

Где возможно, должны быть организованы б-цы-ВУЗ'ы, сколько выявляется нужда во врачах. А потребность в них будет раст по мере увеличения культурных запросов в связи с ростом общего благосостояния. Некоторые крупные столичные б-цы не уступают в смысле возможностей (материала, преподавателей и пр.) ряду провинциальных мединститутов.

Одним из образцов таких б-ц является б-ца им. Семашко в Москве, где уже имеются многие и могут бы созданы все предпосылки для организации еще в 1932 г. больницы-ВУЗ'а.

Из Терапевтической клиники Одесского института для усовершенствования врачей (директор проф. С. А. Гроссман) и 3-й Клинической (старший врач И. Е. Голубовский).

Рационализация больничного питания.

И. Е. Голубовского и И. М. Фунт.

„Решающие успехи в области строительства СССР, культурный рост масс и втягивание членов рабочей семьи в производство, в связи с полной ликвидацией безработицы, ставят перед потребкооперацией задачу постепенного переключения продовольственного снабжения с форм индивидуального потребления на общественное питание, как первое условие перехода от мелкого, одиночного домашнего хозяйства к крупному, обобществленному“.

На основании этого постановления ЦК партии и правительства органам Здравоохранения пришлось решительно перестроить свою профилактическую работу, реально включиться в дело улучшения общественного питания путем установления строгого контроля за качеством пищи, санитарным состоянием в цехах общественного питания, втягивая широкие массы рабочей общественности. Одновременно на органы Здравоохранения возложена была ответственная задача по подготовке санитарно-пищевых медкадров. Этими путями Советское Здравоохранение должно включиться в активную работу и непосредственное участие по выполнению 5-тилетнего плана социалистической стройки в 4 года.

В то время как самое серьезное внимание было уделено органами Здравоохранения и широкими общественными массами вопросам реорганизации общественного питания на производстве, вопросы больничного питания—одной из существенных и ответственных форм общественного питания—к сожалению, до сих пор остались вне поля зрения и заслуженного внимания со стороны органов Здравоохранения, широких медицинских масс и рабочей общественности. Это обстоятельство привело к тому, что рациональное больничное питание, а тем более лечебное питание до сей поры в большинстве больниц всего Союза, и в частности в Одессе, недостаточно научно организовано. До сих пор вопросы рациональной и лечебной кулинарии, в условиях больниц, не получили своего единого правильного разрешения. Поэтому точно так же, как в современных условиях рационализация общественного питания выдвиг-

гается в качестве ответственной политической задачи, так и рационализация больничного питания выдвигается нами, как ответственная политическая и научно-практическая проблема. Успешное разрешение этой проблемы, несомненно, окажет большую роль в деле скорейшего оздоровления временно-нетрудоспособных производственных кадров.

Современная клиника строит свою учебную работу тем рациональнее, продуктивнее и научнее, чем больше удельный вес лечебной больницы в арсенале оздоравливающих мероприятий клиники. „Диететика сделалась такой же важной составной частью врачебного искусства¹⁾, как и пользование лекарствами, по моему даже более значительной и мощной. Даже мази дерматологов, нож хирургов и физиотерапевтические процедуры утеряли часть своего самодовлеющего значения. Нет сомнения, что развитие диететики пойдет дальше“ (Ноорден). Ясно, что вопросы, связанные с реорганизацией больничного питания, чрезвычайно актуальны и требуют скорейшего разрешения. Обследование постановки больничного питания в Одессе, по инициативе секции Охраны здоровья Горсовета, убедительно показало, что эта область немедленно должна быть коренным образом реорганизована на базе современных научных данных. Вот основная задача, поставленная на разрешение Терапевтической клинкой Государственного института усовершенствования врачей г. Одессы. В результате обследования выявлено было, что принятые в одесских больницах схемы питания резко отличаются в различных больницах как по количеству диет, так и по названиям, не имея по существу строго-научного обоснования.

