

Отдел I. Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

Из Соц. отдела Центр. тубинститута НКЗдрава.

Борьба с туберкулезом в соц. секторе деревни.

К. А. Клебанов.

В советской литературе по тбк, особенно за последние годы, прошла широкая дискуссия по вопросу о клинических особенностях течения тбк в деревне. Бесспорным считается положение о том, что туб. инфицированность сельского населения в широких размерах имела место уже в далеком прошлом. Это подтверждают старые обследования сельского населения 90-х годов прошлого столетия (Якуб, Савельев, Пирский), большая инфицированность тбк, обнаруженная в отдаленных районах Союза при экспедиционных обследованиях, а также опыт и наблюдения всех врачей, длительно живущих и работающих на селе.

Этим, однако, не снимается вопрос о наличии каких-либо особенностей в клиническом течении тбк в деревне, которые могут определяться условиями распространения инфекции (заражение), быта, питания, физического развития. Мы а priori не должны ждать каких-либо резко выраженных особенностей, другого типа клинического течения тбк. Не исключено, однако, что распределение различных форм тбк в деревне несколько иное, чем в городе.

Широко распространенные среди врачей представления о злокачественном течении тбк в деревне, о превалировании формы скоротечной флюридной чахотки не оправдываются при более внимательном и углубленном изучении этого вопроса. Такое представление создается, особенно у участковых врачей, впечатлением обычного контингента обращающихся больных. Из отдаленных деревень на участковый прием обычно приезжают более тяжелые больные; напр., по данным Воронежского тубдиспансера (Данилов) из 240 крестьян бациллярных больных, обратившихся в диспансер, 73% имели тяжелую форму тбк, лишь немногие больные являлись в диспансер в ранней стадии заболевания.

Однако, при более внимательном изучении клинической характеристики туб. больных в деревне выявляется преобладание среди них тех же доброкачественных форм, которые обычно встречаются среди городского населения. По данным клиники Одесского тубинститута (Розенблит) за 1926—32 гг. из 384 больных крестьян 352 (91,7%) приходится на

хронические формы (фиброзные, продуктивные, фиброкавернозные) и лишь 32 (8,3%)—на острые формы.

Преобладание доброкачественных форм тбк среди крестьян отмечают многочисленные авторы, проводившие сплошное обследование крестьянского населения (Незлин, Клебанов, Морозовский, Монгард и т. д.). Однако, вполне возможно и даже вероятно, что в сельских условиях при недостаточном санаторно-профилактическом обслуживании больных, плохих санитарно-гигиенических условиях, при обычно поздней диагностике тбк, процент более выраженных далеко зашедших случаев будет несколько большим.

Морозовский и Александровский указывают, что среди крестьян они более часто встречали прикорневые формы туб. инфильтратий. Данилов по материалам Воронежского диспансера также отмечает большую частоту инфильтративных прикорневых форм тбк. Соркин обследовал 1700 подростков в Ялте, из них около половины недавних выходцев из деревни. Процент обнаруженных локальных форм оказался у них одинаковым; однако, среди сельских подростков процент инфильтративных форм оказался большим (1,9%), чем у городских (0,7%).

Данные заграничной литературы об особенностях тбк среди крестьянского населения чрезвычайно скудны. В Италии и Австро-Венгрии солдаты из аграрных, мало населенных районов, дают более значительную заболеваемость тбк (Санарели). Икерт в Восточной Пруссии просмотрел 3500 снимков различных диспансеров. В мало населенных районах с большой туб. смертностью он чаще находил инфильтраты, вторичные инфильтрирования, гематогенные формы.

Т. обр. большая частота инфильтративных (прикорневых) форм среди сельского населения вполне вероятна. Частота этих форм имеет преимущественно клинический интерес и не меняет общих установок по борьбе с тбк в деревне. Большое практическое значение имеет отмечаемая рядом авторов более значительная частота костно-суставного и кожного тбк среди сельского населения. Более частая заболеваемость этими формами тбк при огромном сельском населении страны чрезвычайно усложняет задачи борьбы с костно-суставным и кожным тбк. Боброев, обследовавший 20000 крестьян ЦЧО, обнаружил 49 сл. (0,25%) активного костно-суставного тбк; процент кожного тбк среди сельского населения составляет около 0,1%. Т. обр. в среднем районе можно предполагать наличие 100—150 сл. активного тбк костей и 50 сл. кожного тбк.

