

Отдел IV. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Интернациональная клиника - мастерская для лечения солнцем и работой больных с хирургическим туберкулезом.

Доц. С. М. Шварц

(Письмо из за границы с 4 рис.)

Совместно с группой делегатов VI-го Интернационального конгресса по профпатологии и травматологии, я в августе м-це с. г. посетил клинику-мастерскую для малообеспеченных больных с костным туберкулезом, организованную и руководимую проф. Rollier.

Leysin, где находится клиника, расположен на высоте 1250—1500 метров над уровнем моря, в стороне от Симплонской железной дороги и соединяется станцией Aigle электрической зубчатой дорогой. Leysin окружен цепью гор, защищающих его от холодных северных ветров, что имеет большое значение, так как позволяет проводить солнечное лечение и зимой. Климатические условия местности очень благоприятны. Средняя температура летом $12,7^{\circ}\text{C}$, зимой $-0,5^{\circ}\text{C}$. Время солнечного сияния: в июне—194 часа, в июле—219, в августе—206, в декабре—96, в январе—109, в феврале—133 ч. Средняя годовичная влажность $65,8\%$. Годовое количество осадков—1219 мм.

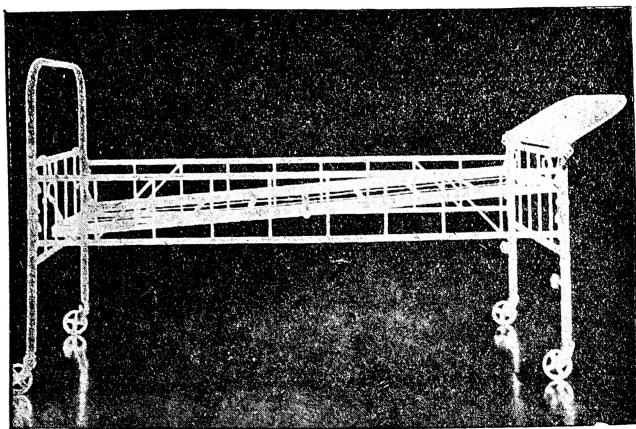


Рис. 1.

Проф. Rollier и сотрудники встретили посетителей исключительно любезно, ознакомили нас с принципами, положенными в основу организации клиники-мастерской, показали все детали обслуживания больных и организации их труда.

Из каких основных принципов исходит Rollier, осуществляя проводимые им методы лечения и обслуживания больных с костным туберкулезом? Проф. Rollier рассматривает костный туберкулез не как выражение местного заболевания, ограниченного небольшим участком пораженной кости или сустава, а как проявление общего заболевания организма. Отсюда следует, что бессмысленно прибегать к хирургическому вмешательству, которое должно иметь место только в исключительных случаях, основной же задачей является воздействие на весь организм на укрепление как физического, так и психического статуса заболевшего. Для мобилизации организма к борьбе против туберкулезной инфекции лучшим методом воздействия является солнечное лечение, особенно в условиях гор-

кой местности. Но солнечное лечение не должно ограничиться, как это некоторые делают, воздействием только на пораженный участок, а должно носить общий характер. Притом не кратковременные солнечные ванны, а систематическое воздействие солнечных лучей на весь организм в течение максимально возможного времени (по 4—8 часов в день не только летом, но и зимой, осенью и весной). Естественно, что облучение нужно начинать очень осторожно и только постепенно расширять поле облучения. Солнечные лучи во всем своем спектре (а не исключительно ультрафиолетовые) обуславливают не только воздействие на кожу, но и тонизируют мускулатуру, способствуют обизвестлению костей, обычно бедных известью при поражении туберкулезом. Солнечные лучи влияют и на психику больных, улучшают их самочувствие и оказывают болеутоляющее действие. Клиника Rollier не пользуется широко применяемыми в практике обслуживания больных с костным туберкулезом корсетами и гипсовыми повязками, тем более что последние не только мешают облучению, но и способствуют атрофии кожи и мускулатуры. Клиника с успехом применяет выработанные ею другие методы иммобилизации больного участка, не прибегая к гипсовым повязкам.

