучить много труднее, чем обучить заново. В особенности это касается уже зрелых людей, со сложившимися взглядами и методами работы, да еще в сравнительно очень ограниченный срок (4—5 месяцев) научной командировки. Эта задача затрудняется к тому же крайней пестротой в стаже и подготовке врачей, разнообразием их запросов и заданий с мест, недостаточной еще перестройкой самих Институты для усовершенствования врачей соответственно с требованиями эпохи (преобладание лечебного уклона, недостаточность методов единого диспансера, отсутствие увязки с текущими требованиями промышленности и с/х хозяйства и т. п.)

Особенное значение в условиях переживаемого момента, когда историей поставлен ребром вопрос о выборе пути, приобретает задача помочь политическому самоопределению врача. Интеллигенция переживает сейчас процесс расслоения, классовой расстановки сил в решающей схватке нового мира, строящего социализм, со старым капиталистическим миром. В этой борьбе нет и не может быть нейтральности, можно быть лишь на той или другой стороне. Совершенно естественно, что институты должны вложить оружие новейших достижений науки и методов работы в руки только тех врачей, которые используют это оружие для службы социализму, рабочему классу и крестьянству, для защиты и строительства социалистического общества. Поэтому системой политического воспитания, собственным примером повседневного участия в социалистическом строительстве институты должны добиться четкого политического самосознания врачей, их активного участия в строительстве социализма.

Следует отметить, что институты уже проделали значительный сдвиг во всей постановке преподавания: вместо усовершенствования по цикловой системе введена *специализация* врачей по детальным и углубленным программам, организованы циклы по дефицитным в стране специальностям (ОЗД, ОММ, по санитарно-профилактическому циклу, физкультуре, одонтологии со стоматологией и т. п.), уже по ряду дисциплин преподавание увязывается с задачами профилактики и формами участия в социалистическом строительстве, серьезнейшее внимание

отведено вопросам полит-учебы и философско-материалистического образования врачей. Кроме специализации командированных с мест врачей институты ведут систематическую подготовку в течение не менее 2 лет кадров специалистов из интернов и ординаторов, получающих государственную стипендию, и готовят кадры для кадров из аспирантов и ассистентов. В Казанском институте акцентировано внимание на подготовке кадров из нацмен, и в своем активе Институт имеет уже свыше 100 подготовленных им врачей-специалистов из татар, башкир, чувашей, мари, удмуртов и других национальностей.

Вся эта работа по кадрам в институтах для усовершенствования врачей, равно как и в мединститутах, в основном ориентируется на снабжение села квалифицированными врачами. Городские лечебные и профилактические учреждения, как правило, должны будут пополняться врачами, проделавшими уже стаж работы на периферии. Вот почему с точки зрения интересов медицинского дела в социалистическом секторе села дело подготовки кадров требует самого пристального внимания. В частности в деле передподготовки участковых врачей должны быть взяты более энергичные темпы и расширены пути этой подготовки: необходимо максимально увеличить пропускную способность институтов, установить непрерывный учебный год, сократить сроки подготовки по ряду дисциплин, развернуть местные курсы усовершенствования и специализации в университетских, областных и краевых центрах, поставить заочное обучение, использовать для этой цели радио и т. д. Только организацией этого дела в массовом масштабе при четкой политической линии и целевой установке на врача-специалиста с профилактическими методами работы и может удасться провести в короткий срок переподготовку широкой массы участковых врачей в духе новых требований времени.

До сих пор мы знакомимся с проблемами генерального характера, поставленными на очередь всем ходом реконструкции народного хозяйства, в частности коллективизацией сельского хозяйства. Как вытекает из нашего изложения, разрешение этих проблем потребует известного времени и большой плановой работы по перестройке системы здравоохранения на селе и подготовке для этого соответствующих кадров. Вместе с тем в текущей жизни перестраивающегося села с каждым днем вырастает множество задач, вытекающих из самого процесса перестройки сельского хозяйства и требующих своего разрешения на ходу, часто в рамках еще старого врачебного участка.

На первом плане мы должны здесь поставить четкую *классовую линию* в деле здравоохранения на селе. Как мы уже имели случай указать, обслуживание крестьянского населения в земский период и в течение долгого времени после октябрьской революции строилось по уравнительному принципу. «Страждущий и болящий» независимо от его классовой принадлежности имел право на помощь врача. Лечебная сеть строилась с расчетом равномерного обслуживания крестьянского населения, вследствие чего распределение ее производилось по признаку коэффициентов пространства, общего числа жителей и т. п. в отношении к единице врачебной помощи. Идеалом было сокращение радиуса врачебного участка и географически равномерное распределение участков по территории. Мы знаем, что на деле это приводило к неудовлетворительному обслуживанию бедняцко-батрацких элементов деревни.

