

Из Ин-та профболезней им. Обуха. (Директор Г. Д. Арнаутин).

Новый тип лечебно-профилактической помощи.

Проф. И. Г. Гельман (Москва).

Уже с первых шагов строительства советского здравоохранения стала ясно ощущаться потребность не только в организационной, но и в функциональной перестройке всей лечебной помощи трудящихся. Быстрыми шагами развертывалась сеть лечебных учреждений (б-ц, амбулаторий, яслей, здравпунктов и т. п.). В самые отдаленные уголки Союза проникли такие виды лечебной помощи, о которых не могли раньше мечтать многие города. Помощь эта стала и качественно высокой, и доступной трудящимся. Но этим одним не исчерпывалось развитие советского здравоохранения. Последнее преобразовало самую сущность лечебной помощи, функционально приближая ее к населению, с одной стороны, и влияя в ее новые формы новое содержание классовости и профилактики, соответствующие новым социалистическим формам труда и быта. Амбулаторные объединения, развившиеся в систему единого диспансера, охватывают уже не только чисто лечебные учреждения, но и учреждения социально-профилактического значения (ночные санатории, диетстоловые, дневные площадки, ясли, дневные санатории, дома для беременных женщин и т. п.). Вся эта система имеет своим конечным низовым звеном здравпункты, являющиеся организаторами здравоохранения в самом производстве, призванные непосредственно участвовать в разрешении всех производственных задач, в выполнении промфинплана. Все это — этапы, через которые проходило развитие советского здравоохранения.

Меньшие организационные и функциональные изменения испытали клиники и больницы. Они в значительной мере остались еще на старых позициях лечебной помощи. В них изменился, главным образом, классовый состав больных, поднялось на более высокую ступень обслуживание этих новых контингентов больных. Но создание новых форм лечебно-профилактической помощи, соответствующих новым задачам, выдвигаемым социалистическим строительством, — есть в значительной мере дело только завтрашнего дня. Вот почему каждая новая попытка в этом направлении должна быть освещена на страницах печати, служить толчком для творчества в этом направлении.

Одна из главных задач, выдвигаемых социалистическим строительством в настоящий момент, заключается в снижении заболеваемости, отрывающей от станка сотни тысяч рабочих, замедляющей поступательный ход социалистической реконструкции. Участие в борьбе за снижение заболеваемости заключается, с одной стороны, в выработке более эффективных методов терапии и профилактики, в улучшении обслуживания больных, с другой стороны — в возможно более быстром возвращении работников к своему рабочему месту без ущерба для его здоровья. Если мы посмотрим кадры больных наших клиник и больниц, мы увидим, что наряду с тяжело больными немало больных, которые могли бы и хотели бы работать, если бы им были обеспечены необходимые для них меры лечебно-профилактической помощи и соответствующая бытовая обстановка на время их болезни, часто непродолжительной.

Эту задачу лечить и поправлять больных рабочих, не отрывая их от работы, пытаются разрешить ночные санатории и диетстоловые. Они много в этом направлении делают, но они главным образом имеют дело с хроническими больными.оборот больных в них чрезвычайно медленен, срок пребывания равен 1½ и больше месяцев. Между тем есть огромное количество больных, которые нуждаются в клиническом больничном лечении и наблюдении на гораздо более короткие сроки, без отрыва их от производства. Б-ой с острым гастроэнтеритом часто болен в собственном смысле этого слова 1—2 дня, но вернуть его в обычную трудовую и бытовую обстановку часто нельзя потому, что там он может встретиться с различными пищевыми вредностями и излечение его будет задержано. Если перевести такого больного в клинику нового типа, в *профилактическую клинику*, которая обеспечит ему в течение нескольких дней улучшенную бытовую обстановку, улучшенный режим питания, станет возможным возвращение его к работе уже на 2—3—4 день болезни. Б-ой, перенесший суставной ревматизм, попавший в неблагоприятную бытовую обстановку, часто дает рецидивы. Его приходится выдерживать в б-це, отрывать от производства гораздо дольше, чем это вытекает, быть может, из сущности самого патологического процесса. Помещение на 1—2 недели такого б-го в профилактическую клинику, откуда он сумеет ходить на работу, обеспечение ему лучших бытовых условий и необходимого укрепляющего лечения, предохранит его от рецидивов и одновременно позволит вернуться к работе гораздо раньше того срока, чем он обычно возвращался. Таких примеров можно привести множество.

