

указано выше, теперь сравнительно не велик. В тех промышленных и районных центрах, где еще нет общей диспансеризации, и в крупных колхозах и совхозах наиболее пораженных районов необходимо пока ввести исследование крови у маляриков с обязательным взятием на учет паразитоносителей и острых маляриков для последующего систематического лечения.

Сравнительно небольшой % паразитоносителей, как сказано выше, и значительное общее снижение заболеваемости делают вышеуказанную задачу вполне выполнимой не только в городе, но и на селе. Поэтому находим своевременным акцентировать внимание на этом вопросе, считая, что правильно поставленный учет и лечение маляриков являются существеннейшим условием дальнейшей успешной борьбы с малярией в ТР.

Учитывая, однако, менее развитую медицинскую сеть в районах, необходимо с 1932 г. приступить к развертыванию в них противомаларийных учреждений, имеющих преимущественно постоянный характер (маларийные пункты, станции), возлагая на них также руководство всей профилактической работой по малярии на селе.

Излишне, пожалуй, говорить о том, что нельзя ограничиться одной лечебной хинизацией в борьбе с малярийным вирусом. Опыт противоречивой хинизации на крупных предприятиях г. Казани в 1931 г. дал ощутительные результаты, как в отношении снижения заболеваемости, так и уменьшения дней нетрудоспособности.

В заключении нужно сказать, что на пути к осуществлению задачи — искоренения веками существовавшей в нашем крае малярии стоят большие трудности, но можно быть уверенным, что при внимании нашей общественности к этому вопросу они будут преодолены. Залогом служат наши успехи на общем фронте социалистического строительства.

Из клиники кожных и венерических болезней Казанского государственного медицинского института. Врид. директора ст. ассистент Б. С. Биккенин.

Сифилис в Граховском районе Удмуртской области.

(Данные обследования венпункта).

Д-ра Г. Г. Кондратьева.

Среди задач, стоящих перед советским здравоохранением в период развернутого социалистического наступления по всему фронту, немалое место занимает и борьба с венерическими заболеваниями.

В этом отношении поголовные, массовые обследования населения и в настоящее время являются одним из способов выявления размеров и характера распространения сифилиса в деревне, а также планомерного и успешного оздоровления пораженных очагов. Здесь мы считаем нужным поделиться опытом нашей обследовательской работы в Граховском ересе (районе) Удмуртской автономной области летом текущего года.

Граховский ерос географически занимает самую южную часть Удмуртской области и с юга граничит с Тат. А. С. С. Р. Ерос имеет в своем составе всего

8,763 хозяйств с общим количеством населения в 47.038 чел. Население смешанное. Преобладающую часть населения составляют удмурты, затем по убывающей численности идут русские, мари, татары и чуваша. К моменту обследования в районе было коллективизировано около 40% беднячко-средняцких хозяйств.

По сведениям Удмуртского обздравотдела южная часть области является наиболее сифилизированной. Обздравотделом намечена организация ряда венпунктов в этих районах. Один из этих венпунктов был организован в с. Грахове Граховского роса в июне текущего года.

В районе имеется 2 врачебных участка, из которых один в с. Грахове, где организован венпункт, в штате имеет двух врачей, второй—в селе Троцком—одного врача; имеется один фельдшерский пункт. Врачи Граховской больницы несут большую лечебную и общественную работу. Работу врачей весьма отягощает отсутствие достаточного количества среднего медицинского персонала. Лечение сифилиса проводится путем сальварсанизации, инъекции и фрикции не делаются. Гонорея лечится исключительно внутренними средствами и спринцевкой. При имеющейся загруженности врачей лечебной и общественной работой и при отсутствии достаточного числа среднего медперсонала не было технической возможности для проведения жанетизации, а также развертывания в широких размерах диспансерных методов работы. Систематический учет вензаболеваний не ведется. Цифровой материал, имеющийся в Граховской б-це, по крайней мере, отображает лишь обращаемость, но не дает картины сифилизации района.

Материал, представленный, нами является небольшим, но все же он дает ясное представление о степени распространения сифилисов в обследованных селениях.