Классовые сдвиги, сопровождающие процесс коллективизации сельского хозяйства, со всей остротой ставят вопрос о твердом и последовательном курсе на обслуживание в первую очередь социалистического сектора села — колхозников и совхозников, батраков, пастухов, лесорубов и т. д. Сейчас, как впрочем должно было быть и раньше, не приходится говорить о классе крестьянства, как об однородной массе, без внутренних классовых противоречий. Крестьянство всегда состояло из групп с противоположными классовыми интересами, — в настоящее же время в связи с коллективизацией сельского хозяйства и политикой ограничения кулачества, как класса, а в ближайшей перспективе и ликвидации кулачества, как класса, на базе сплошной коллективизации, эти классовые противоречия обнажаются с небывалой до сих пор ясностью и получают свое выражение в острой классовой борьбе в деревне. В этих условиях здравоохранение не может стоять на позициях нейтралитета, не может опираться на несуществующие в классовом обществе «общечеловеческие» принципы. Совершенно очевидно, что сейчас медицинское обслуживание должно быть вплотную приближено к колхозным массам, сеть должна строиться не по абстрактному географическому признаку, а в соответствии с распределением очагов социалистического сельского

хозяйства на данной территории, с расчетом на полное удовлетворение квалифицированной помощью и санитарным обслуживанием населения обобщественного сектора села. Точно также и в городах при приеме в высококвалифицированные лечебные учреждения и специальные институты работники из социалистического сектора сельского хозяйства должны пользоваться всеми преимуществами и правами, существующими для индустриальных рабочих. Само собою разумеется, бедняки и крестьяне-середняки, пока еще сохраняющие свое единоличное хозяйство, также должны быть в полной мере обеспечены медицинской помощью.

Между тем, далеко не всюду обеспечена классовая линия в работе медицинского участка на селе. Не говоря уже о том, что в большинстве случаев сеть остается без изменений, как-будто ничего в деревне за эти годы не произошло, следует отметить, что в некоторых местах наблюдается прямое игнорирование интересов колхозников, беднейших крестьян, батраков и т. д. Тов. Г. Куватов¹⁾, например, указывает, что в колхозах и совхозах Сибири не осуществляется четкая классовая линия,—неоднократны случаи отказа в медицинской помощи, в приеме в больницу и т. п. членам колхозов. Точно также и нам по опыту в Казани известны случаи, когда в крупных клиниках и городских больницах бывали отказы колхозникам на том основании, что они не выделялись из общей группы крестьян, прием которых поставлен в известные рамки. Не получает отражения классовая линия в статистике многих наших лечебных учреждений, где понятие «крестьянин» покрывает все существующие в крестьянстве социально-классовые деления, в том числе и группу членов колхозов. Крайне необходимо выправить все эти дефекты и действительно обеспечить все преимущества в медицинской помощи за членами колхозов и совхозов. Это—задача не только врача на участке, но и в очень большой мере правлений колхозов и других хозяйственных и общественных объединений коллективного сектора. Иногда достаточно обеспечить участок транспортными средствами, и этим значительно продвигается вперед выполнение классовой линии в деле здравоохранения.

Обострение классовой борьбы в деревне и расслоение крестьянства со всею четкостью ставят и перед врачом вопрос: где он, на чьей стороне, с передовою ли частью крестьянства, решительно порывающей с индивидуальной системой хозяйства и переходящей на коллективные формы, или же на стороне единоличного сектора, держащегося пока еще за частно-собственническое мелкое сельское хозяйство? Нам кажется, здесь не может быть двух мнений: место врача—только на стороне прогрессивной формы сельского хозяйства, в роли активного борца за коллективизацию против старых, отживающих форм единоличного крестьянского хозяйства. Другого пути нет, ибо индивидуальное крестьянское хозяйство ходом всего экономического развития нашей страны обречено на гибель, и, связав себя и дело здравоохранения с ним, врач должен будет разделить неизбежную историческую судьбу отмирающего индивидуального хозяйства. В то же время путь коллективизации открывает перед медициной на участке и перед врачом, как деятелем здравоохранения, совершенно исключительные перспективы. Прежде всего нужно иметь в виду, что коллективизация сама по себе является могучим фактором оздоровления сельского населения, как благодаря тому, что она несет с собою значительный подъем материального благосостояния населения и повышение его культурного уровня, так и потому, что она коренным образом меняет все условия существования крестьянина, отделяя труд крестьянина от его быта, охраняя и нормируя его труд, обобществляя постепенно его питание, оздоравливая его жилище благодаря выведению из него животных, производственных процессов и питания в соответствующие учреждения общественного характера и т. д. и т. п.