Что касается пораженности легочным тбк, то обычно приводимые цифры массовых обследований (5—7%) следует считать преувеличенными за счет включения людей с заглохшими очагами (практически здоровых) и нетуберкулезных больных с вегетативно-неврогенными синдромами. Сплошные обследования сельского населения, проведенные с помощью передвижного рентгена (Данилов), обнаружили 2,5% очаговых изменений в легких. Данные о количестве бацилярных туб. больных среди сельского населения носят более точный характер и обычно колеблются от 30 до 40 на 10000 населения (за исключением районов, сильно пораженных тбк).

В некоторых национальных районах (Бурято-Монгольская, Башкирская и Татарская республики) отмечена значительная заболеваемость взрослых активным тбк наружных лимфатических желез. Напр., у взрослых бурят

активный тбк желез отмечен в 3,1% случаев, железистые рубцы в 5,7%, у взрослых русских, того же района, тбк желез обнаружен в 0,3% случаев.

Значительное распространение тбк в деревне требует большого внимания органов здравоохранения к вопросам организации противотуберкулезной борьбы в деревне, особенно в совхозах и колхозах. Сеть тубучреждений на селе пока совершенно недостаточна. На 1.1.1933 г. имелось всего в РСФСР 26 тубпунктов, расположенных в сельских местностях. Конечно, тубдиспансеры городские, и особенно районные, тоже в известной мере обслуживают сельское население; однако, лечебный и особенно профилактический эффект обслуживания приезжающих больных совершенно недостаточен. Между тем новая социально-производственная и бытовая обстановка в советской деревне рождает новые формы организации противотуберкулезной борьбы, которые были невозможны в условиях индивидуального сельского хозяйства.

К этим новым формам в первую очередь следует отнести колхозные учреждения, создаваемые на основе колхозной самодеятельности. Впервые учреждения такого рода возникли в кумысных районах (Башкирская, Бурятия-Монгольская республика). Кумысолечение, организуемое колхозами, носило чрезвычайно примитивный характер, обычно без медицинского содействия и надзора. Первым колхозным санаторием следует считать учреждение, созданное колхозами Буденновского района ЦЧО по инициативе зав. больницей д-ра Боженко. Для санаторного лечения туб. колхозников летом выделялся один из корпусов больницы. По колхозам проводились отчисления трудодней на организацию собственного хозяйства и строительство специального здания санатория. Отчисления от колхозов района в 1931 г. составили 7000 руб. деньгами и 1500 пуд. продуктами; в 1932 г. отчисления в виде 25000 трудодней составили 12000 руб. и 3000 пуд. разных культур. Хозяйство санатория в настоящее время: 150 га посевов, 8 га лугов, собственная тяговая сила, большая молочная и свиная фермы.

В Павловском районе ЦЧО по инициативе местного врача Менжулина из б. кулацких домов построена туб. здравница и организовано большое собственное хозяйство. В настоящее время мы имеем сообщения о возникновении колхозных санаториев из различных районов Союза: село Ломоватое, Черкасского района, село Михайловское, Днепропетровской области, село Михайловское, Московской области (костный санаторий), Звенигородский район, Московской области, коммуна им. Ленина, Николаевского р-на, Одесской области (трудоустрой санаторий) и т. д. Широко развернулось строительство колхозных домов отдыха, особенно в ЦЧО.

На основе опыта организации и работы различного типа колхозных санаториев можно выдвинуть сл. положения: 1) колхозный санаторий должен иметь характер медицинского учреждения с постоянным медицинским наблюдением (сестра, врач), соответствующим общим и медицинским оборудованием; 2) контингент больных колхозного санатория должен быть различным по сезонам (активные туб. больные санаторного типа летом и малоактивные случаи с упадком питания и истощением зимой); 3) при организации колхозного санатория следует в первую очередь создавать собственное хозяйство (посевы, молочная ферма, свиноводство и т. д.), создание устойчивой базы питания больных; 4) основным источником средств для организации санатория должны быть отчисления кол-

хозников (в виде трудодней), средства касс взаимопомощи, органов здравоохранения и т. д.; колхозные санатории должны находиться в ведении районных органов здравоохранения.

Интересен опыт создания трудового санатория в коммуне им. Л е н и н а, Одесской области. Трудовой санаторий на 10 коек открыт с лета 1932 г. и помещается в отдельном каменном здании; рядом отремонтировано другое здание под кухню и хоз. службы. Обслуживается санаторий сл. штатом: сестрой, которая одновременно ведает хозяйством, кухаркой, уборщицей; врач-фтизиатр регулярно посещает санаторий 1 раз в декаду.