Нами обследовано 10 селений; в них всего 775 хозяйств и 3675 челов. населения: мужчин—923, женщин—1301 и детей до 16 лет—1451 ч.

Из них обследовано 3501 чел. (95,26%), из которых мужчин—843, женщин—1251 и детей—1407 чел., колхозников—947, единоличников—2554 чел. По национальности: удмуртов—1832, мари—956, татар—99 и русских—614 чел.

Всего выявлено больных сифилисом 215 чел., что по отношению к обследованному населению составляет 6,14%. Кроме того, в процессе обследования выявлено 7 чел. больных гонорреями. В наш материал не включены подозрительные, т. е. лица, у которых диагноз должен был бы подтвержден R. W. К ним относятся объективно здоровые дети, у которых родители болели сифилисом, а также лица с неясным анамнезом. Поэтому возможно, что фактическая распространенность сифилиса среди обследованного населения является выше приводимой нами.

Показатели сифилизации по отдельным селениям представляются в следующем виде: (таблица № 1, стр. 414).

Как видно из приведенной таблицы, степень сифилизации по отдельным селениям неодинакова (от 0,28% до 13,62%). Наиболее сильно поражены сифилисом: М. Кармыж (13,62%), Давкино (10,46%), Арвась-Пельга (8,96%), Сарайкино (6,5%), Мамаево (6%), Юраши (5,18%), те селения, где преобладающую часть населения составляют удмурты; меньше всего поражены селения с марийским населением (Иж Бобья и др.). Если взять лишь удмуртов, больных сифилисом, по отношению к числу обследованного удмуртского населения по отдельным селениям, то заболеваемость среди них оказывается значительно выше. Так, заболеваемость среди них доходит в селениях: М. Кармыж—14,54% (41 сл. сифилиса из 282 обслед.), Давкино—7,5% (18 сл. сифилиса из 239 обслед.), Арвась-Пельга—8,5% (47 сл. сиф. из 553 обслед.), Мамаево—8,1% (27

Таблица № 1.

Название селений сектор.	Колич. на- селения	Колич. обследован.	0/0% обсле- дов.	Из них:				Выявл. больн. сифил.	0/0% больн. сифилис, по сектор.	0/0% больн. сиф. в общ. числу обсл. населения
				Уд.	Мари	Кр.	Рус.			
<i>Тайшнер.</i> Единоличников	167	162	97	—	63	99	—	5	3	3,9
<i>Ерыкса.</i> Колхозников	89	88	98,65	—	66	—	22	1	1,1	} 1,69
Единоличников	466	443	95,06	—	430	—	13	8	1,8	
<i>Верхний Выселок.</i> Единоличников	74	70	94,6	—	70	—	—	1	1,43	1,43
<i>Иж-Бобья.</i> Колхозников	94	87	92,55	—	82	—	5	—	—	} 0,29
Единоличников	271	262	96,67	—	245	—	17	1	0,38	
<i>Сарайкино.</i> Колхозников	296	282	95,27	151	—	—	131	19	6,73	} 6,52
Единоличников	176	163	92,6	146	—	—	17	10	6,13	
<i>Горные Юраши.</i> Колхозников	115	107	93	28	—	—	79	—	—	} 5,18
Единоличников	171	163	95,32	100	—	—	63	14	8,59	
<i>Мамаево.</i> Колхозников	159	149	93,71	123	—	—	26	15	10	} 6,01
Единоличников	318	300	94,34	210	—	—	90	12	4	
<i>Арвась-Пельга.</i> Колхозников	171	162	94,73	157	—	—	5	10	6,17	} 8,96
Единоличников	430	418	97,2	396	—	—	22	42	10	
<i>Давкино.</i> Колхозников	74	72	97,3	66	—	—	6	11	15,27	} 10,46
Единоличников	292	272	93,15	173	—	—	99	25	9,2	
<i>Малый Кармыж.</i> Единоличников	312	301	96,47	282	—	—	19	41	13,62	13,62

сл. сиф. из 333 обслед.), Горные Юраши—10,9% (14 сл. сиф. из 128 обслед.), Сарайкино—8,75% (26 сл. сифилиса из 297 обследованных).