Создается таким образом благоприятная обстановка для широких мероприятий профилактического характера и обеспечивается их наибольшая эффективность. Далее, экономическая база колхозов и совхозов создает возможность построить сеть по типу единого диспансера, специализировать помощь населению, оборудовать соответственно с современными требованиями сельскую сеть. Улучшение сельской сети, возможность ее хорошего оборудования создает предпосылки и для научной работы врача на участке. Наконец, коллективизация сельского хозяйства несет врачу улучшение его материального положения, до сих пор находящегося на весьма низком уровне. Все эти и многие другие соображения диктуют врачу

¹⁾ Г. Куватов. Здравоохранение в колхозах и совхозах Сибири. «На фронте здрав.», 1930, № 10.

один ясный путь—путь в колхоз. *Врач должен сам стать членом колхоза*, чтобы своим действенным примером способствовать массовому вовлечению единоличных крестьян в социалистический сектор и тем самым с завершением коллективизации открыть широкую, свободную дорогу для расцвета социалистического здравоохранения на селе. Вот почему мы должны видеть наших участковых врачей в авангарде переустройства сельского хозяйства.

Коллективизация, заменяя мелкое крестьянское хозяйство общественным крупным, означает в то же время более высокую ступень технической организации труда в сельском хозяйстве. Настала, наконец, эра широкого применения машин и использования усовершенствований современной науки и техники для поднятия производительных сил сельского хозяйства. Отсюда вытекают вопросы *организации труда* в условиях коллективного сектора села,—проблема, впервые только сейчас возникающая в сельском хозяйстве и имеющая громадное социально-гигиеническое значение.

Поскольку труд в колхозе и совхозе является общественным, он подлежит известной регламентации. Возникает необходимость в его нормировании, в организации его учета, определении производительности труда, правильном распределении нагрузок на мужчин, женщин, подростков, определении трудоспособности и пригодности к тем или иным работам и т. д. Во всех этих вопросах, несомненно, понадобится компетенция врача, и умелое разрешение этих задач теснейшим образом свяжет здравоохранение с интересами развития сельского хозяйства.

В нашей журнальной литературе мы имеем уже ряд попыток разработать вопросы регламентации труда в коллективном секторе. Сопшемся в этом отношении на весьма интересную статью д-ра Н. Г. Гельмана¹⁾, затрагивающего сложную сумму вопросов о возрастных пределах трудоспособности, о болезнях, дающих право на освобождение, об использовании на работах различных степеней тяжести соответственно с физическим здоровьем, об использовании женского и детского труда и т. д. Весьма ценна попытка автора дать детальную схему показаний и противопоказаний к разного рода сельскохозяйственным работам при наиболее часто встречающихся заболеваниях и по половому признаку. Для суждения о пригодности на практике соображений автора необходим известный опыт работы на местах. Статья другого автора, С. Кацнельсона²⁾, трактует о рациональном построении работы детей и подростков в колхозах и намечает схему работ по возрастам и мероприятия по врачебному контролю детей и подростков, занятых на работах в колхозах.

В общем, можно сказать, что проблема организации труда в социалистическом секторе села, поскольку коллективное хозяйство по своему типу приближается к фабрике, должна разрешаться на основе того большого опыта, который в этом отношении накопился в промышленности, с учетом, само собою разумеется, специфических особенностей сельскохозяйственного труда (работа на воздухе, не непрерывная, а чередующаяся и т. п.).

Развивающееся с каждым годом применение тракторов и сельскохозяйственных машин мы с социально-гигиенической точки зрения должны оценивать, как исключительно важный фактор оздоровления сельского труда. Не говоря уже о том, что механизация труда колоссально увеличивает его производительность, машина облегчает труд крестьянина, сохраняет его энергию от непроизводительной затраты и тем самым укрепляет жизнеспособность крестьянина. Все же на первых порах мы можем ожидать некоторого увеличения сельскохозяйственного травматизма. Перед врачом возникает задача поставить борьбу с несчастными случаями в с/х производстве.

