

В основном эти мероприятия сводятся к следующему:

1) Больше внимания проведению в жизнь санминимума на производстве; систематический контроль и наблюдение за его выполнением со стороны здравпункта, при участии рабочей общественности.

2) Правильная постановка на здравпункте учета заболеваемости и травматизма по цехам и детальным профессиям, своевременная статистическая разработка и анализ материала, для немедленной сигнализации необходимости проведения соответствующих оздоровительных мероприятий.

3) Учет на здравпункте часто болеющих, направление их для обследования в поликлинику и стационар для выяснения необходимых леч-соцмероприятий.

4) Улучшение постановки первой помощи травматикам и отравленным на здравпункте.

5) Ликвидация в лечзаведениях обезлички в медобслуживании больных рабочих, в особенности травматиков и часто и длительно болеющих. Необходимо прикрепить основные промпредприятия к определенным поликлиникам и стационарам, которые должны обеспечить высококвалифицированное и своевременное обслуживание рабочих прикрепленных производств. Из состава врачей лечсанучреждений прикрепить к промпредприятиям несколько врачей (терапевта, хирурга, врача женской конс., а где необходимо — дерматолога и глазника) для связи с лечучреждениями, помощи врачу здравпункта, инструктажа и контроля постановки первой помощи и т. д.

6) Для борьбы с травматическими повреждениями провести паспортизацию станков и сигнализацию особо опасных частей станков и машин. Чаще расследовать случаи травм для выяснения материальных и организационных причин их. Шире практиковать временный перенос на другую работу при легких травмах. Взять на учет часто травмирующихся для проведения психо-физического обследования.

7) Врачам здравпунктов обратить особое внимание на борьбу с гриппом: утепление дверей, окон, уборных; организация правильной уборки и проветривания помещения, своевременное снятие с работы заболевших гриппом и т. д.

8) Проводить, по примеру прошлого года, на здравпунктах систематическую лечебно-профилактическую химизацию маляриков, обращая особое внимание на получающих листки нетрудоспособности по малярии.

9) Для снижения нетрудоспособности по заболеваниям органов пищеварения необходимо улучшить связь диетврача с врачом здравпункта. Шире практиковать перевод на диетпитание при острых желудочно-кишечных заболеваниях. Врачам диететикам вести учет результатов диет-питания, его влияния на снижение случаев и дней нетрудоспособности.

10) Привлечь работника женской консультации для проведения санитарно-просветительной и консультационной работы среди работниц для снижения количества аборт и заболеваний женских половых органов.

11) Работникам ОММ, совместно с страховыми организациями, выработать ряд практических мероприятий по снижению отпусков по уходу за ребенком, в частности, необходимо учесть опыт натурализации отпусков, оправдавший себя в некоторых промцентрах Союза.

Очерк работы научно-клинического санатория Цусстраха имени Ленина.

М. А. Вербов.

Народный комиссар здравоохранения тов. Владимирский в своем докладе на Московском общегородском партийном собрании медработников 4/II 1933 г. „Об итогах январского пленума ЦК и ЦКК ВКП(б)“ отметил крупные достижения в области здравоохранения, явившиеся следствием общих успехов социалистического строительства, и привел значительный рост стационарного фонда, достигшего в СССР в 1932 г.—

800.000 коек, изменивших самый тип учреждения и систему медицинского обслуживания; одновременно наметил целый ряд мероприятий, направленных на укрепление здоровья трудящихся нашей страны.

Одним из таких очагов здравоохранения, ставящих перед собой социально-профилактические и клинико-профилактические задачи, является санаторий Пустраха № 1 им. Ленина в Кратове (Прозоровка). Центральный туберкулезный санаторий Пустраха или ЦТС находится в 40 км. от Москвы на ст. Кратово, Моск.-Каз. жел. дор., рассчитанный на 550 коек для туберкулезных больных, расположен во вновь выстроенных корпусах и представляет собой систему корпусов, связанных меж собой теплыми междуэтажными коридорами, снабжен соответствующим оборудованием (хирургическим, горловым, лабораторным, рентгенологическим, физиотерапевтическим и друг.), дающим ему возможность выполнять задачу клинического санатория—лечение туббольных помимо гигиено-диетического, специальными методами, применяемыми в области борьбы с туберкулезом, как-то: торакопластика, пломбы, каустика и др. методами в хирургии легочного, костного и гортанного туберкулеза. Санаторий расположен в сосновом и еловом бору возрастом от 40—70 лет, на песчаной почве, защищен от резких северных ветров, свободен от малярии и вполне оправдывает себя как климатическая станция для туббольных. Постараюсь вкратце остановиться на характеристике работы всего санатория.