Исключение составляет лишь Давкино, где больше поражена русская часть населения. Степень сифилизации удмуртского населения в среднем составляет—9,44%, что значительно выше таковой мари, татар и русских.

Только что сказанное наглядно видно из табл. № 2.

Наличие сифилиса по колхозному и единоличному секторам представлено в таблице № 1.

Процент выявленного сифилиса в колхозах оказывается несколько ниже, чем среди единоличников. Исключение составляют селения—Мамаево, Давкино. Но это обстоятельство отнюдь не говорит, что в колхозном секторе этих селений имеются новые условия, облегчающие распространение сифилитической инфекции. В этом районе сифилис имеет большую давность и преобладает третичная форма его в латентном периоде. Почти все колхозники больные сифилисом, являлись латентными сифилитиками, заболевшими до вступления в колхоз.

	Количество населен.	Количество обследов.	%/о обследованных	Выявлено больных сифилис.	%/о выявлен. больных
Всего	3675	3501	95,26	215	6,14
Из них:					
Колхозников	998	947	94,88	56	5,91
Единоличников	2677	2554	95,4	159	6,22
Удмуртов	1927	1832	95,07	173	9,44
Мари	993	956	96,27	12	1,25
Татар	102	99	97	3	3
Русских	653	614	95,55	27	4,40
Мужчин	923	843	91,33	85	10,08
Женщин	1301	1251	96,1	112	8,95
Детей	1451	1407	97	18	1,27

Распределение сифилиса по полу представлено в таблице № 2 и 3. Заболеваемость среди мужчин в процентном отношении несколько больше, чем среди женщин.

Большая часть больных, как видно из таблицы № 4, приходится на трудоспособный возраст.

Что касается распределения сифилиса по стадиям, то третичная форма сифилиса (161 случ.) превалирует над вторичной (38 случ.). (См. таблицу № 5).

Первичный сифилис не обнаружен ни разу. Выявлено всего по одному случаю вторичного свежего и рецидивного и сравнительно незначительное число вторичного латентного сифилиса (35 случаев). Как вторичный, так и третичный сифилис встречается, главным образом, в латентной форме. Преобладающая часть случаев латентного третичного сифилиса характеризуется наличием следов на месте бывших третичных поражений кожи—характерных рубцов после узлового сифилида (главным образом, на голени) или разрушения твердого и мягкого неба, язычка, задней стенки глотки, носовой перегородки и т. д., т. е. всеми теми особенностями, которые свойственны сельскому сифилису. В этом отношении особенно выделяется Арвась-Пельга, где у большинства больных наблюдаются следы после бывших обширных гуммозных поражений на коже. Таким образом, в обследованных селениях сифилис встречается, главным образом, в латентной форме и это обстоятельство является весьма важным, так как социальное значение и прогноз динамики сифилиса определяется не только его распространением, но и соотношением активно-заразных форм к скрытым. Такое положение является следствием лечебной и профилактической работы Граховского медучастка.

По сведениям последнего здесь в прошлом часто встречались как первичные, так и свежие вторичные случаи заболевания. Здесь, как указывалось выше, довольно широко проводится сальварсанизация, особенно в последние 3—4 года, которая, несомненно, сказалась в резком снижении заразных форм и в общем снижении вторичного сифилиса. Преобладающая часть зарегистрированных больных в прошлом подвергалась специфическому лечению, но все же весьма недостаточно.

Распределение по полу.

Таблица № 3.

	Вторичный сифилис						Третичный сифилис						Врожденный сифилис	Табес.	Невролюэс							
	Свежий		Резидуив.		Латентный		Активный		Латентн.		Врожденный сифилис											
	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	Рус.	Удм.					
Мужчин . . .	—	—	—	—	—	—	10	—	—	3	2	—	1	25	5	1	8	3	1	—	1	2
Женщин . . .	—	—	—	1	—	—	16	—	—	2	1	—	—	73	3	2	10	1	—	—	—	—
Дети до 16 л.	1	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	7	—	—	1	—

Распределение по возрасту.

Таблица № 4.

