

## Профилактическое направление в лечебной медицине.

С. М. Шварц.

Хотя вопрос о профилактическом направлении в лечебной медицине и о взаимоотношении между профилактической и лечебной медициной стоял на многих съездах и, в частности, подвергался обсуждению на Всесоюзном съезде участковых врачей в конце 1925 г., тем не менее он и по сию пору еще волнует врачебную массу и не может считаться разрешенным в нашей повседневной практике. До сих пор вопрос о профилактической и лечебной медицине нередко ставится нашими периферическими советскими, профсоюзными, страховыми организациями, а очень часто и врачами в плоскости установления правильных пропорций между ними. Профилактическая медицина противопоставляется лечебной, пытаются установить грань между ними, установить процентную норму для той и другой. Правильна ли такая постановка вопроса?

Для того, чтобы дать ответ на этот волнующий врачебную массу вопрос, позволим себе сделать небольшую историческую экскурсию в область развития общественной медицины в России. Посмотрим, как ставился и разрешался вопрос о взаимоотношениях между лечебной медициной и профилактической в период земской медицины. Какие задачи ставили перед общественной медициной лучшие идеологи земской медицины? Вот как определяет в основном задачи общественной медицины один из виднейших ее представителей казанский профессор Петров еще в 70-ых годах прошлого столетия:

„После тысячелетий бесполезного служения отдельным единицам медицина и врачи призываются на службу целому обществу. Требуется излечить общественные болезни, поднять уровень общественного здоровья, возвысить общественное благосостояние... Сама медицина убедилась, что для достижения ее конечных целей—уничтожения болезней недостаточно тех средств, около которых она до сих пор вращалась и которые иногда были так могущественны в отдельных случаях или в руках отдельных врачей. Оказалось, что эти средства не имеют никакого значения в борьбе с болезнями целого населения и что для этой борьбы необходимы иные приемы, выполнение которых возможно лишь только силами самого населения“.

Пи ро гов, перечисляя задачи, стоящие перед земской медициной, в числе прочих, указывает: „Земской медицине придется бороться с невежеством народных масс и видоизменить целое их мировоззрение; без этой борьбы задачи земской медицины не будут выполнены“. В другом месте он говорит: „Я верю в гигиену. Вот где заключается истинный прогресс нашей науки. Будущее принадлежит медицине предупредительной. Эта наука, идя рука об руку с лечебной, принесет несомненную пользу человечеству“.

На основе этих положений и начал строиться земский профилактически-лечебный участок, ставящий перед собой задачей не только лечение заболеваний, но и проведение ряда мероприятий, долженствовавших уничтожить или, по крайней мере, ослабить, ограничить влияние причин, вызывающих заболевания широких масс населения.

Противопоставляется ли основоположниками земской медицины лечебная медицина профилактической? Нет, она не противопоставляется,

а увязывается с профилактической. Изменилась ли точка зрения земских врачей на роль и задачи участкового врача и на взаимоотношения лечебной медицины и профилактической? Вот, что пишет известный земский деятель Шингарев, спустя 40 лет после того, как были заложены первые ячейки общественного здравоохранения в сельской России, в своем предисловии ко второму изданию „Вымирающей деревни“:

„Участковая медицина без проведения профилактических мероприятий обречена была бы на чрезвычайно грустную роль чисто лечебной медицины без тени какой-либо надежды даже в отдаленном будущем уменьшить тот постоянный многотысячный прилив больных, который из года в год переполняет амбулатории земских врачей. Громадный наплыв больных в амбулатории еще больше подчеркивает всю безнадежность лечебной медицины. С этой точки зрения нельзя мириться с тем, что в состоянии дать одна лечебная медицина, и почти всякий участковый врач так или иначе приходит к мысли о необходимости целого ряда широких профилактических мероприятий, без которых немислимо оздоровление населения“.

Шингарев, как и другие лучшие земские врачи, ставит вопрос о задачах земского врача довольно четко. Участковый врач, ограничивающий свою работу только лечением больных, обрекает себя в значительной степени на бесплодную работу. Он должен принимать активное участие в оздоровлении тех условий, которые эту заболеваемость обуславливают.

Но осуществила ли земская медицина поставленные перед собой задачи не только оказывать лечебную помощь крестьянству, но и оздоровить среду, вызывавшую высокую заболеваемость русского села? Ей эти задачи выполнить не удалось. Земский лечебно-профилактический, по своей идее, участок постепенно выродился в подавляющем большинстве случаев в чисто лечебный. Это произошло потому, что проведение профилактических мероприятий наталкивалось, с одной стороны, на тяжелое экономическое положение крестьянства, на его политическое бесправие и некультурность; с другой стороны, значительная часть земских врачей была неподготовлена как полученным ими воспитанием в высшей школе, так и очень часто благодаря своим политическим взглядам к радикальной постановке вопросов, связанных с оздоровлением села. Попытки же лучших земских врачей ставить практически вопросы оздоровления крестьянского быта и повышения его санитарной культуры встречали активное противодействие со стороны царского чиновничества и очень часто со стороны заправил земства.