Так, в 3-й Совнарбольнице до рационализации больничного питания было 5 диет: 1) слабая, 2) диетная, 3) молочно-растительная, 4) бессолевая, 5) общая. Во 2-й Совнарбольнице были следующие диеты: 1) общая, 2) для лихорадящих больных, 3) для выздоравливающих, 4) поносная, 5) для больных с отеками первая, 6) для больных с отеками вторая, 7) первая язвенная, 8) вторая язвенная, 9) после операции геморроя, 10) первая после операции над желудком, 11) вторая после операции над желудком, 12) третья после операции над желудком, 13) четвертая после операции над желудком, 14) первая родильная, 15) вторая родильная, 16) туберкулезная общая, 17) туберкулезная слабая, 18) туберкулезная поносная, 19) костно-туберкулезная общая, 20) костно-туберкулезная слабая и, наконец, 21) костно-туберкулезная поносная. В железнодорожной больнице: 1) общая, 2) первая слабая, 3) вторая слабая, 4) третья слабая, 5) первая особая, 6) вторая особая, 7) первая послеоперационная, 8) вторая послеоперационная, 9) колитная и 10) дехлорированная.

1-я Совнарбольница, как исключительно инфекционная, нами не обследовалась.

Из приведенных перечислений ясно, что при составлении схемы диет ни одна больница не учитывала современных научных достижений в области рационального и лечебного питания. Ни в одной больнице не оказалось отдельной диететической кухни или же выделенной части общей кухни для изготовления лечебного питания. По этому вопросу до настоящего времени и на западе нет единодушия во взглядах. В то время как Вирт, Боас, Корани утверждают, что каждая больничная кухня должна быть в целом диететической кухней, Ноорден, Штраус,

¹⁾ Взгляд Ноордена на медицину, как на „искусство“ не может быть нами разделяем. Мы считаем медицину комплексом наук, развитие коих не дает в данный момент возможности исчерпывающе разрешить все медицинские проблемы. Медицина не „искусство“, а наука.

Шмидт, Брауер являются сторонниками системы двух кухон в больнице: центральной и диететической, работающей совершенно самостоятельно и независимо от центральной. Далее, Бройнинг, Гудценд считают, что в каждом отделении должна быть своя диеткухня для обслуживания больных только этого отделения. Наконец, Маттес допускает централизацию общей кухни и диетной, отводя для последней изолированное помещение, соединенное окошком с общей кухней; он исходит из того положения, что диетная кухня может свободно использовать полуфабрикаты, производимые общей кухней.

В результате изучения возможностей для рационализации больничного питания мы сочли наиболее приемлемой форму одной центральной кухни, превратив ее в диететическую. Такого рода реорганизация больничного питания требует того, чтобы во главе больничной кухни стояла знающая хорошо лечебное питание сестра-хозяйка; шеф должен хорошо знать кулинарную обработку лечебных блюд, отвечая за качество продукции. В каждом отделении должна быть сестра-диететичка из палатных сестер, хорошо знакомая с лечебной кулинарией и лечебным питанием, осуществляющая связь между врачом, назначающим ту или иную диету, и кухней. Этого, к сожалению, нет ни в одной одесской больнице. Обычно хозяйки кухон не знают рациональной, а тем более лечебной кулинарии, повара же обнаруживают полное незнание элементов лечебной кулинарии. Общий режим на кухне, проработка меню, норм набора, раскладок, контроль за работой кухни должны осуществляться больничным Советом по вопросам питания, в каковой входят врачи отделений, сестры-диететички отделений, завхоз, кладовщик, хозяйка кухни, повара и представитель больничной администрации; меню вырабатывается на пятидневку с таким расчетом, чтобы не было повторения одного и того же блюда. Раскладки меню должны обязательно отражать сезонность продуктового рынка с учетом количественной, качественной и витаминной ценности пищевого набора. Всякое изменение в обработке продуктов, помимо принятой диетсоветом здравинспекции, должно быть предварительно проработано и утверждено больничным Советом по питанию. Итак, рационализация системы управления центральной диеткухни требует обеспечения больниц кадрами сестер-диететичек и кулинаров по лечебному питанию, которые должны быть подготовлены из существующих кадров больницы. Центральная больничная кухня должна быть инвентаризирована так, чтобы шеф мог производить по крайней мере элементарную обработку пищи, согласно принципам лечебного питания. Ни в одной больнице пища не готовилась на пару, ни в одной больнице не оказалось бани для варки на пару, мясорубки не приспособлены к тонкому помолу мяса, ибо нигде не оказалось мелкой решетки. В нашей больнице мы ввели формочки для блюд на одного человека в виде тарталеток, имея в виду не только оформление блюда, но и возможность контроля получения больным полагающейся ему порции полностью. Оборудовав центральную кухню, нам пришлось изменить и схему диет, ибо существование центральной диетной кухни возможно лишь при условии минимальной ее загрузки разнообразными индивидуальными блюдами и минимальном количестве диет. Это достижимо с помощью введения принципа группового питания по тем или иным признакам. Так, проф. М. Певзнер, впервые введший в СССР этот метод для массового обслуживания