Наиболее важным средством предупреждения травматизма, как известно, является обучение рабочих правильному пользованию машинами, недопущение к машинам неопытных людей, ограждение опасных частей механизмов, борьба с переутомлением и т. п. Всячески участвуя во всех этих профилактических мероприятиях, врач вместе с тем должен обеспечить первую помощь в несчастных случаях и высококвалифицированную помощь при лечении уже случившихся по-

¹⁾ Н. Г. Гельман. К вопросу о временной и стойкой нетрудоспособности колхозников. «Моск. мед. журн.», 1930, № 5.

²⁾ С. Кацнельсон. К вопросу о нормировании труда детей и подростков в колхозах. «Соз. врач», 1930, № 10.

вреждений. Отсюда вытекает необходимость создания передвижных пунктов первой помощи во время полевых работ и своевременной эвакуации потерпевших в соответствующее лечебное учреждение. Уже летом этого года был проведен массовый опыт организации таких пунктов на полевых работах. Д-р С. П. Шиловец¹⁾ поставил санитарную помощь на полях по образцу военно-санитарной организации, т. е. непосредственно за работающей группой колхозников, машинно-тракторной колонной и т. п. следует пункт первой помощи в виде единицы медицинского персонала (санитара, сестры) с перевязочными материалами и необходимыми лекарствами, на следующей линии—перевязочные пункты с врачом и фельдшером и, наконец, в центре—лечебное учреждение, достаточно хорошо оборудованное и с врачами-хирургами. Для подготовки лиц к оказанию первой помощи были проведены специальные курсы. Автор считает свой опыт вполне удавшимся и выдвигает ряд конкретных предложений к улучшению этого дела. Бригада д-ра Шиловца была в числе 41 врачебных бригад, работавших в Нижне-Волжском крае на весенней посевной кампании 1930 года.

Столь же положительно оценивает опыт пунктов первой помощи в Средне-Волжском Крае д-р Н. Рублева²⁾. Эти пункты, имевшие временное назначение, настолько привились среди колхозного населения, что они стали зародышами постоянных амбулаторий. Аналогичные результаты получились и с летними яслями.

С дальнейшим развитием коллективных форм труда и механизации сельского хозяйства этот опыт оказания помощи на полях потребует своего значительного расширения. В 1931 году программой Трактороцентра предусмотрено доведение числа машинно-тракторных станций до 1.400 с оперативным планом обработки 33 мил. га земли³⁾. Уже сейчас, следовательно, органам здравоохранения необходимо подготовиться к обеспечению этих энергетических баз сельского хозяйства медицинской помощью в достаточном размере, что, несомненно, потребует известного напряжения всей системы здравоохранения.

Эта проблема обслуживания медицинской помощью социалистического земледелия во время полевых работ при настоящем состоянии участковой сети неразрешима без прямого и при том массового участия сил городского здравоохранения. На время, когда «день год кормит», все силы должны быть мобилизованы для успешного выполнения сельско-хозяйственного плана, имеющего решающее значение для экономики нашей страны и строительства социализма. Поэтому в предстоящем году и, по всей вероятности, еще и в ближайшие годы понадобятся посылка сотен медицинских бригад из городских врачей на полевые работы.

Чрезвычайно поучителен опыт медицинских бригад минувшего лета 1930 г. По неполным сведениям НКЗдрава РСФСР⁴⁾ в весенне-посевную кампанию было послано 411 бригад в составе 960 врачей и 568 человек среднего медперсонала на срок 2—4 месяца; в уборочную кампанию—159 бригад в составе 738 врачей и 463 лица среднего медперсонала. Уже одни голые цифры красноречиво говорят о масштабе всей этой кампании. Практика направления бригад на время полевых работ полностью себя оправдала, что видно по отзывам об их работе колхозов, совхозов и бедняцко-батрацких масс и впечатлениям самих бригад, с большим энтузиазмом проводивших свою работу в деревне. И. Б. Шустерман⁵⁾ сообщает о большом размахе работ, сделанных бригадами на протяжении всего нескольких месяцев в колхозах Нижне-Волжского края. Достаточно указать, что помимо оказания первой помощи бригады в ряде мест организовали при посредстве райпотребкооперации общественное питание на поле, открыли ясли и поставили в них на должную высоту уход за детьми, производили осмотры школьников, обследовали колодцев, жилищ, в некоторых районах проводили оспопрививание, оказывали специальную врачебную помощь, проводили обширную санпросветработу. Не приходится уже и говорить о совершенно исключительном политическом значении этих бригад в условиях развивающегося колхозного движения. Г. П. За-

¹⁾ С. П. Шиловец. Опыт организации подачи первой помощи колхозникам на полях. «Сов. Врач», 1930, № 15—16.

