

стеме соц. проф. мероприятий и широкому обеспечению трудящихся всеми видами леч. проф. помощи ревм. заб. дают систематическое и непрерывное снижение. Так, напр., в машиностр. пром. (проф. Гельман) за время с 1925 до 1932 г. — на 11%, а в наиболее механизированных предприятиях авио-автотракторной пром. даже — 41%, среди жел.-дорожников с 1931 г. снижение заб. Р. — на 30% (Стерипуло). Обращает на себя внимание в этих докладах след. обстоятельство. Проф. Гельман гов.: „Совершенно не удалось установить патогенетического значения производственных факторов в возникновении остр. суст. Р. Это заб., повидимому, связано в главной мере с инфекцией, а также быть может с длительным воздействием сырости, влажности, что имеет место в большей мере в сырых жилищах, чем в производ. условиях“. Проф. Стерипуло также отмечает: „Что касается болезни Буйо (так наз. О.Р., „истинный“ Р. по Бухштабу), то это заболевание имеет очень небольшое распространение среди жел.-дорожников“.

Представленные доклады этой серии, а также прекрасно организованная выставка с массой наглядных таблиц, диаграмм и особенно убедительных разнообразных макетов (напр., разрез подземной шахты с комн. ожидания, с мед.-сан. пунктами и т. д., или — разрез морского парохода с помещ. для рабочих и т. д.) произвели бесспорно большое впечатление на иностр. делегатов. Генер. секр. д-р Ван-Бремеен сказал: „Все иностранные делегаты антиревм. конгресса поражены сов. методами и той систематичностью, с которой проводятся меры борьбы с Р. Конечно, профилактикой занимаются в каждой стране, но такой системы, какая существует в сов. науке, нет нигде. Она возможна только в условиях СССР.“

В день закрытия конгресса (V/V) для делегатов днем было организовано посещение завода им. Сталина для ознакомления с организацией здравоохранения, вечером там же, во Дворце Культуры Пролетар. района, состоялось заключительное заседание конгресса. С приветствиями конгрессу выступали пред. райсовета т. Ефремов, представитель рабочей делегации завода им. Сталина и отряд пионеров. Затем выступили с заключительными приветствиями представители иностр. делегаций: д-р Ван-Бремеен (Голландия), проф. Гюнзбург (Бельгия), проф. Файль (Германия), проф. Гольмгрем (Швеция), проф. Кавадиас (Лондон) и проф. Пизани (Италия).

Надо сказать, что в заключительных речах иностр. делегатов видна была неподдельная искренность, как в выражении благодарности Сов. правительству и Нар. ком. здр. т. Каминскому и всему составу Орг. ком. Конгресса за прекрасно организованный и теплый прием делегатов, так и в выражении своего удивления перед успехами нашего строительства и в частности сов. здравоохранения. Проф. Гюнзбург сказал: „Мы, иностр. делегаты, приведены в изумление и восторг перед великими достижениями пролетарской страны. Мы возмужали, как выросла ваша промышленность, насколько высок рост культуры и особенно охраны нар. здоровья. Великий рабочий класс создает новую жизнь, открывая огромные возможности для научной работы“. В заключение проф. Гюнзбург, желая еще сильнее выразить свою признательность, произнес по-русски „большое спасибо“.

После краткого резюме предс. Конгресса проф. Кончаловского конгресс был объявлен закрытым.

Следующий — V международный антиревм. конгресс назначен на сентябрь 1936 г. в г. Лунде (Швеция). Программными темами избраны след. вопросы: 1) аллергия и ревм., 2) патогенез ишиаса и мигралгии, 3) роль рентген. лучей в диагностике артритов, 4) ортопедическое лечение ревматиков, 5) ревм. и жилище, 6) значение професс. травматизма в этиологии ревм. заболеваний.

Доп. В. И. Катеров.

Развитие медико-санитарного дела в СССР за первую пятилетку.

Центральное управление народно-хозяйственного учета, в числе других показателей народного хозяйства, публикует (СССР в цифрах. Союзоргучет. 1934 г.) ряд весьма интересных цифровых данных, характеризующих динамику развития дела здравоохранения в нашем Союзе. Для сравнительной характеристики состояния дела здравоохранения в дореволюционной России и в СССР к началу 1-й пятилетки и к моменту ее завершения взяты основные количественные показатели, относящиеся к 1913, 1928 и 1932 гг. Правда, наши успехи и достижения в области

здравоохранения определяются не только расширением медико-санитарной сети, увеличением объема работы наших учреждений и ростом числа обращений и посещений, ибо советское здравоохранение, созданное Октябрьской революцией, построено на совершенно иных принципах, резко отличающихся от принципов буржуазно-капиталистической системы здравоохранения; но количественные показатели, поскольку не лишены качественного значения, также представляют для нас значительный интерес.