Отбираются больные со всех населенных пунктов коммуны и на время пребывания в трудовом санатории работают в ближайшем участке. Число часов и род работы назначается в зависимости от состояния здоровья. Часть больных при поступлении освобождается от работы и лишь по мере восстановления сил они постепенно вовлекаются в работу до полного рабочего дня. По медицинским показаниям отбираются лица с закрытыми формами тбк и ослабленные.

Этот тип учреждения показывает тот высокий уровень потребности, который уже теперь имеется в передовых колхозах. С ростом материально-бытового и культурного уровня колхозников этот тип учреждения получит особенно широкое распространение в совхозах.

Новые условия в соц. секторе деревни резко изменили содержание работы сельских туб. учреждений. Принимая участие в общеоздоровительной работе в совхозах и колхозах, работники тубучреждений должны естественно основное внимание уделить специальным противотуберкулезным мероприятиям в отношении больных, его окружения и коллектива в целом. Из всей сложной области работы тубдиспансера мы остановимся только на некоторых важных моментах: 1) раннее выявление туб. заболеваний; 2) трудоустройство туб. больных; 3) госпитализация.

Поздняя обращаемость туб. больных, обычно с запущенными формами тбк, в значительной степени снижает эффективность лечебно-профилактических мероприятий. Раннее обнаружение тбк требует высокого уровня технического вооружения диспансера (рентгеноскопия, рентгеновские снимки, лаборатория). Большое значение имеет хорошо налаженная связь с участковыми врачами, которые направляют основной контингент больных в тубдиспансер. Правильное инструктирование участковых врачей, повышение их знаний в области фтизиатрии, ознакомление их с современными теориями возникновения и течения тбк у взрослых имеет решающее значение для раннего распознавания тбк. Известное значение может иметь периодический осмотр на рентгене некоторых групп колхозников—угрожаемых и соц. наиболее значимых: контакты, работники детских учреждений и столовых, трактористы, допризывники, отходники, организованные группы детей.

Вопросы трудоустройства туб. больных в условиях колхоза чрезвычайно облегчаются. Путем рационального использования труда туб. больных можно создать наиболее подходящие условия для восстановления их здоровья и охраны здоровья коллектива; туб. больные должны быть удалены из тех профессий, где они имеют общение с детьми (детские учреждения) и пищевыми продуктами (доярки, подавальщицы в столовой и т. д.). Нельзя ограничиваться одним общим советом больному перейти „на более легкую работу“. Врач-фтизиатр, имеющий дело с сельскими больными, должен иметь достаточное представление о всех видах сельскохозяйственных работ с тем, чтобы дать компетентное и конкретное заключение в каждом

отдельном случае. Значение вопроса трудоустройства туб. больных в колхозе подтверждается сл. данными: Левенштейн среди 24000 колхозников Корнеевского р-на Сев. Кавк. края выявил 74 (0,39%) больных тбк инвалидов; среди 14000 колхозников ЦЧО—0,43%; т. обр. на район с 50000 населения количество таких больных составит около 200. Вопросы госпитализации тяжелых заразных форм тбк, особенно из общежитий, являются одним из самых острых моментов работы тубучреждений в деревне. По предложению НКЗдрава в больницах должны быть выделены 5% коек для туб. больных; эти койки в первую очередь должны естественно использоваться для лечебных мероприятий (первичное наложение и. п.), лечение экссудативных плевритов, осложнений тбк легких. В некоторых районах для госпитализации туб. больных выделялись отдельные избы (Татреспублика, Уральская область).

Для иллюстрации тех возможностей, которые имеются в работе туб. учреждений в деревне, приведем описание работы Мензелинского тубдиспансера Татреспублики (Айзенберг).