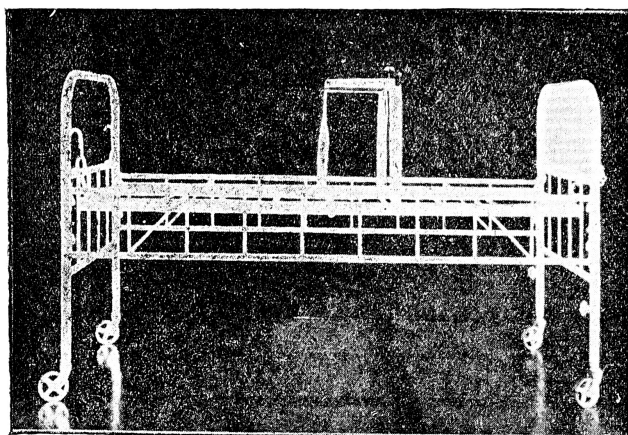


Рис. 2.

На основании анализа богатейшего материала, прошедшего через клинику Rollier, последний делает вывод, что правильно применяемое общее солнечное лечение дает блестящие результаты в борьбе с костным туберкулезом.

Но если эти принципы, положенные Rollier в основу применяемого им метода лечения больных с костным туберкулезом, ничего нового собою не представляют, ибо в настоящее время применяются во всем мире с большим или меньшим успехом, то значительный интерес представляет проводимая Rollier наряду с солнечным лечением рабочая терапия (Arbeitskur).

При организации Arbeitskur Rollier исходил из следующих соображений. Больной с костным туберкулезом вынужден обыкновенно проводить в постели многие месяцы, иногда годы до ликвидации процесса. Вынужденное в течение очень долгого времени ничегонеделание влияет очень неблагоприятно не только на физическую, но и на психическую сферу больного. Больной страдает от сознания того, что он является бесполезным членом общества, является обузой для других. Несомненно, что подавленное психическое состояние влияет на течение и исход болезни. Но и когда наступает момент выздоровления, когда больной может встать на ноги и взяться за работу, то оказывается, что многие месяцы вынужденного ничегонеделания настолько снизили его работоспособность, что он с большим трудом может взяться даже за выполнение очень легкой работы. Часто этот переходный момент влияет пагубно на чрезвычайно ослабленный организм. Помимо всего этого, подавляющее большинство туберкулезных больных — люди мало состоятельные, содержащиеся в больнице за счет тоже малосостоятельных родных. Поэтому возможность даже маленького заработка во время пребывания в клинике

имеет большое значение. Наконец, исключительно важно отвлечь больного от его мрачных мыслей, которые овладевают им во время продолжительного лежания. Исходя из вышеупомянутых соображений Rollier и пришел к выводу о целесообразности комбинировать Sonnenkur с Arbeitskur.

Впервые проф. Rollier пытался осуществить эту идею, присоединив к солнечному лечению и лечение работой в 1909 г. В этом году была организована рабочая колония, где выздоравливающие производили легкую, соответствующую их силам, работу (плетение корзин, производство мебели, легкие столярные работы). В 1910 г. была организована вблизи Leysin'a с/х колония для выздоравливающих детей. И эта колония себя оправдала. Для того, чтобы дети не отста-

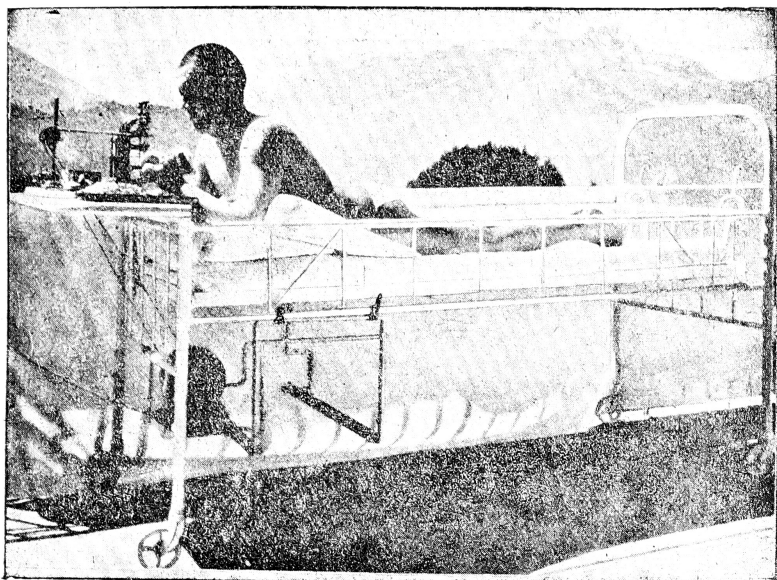


Рис. 3.