Естественно, что при таком положении вещей даже у наиболее активных земских врачей опускались руки. Врачу оставался выбор — либо уйти, бросить участок, бежать в город, либо замкнуться в своей амбулатории и, не имея возможности лечить этиологически, ограничиться хотя бы симптоматическим лечением, т. е. перейти всецело на рельсы лечебной медицины, в узком смысле этого слова, и отказаться от профилактики. Был еще один момент, который ускорил этот переход участка на чисто лечебный уклон работы, это — все растущая амбулатория, все нараставший наплыв больных, осмотр которых отнимал у врача все его время. Но, конечно, не это последнее обстоятельство явилось решающим, но оно обуславливало кризис земской медицины. Что это именно так, что кризис земской медицины был обусловлен политической обстановкой, бесправным положением крестьянства, его пауперизацией, усилением реакции, мы видим с особой четкостью в речах земских

деятели на X Пироговском съезде в 1907 г. (вступительная речь проф. Рейна на съезде, доклад доктора Шейна „К вопросу о кризисе земской медицины“, речи Тезякова, Котика и др.).

Итак, мы приходим к выводу, что если задачи, которые были поставлены идеологами земской медицины перед участковым врачом, не были практически осуществлены в большинстве случаев, то это явилось результатом не того, что идея создания лечебно-профилактического участка неосуществима вообще, а это результат той политической, в первую голову, обстановки, которая господствовала в то время, которая не давала возможности осуществить мероприятия по оздоровлению быта населения и по повышению уровня его санитарной культуры.

Вкратце остановимся еще на городской медицине. В городах влияние бюрократии было еще больше, чем в сельских местностях. Если с крестьянством царское правительство кое-когда заигрывало, то в городах гнет чиновничества, полиции был еще сильнее. Мог ли в городе врач-общественник ставить серьезно вопрос о проведении в жизнь радикальных или даже паллиативных мероприятий по оздоровлению условий труда и быта пролетариата? Дана ли была ему возможность нести санитарную культуру трудовому населению? Нет! Правящие классы боялись пускать врача в гущу населения. Врач ведь мог занести вместе с санитарным просвещением политическую „заразу“. На врача возлагалась чрезвычайно ограниченная задача: только лечить. Да и лечебная помощь была поставлена, в большинстве случаев, неудовлетворительно и не обеспечивала даже основные нужды в медпомощи трудового населения города.

Но вот грянула Октябрьская революция. Цепи, сковывавшие общественную медицину в дооктябрьский период, разорвались, спали. Те препятствия, которые стояли на пути развития общественной медицины в дореволюционное время и которые извратили намеченный ею путь развития, были в значительной степени устранены. Ставшие у власти трудящиеся массы стали строить свою систему советского здравоохранения, которая поставила перед собою для проведения в жизнь следующие основные задачи:

1) Организовать так дело здравоохранения, чтобы широким массам была не только обеспечена доступная квалифицированная медпомощь, но чтобы наряду с этим были проведены мероприятия, которые устранили бы причины, обуславливающие повышенную заболеваемость трудящихся масс, т. е. в первую голову ставилось оздоровление быта и труда населения. Говоря другими словами, не только лечить заболевания, но и предупреждать их.

2) Вовлечь в дело оздоровления быта и труда широких масс населения—само население,

Удалось ли советской медицине так построить аппарат здравоохранения, чтобы все составные части его вели к одной конечной цели—устранению причин, вызывающих заболевания трудового населения? Нужно признаться, что мы эту основную задачу еще не выполнили, мы только к ней теперь приближаемся. Действительно, что мы имеем на деле?

Начнем с города, которому больше всего было уделено внимания со стороны советского здравоохранения. Мы имеем здесь значительные успехи, о которых трудно было даже мечтать в дооктябрьский период.

Создана крепкая санитарная организация, развернута широкая сеть учреждений по охране материнства и детей, по борьбе с социальными болезнями, которые в большинстве своем выполняют основные принципы советского здравоохранения. Но основная часть советского здравоохранения—лечебная медицина, построена ли она так, что имеет возможность проводить в жизнь основные положения советской медицины? По какому пути пошла она в своем развитии?

Она пошла по пути повышения квалификации и специализации медпомощи населению, по пути максимального расширения своей сети и приближения лечущих учреждений к населению, большей их доступности для широких трудящихся масс. Несомненно, это—крупный успех. Но изменила ли лечебная медицина характер своей работы по сравнению с дооктябрьским периодом в соответствии с остальными основными положениями советского здравоохранения, имеет ли она возможность ставить перед собой задачи не только лечения больных, но и оздоровления тех условий, которые вызывают заболевания, сумела ли она вовлечь само население в дело его оздоровления?