больных лечебным питанием, предложил группирование больных по органопатологическим признакам, создав соответствующие диеты для каждой болезни: печеночная, язвенная, колитная, почечная, сердечная и т. д. Против этого принципа резко восстает Ноорден; который заявляет: „Мы хотим и должны лечить больного, а не болезни“. Далее говорит Ноорден: „Мы не знаем ни одного определенного, строго ограниченного вида стола, соответствующего определенной болезни“. Ноорден является сторонником строго индивидуальной диеты для каждого больного. Но строгая индивидуализация Ноордена в области диететики вытекает из его буржуазной идеологии частного-практикующего врача. „Врач“—говорит Ноорден—„вне больницы, в частной практике, всегда имеет дело только с отдельным больным“. Советская же медицина строит систему здравоохранения с целью оздоровления широких масс трудящихся и, естественно, что в противовес буржуазному, строго индивидуальному лечению был выдвинут принцип группового питания. В наших условиях мы осуществили принцип группового питания, но основанный не на органопатологической дифференцировке, а на учете расстройств обмена веществ, ферментации и усвоения при различных заболеваниях в сочетании с необходимостью локального, механического, термического и химического щажения.

Поэтому мы ввели следующую схему диет:

- 1) Диета без ограничения белков, жиров и углеводов;
- 2) „ с ограничением белков;
- 3) „ „ углеводов;
- 4) специальная диета.

Первая диета подразделяется на:

- a) строго щадящую механически, термически и химически;
- b) щадящую механически, термически и химически;
- c) щадящую только механически;
- d) общую диету—рациональный стол.

Вторая и третья диеты по указанию врача могут изготовляться механически и химически щадящими.

Специальная диета объединяет больных, рацион коих вообще невозможно уложить в какую-нибудь схему, например: диабет. Помимо центральной кухни в больнице организован буфет для выдачи продуктов, не нуждающихся в специальной кулинарной обработке, например: яйца, масло, молоко, сметана, сахар, бульон. Больные с уремией, язвой желудка, сопровождающейся кровавой рвотой, с острым приступом аппендицита, с резчайшей декомпенсацией сердца, после операций геморроя, с дизентерией, в течение первых 3—5 дней получают питание из буфета.

Диета первая А объединяет следующих больных: острые язвы желудка в течение 5—15 дней после остановки кровотечения, и предварительного 3—5 дневного питания из буфета. Послеоперационные больные: после резекции желудка, гастроэнтероанастомоза, аппендицита, после операции геморроя, питавшиеся предварительно 3—5 дней из буфета; больные после лапаротомий, с пилорическим и стенозирующим tumorом или язвой в течение 5—15 дней также объединяются этой диетой.

Первая В объединяет: больных с язвой желудка и послеоперационных желудочных больных, септических, хирургических и терапевтических больных, лихорадящих соматических больных, с циститами, пиелитами и нефролитиазом со щелочной реакцией мочи, с кислыми катаррами желудка в последующие 1½—2 декады после диеты первое А.

Первая С объединяет больных с ахилией, пернициозной анемией (печенка), геморроем после первой А, аппендицитом после первой А, лежащих соматических больных, больных с субфебрильными температурами.

Первая D объединяет больных, не нуждающихся в лечебном питании: глазных, ходячих ушных и хирургических, часть нервных больных, с плевритами

при нормальной температуре, с болезнями крови и хроническими гинекологическими заболеваниями, с компенсированными пороками сердца и некоторых артритиков.

Вторая диета объединяет больных с почечными заболеваниями, печеночных больных, с декомпенсированными пороками сердца, с застойными явлениями, склеротиков, гипертоников, базедовиков, ревматиков с нарушением белкового обмена, больных с циститом, пиелитом, нефролитиазом с кислой реакцией мочи, подагриков, больных с мочекислым диатезом, с гнилостной диспепсией, свинцовой коликой и дизентерией—после буфета.

Третья диета объединяет больных с бродильной диспепсией, фосфотурией, с ожирением ревматиков с нарушенным углеводным обменом.

