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
вести исследование крови у мальриков с обязательным взятием на учет паразитоносителей и острых мальриков для последующего систематиче-
ского 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 акцентуировать внимание на этом вопросе, счита-
tая, что правильно поставленные учет и лечение мальриков являются существеннейшим условием дальнейшей успешной борьбы с мальрией в ТР.
Учитывая, однако, менее развитую медицинскую сеть в районах, необходимо с 1932 г. приступить к развертыванию в них противомаля-
райных учреждений, имеющих преимущество посредний характер (мальрийные пункты, станции), возлагая на них также руководство всей профилактической работой по мальрии на селе.
Излишне, пожалуй, говорить о том, что нельзя ограничиться одной лечебной хинизации в борьбе с мальрийным вирусом. Опыт противоре-
цидивной хинизации на крупных предприятиях г. Казани в 1931 г. дал определенные результаты, как в отношении снижения заболеваемости, так и уменьшения дней нетрудоспособности.
В заключении нужно сказать, что на пути к осуществлению за-
дачи—искоренения веками существовавшей в нашем крае мальрии стоят большие трудности, но можно быть уверенными, 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 развёрнутого социалистического наступления по всёму 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 планимерного и успешного оздоровления пораженных очагов. Здесь мы считаем нуж-
ным поделиться опытом нашей обследовательской работы в Граховском ерое (районе) Удмуртской автономной области летом текущего года.
Граховский ер всево地理ически занимает самую южную часть Удмуртской области и с юга граничит с Тат. А. С. С. Р. Ерс 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 чуваши. К моменту обследования в районе было коллективировано около 40% бедного-середняцкого хозяйств.

По сведениям Удмуртского обозряната южная часть области является наиболее сифилисированной. Обозрянителем нанесена организация ряда венериксов в этих районах. Один из этих венериксов был организован в с. Грахове Граховского росла в июне текущего года.

В районе имеется 2 врачебных участка, из которых один в с. Грахове, где организован венерикс, в штате имеется двух врачей, второй — в селе Троицком — одного врача; имеется одна фельдшерская палата. Врачи Граховской больницы несут большую лечебную и общественную работу. Работу врачей весьма отягощает отсутствие достаточного количества среднего медицинского персонала. Лечебное сифилис проводится путем сальварсанизации, инъекции и фрекции не делается. Гонорея лечится исключительно внутренними средствами и спринцевкой. При имеющейся загруженности врачей лечебной и общественной работой и отсутствии достаточного числа среднего медперсонала не было технической возможности для проведения хибинизации, а также развертывания в широких размерах диспансерных методов работы. Систематический учет венероболеваний не ведется. Цифровой материал, имеющийся в Граховской б-це, по крайней мере, отображает лишь обращаемость, но не дает картины сифилисации района.

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

Нами обследовано 10 селений; в них всего 775 хозяйств и 3675 человек 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 гонореей. В нашем материале не включены подозрительные, т. е. лица, у которых диагноз должен быть подтвержден Р. В. 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 приведенной нами.

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

Как видно из приведенной таблицы, степень сифилисации по отдельным селениям неодинакова (от 0,25% 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 мариейским населением (Иж, Бобля 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. сиф. из 282 обсл.), Давкино — 7,5% (18 сл. сиф. из 239 обсл.), Арвась-Пельга — 8,5% (47 сл. сиф. из 553 обсл.), Мамаево — 8,1% (27
<table>
<thead>
<tr>
<th>Название селений</th>
<th>Колич. населения</th>
<th>Колич. обследован.</th>
<th>% сиф. обсл.</th>
<th>Из них:</th>
<th>Выявлен. больных, сифил., % сиф. населения</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Тайшнер.</td>
<td>167</td>
<td>162</td>
<td>97</td>
<td>63</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>99</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Ерыкса.</td>
<td>89</td>
<td>88</td>
<td>98,65</td>
<td>66</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Колхозников</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>22</td>
<td>1,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td>466</td>
<td>443</td>
<td>98,06</td>
<td>430</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Верхний Выселок.</td>
<td>74</td>
<td>70</td>
<td>94,6</td>
<td>70</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>10</td>
<td>1,43</td>
</tr>
<tr>
<td>Иж-Бобья.</td>
<td>94</td>
<td>87</td>
<td>92,55</td>
<td>82</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Колхозников</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>10</td>
<td>1,38</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td>271</td>
<td>262</td>
<td>96,67</td>
<td>245</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Сараикино.</td>
<td>176</td>
<td>163</td>
<td>92,6</td>
<td>146</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Колхозников</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>17</td>
<td>6,13</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td>296</td>
<td>282</td>
<td>95,27</td>
<td>151</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Горные Юрали.</td>
<td>115</td>
<td>107</td>
<td>93</td>
<td>28</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>Колхозников</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>79</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td>171</td>
<td>163</td>
<td>95,32</td>
<td>100</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Мамаево.</td>
<td>159</td>
<td>149</td>
<td>93,71</td>
<td>123</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Колхозников</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>123</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td>318</td>
<td>300</td>
<td>94,34</td>
<td>210</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Арбас-Пелега.</td>
<td>171</td>
<td>162</td>
<td>94,73</td>
<td>157</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Колхозников</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>157</td>
<td>16,10</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td>430</td>
<td>418</td>
<td>97,2</td>
<td>396</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Давкино.</td>
<td>292</td>
<td>272</td>
<td>98,15</td>
<td>173</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>99</td>
<td>9,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Малый Кармых.</td>
<td>74</td>
<td>72</td>
<td>97,3</td>
<td>66</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Единоличников</td>
<td>312</td>
<td>301</td>
<td>96,47</td>
<td>282</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>13,62</td>
</tr>
</tbody>
</table>

сл. сиф. из 333 обсл.), Горные Юрали — 10,9%, (14 сл. сиф. из 128 обсл.), Сараикино — 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 сифила по колхозному и единоличному секторам представлено в таблице № 1.