К сожалению, мы этого констатировать не можем. Организационные формы лечебной медицины в настоящее время таковы, что она в выполнении этих основных задач еще не подошла. Действительно, чем отличается работа советской амбулатории от таковой до Октября? Да только тем, что эта амбулатория теперь ближе к трудовому населению, что она полнее обслуживает его нужды, что в этой амбулатории трудящийся может получить более квалифицированную, специализированную медпомощь. Но созданы ли организационные формы связи леч-амбулатории с широкими массами населения? Принимает ли врач в этих заведениях активное участие в намерении и проведении в жизнь мероприятий оздоровления быта и труда обслуживаемого им населения—этой основной предпосылки уменьшения заболеваемости его? Делаются ли попытки вовлечь население в дело его оздоровления? Нет. Принимает ли врач леч-учреждения участие в работе по повышению санитарной культуры широких масс населения? Лишь в очень ограниченных размерах. Устранено ли основное зло дооктябрьской амбулатории—самотек больных, когда к врачу попадают в большинстве случаев лица с далеко зашедшим хроническим заболеванием, когда врач уже бессилен даже при наилучших условиях что-либо сделать, чтобы восстановить здоровье больного, а лица с начальными формами заболевания при неостро-протекающих заболеваниях во-время к врачу не попадают?

Изменился ли подход амбулатории к больному? Имеет ли возможность врач воздействовать не только на отдельные симптомы обнаруженного им заболевания, но и сделать что-либо для оздоровления тех условий, которые это заболевание обуславливают? К сожалению, нет. Наша амбулатория организована так, что врач имеет возможность назначить больному только симптоматическо-медикаментозное, но не этиологическое лечение. Он бессилен что-либо сделать для устранения основных причин—вредных факторов среды, оказывающих влияние на здоровье обслуживаемых им индивидуумов, если бы он даже захотел что-либо в этом отношении сделать. Следует, однако, сказать, что еще и по сию пору значителен контингент врачей, которые не сознают всей необходимости социального подхода к больному, которые и по сию пору видят перед

собой не больного—продукт определенной среды, а абстрагированную болезнь с соответствующими симптомами, на которые они стараются воздействовать всем арсеналом доступных им медикаментов и не сознают необходимости пытаться устранить вредные, нездоровые условия быта и труда больного. В результате такого подхода к больному со стороны многих врачей и, что важнее всего, ввиду того, что организация лечебного дела не дает возможности ставить реально вопрос о социальной терапии больных, мы имеем колоссальную затрату сил и энергии со стороны лечеврачей при незначительном эффекте в смысле уменьшения заболеваемости населения. Неурегулированный ток больных в амбулатории, невозможность оказать больному социальную терапию, необходимость ограничиться только медикаментозным лечением приводят к тому, что больной, получив симптоматическое лечение, но оставленный в вредных условиях среды, исчерпав порошки и микстуру, давшие ему временное облегчение, часто только кажущееся, полагает, что болезнь не проходит потому только, что порошков или пилюль мало дали. Он ругает здравотдел, страхассу, врача и плетется еще и еще раз за порошками и микстурой в амбулаторию, а так как забота трудящихся о своем здоровье растет с каждым годом, то он ходит бесконечное число раз к врачу, меняет амбулатории в поисках лучшего врача, а ему и невдомек, что дело не в порошке и не во враче, а в том, что он остается под воздействием вредных факторов среды. Амбулатории загружаются этими хрониками донельзя. Несмотря на рост числа амбулаторий и врачей их обслуживающих, хвосты не уменьшаются, а увеличиваются. Это имеет место во всех крупных городах и в Казани, в частности. Так, в Москве общая посещаемость с 1922/23 г. по 1925/26 г. возросла в  $1\frac{1}{2}$  раза, по Московской губ. за 5 лет (с 1922 по 1926 г.) в 2,3 раза; на Украине за 3 года в 4,8 <sup>1)</sup>; в Казани за время с 1922 по 1927 г., т. е. за 6 лет—в четыре, а за время с 1923 по 1927 г.—в два раза. Чем это объяснить? Отнести это за счет ухудшившихся социально-экономических условий не приходится. Это, очевидно, результат, с одной стороны, резко повысившегося внимания населения к своему здоровью, расширения и большей доступности амбулаторной сети, все возрастающего доверия населения к специализированной амбулатории. Но, с другой стороны, здесь сыграло далеко не последнюю роль и то обстоятельство, что значительный контингент (по имеющимся данным много больше 50%) всех посещающих амбулатории—хроники, которые, получая только медикаментозное лечение, но оставленные в неизменной бытовой и трудовой обстановке, ходят без конца в амбулаторию, загружая ее сверх всякой возможности. Что это именно так, что посещаемость в амбулаториях растет, главным образом, за счет хроников, убежденных в том, что все их спасение в максимальном поглощении медикаментов, мы можем видеть из анализа данных роста первичной посещаемости, т. е. однократно зарегистрированной заболеваемости. Первичная посещаемость активно застрахованных по Казани возросла за время с 1923 по 1927 г. только на 38%, в то время как общая посещаемость возросла на 95%. Точно такую же картину дает и анализ посещаемости, первичной и об-

<sup>1)</sup> Данные взяты из работы д-ра Каца „Диспансерная система обслуживания населения“.