²⁾ Н. Рублева. По совхозам и колхозам Кинель-Черкасского района. «Здравоохранение Средне-Волжск. края», 1930, № 13—14.

³⁾ См. статью «Документ социалистического земледелия» в Изв. ЦИК СССР и ВЦИК от 1 дек. 1930 г., № 330 (4177).

⁴⁾ См. Г. Боровских. Цит. ст., стр. 59.

⁵⁾ И. Б. Шустерман. Врачебные бригады на посевной кампании в Нижне-Волжском крае. «Врач. Газета», 1930, № 13—14.

цев¹⁾ делится опытом работы бригады высококвалифицированных хирургов (врачей 2 МГУ) во главе с проф. С. И. Спасокукоцким. Работа производилась в районе сплошной коллективизации с вкрапленными в него промышленными производствами. Была развернута широкая хирургическая деятельность, санитарно-профилактическая работа в колхозах, обследование в санитарно-гигиеническом отношении промышленных предприятий района, выяснение состояния медицинской сети в районе и ее потребностей, консультация местным врачам и проведение для них цикла лекций. Это был весьма интересный и полезный опыт приближения академической науки к гуще жизни, давший наилучшие результаты для той и другой стороны. Проф. Т. Ткачев²⁾ пошел дальше и помимо обслуживания медицинской помощью на полевых работах осуществил обширную программу научного исследования условий труда и состояния здоровья рабочих одного из крупнейших совхозов ЦЧО (совхоза им. Сталина). Это настолько интересно, что мы позволим себе цитировать описание автором организации этого дела: «Врачи-специалисты со сложными приборами, например по микрометодике крови, вместо занятий в лаборатории должны были вести работы в поле. Иногда походная лабораторная работа развевывалась в степи под телегой. Подробные осмотры и изучение состояния здоровья сельско-хозяйственных рабочих проводились на месте, на тракторе, на бивуаке, в походной палатке. Здесь же оказывалась и медицинская помощь. Несмотря на такое своеобразие работы, участники экспедиции накопили богатые научные и практические материалы, подлежащие дальнейшей обработке». Мы видим, таким образом, насколько плодотворной может быть работа бригад на поле, если к тому есть желание и умение. Чрезвычайно интересный опыт проф. Ткачева раскрывает совершенно новые перспективы в методике постановки научно-исследовательской работы непосредственно на производстве и увязки науки с практическими задачами социалистического строительства.

Кроме всех этих положительных сторон в работе и достижениях медицинских бригад необходимо учесть некоторые шероховатости, естественные, как и во всяком новом деле: не было достаточной плановости в работе бригад, вследствие чего непроизводительно терялось время, не всюду население было осведомлено о целях и задачах бригад, недостаточно было снабжение медикаментами и перевязочными средствами. Эти дефекты необходимо предусмотреть при подготовке к кампаниям наступающего года. При всех этих маленьких недостатках эффект работы бригад и политическое значение выезда на село сотен квалифицированных городских врачей и среднего медперсонала следует признать огромными, и этот опыт необходимо развивать дальше в еще более расширенном объеме.

В гигантской перестройке села, его экономического и бытового уклада, весьма важную роль должна играть *санитарно-профилактическая деятельность* врачей на участке. Здесь не приходится распространяться о тех вопиющих антисанитарных условиях, которые, как наследие векового гнета, нищеты и невежества крестьянских масс, до сих пор еще сохранились в селе со времен царского режима. На этой почве процветает сравнительно все еще высокая эпидемичность крестьянского населения, его пораженность социальными болезнями, сравнительно высокая общая и детская смертность, хотя и значительно упавшая по сравнению с дореволюционным временем. Если и раньше, в период единоличной системы сельского хозяйства, санитарное неблагополучие села имело немаловажное значение в задержке развития производительных сил сельского хозяйства, то теперь в условиях коллективизации высокая заболеваемость населения, эпидемические вспышки и т. п. последствия антисанитарного состояния приобретают значение фактора, нарушающего нормальное осуществление социалистического хозяйственного плана. Следовательно, борьба за оздоровление деревни непосредственно вытекает из экономических интересов обобществленного сельского хозяйства.