Одним из основных показателей, характеризующих направление и принципы построения советского здравоохранения в соответствии с задачами социалистического строительства, являются показатели роста нового типа учреждений по обслуживанию промышленности, — здравпунктов на предприятиях, которые в 1913 г. отсутствуют совершенно, в 1917 г. число их равняется 48, в 1928 г. — 1942, а в 1932 г. — 532.

Значительный интерес представляют для нас показатели внебольничной помощи, каковая форма медобслуживания хотя и существовала в дореволюционной России, но она мало имеет общего с той специализированной и весьма разнообразной по форме помощью, которую получают трудящиеся в наших внебольничных учреждениях. Объем деятельности внебольничных учреждений (амбулатория, поликлиника, диспансеры по разным специальностям, консультация, ДПА и пр.) определяется количеством посещений, число коих выражается следующими цифрами: за 1913 г. — 88,72 тысячи, за 1928 г. — 318,426 тысяч, за 1932 г. 524,39 т. Из общего числа посещений на долю городских учреждений падают соответственно 33,5 2 тысячи, — 190 144 тысячи, — 318,522 тысячи, а сельских — 55,200 тысяч, 99,832 тысячи и 159,165 тысяч. Обслуженность населения внебольничной помощью, определяемая числом посещений на одного человека в год, выражается следующими цифрами: за 1913 г. — 0,64, за 1928 г. — 2,03 и за 1932 г. — 3,2, при чем на одного человека городского населения приходится по годам: 1,26 посещения, 1,84 посещ. и 8,45 посещ., а сельского — 0,50 посещения, 1,00 посещение и 1,52 посещения.

На ряду с ростом внебольничных учреждений мы имеем значительное расширение сети стационарных учреждений. Если в 1913 г. по всей России было 1 5600 лечебных коек (соматических, родильных, психиатрических), то в СССР к 1928 г. их число увеличилось до 246,100 коек, а к 1932 г. — 405,800 коек, в том числе и в сельских местностях — соответственно 49,400, 60000 и 10 000.

Особенно следует отметить весьма значительное расширение сети санаторно-профилактических учреждений: если в 1913 г. в старой России было 3700 профилактических коек, включая сюда места в пансионатах, то в Советском Союзе число коек в санаторно-профилактических учреждениях (курорты и санатории, тубдиспансеры, дневные и ночные санатории, психо-неврологические школы и санатории, прочие учреждения ОЗД и П) к 1928 г. достигает 71,000 коек, к 1932 г. — 121,100 коек.

Обеспеченность населения стационарной врачебной помощью, измеряемая количеством коек на 1000 населения в отношении всех видов коек, т. е. лечебных и профилактических, определяется цифрами: в 1913 г. — 1,29, в 1928 г. — 2,06, в 1932 г. — 3,18; обеспеченность чисто лечебными койками — соответственно 1,26, 1,60, 2,45, только санаторно-профилактическими койками — 0,03, 0,46 и 0,3. Эти показатели выведены в отношении всего населения без разделения на городское и сельское.

Если вычислить коэффициенты в отдельности для городского и сельского населения с учетом фактической их обслуживаемости, то получается совершенно другая картина, но не в пользу села: коэффициент обслуживаемости городского населения лечебными койками определяется следующими цифрами: в 1913 г. — 3,61, в 1928 г. — 4,47, в 1932 г. — 5,38, а сельского населения — соответственно 0,43, 0,77 и 1,23, включая фактическое использование коек городских учреждений.

В отношении профилактических коек разрыв между городом и деревней выступает еще резче: фактическая обслуживаемость городского населения профилактическими койками (число коек на 1000 человек) выражается цифрами: в 1913 г. — 0,14, в 1928 г. — 2,48, в 1932 г. — 3,03, в то время как сельское население имеет показатели соответственно 0,02 и 0,03.

Весьма характерным для Советского здравоохранения является колоссальное развитие сети яслей как постоянных, так и сезонных. Число мест в постоянных яслях начиная с 550 в 1913 г. доходит до 59,300 в 1928 г. и 623 900 в 1932 г.; в сезонных яслях — соответственно 10,600, 197,800 и 3,920,300.