	Вторичный сифилис						Третичный сифилис						Врожденный сифилис	Табес.	Невролюэс								
	Свежий		Резидуив.		Латентный		Активный		Латентн.		Врожденный сифилис												
	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	У.	М. Т.	Р.	Рус.	Удм.						
До 16 лет . . .	1	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	4	—	—	—	7	—	—	1	—	—	
16—20 лет . . .	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	6	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—
21—30 лет . . .	—	—	—	—	—	—	14	—	—	4	2	—	1	43	3	2	10	2	1	—	—	—	—
30—40 лет . . .	—	—	—	1	—	—	5	—	—	—	—	—	—	30	—	1	3	1	—	—	1	1	1
Свыше 41 г.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	3	—	—	39	4	—	—	—	—	—	—	—	1

У—Удмурты, М—Мары, Т—Татары Р—Русские.

Распределение по стадиям.

	Вторичный сифил.			Третичн. сиф.		Врожд. сиф.		Невролюэс	Табес
	Свеж.	Рецид.	Латент.	Активн.	Латент.	Ранний	Позд.		
Удмурты	1	1	30	6	122	1	10	—	2
Мари	—	—	—	3	8	—	1	—	—
Татар	—	—	—	—	3	—	—	—	—
Русские	—	1	5	1	18	—	1	1	—

Таблица № 6.

Способ заражения.

	Половое заражен.	Внеполовой сифилис	Врожденный	Невыяснен.
Удмурты—мужчины	34	4	6	26
” женщины	54	8	5	36
Мари—мужчины	—	—	1	7
” женщины	—	—	—	4
Татары—мужчины	—	—	—	1
” женщины	1	—	—	1
Русские—мужчины	9	1	1	4
” женщины	—	—	—	6

Врожденный сифилис выявлен в 13 случаях. В эту группу нами включались больные лишь с явными признаками врожденного сифилиса. Нужно полагать, что часть случаев врожденного сифилиса могла остаться незарегистрированной за отсутствием достаточных объективных признаков и невозможностью подтвердить лабораторными методами исследования (R. W.).

Для полноты материала нужно добавить, что за 2¹/₂ месяца на амбулаторном лечении находилось всего 78 больных, из них 21 чел. из обследованных и 57 чел. из необследованных селений. Последние 57 случаев, которые не включены в таблицы, распределяются так: первичный сифилис—1 случай, свежий вторичный—1, латентный вторичный—17, активный третичный—2, латентный третичный—24 и ранний врожденный сифилис—1 случай; острая гоноррея—10 случаев и мягкий шанкр—1 случай. Больные с первичным и свежим вторичным сифилисом были подвергнуты стационарному лечению. Наличие свежих заразных форм сифилиса указывает, что в необследованных селениях района имеются свежие очаги сифилиса, которые могут быть источником как половой, так и внеполовой инфекции для окружающих. Судя по обращаемости на вензункт и по сведениям Граховской больницы, есть основание предполагать, что более пораженными сифилисом являются селения Верхняя Игра, Мишкино, Нижние Юраши, Селянур-Пельга и Першур.

Не располагая достаточным материалом для суждения об истории проникновения и источниках распространения сифилиса в Граховском и соседних районах, мы можем лишь с полным правом отметить, что сифилис в обследованных селениях имеет прошлую давность. Достаточно

указать, что за давность проникновения сюда сифилитической инфекции говорит наличие значительного количества пожилых и старых больных с третичным сифилисом, заболевших им в молодом и даже детском возрасте. Документом, указывающим на давность появления сифилиса в этом районе, являются также саблевидные периоститы, обнаруженные нами у двух удмуртов в возрасте 25 и 26 лет и у одной удмуртки— 39 лет.

В условиях давности проникновения сюда сифилиса и значительной сифилизации населения весьма важное значение приобретает вопрос изучения врожденного сифилиса. Врожденный сифилис по отношению ко всему выявленному сифилису составляет всего 6%; но эта цифра, по-видимому, ниже действительной. Бросается в глаза частая обращаемость удмурток в Граховскую больницу с жалобой на частые многократные выкидыши. Можно полагать, что в большинстве таких случаев причиной выкидышей является сифилис в латентной форме.