Коллективный строй колхозов и совхозов меняет перспективы и методы санитарной работы. Объектом санитарного воздействия вместо индивидуальных крестьян становится организованный коллектив, что позволяет проведение определенного оздоровительного плана. Это вместе с тем обеспечивает встречное содействие санитарным мероприятиям со стороны общественности социалистического сектора,

¹⁾ Г. П. Зайцев. Опыт работы хирургической бригады в колхозе в весеннюю посевную кампанию 1930 года. «Сов. Врач», 1930, № 10.

²⁾ Проф. Т. Ткачев. Здравоохранение на полях. «На фронте здравоохранения», 1930, № 13—14.

организованной в здравячейки, секции здравоохранения и т. п. Усиление экономической мощи колхозов благодаря подъему сельского хозяйства и прямая их заинтересованность в осуществлении профилактических мероприятий впервые в истории сельской медицины подводят прочную материальную базу под широкую постановку санитарного дела на селе. Коллективные формы труда неизбежно повлекут за собою постепенное обобществление быта (питания, жилища, культурного обслуживания и т. п.), что, несомненно, потребует активного участия санитарной организации. В ближайшие годы в деревне развернется в невиданных до сих пор размерах новое строительство. На врача будет лежать обязанность руководить с санитарной точки зрения планировкой вновь строящихся поселков, обеспечить санитарный надзор за постройкой общежитий, домов, бань, прачечных, столовых, хозяйственных зданий, яслей, школ, детских домов и т. д. и т. п. Все эти новые, весьма обширные задачи в соединении с неисчерпаемыми заботами о текущем санитарном благополучии населения выдвигают необходимость построить сеть санитарной организации на селе. Я. Ю. Кац¹⁾ полагает, что на периферии района должно быть несколько санитарных врачей, обслуживающих отдельные колхозы или их объединения. В районных центрах должна быть создана *специализированная санитарная организация*. В ней прежде всего необходимо выделить охрану здоровья детей и подростков и охрану материнства и младенчества, затем коммунальную санитарную и эпидемиологию. Для успешного выполнения тех больших задач, которые стоят в области оздоровления села и построения нового быта, необходимы повышение квалификации и специализация санитарного персонала. Тех же основных установок держится и А. Шнейдер²⁾, который предлагает в центрах расположения колхозов и совхозов создавать районные санитарные станции.

Совершенно очевидно, что только дифференцированная система санитарной организации по образцу, предложенному Я. Ю. Кацем, в состоянии обеспечить действительный сдвиг в деле коренного оздоровления села. Санитарная организация должна будет включиться в систему единого диспансера на селе и действовать по единому плану охраны здоровья населения. Но в таком масштабе эта работа сможет развернуться не сразу: понадобится все же некоторое время, пока будут найдены соответствующие средства и достаточные кадры санитарных работников. Мы полагаем, что всюду, где сейчас создается единый диспансер, должна быть создана и разветвленная санитарная организация, а, где этого нет, в каждом районе должно быть выделено не менее одного санитарного врача специально для обслуживания периферии и в первую очередь социалистического сектора села.

VII-м Съездом здравотделов, как мы уже упоминали, дано боевое задание местам — организовать в каждом колхозе и совхозе минимум пункт первой помощи, ясли и баню. Мы не знаем пока, как выполняется на местах эта директива. По существу это — чрезвычайно скромная программа, но она должна дать громадный социально-гигиенический эффект. Достаточно указать, что устройство яслей, несомненно, повысит выживаемость детей, сохранит здоровье женщины и разрешит проблему использования кормящей матери в сельскохозяйственном труде. Не приходится уж говорить о роли пункта первой помощи и бани. Нам кажется, сейчас уже настало время устроить широкий общественный смотр выполнения органами здравоохранения задания Съезда.