вали в своем умственном развитии, одновременно велись и школьные занятия. Как школьные, так и производственные занятия проводились, по мере возможности, на открытом воздухе, даже зимой. Организованные для выздоравливающих колонии дали настолько ободряющие результаты, что клиника решила попытаться ввести лечение работой (Arbeitskur) не только для выздоравливающих, но и для прикованных к постели благодаря поражению туберкулезным процессом больных.

Впервые систематическая производственная работа для прикованных к постели больных с костным туберкулезом была введена в 1915 г. в швейцарской военной клинике. Вначале работа носила чисто ручной характер (плетение корзин, сетей, пр-во ковров) и была довольно примитивно организована. Тем не менее клиника продала в течение 1918—1919 г. изделий, произведенных больными, на сумму в 62190 фр., из коих 34293 фр. получили больные.

Положительный опыт этих начинаний, проведенных в виде эксперимента, показал воочию целесообразность комбинации солнечного лечения и систематической работы. Естественно, появилась мысль о целесообразности перейти от кустарщины к организации такой клиники, где больные, — даже с тяжелыми поражениями костей и суставов, — могли бы производить соответствующую состоянию их здоровья и лучше оплачиваемую работу. А так как сбыт большого количества ручных изделий представлял значительные трудности и недостаточно хорошо оплачивался, то Rollier решил организовать настоящие мастерские, оборудованные необходимыми станками и двигателями. В связи с 25-летним юбилеем врачебной деятельности Rollier было приступлено к реализации этой идеи и в 1929 году была закончена постройка клиники-мастерской. Это 4-хэтажное здание, с широкими балконами, тянущимися во всю его длину, расположено в живописной

местности. С балконов открывается восхитительный вид на исключительные по своей красоте Dents du Midi. Клиника рассчитана на 120 кроватей. С утра кровати с больными выкатываются из палат на балкон, где они остаются весь день. Здесь раздетые больные проводят солнцелечение и одновременно работают, лежа, полулежа или сидя, в зависимости от характера заболевания. Кровати на роликах; последние могут быть зафиксированы для того, чтобы во время работы кровать не двигалась. Решетка, на которой расположен жесткий матрац, может быть поставлена косо, так что больной может занять удобное положение для работы. Одна спинка кровати может быть повернута на 90° и служит подставкой для станка с электрическим мотором (см. рис.). Часто мотор располагается под кроватью или

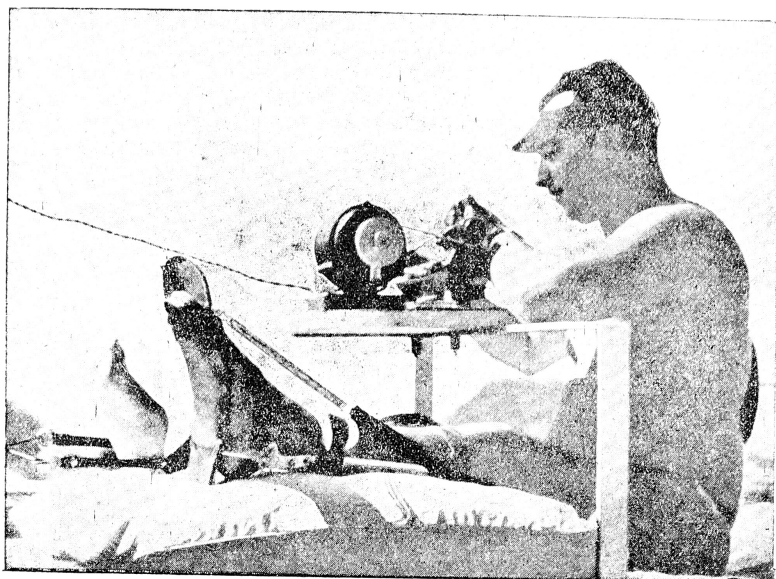


Рис. 4.

в стороне от нее. В большинстве случаев больные работают лежа на животе, опираясь на локти. Такое положение нам показалось очень неудобным и утомительным, но опрошенные больные заявили, что они быстро привыкают и находят его очень удобным для многих работ. Часть больных (таких меньшинство) работают лежа на спине, некоторые работают сидя или полулежа. Выделяются самые разнообразные предметы: детали для часов, счетчики для автоматических телефонов, детали для радиоаппаратуры и т. д. Больные женщины заняты, гл. обр., пошивкой белья, вышивкой, трикотажными работами, плетением корзин. Больные зарабатывают от 50 до 100 франков в месяц, очень довольны предоставленной им возможностью работать и зарабатывать хотя бы и небольшую сумму. Конечно, не только заработок играет важную роль, но и сознание того, что они не являются совершенно бесполезными людьми и способны что-либо делать, несмотря на свою инвалидность, и это придает им много бодрости.