Вопрос о врожденном сифилисе и влиянии сифилиса на рождаемость среди удмуртского населения должен быть предметом специального изучения органов здравоохранения Удмуртской области.

Факторами, способствовавшими распространению вензаболеваний среди удмуртского населения, являлись тяжелые социально-бытовые условия, культурная отсталость и отсутствие санитарно-гигиенических сведений, неизбежных последствий бывшей царской политики, особенно среди нацменьшинств.

Эти факторы, хотя и изменились за период существования соввласти, но в известной степени продолжают влиять на распространение вензаболеваний. Население обследованных селений не имеет еще достаточных элементарных знаний о венерических заболеваниях и о мерах предохранения от них. Это способствует распространению как полового, так и внеполового сифилиса.

Преобладает половой способ заражения. Этому способствуют особенности полового быта удмуртов—раннее начало половой жизни, свободные половые отношения и др., являющиеся следствием социально-бытовых условий удмуртов.

Значительная часть невыясненных случаев заражения должна быть отнесена к группе внеполового сифилиса, так как большинство больных этой группы не знают о времени и источнике заражения (Таблица № 6).

Коллективизация сельского хозяйства вызывает новые социально-классовые отношения к деревне, улучшает экономический и культурный уровень и весь быт колхозников, что благоприятно отражается на половом быте и на снижении венболезней; с другой стороны, она создает необходимые условия и широкую возможность в деле борьбы с венболезнями. В связи с этим по новому должны ставиться вопросы методики и содержания обследовательской и санпросветительной работы. Мы не имеем возможности в рамках данной статьи подвергнуть более детально обсуждению затронутый нами вопрос. Мы считаем здесь необходимым только отметить, что в условиях обобществленного сектора сельского хозяйства способ подворного обследования с заходом врача в каждый дом, сопряженный с очень большой затратой энергии и времени, может быть оставлен. Мы пользовались способом подворного обследования амбулаторного типа, при котором население проходит обследование отдель-

ными семьями в пригодном для этого помещении, с отделениями для мужчин и женщин. В колхозах поголовные осмотры встречали самую сочувственную поддержку, колхозники приходили на осмотры охотно и аккуратно. Санпросветительная работа может достигать своей цели лишь в том случае, если вопрос борьбы с вензаболеваниями в деревне будет связан с задачами социалистического строительства в стране, с задачами коллективизации сельского хозяйства.

В нашей санпросветработе главное внимание уделялось вопросу о том, какое социальное значение и опасность представляют вензаболевания в деревне в данных конкретных условиях, условиях коллективизации, какое огромное значение имеет борьба с венболезнями для успешного выполнения конкретных задач, стоящих перед советской страной в настоящее время.

Наш опыт показывает, что при этих условиях имеющиеся формы санпросвещения — беседы, лекции и др. могут быть использованы с успехом. Нужно констатировать полное отсутствие специальной популярной литературы на удмуртском языке, что является тормозом в санпросветительной работе.

Ясно, что успешная борьба с венерическими заболеваниями возможна лишь при условии мобилизации вокруг этого вопроса внимания широкой общественности рабочих, колхозников и всех трудящихся.

Согласно постановления Удмуртского облисполкома от 5-го мая 1931 г., при облисполкоме организован областной совет по борьбе с социально-бытовыми болезнями и выполнению санитарного минимума с участием представителей партийных, советских, профессиональных и общественных организаций. Соответствующим образом должны быть организованы низовые организации при еросисполкомах и сельских советах (секции здравоохранения), в колхозах, школах и т. д. (здравячейки). Эти организации должны возглавить борьбу с социально-бытовыми болезнями и, в частности, с вензаболеваниями, борьбу за ликвидацию неграмотности, за улучшение бытовых условий и т. д. на базе коллективизации, вовлекая в нее широкую массу трудящихся.

Врачебным организациям не следует недооценивать значения санминимума в борьбе с венболезнями. Достаточно указать хотя бы на то, что борьба с внеполовым сифилисом в деревне требует не только соответствующего изучения больных, но, главным образом, проведения общесанитарного оздоровления бытовых условий. В этом отношении задача вообще медицинских и венерологических организаций заключается в том, чтобы путем проведения санминимума обеспечить условия, исключаящие возможность распространения внеполового сифилиса, занимающего значительное место среди удмуртского населения.