4 момента работы санатория тесно переплетаются меж собой: профилактическая, лечебная, педагогическая и научная; выявление ранних форм и бессимптомных форм, особенно в области гортанного туберкулеза, заслуживает соответствующего внимания, и я на ней в дальнейшем остановлюсь более подробно, точно также, как вопрос о лечебной работе санатория будет мною затронут в работе каждого отделения.

В начале 1933 года впервые у нас в СССР на базе санаторной была организована кафедра туберкулеза; с соответствующим санаторным уклоном были организованы курсы усовершенствования по туберкулезу для врачей, работающих в тех или иных санаториях для туббольных. Курсы разделялись на 2 типа: курсы краткосрочные 2-недельные для усовершенствования стажированных врачей и курсы 2-месячные по повышению квалификации по туберкулезу. Программа как тех, так и других курсов была насыщена установками санаторной жизни, как-то: клинико-профилактическими мероприятиями в области борьбы с туберкулезом, вопросами иммунобиологии туберкулеза, диететики туббольного, курортологии, трудовой терапии и трудовых показателей, физкультурной работой в санатории, вопросами администрирования, хозрасчета и планирования работы санатория, диктата, военного дела и др. предметами, утвержденными по программе, согласованной методоткомом Центрального института усовершенствования, базой коего мы являемся.

Всего было проведено до 50 курсантов врачей, работающих в Сибири, Таджикистане, Татарии, Украине, Крыму и других местах Советского союза. Заинтересованность курсантов, успеваемость их, благодаря созданным довольно удовлетворительным бытовым условиям, дает нам право сказать, что опыт организации таких курсов себя оправдал, и тем самым дает нам право поделиться с читателем опытом проведения их в нашем санатории.

Следующим моментом нашей деятельности является научная работа, направленная в основном в изучении патогенеза, прогноза, терапии туберкулеза, рационализации санаторного дела, изучении абацитарных форм туберкулеза, ранних форм заболевания туберкулезом, изучении отдаленных результатов санаторного лечения, изучении трудоспособности больного после санаторного лечения в зависимости от того или иного метода лечения в санатории, как-то: консервативного, оперативного, либо после применения трудовых процессов, а также целого ряда клинических тем.

Лечебно-профилактическая работа н/санатория направлена в первую голову на восстановление трудоспособности больного, а также на выявление ранних бессимптомных форм легочного и гортанного туберкулеза. Работа по выявлению ранних и бессимптомных форм гортанного туберкулеза дала нам совершенно неожиданные результаты; так, например, за 1931 г. нами обнаружены 164 человека или 4% из общего количества поступивших в наш санаторий больных с бессимптомными формами гортанного туберкулеза, а в 1932 г. эта цифра равнялась 235 чел. или 6% и, таким образом, койки горлового отделения в 45% случаев замещались больными недиагностированными на местах в смысле гортанного туберкулеза. Профилактический осмотр давал возможность исправлять неправильно установленный диагноз гортанного туберкулеза, нами установлено биопсией 4 случая рака гортани; этот профилактический осмотр, проводимый нами, давал нам возможность применять своевременное лечение при носовых катаррах, неспецифических катаррах гортани, являющихся предрасполагающими моментами к возникновению гортанного процесса.

Лечебная работа горлового отделения увязывалась с легочным заболеванием и тем самым создавалась содружественная работа этого отделения с легочным, создавая тип врача фтизиоларинголога, который видит динамику, патогенез и рациональную терапию легочно-гортанного процесса в ином освещении. Эта наша установка побудила нас уделить значительную часть программы наших курсов этой области. Помимо профилактической работы в отделении, амбулатория горлового отделения пропустила за 1932 г. 9383 больных, из коих первичных 2839 чел. и повторных 6544, проделано 176 гальванокаустик и 12 кюретажа.