Эти соображения выдвинули перед Ин-том профболезней им. Бухарина задачу организации нового типа профилактической клиники. Она имеет целью: 1) обеспечение лечением, улучшенной бытовой обстановкой, диетическим режимом и врачебным наблюдением больных, которые при этих условиях могут оставаться на производстве, 2) разработку вопросов рациональной и эффективной терапии на-ходу, 3) проверку трудоспособности при различных подострых и хронических заболеваниях, в периоде реконвалесценции после острых заболеваний и т. п. Соответственно этому в нее направляются больные, которые могут быть использованы на производстве, но при условии обеспечения им необходимого по характеру их заболевания врачебного наблюдения или специальных методов лечения (дието- физио-терапия, изъятие из отягочающих заболевание бытовых условий и т. п.), недоступных в амбулаторных условиях. Сюда относятся: а) б-ые в периоде реконвалесценции после острых заболеваний и интоксикаций (после гриппа, пневмонии, острых нефритов и т. п.), б) б-ые хроническими заболеваниями, находящиеся в стадии субкомпенсации (заболевания сердца и сосудов, почек, печени, органов пищеварения и т. д.), в) больные с заболеваниями, требующими улучшенной бытовой обстановки (заболевания нервной системы, ревматизма, астматизма), г) больные с заболеваниями, требующими врачебного наблюдения в виду возможности рецидивов и обострения (бронхиальная астма, грудн. жаба, печеночные и почечные колики, артриты и т. д.), д) больные в послеоперационном периоде, е) больные различными заболеваниями в целях проверки их трудоспособности.

Мы видим, что круг больных, которые переобременяют наши больничные койки, которые хотели бы и могли бы участвовать в трудовой

жизни, но могут это сделать лишь в условиях, обеспечивающих им необходимую бытовую обстановку или лечебные мероприятия, достаточно велик, чтобы *сделать идею организации таких профилактических отделений в каждой б-це, в каждой клинике неотложной.* Период пребывания, необходимый для восстановления полной работоспособности после различных заболеваний, часто исчисляется многими днями или неделями (1—3) и ранний перевод таких больных на работу, возможный лишь в условиях профилактической клиники, вернет производству много рабочих, которых теперь оно теряет, а органам социального страхования сэкономит много бесплодно расходовемых средств. Уже первые шаги работы нашей профилактической клиники показали, что потребность в ней огромна, что значительная часть больных может вместо дачи им отпусков по больничным листкам и попадания в неблагоприятные условия быта и лечения переводиться в эти новые условия, обеспечивающие им возвращение к работе, что *период реконвалесценции для целого ряда б-ных таким образом на многие дни и недели сокращается.* Больше того, на первых шагах мы убедились в том, что такая перестройка работы клиники соответствует социалистическому самосознанию рабочих, что они оценили значение этого нового начинания, что они охотно идут при этих условиях на работу и сами просят перевода в профилактическую клинику для того, чтобы, не „гуляя по бюллетеням“, возможно раньше вернуться к станку.

Для иллюстрации работы профилактической клиники и ее значения приведем несколько случаев перевода в последнюю б-ных из терапевтического отделения клиники.

1. В-ой С. 23 лет, токарь на станке. Заболел 1 месяц тому назад гриппом. Температура (38,0—38,5) держалась несколько дней, после чего при нормальной уже ¹⁰ появились отеки лица, а затем кистей рук и стоп. Моча стала кровавой. У б-го развился типичный послегриппозный нефрозонефрит с множеством эритроцитов в моче, немногочисленными цилиндрами, гиалиновыми и зернистыми, повышением кровяного давления (до 160 мм.) и небольшими отеками. К концу месяца все эти явления улучшились. В моче только единичные гиалиновые цилиндры, 3—5 лейкоцитов, до 10—60 эритроцитов в поле зрения. Кровяное давление снизилось до 130—75. Отеки исчезли. Перед нами вставал вопрос о его дальнейшем пребывании в стационаре. Обычно прежде при таких условиях мы либо оставляли его в клинике на длительный срок до резкого уменьшения или исчезновения эритроцитов, либо давали отпуск на 2—4 недели для лечения на дому.

Хорошее самочувствие б-го, прогрессирующее улучшение, обычно доброкачественное течение гриппозного нефрита, исчезновение всех симптомов кроме микрогематурии, которая обычно надолго затягивается, и слегка повышенного кровяного давления давало нам право пустить больного на работу, не тяжелую и совершенную в благоприятных условиях, оставив его в профилактической клинике для наблюдения, диет- и физиотерапии. Прямо с работы б-ой являлся в клинику, а на работу он уходил из клиники с выданным завтраком ¹⁾. Двухнедельное наблюдение в клинике показало, что здоровье б-го непрерывно улучшалось. Эритроциты в моче почти исчезли. Кровяное давление стало нормальным (120—60). Самочувствие хорошее.

Вывод: *Без ущерба для здоровья больного мы вернули работника производству по крайней мере на 2 недели раньше, чем обычно возвращаются на производство рабочие с аналогичными патологическими явлениями, уходящие обычно после больницы в отпуск по бюллетеню.*

¹⁾ В настоящее время на тех производствах, где имеются столовые, завтрак заменяется обедом в столовой производства.

2. Б-ой М. 32 лет, с рецидивирующим эрозивным колитом; слесарь на зав. АМО. Лечился в клинике Ин-та в течение 3 недель. Несмотря на улучшение, он все же не мог бы вернуться на работу, если бы ему не была обеспечена соответственная диета, режим и соответственная физиотерапия. Представлялось на выбор: либо оставить его в клинике еще на 2—3 недели, либо предоставить ему отпуск на указанный срок, либо поместить его в профилактическую клинику и одновременно вернуть его на производство. Мы выбрали третий исход и не ошиблись. Б-ой, не пропуская ни одного дня работы, пробыл в профилактической клинике 2 1/2 недели и совершенно оправился от своего страдания.