В заключение считаем необходимым сделать следующие организационного характера выводы:

В условиях значительной сифилизации населения Граховского ероса организация венерологического пункта в с. Грахове является важным фактором, дающим возможность охватить противовенерической помощью трудящееся население ероса.

Необходимо в кратчайший срок обеспечить венпункт врачом-венерологом и средним медицинским персоналом, создав финансовую и ма-

териальную базу для развертывания лечебной и профилактической работы венпункта.

Для госпитализации заразных сифилитиков необходимо иметь специальное отделение в Граховской больнице.

Необходимо издать популярные брошюры, листовки и др. по вопросам полового быта, венерических заболеваний на удмуртском языке.

Развернуть работу низовых организаций-секций здравоохранения при еросисполкомах и сельских советах, здравячеек в колхозах, школах и т. д., вовлекая в борьбу с венболезнями широкую массу трудящихся.

Межкраевое Совещание по вопросам борьбы с трахомой.

Проф. А. Н. Мурзина.

По инициативе НКЗдр. ТР и Казанского трахоматозного института им. Е. В. Адамяка 20—22 мая с. г. в Казани состоялось совещание представителей НКЗдр. соседних республик и областей по вопросам борьбы с трахомой в Волжско-Камском крае.

В программу совещания вошли след. темы: 1) методы и результаты борьбы с трахомой в республиках и областях Волжско-Камского края; 2) план борьбы с трахомой и ликвидации ее во второй пятилетке; 3) борьба с трахомой на новостройках; 4) регистрация и статистика трахомы.

Результаты работы совещания имеют не только местный интерес, но и общее значение для Союза в виду того, что на нем подверглись детальному обсуждению противотрахоматозные мероприятия, проводимые планомерно в жизнь некоторыми из республик.

Систематическая, организованная борьба с трахомой в *Чувреспублике* начата во второй половине 1928 г. В каждом из затрахомленных районов имеются глазные пункты, которые руководят лечебно-профилактической работой в своем участке. Непосредственными помощниками на местах являются трахоматозные сестры, количество которых возросло с 51 в 1929 г. до 345 в 1932 г. Активно участвует в борьбе с трахомой само население, организованное в Общество борьбы с трахомой, а также учителя, получающие предварительную подготовку на краткосрочных курсах.

За 3-летний период борьбы с трахомой, в результате подъема социально-культурного уровня населения и планомерно проводимой лечебно-профилактической работы, доведенной непосредственно до населения, в Чувресп. достигнуто снижение трахомы с 47% (1925 г.) до 36,7% (1931 г.). Особенно рельефны данные доклада, рисующие степень снижения трахомы в зависимости от продолжительности регулярного проведения противотрахоматозных мероприятий: там, где оно проводилось непрерывно в течение 3 лет, трахома снижена с 37,2% до 9,3%; при 2-летней продолжительности—с 64% до 34% и, наконец, в тех селениях, где систематическая борьба с трахомой проведена в течение 1½ лет—с 56% до 33%. К концу 1932 г. в Чувресп. будет развернута вся сеть трахоматозных пунктов, намеченная для полного охвата трахомных больных.

В *Маробл.* также принят гнездовой метод борьбы с трахомой, и в настоящее время она имеет 58 глазных пунктов. К борьбе с трахомой, как и в Чувресп., привлекаются и участковые врачи; активно участвует широкая общественность, учителя, организовано противотрахоматозное общество, установлен тесный контакт с обществом слепых.

В *Удмуртской обл.* организованы глазные пункты с врачами-окулистами, руководящие работой трахоматозных сестер. Недостаток во врачебных кадрах вызвал необходимость подготовки трахоматозных инструкторов из квалифицированного среднего медперсонала, имеющего практический опыт по трахоме. Инструктора, являясь помощниками врачей, руководят работой трахоматозных сестер. Общественность организована в Совете по борьбе с социальными болезнями при ОБИК'е, районных секциях здравоохранения, ячейках по борьбе