

второй раз—все по новому и по своему перескажет“), тетка по отцу, двоюродный брат писал стихи, другой двоюродный брат собиратель народных песен. В семье матери имеется также дядя—инженер-самородок, летчик, все время странствующий. Сам пациент—писатель, поэт.

Вспышку свою он проделал внезапно. Напряженная работа, предшествовавшие неприятности, кончившиеся выговором, утомление—приходилось работать по 12—14 часов—и, наконец, быть может какая-то инфекция (головные боли) повели к своеобразной вспышке: б-ой сам написал ненужную телефонограмму и сам поверил в ее реальность.

Так обычно и бывает при вспышках фантазии: сам создает ее и сам же верит. Маленький мальчик скачет на палочке и верит, что это лошадь. Он, собственно, разумом прекрасно знает, что это палка, а не лошадь, но чувствует себя как на лошади, забывает в момент игры, что эту палку сам же он срезал. „Die Luge, как говорит Aschaffenburg, geht mit ihnen durch“. Для мальчика, ребенка—это обычное состояние, для взрослого—это состояние патологическое, возможное только на почве фантастической конституции и при патологических условиях.

Сознание у нашего больного все время сохранялось, он знал, что он сам написал телефонограмму; это не было „Dämmerzustand“, как при эпилепсии; но фантазия (ложь) „прошла через него“, завладела им, являясь его конституциональной сущностью: здоровый он справлялся со своими патологическими конституциональными особенностями, но когда он психически ослабел, истощился, патологическая конституция на время овладела им, его действиями, порвала связь с реальностью.

---

Из научно-консультативного Бюро Татотдела Союза „Медсантруд“.

## О травматизме медработников Казанской окружной психиатрической лечебницы.

Д-ра М. С. Лифшица.

Среди всех работников медико-санитарного дела одно из первых мест по тяжелым условиям труда, несомненно, принадлежит персоналу психобольниц. Своеобразная обстановка работы, заключающаяся в постоянном общении с душевно-больными, является причиной многих специфических моментов профессиональной вредности труда, из которых особенного внимания заслуживает большая травматизация обслуживающего медперсонала. По предложению ЦНКБ нами проведена, по специально выработанным картам, регистрация травматизма медработников Казанской окружной психиатрической лечебницы за время с 1-го апреля 1928 г. по 1-е апреля 1929 г. Сравнительно небольшое количество случаев травматизма за этот период (175) объясняется тем, что в начале регистрация велась недостаточно точно, и только в последние месяцы, благодаря ряду принятых мер, она улучшилась. Иллюстрацией может служить следующее: в среднем на каждый из первых 7 м-цев падает по 9 случаев травм, а на каждый из последних 5 м-цев по 23 случая. Последнее количество нужно считать более близким к истине. Однако до самого конца регистрация оставалась далеко неполной, так как регистрировались только более или менее тяжелые случаи, где имелись объективные следы по-

вреждения: раны, царапины, ожоги и т. п., которые проверялись врачами. Другие же случаи, как легкие удары, толчки, различные оскорбления, вовсе не отмечались, так как медперсонал, во-первых, не придавал им значения, считая их обычными и совершенно неизбежными явлениями своей профессии, а, во-вторых, для регистрации этих легких случаев травм, слишком частых, у дежурного персонала не хватало времени.

Прежде чем перейти к оценке травматизма, необходимо кратко остановиться на характеристике медперсонала и условий труда. Казанская психиатрическая лечебница, рассчитанная на 575 штатных коек, фактически имеет 670 больных. Вследствие недостатка коек в соответствии с потребностью в них населения (лечебница обслуживает 4.200.000 жителей Татареспублики, Волг., Мари и Чувобластей) в нее принимаются только социально-опасные хроники и острые больные: на 670 человек — имеется всего 60 спокойных больных. Штат, непосредственно обслуживающий больных, состоит из 9 врачей, кроме директора и его помощника, 36 человек среднего персонала и 183 чел. младшего персонала. По продолжительности службы в лечебнице и полу персонал распределяется следующим образом.

Т А Б Л И Ц А № 1.

Продолжительность службы	Врачи		Ср. медперс.		Мл. медперс.		Всего	
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
До 3-х мес. . . . .	1	1	1	—	—	—	2	1
От 3-х до 6 мес. . . . .	—	—	5	3	23	12	28	15
» 6 » 9 » . . . . .	—	—	—	—	8	4	8	4
» 9 » 1 года . . . . .	—	—	—	—	2	—	2	—
» 1 г. » 2 лет . . . . .	—	—	3	6	8	3	11	9
» 2 л. » 3 » . . . . .	2	—	1	1	3	7	6	8
Свыше 3-х лет . . . . .	5	—	9	7	34	79	48	86
Итого . . . . .	8	1	19	17	78	105	105	123

Как показывает таблица № 1, среди младшего персонала преобладающий процент (62%) составляют лица со стажем больше 3-х лет, наименьший % со стажем от 1—2 и 2—3 лет, что, возможно, является следствием ухода некоторой части вновь поступающих в течение первого же года службы, остаются только наиболее стойкие элементы, которые в дальнейшем дают основной кадр работников. Почти аналогичное можно сказать о среднем персонале. Врачи дают более стойкий состав, так как среди них, по видимому, на работу по психиатрии идут люди преимущественно по призванию.