щей, для всего населения Казани, т. е. в основном рост общей посещаемости идет не за счет увеличивающейся заболеваемости, а за счет бесконечного посещения амбулаторий хрониками, не находящими там исцеления, несмотря на сравнительно высокую квалификацию и специализацию современных амбулаторий. Насколько часто посещают хронические больные амбулатории, можно видеть из того, что по Москве на одного застрахованного пришлось в год (1924/25 г.) 13,9 посещений, а на Украине на одного застрахованного—15,2 посещения при 2,6 заболеваний на одного застрахованного в Москве. Можно себе представить, что если на одного застрахованного в среднем приходится в Москве или Украине 13,9—15,2 посещения, сколько бы пришлось на одного хроника посещений, если бы мы выключили из статистики общей посещаемости застрахованных с острыми заболеваниями? Вне всякого сомнения, что тогда на одного хроника пришлось бы около 20 посещений в год, а для многих значительно больше. В Казани дело обстоит несколько иначе. И у нас, как и в Москве, приходится на одного активно застрахованного 2,65 заболеваний в год, но всего посещений на одного застрахованного приходится только 8. Из этого, конечно, не следует делать тот утешительный вывод, что у нас хроника скорее вылечиваются, чем в Москве или на Украине. Очевидно, наша амбулаторная сеть еще не столь доступна для населения, даже застрахованного, как в Москве, и если мы пойдем только по пути расширения нашей амбулаторной сети или числа работающих в ней врачей, то мы не только сумеем констатировать в ближайшие годы увеличение повторной посещаемости до размеров Москвы, но и ее перешагнем. Для этого пришлось бы увеличить число врачей почти вдвое, если даже не учитывать прирост населения, а если это сделано не будет, то на наши амбулатории будет давить все время бесконечный хвост хроников.

Итак, мы видим, что лечебная медицина, сделав за последние 10 лет крупнейшие успехи в смысле повышения квалификации лечебной помощи населению и в смысле роста специализации этой помощи, осталась той же в подходе к больному, что и до Октября. Самотек больных не устроен, не созданы необходимые формы связи с населением, ничего не сделано для того, чтобы привлечь население к делу его оздоровления, не созданы организационные формы, которые позволили бы врачу ставить реально вопросы оказания социальной помощи обслуживаемым больным и принимать активное участие в оздоровлении быта и условий труда населения. В результате этого мы имеем все возрастающую посещаемость амбулаторий, переполнение их хрониками. Стихийный, никем не регулируемый, рост посещаемости, отмеченный везде и повсюду, создает угрозу срыва квалификации медпомощи населению. Встает реально угроза кризиса лечпомощи. Эта угроза встает перед нами и в Казани. Ибо, как уже сказано выше, если нужно повысить число врачей в Казани почти вдвое, чтобы удовлетворить спрос на амбулаторную помощь, хотя бы до размеров этой помощи в Москве в 1925 году, то наш пятилетний план предусматривает увеличение числа врачей в ближайшие пять лет далеко недостаточное для удовлетворения растущего спроса на амбулаторную помощь. Нам, несомненно, предстоит пережить острый кризис лечпомощи в ближайшие же годы, ибо встать на путь беспредельного увеличения числа врачей и амбулаторий (в соответствии с ра-

стущим спросом на амбулаторную помощь) невозможно, т. к. это поглотило бы значительную часть бюджета здравоохранения.

Какой же выход мыслим из этого положения? Как должно планироваться дело здравоохранения в дальнейшем, чтобы избежать этот неминуемый кризис? Выход лежит в изменении характера работы лечебных учреждений и он дан в той системе обслуживания населения, которая была впервые введена в Москве четыре года тому назад, когда Мосздравотдел стал вплотную перед угрозой кризиса лечебной помощи населению, и которая получила название диспансерной системы обслуживания населения. В чем же сущность этой системы?

1) Основное отличие этой системы заключается в том, что все обслуживающие дело здравоохранения того или иного района лечебные и профилактические учреждения, ведущие в настоящее время работу изолированно друг от друга, увязываются в своей работе. Вместо существующего в настоящее время своего рода разделения труда, когда профилактические учреждения и организации ставят перед собой, в первую голову, задачи оздоровления обслуживаемого населения, а лечебные учреждения только задачи оказания лечебной помощи обращающимся больным—вместо этих разрозненных частей создается единая согласованная в своей работе система. При этой системе лечебные учреждения активно втягиваются в дело повышения уровня санитарной культуры и оздоровления условий быта и труда населения в целом и отдельных индивидуумов больных в частности. Конкретно говоря, при этой системе объединяются в одно целое и увязывают свою работу все тяготеющие друг к другу по территориальному или другому признаку лечебные учреждения, диспансеры, учреждения по охране матмлада, по ОЗД, санитарная организация и их вспомогательные учреждения (так назыв. „амбулаторное объединение“).