Четвертая диета объединяет диабетиков.

Эти четыре диеты дают полную возможность, отказавшись от органо-патологической установки, обслужить рационально самый разнообразный контингент коечных больных в любой большой больнице, не загружая одновременно кухни изготовлением обилия блюд, а отделения выпиской сложных порционных требований.

Необходимо отметить, что при составлении 4-й диеты должны быть по возможности использованы блюда, входящие в состав остальных диет, при составлении же остальных диет по возможности использовать одни и те же ингредиенты в течение дня. (Образец меню на 5-ти дневку см. в таблице стр. 400).

Для проведения в жизнь реорганизации больничного питания необходим ряд условий, без коих никакие предложения не могут быть выполнены. Основное условие — составление суточного набора на одного больного по строгим нормам, имея в виду обеспечение химико-биологической ценности набора. Это осуществимо лишь тогда, когда между лечущими учреждениями и соответствующими снабжающими организациями будут установлены строгие договорные обязательства, гарантирующие своевременную доставку строго кондиционных продуктов по набору как дефицитных, так и недефицитных. Лечущие учреждения должны изучить средний контингент больных с целью определить среднее процентное соотношение различных диет и на основании полученных данных заключить договор со снабжающими организациями с указанием кондиционности продуктов. В условиях больницы мы считаем 9% больных, находящихся ежедневно на голоде: до операции, 1—3 дня после операции, голодные дни диабетиков, уремия, язвенные больные с кровотечением и т. д. Более приемлемым на данном этапе является централизованное снабжение всех больниц, что не противоречит проводимому переходу на хозрасчет как больниц, так и отделений внутри больниц. В дальнейшем каждое лечебное учреждение должно реорганизовать свое хозяйство таким образом, чтобы стать вне зависимости от снабжающих организаций путем создания собственной продуктовой базы. Этот наиболее правильный путь частично облегчит разрешение проблемы снабжения лечущих учреждений больших городов.

Совершенно недостаточное внимание во всех обследованных больницах уделяется транспорту внутреннему и внешнему. Ни в одной больнице мясо не доставляется в закрытом, обитом оцинкованным железом фургоне, а заворачивается в брезент и перевозится на той же подводе, на которой перевозят разные продукты, нередко имеющие специфический запах. Каждая больница должна иметь либо ящики, обитые оцинкованным железом, либо закрытый оцинкованный фургон для перевозки

В п т а м и н ы: картофельный сок.

I завтрак	200,0 молока.	200,0 молока. 100,0 сухарей (на весь день).	1 стакан кофе с молоком. 300,0 белого хлеба. 100,0 черного 25,0 сахару.	1 стакан кофе с молоком. 400,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 300,0 черствого белого хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 100,0 белых сухарей (на весь день). 20,0 сахару.
II завтрак	200,0 молока. Суфле из 2-х яиц.	Взбитое картофел. пюре с маслом.	Картофельн. пуддинг со сладким соусом.	Овощной винегрет.	Картофельн. пуддинг со сладким соусом.	Суфле из 2-х яиц.
Обед	Слизистый перловый суп на молоке с маслом. Желтый молочный кисель.	Протертый перловый суп с маслом. Паровые мясные котлеты с картофел. пюре. Протертый фруктовый компот.	Протертый суп перловый с маслом. Жареные мясные котлеты с картоф. пюре. Фруктовый протертый компот.	Мясной суп с перловой крупой. Котлеты жарен. с картофел. пюре. Фруктовый компот.	Суп перловый протертый с маслом. Вермишелевый пуддинг со сладким соусом. Фруктовый протертый компот.	Мясной бульон. Паровые котлеты с соусом—масло. Фруктовый протертый компот из груш.
Ужин	Слизистый перловый суп на молоке с маслом.	Перловая каша размазня, взбитая на молоке, с маслом.	Картофельное пюре на молоке. Компот.	Картофельное пюре. Компот.	Картофельное пюре с маслом. Компот.	Кнели из мяса. Компот протертый.

Витамины: картофельный сок.

Третий день меню.