К характеристике медперсонала нужно добавить низкую квалификацию значительной части младшего и среднего персонала. Среди младшего персонала 5% неграмотных и 41% малограмотных. Прошедших санитарные курсы всего 23 человека, т. е. 12,5%. Среди среднего медперсонала школьных фельдшеров—20%, ротных фельдшеров 32,5%, окончивших специальные курсы (сестры милосердия) 25% и только с практическим стажем—22,5%. На каждое лицо младшего персонала приходится в среднем 3,66 больных, среднего персонала 18,6 больных, между тем как раньше, например, в Харьковской психиатрической лечебнице в 1909 г. на 1 служителя падало 4,16, на 1 фельдшера—28,7 больных; но, не-

смотря на это среднее уменьшение, действительная нагрузка младшего персонала во время дежурства значительно увеличилась вследствие сокращения рабочего дня до 6 часов и введения, в связи с этим, 4-х смен дежурств. На одного санитар-ку в среднем *во время дежурства* падает днем 18 челов. больных, а ночью 27 больных, в то время, как раньше было 13 чел., а на одно лицо среднего персонала—днем 60—90 больных, а ночью 220 больных. Если учесть то, что состав больных изменился к худшему, приходится сказать, что нагрузка является чрезмерно большой.

Переходим к рассмотрению травматизма. Из 175 зарегистрированных случаев травматизма приходится:

на врачей . . . . .	2 случая, в средн. на кажд.	0,22
„ сред. мед. персон.	14	0,39
„ млад. мед. персон.	159	0,87
из них: на мужчин . . . . .	66	0,6
„ женщин . . . . .	109	0,9

т. е. в течение года почти каждый санитар в среднем получил хоть одну значительную травму. Количество случаев травматизма, приходящееся на каждого работника лечебницы—0,8 в год, значительно меньше, чем в других <sup>1)</sup> психолечебницах, что объясняется, как было уже сказано, неполной регистрацией.

Большое количество травм у женщин отчасти может быть объяснено более частыми нападениями в женских палатах, обслуживаемых преимущественно женским персоналом (см. табл. 2).

Т А Б Л И Ц А № 2.

№№ п/п.	Отделение	Число травм	№№ п/п.	Отделение	Число травм
1	Муж. лечебн. . . . .	18	7	Муж. слабое . . . . .	7
2	Женск. „ . . . . .	31	8	Жен. „ . . . . .	4
3	Муж. полуспок. . . . .	10	9	Муж. спокойн. . . . .	1
4	Жен. „ . . . . .	1	10	Жен. полуспок. . . . .	5
5	Муж. беспок. . . . .	31	12	Жен. полуспок. . . . .	9
6	Жен. беспок. . . . .	52	—	Приемн. покой . . . . .	1

Как видно из таблицы № 2, во всех женских палатах было 98 случаев или 56% всех травм, хотя общее число больных женщин меньше числа мужчин (На 1/1 29 г. состояло больных мужчин 372, женщин 296) По характеру травмы распределяются следующим образом:

Т А Б Л И Ц А № 3.

Название травм	К-во	%/0/0
Ссадины, царапины и ушибы . . . . .	132	75,4
Укусы . . . . .	14	8,0
Раны . . . . .	9	5,1
Вырывание волос . . . . .	8	4,6
Ожоги . . . . .	3	1,7
Тяж. псих. реакции (плач, «истерика») . . . . .	9	5,1
Итого . . . . .	175	100%0

<sup>1)</sup> В Харьковской психолечебнице в 1909 г. было зарегистрировано 2,6 случая травматизма на каждого работника, в больнице им. Кащенко в Москве в 1926 г. приходилось в среднем—4,3 травм на 1 работника, считая и все мелкие травмы и психические реакции.

Большинство травм не повлекло за собой каких-нибудь серьезных последствий, только в 8 случаях повреждения были настолько значительны, что повлекли за собой временную нетрудоспособность от 1 до 7 дней. В прошлом бывали также тяжелые увечия служащих, например, в 1925/26 г. г. были 2 случая перелома руки и 2 случая серьезной флегмоны после укуса.

По локализации травм на первом месте—лицо: 50 случаев, на 2-м конечности—42 случая, а затем голова—34, грудь—30 и живот—18 случаев. Преобладающее число нападений приходится на день—138, и только 37 случаев на ночь.