Для раннего выявления туб. заболеваний среди наиболее ценных в соц. отношении групп осмотрены сл. категории колхозников: 1) все лихорадящие больные с диагнозом „грипп“, „малярия“, „плеврит“ и без диагноза (по данным участковой больницы), длительно и часто не выходящие на работу (по сведениям колхоза); 2) контакты; 3) лежащие больные на дому; 4) работники детских учреждений, 5) ударники, 6) организованные группы детей (школы, ясли, площадки, пионеротряды); 7) допризывники; 8) отходники. В отношении выявленных туб. больных удалось провести ряд мероприятий по их переводу на другую более подходящую работу, напр., больная колхозница В., работавшая на сепараторе (опасность заражения продуктов) в сыром каменном помещении (вредное влияние на туб. заболевание) была переведена на огородную работу, б-ной Б. из канцелярии (работа без движения в пыльном помещении) переведен на пашку и т. д.). Двух туб. больных удалось госпитализировать в хроническом отделении районной больницы. В домах больных тбк проведена санитарно-оздоровительная работа: 2 стали широко пользоваться воздухом (спали в сенцах) и делать обтирания, 3 посадили овощные огороды и впервые стали применять овощи, больные научились правильно уничтожать мокроту и т. д.

Т. Айзенберг провела также большую общеоздоровительную работу: 1) организация опытных огородов для внедрения овощей в питание населения; 2) организация и наблюдение за детскими и площадками; 3) переоборудование помещения для общественной столовой в одном колхозе; 4) организация примитивной зимней оздоровительной площадки для пионеров. В отдельных колхозах создан значительный актив; большую санпросветительную работу проводили бывшие больные диспансера, особенно один сельский учитель. Широко использовалось соревнование и премирование.

При небольшой сети тубдиспансеров и тубпунктов на селе и остром недостатке специальных врачебных кадров особое значение приобретает вовлечение районных и участковых врачей в противотуберкулезную работу. В районных центрах ЦЧО с несколькими врачами один из терапевтов выделяет специальный день для работы по тбк (туб. точка). Таких тубточек в ЦЧО уже имеется около 20. Кроме приема по тбк, лечебной работы (в том числе наложение искусственного пневмоторакса), ведется также профилактическая работа по тбк. В некоторых тубточках врач за работу по тбк получает дополнительно $\frac{1}{2}$ ставки; в помощь врачу выделяется сестра соц. помощи. На Украине, где имеется более густая сеть мед. учреждений в деревне—в участках (а также в совхозах и крупных колхозах) создаются опорные пункты тубдиспансера, в составе местного врача и сестры. Инструктирование врачей тубточек (опорных

пунктов), обучение их искусственному пневмотораксу проводится туб-диспансером или тубпунктом. Многие сельские терапевты проходят заочный цикл по тбк при Центр. туб. ин-те. Некоторые районные и участковые врачи сумели развернуть довольно широкую деятельность по тбк в своем районе.

Д-р Космаков, работавший в селе Пудоги, Ленинградской области, связался с двумя фельдшерскими пунктами, которые присылают мазки мокроты для исследования на ВК. В колхозах туб. больные получают добавочное питание, переведены на работу, соответствующую состоянию их здоровья.

Д-р Озеров работает в Володарском районе, Ленинградской области. За 9 мес. пропущено через тубприем 838 б-ных, взято на учет 78; 18 б-ных направлено в санатории; осматриваются допризывники.

Д-р Калужский работает в Монастырихе, Нюксенского р-на, Северного края, обслуживает лесоразработки и лесосплав, путем периодических разъездов проводит большую оздоровительную работу. Все поступающие на работу предварительно осматриваются. В больнице выделена одна палата для туб. больных.

Достижения и возможности противотуберкулезной борьбы в соцсекторе деревни в СССР на фоне огромного роста материально-бытового положения колхозников становится особенно значительными в сравнении с положением в капиталистических странах. В издании Лиги Наций за 1932 г. была помещена статья министра здравоохранения Польши Шодцко, о сельском тбк. Шодцко отмечает, что тбк в сельских местностях Польши не проявляет никакой тенденции к падению, что объясняется влиянием кризиса и чрезвычайно низким жизненным уровнем сельского населения. Кризис привел к вытеснению машин из сельского хозяйства, что резко ухудшает гигиенические условия труда. „В деревне мы редко видим современную сел.-хоз. машину, которую заменяет плуг с быками, как в старые времена“ — пишет Шодцко.

В Германии союз защиты детства провел анкету о детском труде в сел. хоз. (Елена Симон). Дети в 5, а иногда и в 4 года принимают уже участие в сельском труде.

В Советском Союзе, где сельское хозяйство перестраивается на основе передовой машинной техники, где коренным образом изменился быт, культурное состояние колхозников, имеются исключительно благоприятные условия для развертывания противотуберкулезных мероприятий. Эти возможности могут быть использованы лишь при широком участии участковых и районных врачей в противотуберкулезной борьбе на селе.