	I A	I B	I C
I завтрак	200,0 молока.	1 стакан чаю с молоком. 100,0 сухарей. 25,0 сахару.	1 стакан чаю с молоком. 300,0 черствого белого хлеба. 100,0 черного хлеба. 25,0 сахару.
II завтрак	200,0 молока. 20,0 масла.	Ячневая каша размазня с маслом на молоке.	Овощные оладьи с маслом.
Обед	Суп слизистый маннй на молоке с маслом. Снежки.	Маннй суп на слабом овощном отваре. Овощное суфле на пару. Фруктовый кисель.	Суп маннй на крепком овощном наваре. Овощной запеченный пуддинг. Фруктовый кисель.
Ужин	Молочный маннй суп с маслом.	Маннй воздушный пуддинг со сладким соусом.	Маннй воздушный пуддинг со сладким соусом.

Четвертый день меню.

I завтрак	200,0 молока.	2 стакана чаю с молоком. 100,0 белых сухарей. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 300,0 черствого белого хлеба. 100,0 черного хлеба. 25,0 сахару.
II завтрак	200,0 молока. 1 яйцо.	Овсяная протертая каша на молоке с маслом.	Овсяная протертая каша на молоке с маслом.
Обед	Слизистый овсяный суп с маслом. Кисель фруктовый.	Протертый овсяный суп на овощном бульоне. Паровой мясной пуддинг с соусом—масло. Фруктов. кисель.	Борщ на мясном бульоне протерт. Жареные котлеты с картофелем. пюре. Фруктов. компот.
Ужин	Слизистый овсяный суп на молоке с маслом. Молочный кисель.	Омлет-суфле из 1½ яиц. Фруктов. кисель.	Лапшевник. Фруктов. компот.

	I D	2-я диета	3-я диета
I завтрак	1 стакан чаю. 400,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 300,0 черствого белого хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 100,0 сухарей. 20,0 сахару.
II завтрак	Овощные оладьи с маслом.	Ячная каша размазня с маслом.	Яичница из двух яиц.
Обед	Французск. суп. Морковные оладьи под красным соусом. Фруктовый компот.	Суп маннй на овощном наваре. Воздушный маннй пуддинг под сладким соусом. Фруктовый кисель.	Маннй суп на овощном наваре. Омлет-суфле из 1½ яиц. Грушевый кисель.
Ужин	Капустные шницеля. Компот.	Маннй суп на воде с маслом.	Творожное суфле.
I завтрак	1 стакан чаю. 400,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 150,0 сухарей или 300,0 хлеба бел. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 100,0 сухарей. 20,0 сахару.
II завтрак	Паштет из селедки.	Овсяная протертая каша с маслом.	Паштет из печени.
Обед	Мясной бощ. Беф строганов. Фруктов. компот.	Протертый овсян. суп на овощном бульоне. Картофельн. пуддинг. Фруктов. кисель.	Мясной бульон с белковыми червячками. Паровой мясной пуддинг с соусом—масло. Кисель фруктовый.
Ужин	Лапшевник. Фруктов. компот.	Картофельн. пюре с маслом. Фруктов. кисель.	Омлет-суфле из 2-х яиц. Фруктов. кисель.

Витамины: морковный сок.

Витамины: картофельный сок.

	I А	I Б	I С
I завтрак	200,0 молока.	1 стакан чаю с молоком. 200,0 белых сухарей. 25,0 сахару.	1 стакан чаю с молоком. 300,0 белого хлеба. 100,0 черного. 25,0 сахару.
II завтрак	200,0 молока. 1 яйцо. 20,0 масла.	Протертая пшенная каша на молоке с маслом.	Протертая пшенная каша на молоке с маслом.
Обед	Слизистый пшенный суп на молоке с маслом. Омлет-суфле из 1½ яиц. Фруктов. кисель.	Протертый пшенный суп на овощном наваре с маслом. Протертая кабачковая каша на молоке с маслом. Фруктовый кисель.	Протертый пшенный суп на овощном наваре с маслом. Кабачковые оладьи. Компот фруктовый.
Ужин	Слизистый пшенный суп на молоке с маслом. Фруктовый кисель.	Овощное суфле. Фруктов. кисель.	Овощной пуддинг. Фруктов. компот.

мяса. Кроме того желательно, чтобы при получении туш с бойни каждая туша помещалась в отдельный мешок, затягивающийся поверх туши. Это мероприятие необходимо для того, чтобы исключить возможность загрязнения одной туши другой при перевозке. Перевозка хлеба должна производиться в ящиках с таким расчетом, чтобы хлеб лежал в один ярус, покрытый чистым брезентом.