В соответствии с расширением сети учреждений и увеличением объема работы, мы имеем значительный рост численности врачебных кадров, являющийся одним из важнейших условий успешного проведения наших мероприятий. В 1913 г. по

всей России насчитывалось 19 800 врачей, в Советском Союзе число врачей к 1928 г. достигает 3200, а к 1932 г. — 6400. На первое января 1933 г. в медицинских ВУЗ'ах Союза состоит 46.400 учащихся, а в медицинских техникумах — 59.200 человек.

Кроме педагогических ВУЗ'ов имеется большая сеть научно-исследовательских учреждений: в 1933 г. по всему Союзу функционировало 28 научно-исследовательских институтов, в том числе 15 филиалов, с общим количеством научных работников в 14.576 ч.

Мухамедьяров.

Курортные ресурсы Татарской республики.

Состоявшееся 29/V с. г. совещание при Секторе здр. Госплана СССР заслушало доклады *Татнаркомздрава* о состоянии и перспективах развития сан. кур. дела в Татарской республике.

Представленные доклады (проф. Мировпольский, доц. Блюмштейн, доц. Катеров) дали полную характеристику как общего состояния сан.-кур. помощи в Татарской республике, так в особенности подробно охватили имеющиеся в Татарской республике бальнеологические ресурсы.

Татарская республика в этом отношении имеет широкие перспективы: наличие Ижевского минерального источника, уже давно известного по своим высоким бальнеотерапевтическим свойствам, и открытого недавно Сарабикуловского источника крепкой сероводородной воды (338 мгр. H_2S на литр) типа Мацесты заставляют обратить на Татарскую республику серьезное внимание.

Ижевский минеральный источник, относящийся по своему химическому составу к разряду так наз. щелочно-земельных вод типа Конгрессвилль, Вильдунген и др., с успехом применяется при целом ряде распространенных заболеваний, как-то: хрон. катарры желудка с пониженной секрецией и „неврозы“ желудка, хрон. катарры кишечника, заболевания печени (гепатиты) и желчного пузыря (холциститы, желчно-каменн. бол.), цистопиелиты, бол. обм. вещ. (мочекислый и щавелевокислый диатезы, фосфатурия). Согласно выработанным и проверенным клиническими наблюдениями лечению на курорте „Ижминвод“ в большинстве случаев с одинаковым показанием с неменьшим успехом заменяет Ессентуки (заб. желудка и печени), Железноводск и Пятигорск (заб. почечных лоханок, бол. обм. вещ.).

Чрезвычайно выгодное географическое положение курорта „Ижминвод“ и удобство сообщения (пристань Ижевска на Каме), создают особо благоприятные условия для широкого пользования данным курортом. Между тем, малое знакомство многих врачей с курортном „Ижминвод“ и с другой стороны — стремление больных ехать, главным образом, на отдаленные курорты ведут к тому, что этим курортом недостаточно пользуются даже вблизи расположенные области.

Совещание при Госплане СССР признало курорт „Ижминвод“ имеющим республиканское значение и наметило соответствующие капиталовложения на реконструкцию курорта во 2-й пятилетке.

Но еще больший интерес с бальнеологической точки зрения представляет район Сарабикулова — Бакирова (в Шугуровском районе Татарской республики), где имеется весьма ценное и сравнительно редкое сочетание двух важнейших бальнеотерапевтических факторов: грязей (торфяной и иловой) и сероводородных источников. Сарабикуловский источник представляет исключительный интерес не только с точки зрения интересов Татарской республики, но и всего Союза, т. к. он относится к крепким сероводородным источникам, превосходя по содержанию (H_2S) сероводорода даже Мацесту (338 мгр. на литр). Если дальнейшие гидрогеологические и химические исследования подтвердят постоянство дебета источника и высокого содержания сероводорода, то при наличии всех других благоприятных моментов, имеющих здесь (красивое местоположение, климат, пути сообщения), будущность курорта обеспечена.

В настоящее время в Бакирове имеется водо-грязелечебница, стационар на 25 коек (остальные больные курсовые, амбул.), столовая и проч.

Совещание при Госплане СССР признало этот (строящийся) курорт также имеющим республиканское значение и наметило необходимые средства на дальнейшее углубленное изучение данного района.

В. К.