Установка н/санатория не могла не отразиться на работе хирургического отделения, рассчитанного на 90 коек, из коих 25 коек занято больными с костным туберкулезом. Точно также, как в горловом отделении, здесь в хирургическом отделении, благодаря теснейшей связи с терапевтическим отделением, создается тип врача, фтизиатра с хирургическим уклоном, врач фтизиатр постепенно приобщается к хирургии легочного туберкулеза, постепенно стирается грань между фтизиатром и хирургом легочного туберкулеза. Здесь совместно разрабатываются и уточняются показания к операции, совместно ведется послеоперационный период, имеющий первенствующее значение в легочной хирургии, одновременно ставя перед собою задачу усовершенствования техники легочных операций, особенно торакопластики, быстроты выполнения операции, безболезненности ее. Хирургическое отделение, благодаря опытному руководству д-ра Н. Г. Стойко и специальному инструментарию имеет возможность проделывать все операции легочные, торакопластики, плом-

бы, экзереэ, торакокопии, пережигание спаек по Я ко б е у с у; за последние годы было проделано 74 торакопластики, 203 экзереэа, 47 пломб и 24 извлечения пломб, пнеймолизов 7, торакокопий и пережиганий с апреля 1932 г.—80, вообще за последнее время отмечается значительное расширение работы отделения. Переходя к оценке работы терапевтического отделения, имеющее наибольшее количество больных, т. е. 380 чел., хочется остановиться на контингенте больных, попадающих в наш санаторий. По материалам последних 2-х лет, разработанных врачами этого отделения, 50% больных страдают продуктивно-кавернозной легочной чахоткой, 10% фиброзами, 15% инфильтратами, 5% верхушечными поражениями, 2% гематогенно-диссеминированными формами, 3% экссудативными пнеймониями и 15% нетуберкулезными заболеваниями. 60% всех больных были бацилловыделители, остальные абациллярны. Эти цифры говорят о довольно тяжелом контингенте больных н/санатория. Процент тяжелых форм с каждым годом возрастает, между тем % ранних свежих форм, являющихся основным контингентом больных для лечения в санатории недостаточен, это, повидимому, является результатом отсутствия точных показаний для направления больных в санатории и недостаточным охватом ранних форм на местах.

Мы сейчас вновь пересматриваем показания и намерены пойти по пути отправки н/врачей в места отбора больных, дабы тем самым уменьшить % противопоказанных и непоказанных больных. Основными методами лечения в терапевтическом отделении явились следующие лечебные и профилактические мероприятия:

1) Санаторно-гигиенический метод, сводящийся к постепенному переводу больных от полного покоя к тренировке, подготавливающей его к обычным условиям труда и быта; 2) широко применяемый нами искусственный пневмоторакс, по данным за 1931—1932 г. 26% всех больных терапевтического отделения пользовались этим методом, а по отношению к бациллярным больным эта цифра составляет около 40%, причем из них полных пнеймотораксов, дающих поджатие всего легкого и сжатие каверн, было 45%, частичных 43% и, наконец, селективных, т. е. поджимающих лишь большую часть легкого было 12%, третьим методом лечения являлась тренировка—физкультура и, наконец, трудовая терапия.

Все физические упражнения мы разделяли на 3 группы: 1) слабую—т. е. движение конечностей и туловища при свободном дыхании; 2)—среднюю—участие мышц туловища и конечностей с дыхательной гимнастикой и 3)—сильную—т. е. обычную зарядку. Первая группа упражнений проводилась у больных с затихающими процессами, вторая у больных с фиброзами и третья у „практически здоровых“ с незначительными остатками старых, загложивших процессов. В целях тренировки и подготовки к будущей трудовой жизни создавалось, под руководством организованного отдела социопатологии и трудотерапии, трудовое отделение на 65 коек; в это отделение отбираются больные, которые одновременно с обычным лечением проходят специальный трудовой режим в производственных цехах санатория. Отбор больных в отделение основывается на двух принципах: производственном (рабочие производственники—преимущественно металлисты) и клиническом—формы туберкулеза, позволяющие надеяться на восстановление трудоспособности в кратчайший срок. Это отделение является экспериментальной базой и на опыте последней все отделения

санатория будут постепенно переключаться на трудовые установки. Вторым звеном отдела являются экспериментально-производственные цеха санатория; в настоящее время функционируют следующие мастерские: деревообделочная, механическая (слесарная), переплетная и рукодельный кружок. Общее количество рабочих мест в мастерских рассчитано на 80—100 человек, в этих мастерских больным, на основании научно-произработанной методики будет дана дозированная работа, как ручная, так и на механизированных станках (приобретены и в ближайшее время будут установлены 2 токарных, фрезерный и строгальный станки по металлу и токарный по дереву).