Внутрибольничный транспорт пищи из кухни в отделение оказался во всех больницах однотипным: вареная пища переносится в открытых кастрюлях или ведрах санитарками отделений, каковой способ несколько не предохраняет пищу от быстрого охлаждения и возможного загрязнения. Поэтому мы полагаем, что в каждой больнице должна быть при каждом отделении своя закрытая коляска, в которую можно в два яруса поставить кастрюли с первыми, вторыми, третьими блюдами. Желательно, чтобы стены коляски были слабо теплопроводны, что осуществимо с помощью соответствующей прокладки деревянных или пробковых опилок между двойными стенками коляски. Это мероприятие даст полную возможность получать больному соответствующей температуры и вкуса пищу.

При обследовании всех больниц оказалось, что ни в одной больнице вопросы рационального холодильного хозяйства не разрешены. Всюду мясо и молочные продукты хранятся в погребах-ледниках, которые зимой набиваются льдом, причем мясо обычно лежит на брезенте или рогоже, покрывающей лед, мясо же сверху не всегда прикрывается брезентом или рогожей. То же касается и коровьего масла. Поэтому, считая такую форму хранения мясных и молочных продуктов неприемлемой, мы

	I D	2-я диета	3-я диета	Витамины: бураковый сок.
I завтрак	1 стакан чаю. 400,0 черного хлеба. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 150,0 сухарей белых или 300,0 хлеба белого. 25,0 сахару.	1 стакан чаю. 100,0 белых сухарей. 25,0 сахару.	
II завтрак	Пшенная каша с жиром.	Каша пшенная размазня на воде с маслом.	2 яйца в смятку.	
Обед	Пшенный суп. Плацинды с кабачком. Компот фруктовый.	Протертый пшенный суп на овощном наваре с маслом. Протертая кабачковая каша с маслом. Грушевый кисель.	Овощной бульон с пшенной слизью. Сырники на пару. Грушевый компот	
Ужин	Винегрет. Компот.	Овощное суфле. Фруктовый кисель.	Творог со сметаной. 1 стакан чаю.	

предлагаем в леднике погребе оборудовать железо-бетонную холодильную камеру, в которой мог бы сохраниться 5-ти дневный запас мяса в виде туш в висячем положении; в этой же камере должна быть оборудована изолированная камера для молочных продуктов: масла, молока и сметаны. На кухне должен быть железо-бетонный ларь со спускным краном для талой воды, рассчитанный на хранение лишь однодневного запаса скоропортящихся продуктов, причем лед в этих ларях должен быть строго изолирован от пищевых продуктов.

В то время как в постановлении ЦК ВКП(б) отмечено, что бракераж является одним из могущественных методов борьбы за качество пищи, организацию четкого контроля, бракераж в больницах отсутствует, за исключением пробы дежурным врачом готовой пищи. Такого рода бракераж далеко не может удовлетворить рациональную, а тем более лечебную кухню. Мы считаем, что бракераж должен осуществляться как в момент доставки сырья в больницу, так и в не менее обязательном порядке при поступлении сырья на кухню. Органолептическая проба готовой пищи должна составлять последний этап бракеража перед поступлением пищи к больному. Контрольные пробы должен отбирать и направлять в лаборатории дежурный врач по больнице, обязанный присутствовать при приемке кладовщиком привезенного сырья, при поступлении сырья на кухню, закладке в котел и при выдаче пищи. Не реже одного раза в месяц в обязательном порядке необходимо производить полный анализ суточного рациона пищи по каждой диете. Как было в начале указано, ни в одной больнице, несмотря на широкие возможности, не оказалось хорошо оборудованной и инвентаризирован-

ной кухни. Так, механизация в большинстве больничных кухон почти отсутствует, имеющаяся весьма бедная аппаратура либо бездействует, либо требует капитального ремонта. Ни в одной больнице не оказалось мелкой решетки для мясорубки, нет мельниц для дробления круп, овощерезок, протирочных машин, мраморных ступок; во всех кухнях мелкий инвентарь совершенно не рассчитан на специальную обработку мяса, овощей и др. продуктов. Дефекты оборудования, по нашему мнению, обусловлены недостаточным вниманием со стороны администрации больниц к этому вопросу, недостаточными требованиями, предъявляемыми врачами к кухонной продукции, непониманием большинством поваров задач и средств лечебной кулинарии. При мобилизации внутренних ресурсов в любой больнице можно установить минимум аппаратуры, нужной для рациональной лечебной кулинарии. Эти моменты выдвигают во всю ширь необходимость разрешения вопроса о кулинарных кадрах. Поэтому необходимо создать курсы по переквалификации поваров и сестер-диетичек.