На данной фазе реконструкции народного хозяйства громадное значение имеет мобилизация общественной самодеятельности вокруг проведения декретированного Совнаркомом *санитарного минимума*. Санитарный минимум, как является из его названия, представляет собою минимальный план санитарно-профилактических мероприятий, разработанный совершенно конкретно и рассчитанный на выполнение по отдельным своим частям в определенные календарные сроки. Содержание плана может варьировать в зависимости от особенностей санитарного состояния того или иного района, производства и т. п. В основном санитарный минимум должен охватить широкое санитарное просвещение населения, выявление эпидемических очагов, их оздоровление и госпитализацию инфекционных больных, обязательное оспопрививание, наблюдение за источниками водоснабжения, за удалением нечистот и отходов, жилищно-санитарный надзор, наблюдение за состоя-

¹⁾ Я. Ю. Кац. О санитарной деятельности в колхозах и совхозах. «Моск. мед. журн.», 1930, № 4.

²⁾ А. Шнейдер. О санитарно-эпидемическом обслуживании колхозов и совхозов. «Здравоохр. Средне-Волжского края», Самара, 1930, № 7—8.

нием пищевых продуктов и организацией общественного питания, благоустройство населенных мест, личную гигиену и т. д. и т. п. Все эти задачи в условиях колхоза имеют исключительно актуальное значение, и задачей участкового врача является сплочение около себя актива для проведения под его руководством этого плана. Необходимо оздоровление санитарных условий связать с задачами выполнения сельско-хозяйственного плана и мобилизовать на эту работу наиболее активную часть колхозной массы, гл. образом молодежь в порядке ударной общественной кампании.

Этот актив со временем должен стать опорой всей санитарно-профилактической деятельности врача на участке. Необходимо поставить при медицинском участке систематическое обучение активистов правилам оказания первой помощи, методам обследовательской санитарной работы, приемам ведения санитарной пропаганды. Оказывающие известные успехи могут составить кадр постоянных работников участка, а затем продвигаться и дальше вплоть до поступления на работу, а затем и в медвуз. Этот источник кадров будущего младшего, среднего и высшего медицинского персонала из колхозного актива необходимо взять в поле зрения врача, как один из способов разрешения проблемы медицинских кадров в плане строительства сети в колхозах и совхозах.

Работа врача с населением, вовлечение наиболее активных его элементов в колоссально разветвляющуюся работу участка составляет основное условие успешного развития здравоохранения на селе в новых условиях. Эта связь с общественностью должна осуществляться в двух встречных направлениях: с одной стороны—путем объединения колхозного актива вокруг задач здравоохранения, а с другой—участием врача и медперсонала участка в хозяйственной, общественной и политической жизни колхоза и совхоза. Только такое сотрудничество и взаимопомощь в состоянии обеспечить успех всех частей великого плана—перестройки сельского хозяйства и оздоровления труда и быта населения социалистического села.

Из этого далеко не исчерпывающего описания уже видно, как многогранны задачи здравоохранения на участке в связи с реконструкцией сельского хозяйства. Они растут и усложняются в такой же мере, в какой развивается новая экономика села и растут, как ее производное, культурные потребности населения.

Эти задачи здравоохранения приобретают некоторые специфические особенности в условиях *национальных республик и областей*. Старый строй не оставил в национальных районах почти никакой сети,—все, что там сейчас имеется, большей частью создано после октябрьской революции и далеко не покрывает потребностей коренного населения в квалифицированной медицинской помощи. Но вопрос решается не одним только созданием сети: необходимы *кадры*, сотни и тысячи врачей-специалистов и квалифицированного среднего персонала из коренного населения национальных республик и областей для того, чтобы, действительно, дело здравоохранения в национальных районах поднялось вровень с темпами реконструкции сельского хозяйства. Это—задача чрезвычайно актуальная и требующая уже сейчас самых решительных мероприятий по комплектованию националами медвузов и техникумов. Пока общее число врачей-националов исчисляется десятками, а в некоторых нацрайонах даже единицами, не может быть и речи о сколько-нибудь удовлетворительном обслуживании национального крестьянства, да еще в обстановке колхозного движения. Проблема национальных кадров в деле здравоохранения имеет решающее значение еще потому, что, как показывает опыт, врачи других национальностей, даже изучив язык коренной национальности района, все же не являются полноценными работниками здравоохранения среди данной национальности, так как население, во многих местах еще консервативное в своем быту, всячески оберегает этот быт от вмешательства врача чужой национальности. Между тем в национальных районах еще непочатый край составляет именно работа по борьбе с религиозными и бытовыми предрассудками, по раскрепощению женщины, по борьбе за грамоту и санитарную культуру, но со всеми этими и обрисованными нами выше общими задачами здравоохранения в национальных районах смогут справиться наиболее успешно кадры из националов-врачей. Обеспечение села в национальных районах кадрами медперсонала из родной национальности имеет и громадное политическое значение. Благодаря знанию языка, быта, экономики родного ему края, умению ориентироваться в существующих классовых отношениях, врач-национал может использовать обычно высоко-стоящий авторитет врача среди национального крестьянства для того, чтобы содействовать скорейшему завершению коллективизации в национальных районах и на этой базе заново перестроить закостенелый быт национальной деревни.