2) Вся эта система лечебных и профилактических учреждений, увязанная в своей работе, ставящая перед собой в числе других задачу оздоровления населения, оказалась бы беспочвенной, если бы не были созданы организационные формы связи с населением в виде комиссий оздоровления труда и быта при объединенных лечебно-учреждениях и отдельных частях этих объединений.

3) Для содействия комиссиям оздоровления труда и быта и лечебно-санитарным учреждениям в их работе по оздоровлению бытовых и профессиональных условий создаются на перифериях ячейки здравоохранения на предприятиях, при крупных жилтовариществах, общежитиях и т. д.

4) При объединенных лечебно-профилактических учреждениях создается сеть вспомогательных учреждений для оказания социальной помощи больным, а именно: ночные санатории, площадки, диет-столовые и т. д.

5) Диспансерная система позволяет сильно ослабить одно из основных зол современной амбулатории—самотек больных, стихийную никем нерегулируемую обращаемость. Достигается это тем, что при диспансерной системе обследуется постепенно, в определенном плановом порядке состояние здоровья наиболее важных коллективов населения (рабочие фабрик, заводов, школьники, служащие, члены семей рабочих и служащих). При этом обследовании вылавливаются не только лица с далеко зашедшими заболеваниями, но, что важнее всего, и лица с начальными проявлениями заболеваний, когда при правильном подходе к больному можно сделать многое для восстановления здоровья обследуемого. Эти

лица берутся на учет под постоянное диспансерное наблюдение и подвергаются периодически в плановом порядке повторному осмотру.

б) Диспансерная система обслуживания населения дает лечврачу возможность изменить свой подход к больному и не ограничиваться только медикаментозным лечением, но и оказывать ему необходимую социальную помощь (назначение в диетстоловую, ночной санаторий, пландаку, перевод на другую работу, содействие в оздоровлении жилища и т. д.).

Вот в основном сущность и содержание созданной 4 года тому назад в Москве системы диспансерного обслуживания населения. Оправдала ли себя эта система в опыте Москвы? Да. Приведем некоторые данные по Москве. Посещаемость амбулаторий, которая давала из года в год, начиная с 1922 года, большое нарастание как для всего населения, так и для застрахованных, дает в 1925 году лишь слабое нарастание, а с 1926 года дает на 100 застрахованных почти столько же посещений, что и в 1925 году. Чем объяснить эту стабилизацию посещаемости, буйный рост которой заставил Мосздравотдел стать на путь реорганизации всего дела здравоохранения в Москве и Московской губернии в 1923/24 году? Доктор Кац в своей работе: „Диспансерная система“ приходит к выводу, что „единственное объяснение стабилизации посещаемости застрахованных Москвы является диспансерная система обслуживания населения, которую Мосздравотдел проводит неуклонно с 1924 года“.

Но, конечно, реальная польза диспансерной системы не ограничивается только регулированием посещаемости и ее стабилизацией, но приводит, что важнее всего, к уменьшению заболеваемости населения. Это является результатом проводимых при диспансеризации мероприятий по оздоровлению условий быта и труда населения вообще и отдельных взятых под диспансерное наблюдение больных в частности.

Короче говоря, система диспансерного обслуживания населения,— лечебная медицина, оплодотворенная профилактикой,—дает наиболее ценные результаты в смысле уменьшения заболеваемости населения, что и является основной задачей здравоохранения. Почему же так туго, с таким трудом прививается эта система в жизнь? Да, эта система проводится с большим трудом не только у нас на периферии; она встретила значительное противодействие в начале своего проведения и в Москве, она подверглась жестокой критике со стороны многих инакомыслящих врачей в Ленинграде и других городах. Чем это объяснить? Нам кажется, что причины этого лежат, во-первых, в консерватизме как наших периферических руководящих организаций здравоохранения, так часто и врачебной массы; в том, что каждый человек, привыкший к определенной системе работы, к определенному подходу, не так легко переходит на другие рельсы работы. Ведь диспансерная система вносит революцию во всю систему здравоохранения в том подходе к больному, который вырабатывается у врача в высшей школе, а потом в течение ряда лет его практической деятельности. Врач не может, а часто и не хочет, приспособиться к новым методам работы. Ему они кажутся ненужным новаторством, никчемной реформой, бесплодной тратой энергии. Он противоставляет требованию перевода работы леч-заведений на диспансерную систему—имеющиеся хвосты больных. „Кто же будет обслуживать всю эту



массу больных, которые заполняют наши амбулатории и которых мы не успеваем обслужить? Это возражение против проведения в жизнь диспансерной системы мы слышим не только со стороны определенной группы лечврачей, но и от страховиков, которые основную задачу здравоохранения часто видят в максимальном обслуживании амбулаторной помощью застрахованных больных. Чем больше прошло застрахованных больных через амбулаторию здравотдела, тем лучше его работа! Они опасаются, что при введении диспансерной системы придется урезать число принимаемых застрахованных хроников, что могут иметь место случаи отказа в приеме застрахованного; а что может быть хуже этого, по мнению многих страховиков. Но мы видели выше, что диспансерная система является лучшим средством от этих хвостов и поэтому не это соображение может служить возражением против диспансеризации.

