

ря словами Лика „порвать болезненный круг, помочь организму восстановить свое равновесие“. Эта задача тем более благодарна, чем раньше за нее взяться. Такая возможность доказывается самостоятельной тенденцией к латентности, которая так выражена при холецистопатиях и которую терапевт должен уметь использовать. Я имею в виду истинную латентность, объективно установленную, а не опасную псевдо-латентность, основанную на собственных ощущениях больного, при которой под пеплом тлеет огонь, прорывающийся иногда в виде внезапной катастрофы, классическим и печальным примером чего может служить трагическая судьба известного немецкого социалиггениста Гротмана. Эта большая тенденция к латентности оправдывает тезис Бергманна: „ранней операции противопоставить раннее лечение“. Из характеристики, данной мной холецистопатиям, как общему заболеванию организма, вытекает и необходимость направить терапию не только на больной орган, но и на весь организм с учетом свойственных каждому случаю особенностей нервных, эндокринных, расстройств обмена, функции печени и т. п. Знание характера дискинезии диктует антиспазмодические мероприятия при гипертонической форме и наоборот—тренировку, внутренний дренаж желчных путей при атонической. В этих же мероприятиях, направленных на весь организм и на дискинезию, в частности, лежит и профилактика рецидивов (наряду с устранением источников инфекции, как тонзиллиты и др., где это возможно). Не подлежит сомнению, что там, где ясно выражена ведущая роль местной инфекции и где приступы часты, необходимо вовремя передать больного хирургу, не ожидая тяжелых осложнений; но и хирурги уже в настоящее время должны проявлять больше интереса к функциональным изменениям, учитывать важность подготовительного периода к операции и лечения всех общих расстройств после операции не только там, где они видят себя к этому уже вынужденными, но и профилактически. Только такая совместная работа терапевта и хирурга поможет найти правильный путь в извилистом течении холецистопатий.

## Профилактика детских летних поносов 1).

Проф. В. К. Меньшиков.

В переживаемую нами эпоху бурного роста социалистического строительства и завершения коллективизации на селе мы наблюдаем и громадные успехи в области культурного фронта. Исключительная забота о детях, внимание к матери и ребенку в учреждениях ОММ имеют в результате значительное снижение детской смертности в нашем Союзе (с 25,2% в 1901—1910 г.г. на 100 родивш. до 15,8% в 1928 г.) Эти достижения наиболее ярко выступают в области охраны здоровья детей раннего возраста, где социально-бытовая сторона особенно оказывает свое влияние. Здесь проблема организации правильного ухода и питания детей грудного и раннего возраста в рабочей семье и в деревне (совхозы и колхозы), являясь задачей всей советской общественности, дает наглядный

1) Доклад на научном съезде врачей Татарской Республики и смежных областей и республик 15 июня 1933 г.

результат. В дореволюционном быту летние детские поносы были основной причиной громадной детской смертности и с ними считались, как с неизбежным злом. В настоящее время летняя заболеваемость детей и смертность от поносов значительно снизилась, но мы все еще далеки от того, чтобы говорить о полном благополучии на этом фронте. И в настоящее время поносы являются главнейшей причиной гибели детей особенно в раннем возрасте, в последующем же возрасте заболеваемость детей и смертность в той или иной мере находятся в связи с перенесенными ими ранее поносами, подорвавшими питание и сопротивляемость детей к заболеваниям.

Принимая характер эпидемии, летние детские поносы особенно поражают детей пролетариата. Так, по указаниям д-ра Паевского, в Ленинграде смертность от поносов детей рабочих более, чем в полтора раза по сравнению со смертностью детей служащих. Кроме того каждый тяжело больной ребенок требует неотлучного материнского ухода и забот, отрывает мать от производства, нанося последнему ущерб. При коллективном хозяйстве в деревне заболевшие дети являются угрозой срыва производительности женского труда матери-крестьянки в горячую уборочную кампанию. В силу сказанного борьба с летними детскими поносами должна быть поставлена ударной задачей и самой важной в деле перестройки быта на новых социалистических началах, борьбой за повышение производительности труда.