Кроме больных, прикованных к постели, которые вынуждены работать лежа или полулежа, имеюся и выздоравливающие, могущие без ущерба для лечения стоять, сидеть, передвигаться. Для таких реконвалесцентов имеются хорошо оборудованные мастерские, где больные могут производить более сложные работы, не требующие большого физического напряжения, и одновременно продолжать свой курс лечения.

Больные-швейцарцы платят в день (сами или страхкасса) по 7 франков, иностранцы по 10. На вопрос о себестоимости содержания больного мне точного ответа не дали (будто-бы по 7—10 франков в день). Такова, в общих чертах организация этой своеобразной клиники-мастерской. Несомненно, что идея, положенная в основу этой организации—здоровая, а сама система заслуживает изуче-

ния и подражания. Мне думается, что в условиях СССР эта система представляет особый интерес.

Действительно, даже в Западной Европе, где труд для пролетария является проклятием, а идеал буржуазии достигнуть такого состояния, когда можно жить на проценты от капитала и ничего не делать, находятся ученые типа Rollier, которые начинают сознавать не только экономическое, но и биологическое значение труда. Естественно, что у нас в Союзе, где труд является радостным, где только тот себя чувствует полноценным членом общества, кто участвует своим трудом в активном строительстве нового социалистического общества—пробретает большое значение вопрос о том, нельзя ли организовать рационально труд тех, которые вынужденно оторваны от него на продолжительный срок, благодаря хроническому заболеванию.

В буржуазных странах проблема правильного, рационального использования труда хронических больных или только частично работоспособных наталкивается на невероятные трудности. При многомиллионной армии безработных—организовать сбыт изделий, произведенных больными, очень трудно. Да и сама организация мастерских наталкивается на большие трудности. Ведь, конечно, ни один капиталист не станет вкладывать свои капиталы в такие мастерские, а государственный бюджет большинства капиталистических стран в таком состоянии, что даже существующие лечебные учреждения частично сокращаются или порою закрываются. Другое дело в нашем Союзе. Многообразие и грандиозность задач, поставленных для разрешения пятилетки, властно требуют, чтобы все наличные силы были максимально использованы. То, что в капиталистических странах невозможно—или реализация чего наталкивается на чрезвычайные трудности—то вполне выполнимо в Союзе. У нас не только возможно полностью использовать положительный опыт Rollier, но его значительно расширить и поставить большой важности практический вопрос организации труда хронических больных и неполноценных работников.

Альфред Гротьян.

(Некролог).

(с портретом)

В ночь на 4/IX в Берлине на 61-м году жизни неожиданно скончался от острого приступа желчной болезни профессор социальной гигиены Берлинского университета Альфред Гротьян. Это был единственный ординарный профессор по данной молодой научной дисциплине в Германии и Западной Европе, его имя пользовалось широкой известностью и в Германии он считался основоположником этой новой и молодой научной дисциплины. Его популярность была особенно велика после выпущенного им руководства «Социальная патология», которое пользовалось широким распространением и у нас в Союзе.

Гротьян родился 25/XI 1869 г. в городе Schladen (Гарц). Он происходил из старинной врачебной семьи (отец и дед его были врачами). С гимназической поры Гротьян начинает, под влиянием Alfred'a Südekum'a, увлекаться социальными и экономическими науками; он проходил их в дальнейшем у Tönnis'a в Киле, у Roscher'a в Лейпциге и у Schmoller'a в Берлине; особенно сильно было влияние последнего. Однако, своей профессией Гротьян избирает—врачебную. Но уклон его к социально-экономическим наукам, а видимо и его деятельность, как врача среди Берлинской бедноты, толкают его на мысль приложить методы социально-экономических наук к медицине и здравоохранению. Первой его работой в этом направлении была работа об алкоголизме; под алкоголизмом он подводит базу не только биологическую, но и социальную; эта работа появляется в печати в 1898 г. в «Socialwissenschaftlichen Bibliothek».

Уже будучи врачом бедноты и рабочих, он вновь работает в семинарии Schmoller'a, и за это время появляется ряд его статей, посвященных социальной гигиене и печатающихся в журналах «Medizinische Reform» и «Archiv für soziale Hygiene»—журнале им же созданном и являющемся наиболее популярным и широко распространенным журналом по социальной гигиене.