Вторым не менее важным препятствием является то обстоятельство, что проведение диспансерной системы обслуживания населения требует создания специальной сети вспомогательных учреждений (диетстоловые, ночные санатории, профилактории), для организации которых нужны средства, а последние не всегда имеются, тем более, что финорганы, страхкасса, конечно, скептически относятся к этим новым, еще не имеющим за собой давности учреждениям. Но тем не менее, несмотря на недоверчивое отношение одних, скепсис других и враждебное отношение третьих,—диспансерная система пробивает себе дорогу и постепенно завоевывает один район за другим, в частности в Казани, где в настоящее время уже созданы два амбулаторных объединения, закончена диспансеризация трех заводов и приступлено к диспансерному обследованию четвертого. Правда, диспансеризация проводится медленно. Попытка со стороны санорганизации переводить постепенно работу лечучреждений на новые рельсы встретила скептическое, недоверчивое, часто проницательное отношение не только со стороны лечврачей, вовлекавшихся в диспансерную работу, но и со стороны некоторых работников здравотдела. Но постепенно сознание необходимости перевода работы лечучреждений на новые рельсы начинает охватывать все больший круг врачей, и можно надеяться, что в ближайшие годы диспансерная система обслуживания населения получит право гражданства и у нас в Казани.

Но, если диспансерная система обслуживания населения оправдала себя в условиях города, то можно ли ставить вопрос о проведении этой системы в жизнь в условиях нашего села? Несомненно, да. Эта система не только может, но и должна быть проведена с определенной постепенностью и осторожностью и на селе; безусловно, она там частично уже дает и даст не менее благотворные результаты, чем в городе. История земской медицины тому порукой.

Действительно, чем должен был быть медицинский участок на селе по мысли лучших идеологов земской медицины? Ничем иным, как диспансерным пунктом, который ставит себе задачей не только оказывать лечебную помощь сельскому населению, но, в первую голову, оздоровить быт крестьянства при непрерывном активном участии последнего. Мы уже подробно останавливались выше на причинах обусловивших кризис земской медицины. Мы доказали, что крах этой идеи обусловлен был не тем, что сама идея была неправильной, а тем, что политическая обстановка противодействовала этому. Но теперь этот основной противодей-

ствовавший фактор устранен. Трудовое крестьянство строит свою жизнь на новых началах. Даны все возможности, чтобы приступить к постепенному оздоровлению крестьянского быта, и роль участка и участкового врача в этом оздоровлении должна быть велика. В отношении оздоровления села было бы непросчительной ошибкой ставить вопрос так: пусть эту работу возьмут на себя санитарные врачи, пусть этим займутся профилактики, дело же участкового врача—это лечить больных приходящих в амбулаторию, или лежащих в стационаре.

Как бы санитарная организация ни была усилена количественно на селе, она сама, без содействия участкового врача, без его активного участия, не сумеет справиться с этой задачей. Необходимо работу участка ставить так, чтобы участковый врач имел возможность постепенно, шаг за шагом проводить оздоровление быта, повышать санитарную культуру обслуживаемого населения. Правда, на селе еще больше, чем в городе, по этому пути лежат большие трудности и материального, и иного характера, но они могут и должны быть преодолены. Если же участок останется только лечебной ячейкой, если он откажется от профилактических задач, то тот кризис земской медицины, который разразился в довоенный период, обострится еще больше. Ибо нельзя думать, что наш участок, если бы даже число врачей на каждом из них было удвоено, сумеет удовлетворить все нарастающую посещаемость, которую мы констатируем везде и повсюду, и у нас в ТР в частности. Число посещений сельских амбулаторий Татарской Республики возросло за последние пять лет почти в два раза (190%) при недостаточном удовлетворении крестьянства лечебной помощью. В ближайшие годы мы должны ожидать значительного увеличения роста обращаемости крестьянства. И, если подход к больному, к обслуживаемому населению на участке останется тем же, каким он является в большинстве наших участков, не будут проведены меры к постепенному оздоровлению чрезвычайно вредных бытовых условий крестьянства, не будет поднят уровень его санитарной культуры, и если крестьянство будет и впредь верить только в могущество порошков и микстуры и не осознает необходимости наряду с пользованием порошками в микстурой изменить свой быт, то можно быть уверенным, что крестьянская масса захлестнет нашу амбулаторию. Посещаемость будет расти до бесконечности, квалификация медпомощи будет все понижаться, и врач будет в значительной части творить бесполезную или недостаточно полезную работу.