Следующим звеном является лаборатория клинко-профессиологическая (лаборатория трудовых показателей). Основное назначение ее: 1)—разработка метода правильной дозировки труда больных в санатории при различных клинических формах; 2)—дача заключения о типе и динамике работоспособности наблюдаемых больных (трудоу диагноз и трудовой прогноз). Обе эти задачи лаборатория выполняет на основе учета и углубленного анализа работающих в наших мастерских больных. Под трудовыми показателями мы понимаем количественные показатели (выработка за определенный отрезок времени), качество, темп и ритм рабочих движений и клинко-профессиологическую реакцию на труд. В своей работе лаборатория использует клинко-профессиологическую характеристику, протоколы трудового поведения в цеху, детальный хронометраж и физиологическую методику (пневмографию и функциональные пробы). Последующим моментом работы этого отделения является кабинет экспертизы, где дается заключение о работоспособности, ставится клинический и трудовой прогноз и дается больному профконсультация по отношению дальнейших форм и сдвигов в его профессиональной работе; кроме этой работы перед отделом социологии и профилактики санаторий ставятся вопросы реконструкции санаторного дела, как-то: разработки рационального санаторного режима, строительства санаторных учреждений, методики санкультабл и друг. вопросы санаторной жизни.

Кроме лечебной работы проводится воспитательная работа среди больных и весь санаторный режим построен в этом направлении: лекции, беседы, вечера вопросов и ответов, санпросвет, лотерей-викторины, все направлено на укрепление режима, который устанавливает следующий распорядок дня: от 7¹/₂—8 час. утра измерение температуры, пульса, в 8 час. утренний туалет, 8¹/₂ час. физкультура, от 9—9¹/₂ ч. утренний завтрак, после которого до 11 час. лежание на веранде независимо от сезона, от 11 час.—1 часу прогулка в лесу, либо занятия в мастерских, в 1 ч. дня обед, а затем, вновь лежание на веранде до 3¹/₂ час. в 4 часа—чай, до 6 час. вечера прогулка, после которой больные направляются в палаты для измерения вечерней температуры: в 7 час. ужин. Вечера заполняются санкультпросветом и концертами артистов московских академических театров. В 10 час. вечерний туалет и в 10¹/₂ час. тушатся огни.

Значительное внимание было уделено ЦТС вопросам ближайших и отдаленных результатов санаторного лечения больных, причем вся эта работа устанавливалась путем вызовов больных на повторные осмотры, либо на основании заполненных лечащими на местах особо выработанных нами анкет.

Показателями результатов лечения являются: снижение T° , РОЭ, количество мокроты, исчезновение в ней ВК и эластических волокон, повышение веса, улучшение общего состояния, местных явлений. Трудоспособность больного определялась количеством дней временной нетрудоспособности и перевода на инвалидность. Но по материалам, разработанным д-ром А. М. Лункевич и др. врачами терапевтического отделения, мы получили следующие результаты санаторного лечения: из 578 больных, из коих 380 с легочной чахоткой, 84 с инфильтратами и 57 с экссудативными пнеймониями, у 62% больных с инфильтратами исчезли к концу лечения ВК и у 23% больных с легочной чахоткой снизилась T° и улучшилось общее состояние, у 73% больных с инфильтратами, у 60% больных с легочной чахоткой и у 40% с экссудативной пнеймонией. Восстановление трудоспособности получилось у 77% больных с инфильтратами, у 58% с легочной чахоткой и лишь у 24% с экссудативной пнеймонией. Сроки лечения играют значительную роль в смысле улучшения общего состояния, клинического течения тубпроцесса и восстановления трудоспособности. Нами установлены следующие сроки пребывания больных: для 6-х с консервативным методом лечения срок установлен до 2-х месяцев, для 6-х госпитального-горлового отделения срок равен 3 месяцам, а для больных хирургического отделения срок устанавливается до 4-х месяцев и в зависимости от срока пребывания мы получили по тем же материалам врачей следующие результаты: у больных, лечившихся более 3-х месяцев, ВК в мокроте исчезли у 43%, у прочих лишь в 12%, улучшение общего состояния у первой группы больных получилось в 65%, а у лечившихся менее 1½ месяцев лишь у 20%, точно также трудоспособность у первых была восстановлена в 60%, у вторых в 40%. Отдаленная судьба н/больных через 2—3 года проверялась анкетным способом и по 530 анкетам получено д-р Лункевич А. М. 237 ответов, причем все ответившие были бациллярные больные и 146 из них с кавернами, из них за это время умерло 40%, стало инвалидами 20% и работало 40%, из последних 16% временно бюллетенили. Из работавших 45% было в хорошем, 52% в неустойчивом и 3% в тяжелом состоянии. Эти неблагоприятные результаты лечения больных с запущенными кавернозными формами легочной чахотки вновь подтверждают н/положение о необходимости направлять в санатории больных с ранними и свежими формами туберкулеза.