Знание этиологии и патогенеза болезни дает нам путь для профилактики и терапии. Основным вопросом всегда является причина поносов—является ли она бактериальной или алиментарной (Черни). Попытки объяснить возникновение летних поносов на основе инфекции и воздействовать на эту инфекцию, ведя борьбу с кишечными бактериями, до сих пор не дали успеха. Этот путь оказался ложным. Применение вакцилотерапии всегда сопровождалось и диетотерапией, так что бактерио-терапия не являлась важнейшей мерой в лечении поносов. Рационально проводимое питание, обеспечивая высокий иммунитет, является решающим фактором в борьбе против заболеваемости и смертности детей. Правильно проводимая профилактика базируется на установлении для ребенка режима питания соответственно возрасту и его конституциональным особенностям. В благоприятном или неблагоприятном исходе при лечении поносов у детей, наряду с этиологическим моментом и тем или иным воздействием диеты на самый понос, особенное значение имеет оценка общего состояния ребенка. Наибольшая опасность угрожает детям, перенесшим повторные поносы, недоношенным или ослабленным неоднократными непорядками в питании, детям, на коих не распространялись в достаточной мере заботы матери и врача. Этим и объясняется, почему в одних случаях достаточно простых средств, в других же приходится применять сложную и длительную терапию для сохранения жизни ребенка. Громадную роль играет окружающая ребенка обстановка и ухаживающий за ним персонал. Как показывают опыты И. П. Павлова, в зависимости от нервно-психических моментов меняется не только двигательная, но и секреторная деятельность желудочно-кишечного канала. Таково же и влияние ряда неблагоприятных жизненных условий, отражающихся на уходе за ребенком. Сюда следует отнести грязное содержание ребенка в душной комнате, летом запаривание его в грязных мокрых пеленках

и таким путем перегревание его. В этом случае вред возникает не только благодаря отдаче воды, но, несомненно, имеет значение и то влияние на нервную систему ребенка, которое ему приходится испытывать в душной комнате, будучи завернутым в пеленки, как в горячий компресс. Воздействие на ребенка различных инфекций, ведя за собой глубокие повреждения в организме, отражаются и на пищеварительном тракте у детей, нарушая его деятельность. Если ко всему этому присоединить перекорм, дачу недоброкачественной пищи, неудивительной является исключительная тяжесть заболевания детей поносами в летнюю пору. В летнюю жару угрожает детям заболевание благодаря общему обычаю утолять жажду у них молоком. При грудном питании, в силу малого содержания в женском молоке белка, особенного вреда от перекармливания не наблюдается. Иное дело при перекармливании богатым белком коровьим молоком, когда, при расщеплении белка, образуется большое количество тепла. Этот процесс не может проходить при обычной потребности организма в воде и требует большого введения ее. Излишек дачи ребенку коровьего молока вызывает повышение температуры, что, при внешней жаре, вызывает жажду к воде. Предупреждение перегревания лучше всего достигается обильной дачей детям воды или чая; этим путем не только удовлетворяется жажда, но и избегается столь опасное перекармливание. Перекармливание нарушает процесс автостерилизации кишечника. Излишек пищи влечет за собой застой ее в желудке, разложение с образованием ненормальной кишечной флоры и повышением кислотности химуса, что ведет к усилению перистальтики и изменению секреции в пищеварительном тракте. В общем безразлично, подвергалась ли пища бактериальному разложению вне кишечника, т. е. была ли она ранее негодной или это возникло благодаря неблагоприятным условиям в самом кишечнике, результат получается один и тот же.

Применение лечебных и профилактических мер должно базироваться на точной оценке настоящего состояния ребенка. Необходимо всегда выяснить, какими ребенок обладает резервами в теле, насколько он потерял в весе от ранее бывших у него расстройств, не наступили ли у него такие деструктивные изменения в тканях, при коих восстановление нормальной функции организма становится невозможным. При последнем состоянии мы бываем бессильны сохранить жизнь ребенка при появлении у него поноса.

Самой важной профилактической мерой следует требование кормления детей материнским молоком, обеспечивающим высокий иммунитет. Всякие неудачи при этом питании, как-то: часто встречающиеся поносы, срыгивания у детей с аномалиями конституции и запоры при недостатке молока легко устранимы при осторожном переводе ребенка на смешанное кормление. Следует особенно избегать раннего назначения детям мучнистых кашек, что за последнее время, с легкой руки рекомендации некоторых авторов, стало входить в обычную практику многих врачей. Если в ряде случаев такой прикорм и дает хороший результат, то обобщать этого не следует, так как большинство детей от такого прикорма начинают страдать диспепсиями со всеми их последствиями. Ранее 5½—6 мес. мы не можем рекомендовать дачу детям каш и киселей. Важно обеспечить ребенка грудным молоком при наступлении лета, не позволяя отлучать ребенка от груди в это время. Современные наши знания о