Мы могли бы умножить эти примеры (катарральные желтухи, при которых иктерус держится часто очень долго, субфебрильные температуры и т. д.). В последнее время возникла мысль использования профилактической клиники для укорочения послеоперационного периода неработоспособности. Этот новый метод наблюдения и проверки наших прогностических заключений быть может позволит произвести радикальную переоценку наших взглядов на значение трудовых факторов в течении различных заболеваний.

Срок пребывания больных в профилактической клинике колеблется от 1—2 до 20 дней. Профилактическая клиника работает пока для двух смен: ночной и утренней. При дальнейшем ее развитии она должна будет перейти на 3-х сменную работу с целью обеспечения всех групп работающих.

Профилактическая клиника открывает большие перспективы не только в смысле более быстрого возвращения б-ых к участию в трудовой жизни, обеспечивая им одновременно все необходимые лечебно-профилактические мероприятия и быстрее восстановление их здоровья, но и в смысле внесения в клинику новых методов клинического наблюдения „на ходу“. Б-ой уходит на работу, как из дому, и возвращается туда же. Это делает возможным следить за влиянием тех или иных условий трудовой обстановки на здоровье, делает возможным во-время изъять больного из последней, если в здоровья его наступает ухудшение, и обеспечить ему полный и необходимый покой, делает возможным далее накопление наблюдений над эффективностью различных терапевтических мероприятий, одним словом открывает перед клиникой новые горизонты в области терапии и профилактики различных болезней и изучения многих клинических проблем. Метод динамического наблюдения как метод повседневной клинической работы, о котором мы писали во Врачебном Деле (№ 31 г.), находит в профилактической клинике свое дальнейшее развитие. Клиника начинает подлинно поворачиваться к тем задачам, над выполнением которых с огромнейшим энтузиазмом и колоссальной энергией работают миллионы трудящихся. Вокруг этой новой идеи необходимо создать широкое движение, как среди врачебной, так и среди рабочей общественности; им нужно уяснить социальное значение этого нового вида лечебно-профилактической помощи. *Органы здравоохранения и органы социального страхования должны уделить этому новому опыту достаточно внимания, ибо он обещает не только огромную экономию средств, которые могут быть брошены на дальнейшее укрепление профилактических учреждений, но и более рационально поставленную помощь б-ным, у которых, несмотря на отрыв от работы при оставлении в старой бытовой обстановке, не ускоряется, а часто затягивается период выздоровления. В профилактической клинике могут помещаться б-ные не только из клиник, больниц, но и непосред-*

ственно из поликлиники, единых диспансеров и т. п. Последние направляют сюда таких б-ных, которые могут продолжать свою работу, но лишь при условии кратковременного устранения для них отягощающих бытовых условий или обеспечения им необходимого лечения. В профилактическую клинику могут также помещаться б-ные, относительно (трудоспособности которых возникает сомнение, длительно болеющие, субфебрильные, язвенные больные, анемичные и т. п.), ибо она обеспечивает возможность проверки последней, не создавая для рабочих искусственных условий клинических функциональных испытаний.

Понятно, что профилактическая клиника по своему бытовому укладу, по своему режиму должна отличаться от стационаров старого типа; она должна иметь в себе все элементы профилактики, т. е. здоровые условия быта, улучшенное питание, диету-терапию, физиотерапию, культурное обслуживание и т. д., ибо в обеспечении улучшенной бытовой обстановки, наряду с необходимыми лечебными мероприятиями, и лежит залог наибольшей эффективности работы профилактической клиники.

Из Кожно-венерической клиники Гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани и Центрального венерологического диспансера Татнаркомздрава (директор клиники и старший врач диспансера проф. С. Я. Голосовкер).

К вопросу о проституции в Казани ¹⁾.

А. М. Лейзеровского.

Широкое втягивание женщин в производство, полная ликвидация безработицы поборол и лишили корней одно из наиболее позорных наследий капиталистического строя—проституцию. И не только экономические факторы, но и связанные с ними бытовые и правовые—положение о семье и браке—лишают у нас проституцию почвы, на которой она могла бы развиваться. Поэтому мы в настоящее время при изучении проституции, принимая во внимание и исследуя итоги социально-экономических и санитарно-профилактических мероприятий, вместе с тем изменяем линию нашего поведения в основном подходе к полному оздоровлению этого явления. Наши мероприятия по борьбе с проституцией шли в разных направлениях. Путем особых законодательных положений участие женщин в различных видах производства значительно расширилось; это способствовало полной ликвидации женской безработицы и созданию квалифицированных работниц. Принимая во внимание, что как наследие старого строя, мы встречали среди женщин отсталый в культурно-политическом отношении деклассированный элемент, органы Здравоохранения организовали для этой группы женщин лечебно-профилактические учреждения—трудовые профилактории. В задачи последних входили как лечебные функции, санирование хронических инфекций, как сифилис и гоноррея, так и трудовое политическое перевоспитание, имевшее целью

¹⁾ Доложено на торжественном заседании годовщины Каз. труд.профилактика 3 июля 1931 г.