Таким образом, вытекает необходимость форсированной, напряженной по темпам подготовки национальных кадров.

Сказанным определяются задачи врачей других национальностей, работающих в национальных республиках и областях: чтобы справиться со специфическими условиями работы среди националов необходимо изучить язык не поверхностно, как это обычно делается для ограниченных прикладных целей взаимного понимания на амбулаторных приемах, но достаточно глубоко, чтобы этот язык стал вторым родным языком для врача и обеспечил ему возможность познавать быт национального населения и оказывать на него плодотворное воздействие.

В остальном, мы полагаем, в нацрайонах остаются в силе те генеральные установки, которые должны лежать в основе здравоохранения на селе в реконструктивный период: четкая классовая линия, расширение сети, санитарный минимум, вовлечение общественности в дело здравоохранения, увязка работы участка с задачами подъема сельского хозяйства, а, следовательно, широкая профилактическая работа и т. д. Мы поставили бы только больший акцент на санитарно-просветительной работе, охране матери и ребенка и борьбе с социальными болезнями в национальных районах, как задачах, требующих особого внимания.

Нам хотелось бы несколько слов сказать по поводу еще одной задачи врача на селе — проведения *производственной практики студентов*. Реформа высшего медицинского образования предусматривает посылку студентов на село для практического ознакомления с участковой работой. Этой работой должен руководить участковый врач. Отсюда вытекает, что, включаясь в систему подготовки врачебных кадров, участковый врач должен сам стоять на высоте современных требований медицинской науки и своих общественных обязанностей. Эта педагогическая работа должна еще больше стимулировать участкового врача к поднятию своей собственной квалификации и к образцовой постановке дела здравоохранения на участке. Опыт руководства этой практикой особенно сейчас, в самый разгар реконструкции сельского хозяйства представляет большой интерес и заслуживает детального освещения на страницах нашей печати.

Обширность темы, поставленной в заголовке настоящей статьи, не позволила нам исчерпать всей проблемы в целом. Жизнь гигантскими темпами идет вперед и обгоняет всякие схемы. Поэтому меньше всего следует заботиться о готовых универсальных формах, в которые можно было бы вложить творчески развивающиеся процессы нового строительства. Важно понимать тенденции развития и диалектически подходить к разрешению возникающих очередных задач. Необходимо для этого не стоять в стороне от движения, а двигаться вместе с ним, не отставая и не забегая вперед, борясь со всею страстностью против сил старого мира за новый мир строящегося социализма. Если врач избрал себе этот путь, он сумеет найти организационные формы и методы разрешения больших задач здравоохранения, выдвинутых реконструкцией народного хозяйства нашей страны, и способы преодоления трудностей на этом пути.

К вопросу изучения биологии и патологии расы¹⁾.

(Письмо в редакцию в ответ тов. Д. Правдину).

В журнале «Варнитсо» (№ 3/4) напечатана статья тов. Д. Правдина «Среди научных работников», в которой упомянута моя фамилия.

Абзац, в котором фигурирует моя фамилия, дословно следующий: «Столь же благодарную задачу «дополнить» политику партии в области теории и практики здравоохранения «поправочкой» на расовую патологию ставят себе авторы сборников «Вопросы биологии и патологии евреев» (см. особенно передовицу первого Сборника и статью проф. Гран во втором Сборнике), обнаружившие *вне зависимости от условий производства, труда, классовой принадлежности* (курсив наш) особую расовую патологию евреев. Не желая брать под подозрение «чистоту» научных намерений отдельных участников Сборников мы не можем не отметить, что подобные quasi-научные экскурсы служат объективно водой на весьма сомнительные «мельницы», с которыми вероятно многие из участников Сборников не пожелали бы сами иметь что либо общее».

Мы не намерены здесь вступать в полемику с тов. Правдиным по поводу этих строк; мы считаем, что эти строки в высокой мере неуместны в данной

¹⁾ Копия письма послана для напечатания также в журнал «Варнитсо»