Единственный выход из положения—это наряду с укреплением нашего участка врачебными силами (дача второго врача на участок), наряду с обеспечением его необходимой материальной обстановкой, квалифицированным вспомогательным персоналом, средствами для разъездов, обеспечением врача нормальной в правовом отношении обстановкой—необходим перевод участка на новые рельсы лечебно-профилактической работы. Наш теперешний лечебный участок должен стать диспансерным пунктом, должен стать лечебно-профилактическим участком.

Но можно ли, действительно, сделать что-либо реальное для оздоровления села? Является ли это выполнимой задачей в условиях нашей экономически отсталой, низкой в культурном отношении деревни? Этот вопрос ставил перед собой еще в начале этого столетия проф. Капustin. В своем докладе на VIII Пироговском съезде он дает на этот

вопрос утвердительный ответ. Он подробно останавливается в своем докладе „Задачи гигиены в сельской России“ на тех конкретных мероприятиях по оздоровлению быта деревни, по предупреждению болезней, которые могут быть проведены в сельских условиях земским врачом. Если проф. Капустин на основании своего многолетнего опыта пришел к такому выводу в отношении возможности оздоровления нашей революционной русской деревни, то с тем большей уверенностью можем мы об этом говорить теперь, когда условия изменились к лучшему. Что возможности постепенного оздоровления деревни имеются, что это может с успехом выполнить участок,—показывает нам опыт Московской губернии, Украины и ряда других районов СССР.

Особенно большая работа по оздоровлению деревни проделана Московской губернией, где врач сельского участка <sup>1)</sup> не только активно помогает санитарной организации в деле проведения оздоровительных мероприятий общего характера, но где участковые врачи приступили практически к постепенному диспансерному обследованию обслуживаемого ими населения и к выделению из числа обследуемых больных, которые берутся на учет и постоянное диспансерное наблюдение.

Но даны ли такие возможности в других районах? Может ли медучасток, имея радиус в 10—20 верст и населения 20—30 тысяч человек и более, ставить реально вопрос о какой-либо работе, кроме чисто лечебной, да еще при наличии одного врача на участке? Посмотрим на опыт Украины. Этот опыт еще пока не обобщен, имеются разрозненные сведения по отдельным участкам, но эти единичные опыты показывают нам, как можно ставить дело при желании и соответствующем умении. Так, д-р Полинский в своих статьях „Опыт профилактической работы на сельском амбулаторном участке“ <sup>2)</sup> и „Сельский врач и социалистическое переустройство деревни“ <sup>3)</sup> приводит данные, которые показывают, что даже при одном враче на участке при радиусе в 12 верст, с 10.000 чел. обслуживаемого населения и 3 работниках среднего медицинского персонала, возможно развернуть большую профилактическую работу.

До 1926 г. участок вел исключительно лечебную работу и никакого участия в работе по оздоровлению обслуживаемого населения не принимал. С 1926 г. участок берет профилактический уклон в работе, и вот что он успел сделать за год: организованы санитарные комиссии при сельсоветах, которые в большинстве своем работали довольно активно, произведено санобследование колодцев, школ, части сельских дворов и приняты меры к устранению обнаруженных санитарных дефектов, обследовано 167 хат, проведена прививочная кампания ввиду угрозы scarlatinозной эпидемии (962 прививки), осмотрено 1082 школьника, проведено 80 лекций и бесед, на акушерку возложена обязанность не только оказывать помощь при родах, но и проведение патронажной работы.

Таковы успехи врачебного участка за год работы при правильно-взятом курсе и не менее отрядны результаты, к которым привела тесная связь врачебного участка с населением в течение его трехлетней работы на новых началах.

В своей статье „Сельский врач и социалистическое переустройство деревни“ д-р Полинский указывает не только на тот бурный культурный рост, который имеет место в нашей деревне, но и на изменение обстановки работы медицин-

<sup>1)</sup> «Труды I и II Профилактического съезда Московской губернии».

<sup>2)</sup> «Профилактическая медицина» № 11, 1927.

<sup>3)</sup> Ibid. № 1, 1929.

ского участка. Вместо амбулатории с одним врачом, плохо обеспеченным, имеется хорошо оборудованная больница на 10 коек, штат врачей увеличен до 2. Медперсонал обеспечен транспортом, медицинской литературой, хорошими квартирами. Отношение населения, а также РК-а и сельсоветов как к медперсоналу, так и его профилактической работе вполне удовлетворительное, в то время как с 1922 до 1926 г. сменилось четыре врача (взаимоотношения врачей с сельсоветами были очень обостренные).

На опыте работы этого участка мы видим, что даже при наличии только одного врача на участке возможно проделать сравнительно большую работу по оздоровлению села. Конечно, этот опыт постепенного перевода работы медучастка на рельсы лечебно-профилактической работы далеко не единичный. Д-р Горфин в своей статье „Охрана здоровья крестьянства за 10 лет“<sup>1)</sup> это подтверждает.