роли витаминов для роста и развития детей заставляют нас давать детям с 3 мес. возраста фруктовые и овощные соки и в зимнее время назначать рыбий жир. Если сравнительное благополучие дает смешанное кормление, то этого нельзя вполне гарантировать при искусственном питании. Искусственное вскармливание требует безупречного по качеству молока, причем разведения молока должны обеспечить ребенку доставку всех основных питательных веществ и в том же приблизительно взаимоотношении друг к другу, как это имеет место в женском молоке. Старый обычай долгое время держать на сильных разведениях молока, дававший столь печальный результат, должен быть оставлен. Особенно следует опасаться неполноценного питания и недодачи ребенку в пище жиров, как носителей витамина роста и обеспечивающих высокую сопротивляемость организма. Наилучшего результата можно ожидать при питании детей смесями с добавлением жира в количестве в процентном отношении близком к составу женского молока, избегая в то же время сложных смесей, считаясь при назначении той или иной смеси с индивидуальными свойствами детей. При назначении полноценного питания мы должны избегать перекармливания, в случае необходимости покрывая потребность ребенка в жидкости дачей ему воды. Особенно вредным мы считаем преимущественное питание молоком к концу года и в начале 2-го года. Если к концу 1-го года ребенок не приучен к разнообразию в пище в виде овощных пюре, каш, киселей, бульона, хлеба и рубленого мяса и главную его пищу составляет молоко, при таком режиме ему наиболее угрожает заболеть летом поносом, чего обычно не бывает, когда это последнее отходит на второй план. Особенно часто мы видим при перекармливании молоком тяжелые случаи дизентерии.

Летние детские поносы не являются неизбежным злом, с которым нельзя бороться. Меры профилактики по отношению к детским поносам должны носить не только личный, но и общественный характер. Задача врача в учреждениях, обслуживающих детей (в консультациях в яслях), выявить еще до наступления жаркого лета наиболее слабых и угрожающих по заболеванию детей, детей с подорванным питанием, гипотрофиков, уже ранее болевших поносом, с целью взятия их под постоянное наблюдение. Меры общественной профилактики должны иметь на первом плане санитарно-просветительную работу среди матерей и ухаживающего персонала. Проведение строжайшего контроля за молоком и диетическими продуктами, снабжение молоком и диетическими продуктами и питательными смесями через молочные кухни должно быть поставлено на должную высоту. Крайне необходимо снабжение детей доброкачественным молоком как в учреждениях, так и в домашнем быту. Для этой цели совершенно недопустима доставка молока из отдельных молочных ферм в летнюю пору, необходима организация молочных ферм на местах. Доставка молока должна быть в ранние утренние часы, причем молоко должно быть предварительно охлажденным. Чрезвычайная важность питания слабых детей женским молоком ставит непременной задачей организацию сборных молочных пунктов для получения женского молока. Это тем более необходимо, что женское молоко, особенно летом, для искусственно-вскармливаемых детей нередко является единственным средством для спасения жизни при тяжелых расстройствах. Забота о детях на дому должна быть представлена в виде развития широкой сети патронажного обслуживания

для наблюдения за питанием, санитарном состоянии жилищ, уничтожением в них мух и грязи и правильностью ухода за детьми. Необходимыми мерами по оздоровлению детей являются: устройство летних детских площадок и зеленых очагов в городах, в деревне устройство полевых яслей и питательных и агитационных пунктов, а равно и создание летних отрядов по профилактике летних поносов. Необходимо проведение широкой врачебной помощи на дому с целью своевременной госпитализации заболевших детей. В деревнях с этой целью требуется создание временной летней сети больниц специально для детей, страдающих поносом.

Перестройка быта на новых социалистических началах, бурный рост строительства и коллективизации сельского хозяйства настойчиво требуют широкого внедрения в жизнь общественного питания. Выдающаяся роль общественного питания в деле раскрепощения матери от ее мелких домашних забот и привлечения ее на путь общественной жизни заставляет особенно строго заботиться о рациональном питании детей раннего возраста. В специальных учреждениях для детей (яслях, деточагах и т. п.) питание должно проводиться не по шаблону, а по строго индивидуальному уклону, соответственно возрасту и состоянию ребенка, с обязательной госпитализацией детей, страдающих расстройствами питания. Только таким путем может быть проводима с успехом профилактика детских поносов.

---

Из Кожно-венерической клиники Казанского государственного медицинского института.

## К вопросу о профессиональном сифилисе.

Проф. И. Н. Олесов.

Профессор А. П. Иордан в своей работе: „Профессиональный сифилис акушерок“ (Р. В. Д., 1925 г., № 2) цитирует работу Trüba, где автор приводит 407 случаев твердых шанкров у врачей, полученных ими при исполнении служебных обязанностей. По существующим статистикам профессиональным сифилисом прежде всего заболевают хирурги, затем гинекологи и венерологи (К. А. Карышева, Р. В. Д., 1925 г., № 7).

Существующие до сих пор описания заражений врачей профессиональным сифилисом касались случаев, где у больных имелись активные явления на коже и слизистых. В последнее время мы встречаем наблюдения, когда врачи заражались сифилисом от больных, у которых его не подозревали.

Если раньше для того, чтобы избежать профессионального заражения сифилисом было достаточно прежде всего знакомства с проявлениями этой болезни на коже и слизистых, то теперь становится необходимым уметь правильно распознавать и скрытые формы этой болезни.

Для иллюстрации того, насколько это необходимо, приведу 5 известных мне случаев, где инфицирование произошло при операции от больных, не имеющих активных проявлений болезни ни на коже, ни на слизистых.