Больные действуют при нападении преимущественно кулаками, зубами, ногтями, но в 9 случаях орудиями нападения служили также тарелки, стулья, кирпичи и проч. Наибольшее количество повреждений нанесено шизофрениками—105, а затем эпилептиками 52 случая, на остальных больных падает всего 18 случаев. Какой-нибудь определенной зависимости между количеством травм и стажем медперсонала нельзя установить. (См. таб. № 4).

Т А Б Л И Ц А № 4.

Продолжительность службы	Число служ.	Число травм.	Число травм на 1 чел.
До 1 года . . . . .	60	33	0,55
От 1 до 2-х лет . . . . .	20	21	1,05
" 2 " 3-х " . . . . .	14	12	0,85
Свыше 3-х лет . . . . .	134	110	0,81

Интересно отметить, что на неграмотных приходится больше травм, а именно, на каждого неграмотного свыше 4-х случаев, между тем как на остальных меньше одного случая.

Постоянная травматизация и другие особенности условий труда в психолечебницах являются причиной высокой заболеваемости, особенно нервной системы, у медперсонала. К сожалению, у нас нет данных о состоянии здоровья у медработников Казанской психиатрической лечебницы, так как ТНКЗ до сих пор не приступил к их диспансеризации. Но по данным обследования медработников психобольниц Москвы<sup>1)</sup> видно, что среди них имеется только 22% здоровых, 48% страдают в средней степени и 29% в тяжелой степени заболеваниями нервно-психической сферы. Такой значительный процент больных обратил на себя серьезное внимание правительственных и союзных органов. В будущем стоит проблема дальнейшего улучшения труда и быта этой группы медработников. В частности, в отношении Казанской психолечебницы нужно обратить внимание на нормализацию нагрузки и доведение штатов соответственно фактическому количеству коек.

Вторая важная задача—это поднятие квалификации и культурного уровня среднего и младшего персонала, и, наконец, ТНКЗ следует приступить к немедленной диспансеризации медперсонала Окружной лечеб-

<sup>1)</sup> Из доклада д-ра Шрейдер на 3-м Всесоюзном совещании НКБ о нервно-психическом здоровье психо-работников.

ницы, причем должны быть установлены периодические переводы лиц с подорванной нервной устойчивостью в другие лечебные заведения.

В заключение от имени НКБ приношу глубокую благодарность директору Окружной психиатрической лечебницы проф. Т. И. Юдину за содействие в проведении регистрации и разработки материала.

---

Из судебно-медицинского кабинета Казанского гос. университета. (Заведывающий—доцент А. Д. Гусев).

## Судебно-медицинское значение определения роданистых солей в слюне<sup>1)</sup>.

Д-ра **Е. Т. Дитякиной-Голяевой.**

Судебно-медицинская экспертиза должна быть основана на точных научных данных, полученных путем опыта и наблюдения. В тех случаях, когда экспертиза касается вопросов, не имеющих достаточного опытного обоснования, нам приходится прибегать к эксперименту для подтверждения своего заключения.

С таким случаем медицинской экспертизы пришлось иметь дело судебно-медицинскому кабинету Казанского у-та.

В октябре 1927 г. в судебно-медицинский кабинет был прислан рабочий для решения вопроса, курит он или нет. Обстоятельства дела таковы. На одном из крупных заводов г. Казани рабочий Б. был на посту в отделении завода, где запрещалось курить. При проверке постов на полу был обнаружен окурочок от папиросы и на этого рабочего пало подозрение в курении, за что он и был снят со службы. Рабочий доказывал, что он некурящий, и вследствие этого его направили в комиссию экспертизы и контроля, которая препроводила его на заключение по данному вопросу к областному эксперту А. Д. Гусеву.

В судебно-медицинской литературе нам не встретилось описания случаев подобной экспертизы, почему и пришлось искать каких-либо данных для разрешения предложенного вопроса. По Мунку, слюна курящих людей содержит в себе 0,1‰ роданистых солей, слюна же некурящих — около 0,03—0,04‰.

Определение роданистых солей слюны может быть произведено простым колориметрическим способом, предложенным еще Норре-Сеулером. Этим способом воспользовались и мы. Опыт был поставлен следующим образом: слюна исследуемого субъекта бралась в пробирку после выдыхания паров эфира для более скорого и обильного выделения, после чего мы ее фильтровали обычным образом. Затем брали несколько пробирок: 1) с цельной слюной исследуемого, 2) с разведением 1 к. см. слюны испытуемого в 10 к. см. воды, 3) с 1‰ раствором роданистого калия, 1 к. см. + 10 к. см. воды и 4) со слюной заведомо курящего человека. Содержимое всех пробирок подкислялось одной каплей крепкой соляной кислоты и добавлялось по 2 капли полугорохлористого железа. При этом интенсивное окрашивание красно-коричневого цвета получалось в III и IV-ой пробирке, а в I и II ой окраска смеси оставалась бледно-

---

<sup>1)</sup> Доложено в физиологической сессии 6.XI. 1928.