Пропект выявленного сифила в колхозах оказывается несколько ниже, чем среди единоличников. Исключение составляет 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 сифила имеет большую давность и преобладает третичная форма его в латентном периоде. Почти все колхозники больные сифилитом, являлись латентными сифилидиками, заболевшими до вступления в колхоз.
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 случай) превалирует над вторичной (38 случаев). (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 узловатого сифилида (главным образом, на голенях) 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 Арваев-Пельга, где у большинства больных наблюдаются следы после бывших обширных гумозных поражений на коже. Таким образом, в обследованных селах 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 сальварсанзация, 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 стадиям.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Вторичный сифил.</th>
<th>Третичн. сиф.</th>
<th>Врожд. сиф.</th>
<th>Неволнолез.</th>
<th>Табес</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Слеж.</td>
<td>Режд.</td>
<td>Латент.</td>
<td>Актив.</td>
<td>Ранний</td>
<td>Позд.</td>
</tr>
<tr>
<td>Удмурты</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Мари</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Татар</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Русские</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Способ заражения. |

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Половое заражен.</th>
<th>Внеполовой сифил.</th>
<th>Врожденный</th>
<th>Невыяснен.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Удмурты—мужчины</td>
<td>34</td>
<td>4</td>
<td>6</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>&quot;</td>
<td>54</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Марии—мужчины</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&quot;</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Татары—мужчины</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&quot;</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Русские—мужчины</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&quot;</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Врожденный сифиле 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 2 1/2 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: первый сифиле—1 случай, свежий вторичный—1, латентный вторичный—17, активный третичный—2, латентный третичный—24 и ранний врожденный сифиле—1 случай; острыя гонорея—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 беспризорь и по сведениям Граховской больницы, есть основание предполагать, что более пораженными сифилисом являются селения Верхняя Игра, Микино, Нижние Юрашки, Селиур-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 говорят 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 перстневиды, 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, повидимому, ниже действительной. Бросается в глаза частая обращаемость удмуртов 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 указаний, неизбежных последствий бывшей царской политики, особенно среди национальностей.

Эти факторы, хотя и изменились за период существования совласти, 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 половье 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 был колхозников, что благоприятно отражается на половым быте и на снижении венерической; с другой стороны, она создает необходимые условия и широкую возможность в деле борьбы с венерическими заболеваниями. 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 детальному 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 отдельно-
ными семьями в пригодном для этого помещении, с отделениями для мужчин и женщин. В колхозах поголовые 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 вензаболеваниями 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 венерическим 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 должен быть организованы низовые организации при епархиальных и сельских советах (секции здравоохранения), в колхозах, школах и т. д. (здраврячейки). Эти организации должны возглавить борьбу с социально-бытовыми заболеваниями 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 вензаболеваниями. Достаточно указать хотя бы на то, что борьба с внезапным сифилисом в деревне требует не только соответствующего изучения больных, но, главным образом, проведения общесякринного оздоровления бытовых условий. В этом отношении задача вообще медицинских и венерологических организаций заключается в том, чтобы путем проведения санминимума обеспечить условия, исключающие возможность распространения внезапного сифилиса, занимающего значительное место среди удмуртского населения.

В заключение считаем необходимым сделать следующие организационного характера выводы:

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

Необходимо в кратчайший срок обеспечить венеропункт врачом-венерологом и средним медицинским персоналом, создав финансовую и ма-
териальную базу для развертывания лечебной и профилактической работы венериков.

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

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

Развернуть работу низовых организаций - секций здравоохранения при ерепсеполкомах и сельских советах, здравчеков в колхозах, школах и т. д., вовлекая в борьбу с венерическими 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. Адамьева 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 следующие 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 затрахоменных районов имеются главные 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% (1923 г.) до 36,7% (1931 г.), Особенно рельефные 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 1/2 лет — с 56% до 33%. К концу 1932 г. в Чувресп. будет развёрнута вся сеть трахоматозных пунктов, намеченная для полного охвата трахомных больных.

В Мардане также принят генеральный метод борьбы с трахомой, и в настоящее время она имеет 58 главных пунктов. К борьбе с трахомой, как и в Чувресп, привлекаются и участковые врачи, активно участвует широкая общественность, учителя, организованное противотрахоматозное общество, установленный тесный контакт с обществом слепых.

В Удмуртской обл. организованы главные пункты с врачами, окулястами, руководящими 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 социально-бытовыми заболеваниями при ОБИК е, районных секциях здравоохранения, ячейках по борьбе.