Дальнейшие наши материалы ближайших и отдаленных результатов лечения санаторного при условии применения искусственного пнеймоторакса—дали такие результаты: у 569 обследованных больных с искусственным пнеймотораксом, из коих 19% с инфильтратом, 76% с легочной чахоткой и 5% с экссудативной пнеймонией, ближайшие результаты были следующие: у больных с инфильтратами ВК исчезли в 70%, у больных с легочной чахоткой лишь в 40% и у больных с пнеймонией ни разу, в среднем ВК в мокроте исчезли в 50% случаев, температура снизилась до нормы в 72%, в среднем при инфильтратах в 100%, общее состояние улучшилось при инфильтратах в 94%, при легочной чахотке в 86% и при экссудативных пнеймониях в 68%. Трудоспособность восстановилась при инфильтратах в 83%, при легочной чахотке в 55% и экссудативных пнеймониях в 12%; отдаленные же результаты за последние 4 года, на основании 262 ответов, полученных на 484 разослан-

ные анкеты были следующие: ВК исчезли в среднем у 57% больных, температура была нормальной у 51% случаев, хорошее состояние у 50%, работало 68%, перешли на инвалидность 25% и умерло 7%. Результаты искусственного пнеймоторакса зависят в значительной степени от характера газового пузыря, от наличия сдавления легкого.

Трудоспособность при полном сдавлении легкого были у 77% больных, при сдавлении большей части легкого у 57% и при частичном сдавлении нижней части легкого лишь у 46% больных. Дальнейшая работа по сравнительному изучению отдаленных результатов лечения всех видов коллапсотерапии показало, что больные с односторонним искусственным пнеймотораксом становились в течение того же количества лет в 64% абациллярными и в 78% трудоспособными, больные после торакопластики в 70% становились абациллярными, трудоспособными в 63% случаев, после плевомы абациллярными в 40% и трудоспособными в 66%, после двустороннего и.п. абациллярными в 40%, трудоспособными в 52% и без хирургического вмешательства абациллярными 0%, трудоспособными в 40% случаев, таким образом, односторонний и.п. по н/материалам имеет первенствующее значение в смысле восстановления трудоспособности. В дальнейшем вся наша научная работа ведется в проработке и изучении сравнительных результатов лечения тех или иных форм гортанного и легочного туберкулеза, течения послеоперационного периода, плевом, плевом и других легочных операций у нас и на ЮБК, а также изучение ранних форм заболевания туберкулезом.

Правильная постановка диагноза подкрепляется всеми видами дополнительных исследований—рентгеноскопией и графией, лабораторными методами и иммунобиологической реакцией. Все больные, как правило, подвергаются рентгенографии. Рост снимков отмечается с каждым годом: за 1928 г. было сделано 250 снимков, за 1929—750, за 1930—1250, за 1931—2500, за 1932—2750 снимков, а на 1933 год запроектировано 3,2 рентгенопроцедуры на больного в месяц. Всем больным исследуют кровь, мокроту, при ненахождении ВК делается многократное повторное обследование, а затем делается посев на специальной среде по Гону.

В настоящее время лаборатория значительно расширяет свою работу, на 1933 год запроектировано 5,9 единицы на 1-го больного в месяц.

Вся наша работа—клиническая, диагностическая и лечебная проводится, как я уже указал, под углом современных взглядов на патогенез и развитие легочной чахотки, под руководством проф. Г. Р. Рубинштейна и консультантов профессоров Лурия Р. А., Бродского и других.

Итак, заканчивая очерк работы санатория, мне хотелось бы, поделившись опытом н/работы, вызвать дискуссию по выдвинутым нами установкам в области санаторной жизни, тем более, что эта работа очень мало освещена на страницах медицинской печати.