На основе анализа официальных данных, полученных в НКЗ РСФСР, и данных обследований РКИ по 20 губ., Горфин показывает, что за последнее время участки помимо обычной лечебной работы стали интересоваться санитарно-просветительной и обще-культурной работой на селе, вопросами охраны матмлада и детства и борьбы с социальными и бытовыми болезнями, стали активно работать по организации самодеятельности крестьянского населения в области здравоохранения. Осуществить эту работу на первых порах стало возможным благодаря тому, что целый ряд губерний и областей, как например, Орловская, Воронежская, Тамбовская, Самарская, Ярославская, Уральская, Чеченская и Адыгейская Автономные Области и Башкирская ССР, ввели везде на участках один обязательный «профилактический день» в неделю.

Как обстоит дело с проведением профилактического дня в Татарской Республике? По имеющимся в НКЗ отрывочным сведениям, очевидно, не совсем благополучно. Следует сказать, что до самого последнего времени обстановка работы в наших медучастках такова, что для развертывания профилактической работы представлялись большие трудности: радиус участка в среднем 22 версты, на одного врача приходится чуть ли не 30—40 тысяч чел. крестьянского населения, и, естественно, что весь рабочий день врача главным образом уходит на оказание неотложной помощи. Неблагоприятная материальная обстановка медучастка, отсутствие квалифицированного среднего медперсонала ограничивают возможности лечащего врача ставить работу участка на новые рельсы. Все это приводило и приводит к тому, что участковый врач очень часто вынужден, даже при наличии самых лучших порывов изменить свою работу в сторону большого осуществления профилактических начал—ограничиваться только оказанием первой помощи больным и исключительно медикаментозным лечением. Но, несомненно, что далеко не последнюю роль в сохранении нашим участком старой установки работы сыграло не только тяжелое материальное положение и другие неблагоприятные условия его работы, но и чисто лечебная установка значительной части наших участковых врачей, у которых часто не хватает инициативы, твердости ставить и настойчиво проводить в жизнь мероприятия по оздоровлению не только своего участка, но даже того села, в центре которого расположен участок. Отчеты санврачей показывают, что в тех участках, где врач оказывался достаточно энергичным, профилактический день привился и дает, несомненно, хорошие результаты (обследование источников водоснабжения, осповивание, санпросветработа, консультация матерей и т. д.).

<sup>1)</sup> Сборник: «10 лет Октября и советской медицины».

Каковы ближайшие перспективы? Несомненно, что ближайшие годы будут решающими. Внимание, которое уделяется в последнее время деревне, является гарантией того, что намеченный пятилетний план развертывания сельской сети будет осуществлен. По этому плану предполагается довести, в кантонах Татарской Республики в ближайшие годы, количество населения обслуживаемого одним врачом с 38.000 человек до 9—10 тысяч. Ряд наших мед-участков получит второго врача. Большинство участков укомплектуется более квалифицированным средним медперсоналом, и тогда, несомненно, удастся профилактическую работу участка расширить.

Но должны ли мы согласиться с тем, чтобы до того времени на нашем мед-участке совершенно не велась профилактическая работа? Нам кажется, что даже в настоящее время необходимо ставить на медучастке работу так, чтобы по мере сил и возможности участок наряду с чисто лечебной работой проводил и работу по оздоровлению быта села и по проведению предупредительных мероприятий. Да и сама работа по оказанию лечебной помощи отдельным больным должна быть по мере возможности увязана с оздоровлением его быта.

В заключение дадим ответ на поставленные выше вопросы. Существует ли грань между профилактической и лечебной медициной, нужно ли устанавливать процентную норму для той и другой, верна ли точка зрения многих лечврачей, что их задача только лечить болезни, а задача оздоровления среды, предупреждения заболевания—это дело только профилактиков?

На эти вопросы мы, на основании всего сказанного, даем категорический ответ—между профилактической и лечебной медициной не должны быть устанавливаемы никакие грани. Они должны быть увязаны между собой, лечебная медицина должна быть пропитана, импрегнирована профилактикой. Задача оздоровления быта и труда, как индивидуума, так и целого коллектива, лежит не только на враче профилактики, но и на лечвраче. В синтезе лечебной и профилактической медицины—залог нашего успеха в борьбе с заболеваемостью.

---

Из Патолого-анатомического института Казанского университета.

## **К вопросу об учащении случаев тромбоза и эмболий в последнее время.**

**Проф. И. П. Васильева.**

В самые последние годы в иностранной литературе появился ряд сообщений о значительном увеличении за истекшие 3—10 лет случаев тромбоза и эмболий вообще и в частности смертельных эмболий легочной артерии. Это увеличение, по данным некоторых авторов (Fahr) принявшее угрожающие размеры, подчеркивается не только со стороны клиницистов—хирургов, гинекологов, акушеров и интернистов [Watson (1923, 1924), Linhardt (1926), Kappis (1926), Oehler (1926), Rost (1927), Noordmann (1927), Kübler (1927), Reye (1927), Schönbauer (1927), Hegler (1927), Flörcken (1927), Martini