Необходимо остановиться на ряде предложений по вопросу использования отходов, рационализации кулинарной обработки пищи в больничных кухнях и улучшения сервировки и подачи блюд больному. Во время обследования обнаружено было, что как мясо, так и овощи длительное время вымачиваются в воде перед поступлением в котел, причем промывные воды выливаются. Мясо обычно разрезается до мойки, а затем нарезанные куски опускаются на срок 2—3 часа в воду, кости рубаются на крупные куски, а затем вымачиваются в воде. Такая последовательность в обработке мяса совершенно недопустима, так как предварительно невымытая туша нередко при перевозке и хранении может подвергнуться быстрому разложению, оставаясь в стоячей воде в продолжении 2—3 часов, и выщелачиванию. Кости также загрязняются при рубке до мойки. Поэтому необходимо строго установить последовательность процессов при разделке мяса в таком порядке: мойка туши в проточной воде или лучше окатывание ее из шланга, вытирание насухо, разделка, мойка костей до дробления, мелкое дробление костей. Эти мероприятия дадут возможность максимально использовать питательные свойства костей при выварке из них бульонов, мяса и овощей. Повторного вываривания костей для бульонов ни в одной больнице не практикуется. Вторичное вываривание костей идет обычно на изготовление соусов для обедов следующего дня, после чего кости выбрасываются. Учитывая, что мясо является ценным продуктом, необходимо наладить во всех больничных кухнях по крайней мере трехкратное вываривание костей для бульонов, одновременно указав на обязательность мелкого их дробления. Картофель и др. овощи, как правило, во всех больницах дают до 40% отходов, длительно вымачиваются в воде после очистки, теряя огромное количество солей, причем эта вода также выливается, тогда как воды, в которых вымачиваются овощи, должны быть использованы в качестве основы для бульонов и соусов. Это мероприятие должно сохранить полноценность овощей при кулинарной их обработке. То же относится и к предварительной обработке круп. Нигде нет крахмало-ловителя и жира-ловителя, в то время как организация их очень примитивна и дает возможность использования отходов.

В целях увеличения оборачиваемости койки и возможно скорейшего возвращения больного к станку, необходимо принять одну и ту же схему диет как для больниц, так и для цехов лечебного питания, для последних в упрощенной форме. Это мероприятие даст возможность без перерыва продолжать на производстве незаконченное в больнице лечение и закреплять достигнутый в условиях больницы терапевтический эффект.

При обработке фруктов обычно корзинки и шелуха выбрасываются, в то время как из них можно получить хороший навар для сладких соусов или киселей. Проведение в жизнь перечисленных указаний, несомненно, даст большой экономический эффект при условии жесткого бюджета койко-дня питания больного. Обычно обработка пищи в больничных кухнях, сопровождающаяся длительным кипячением в открытых котлах, приводит к почти полному уничтожению витаминов. Поэтому необходимо обязательно ввести, как правило, добавление к готовым жидким блюдам в отделениях, при раздаче пищи, сырых овощных соков в количестве 1—2 чайных ложек на тарелку, поручив эту работу сестре-диететичке отделения, обязанной присутствовать при раздаче обедов.

Наконец, необходимо отметить полное невнимание администраций больниц к вопросу сервировки и подачи еды. Обычно пища подносится на железной или эмалированной тарелке, небрежно положенная, вилок и ножей нет, ложки железные, нередко плохо луженые. Такая сервировка, понятно, не может активировать нередко пониженный аппетит больного; в то же время при очень небольших затратах можно ложки, вилки получить и иметь фарфоровую посуду. Пища разносится по палатам не только лежащим, но и ходячим больным. Это обстоятельство приводит к загрязнению палат, а в летнее время к большому скоплению мух. Поэтому необходимо при каждом отделении организовать столовую для ходячих больных, снабдить эти столовые при отделениях приличной посудой по одному комплекту для каждого больного. Эта сторона обслуживания больного должна привлечь внимание как лечащих врачей, так и администрации больниц.
