

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ИСТОРИЯ
МЕДИЦИНЫ
И
СОЦИАЛЬНАЯ
ГИГИЕНА**

ТАЛЛИН—1970



1
V
A-19091

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР

ИНСТИТУТ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЭСТОНСКОЙ ССР

НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ГИГИЕНИСТОВ
И ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЭСТОНСКОЙ ССР

ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ
И СОЦИАЛЬНАЯ
ГИГИЕНА

МАТЕРИАЛЫ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ

ТАЛЛИН 18 — 19 МАЯ 1970

ТАЛЛИН — 1970

Редакционная коллегия:

А. А. Сарап (ответств. редактор), А. А. Лукаш, Б. М. Шамардин,
Н. В. Эльштейн.

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu

245285

ОТ РЕДАКЦИИ

В настоящий сборник включены материалы, представленные на обсуждение расширенной Эстонской республиканской научно-практической конференции по вопросам организации здравоохранения, истории медицины и социальной гигиены, состоящейся в Таллине 18—19 мая 1970 г.

Многие работы касаются претворения в жизнь ленинских принципов социалистического здравоохранения, проведения в жизнь решений XXIII съезда и Программы Коммунистической партии Советского Союза по здравоохранению.

Развертывание специализированной медицинской помощи поставило новые задачи перед руководителями всех звеньев здравоохранения и всеми медицинскими работниками. Это влечет за собой возникновение новых форм организации работы лечебно-профилактических учреждений, научной организации труда, подготовки кадров и т. п.

Успешные поиски лучших путей решения многосложных задач современного социалистического здравоохранения невозможны без обмена опытом и широкого обсуждения.

Важно отметить, что подавляющее большинство публикуемых работ представлены практическими работниками здравоохранения. Это свидетельствует о тесной связи науки с жизнью и растущем интересе к науке среди практических работников и руководителей органов здравоохранения.

РЕДКОЛЛЕГИЯ.

TO THE

MEMBERS OF THE BOARD OF DIRECTORS
OF THE
AMERICAN BANKING ASSOCIATION
AND
THE
FEDERAL RESERVE BOARD
WASHINGTON, D. C.

Dear Sirs:

I have the honor to acknowledge the receipt of your letter of the 10th inst. regarding the proposed amendments to the Federal Reserve Act, and in reply to inform you that the same have been forwarded to the Board of Directors for their consideration.

The Board of Directors has not yet had an opportunity to meet and discuss the proposed amendments, and it is therefore impossible to state at this time whether or not they will be approved.

I am, however, sure that the Board will give the most careful consideration to the proposed amendments, and I am confident that they will reach a decision which will be in the best interests of the banking system.

Very respectfully,
S. P. HARRIS

ЛЕНИНСКИЕ ПРИНЦИПЫ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

С. М. ДАНЮШЕВСКИЙ (Москва)

Мировая история не знает другого политического деятеля, который оказал бы такое могучее и непосредственное воздействие на весь ход общественного развития, как В. И. Ленин.

Величайшая историческая заслуга Ленина и выкованной под руководством Ленина российским пролетариатом партии большевиков состоит в том, что они открыли человечеству не только теоретически, но и на практике показали путь к социализму и коммунизму. Ленин исходил из того, что только свергнув господство капиталистов и помещиков и установив власть трудящихся, наша страна сможет ликвидировать свою отсталость в кратчайшие исторические сроки, сможет не только догнать, но и перегнать передовые в экономическом отношении государства, построить новое социалистическое, а затем и коммунистическое общество.

Ныне все видят как великая правда ленинских идей живет и побеждает.

В эти дни важно вспомнить, чему постоянно учат ленинские идеи.

На забытых уже многими материалах мы хотели бы показать роль В. И. Ленина и руководимой им партии в первые годы советской власти, когда Владимир Ильич в невероятно трудных условиях голода и эпидемий проявлял исключительную заботу о развитии науки и организации научных исследований.

По инициативе В. И. Ленина 6 декабря 1921 г. издается Декрет Совнаркома, в котором предусматривается: «В целях наилучшего использования научных сил страны для восстановления народного хозяйства, а также обеспечения научным работникам возможности спокойной и

планомерной работы» проведения ряда огромной важности мер, в том числе: «определить число научных работников, подлежащих дополнительному академическому обеспечению в 7000, установить премирование научных, научно-учебных и научно-популярных работ на основании особого положения, забронировать 2 905 420 довоенных золотых рублей, в том числе дензнаками за счет фонда СНК 790 000 золотых рублей, продовольствием на 1 509 120 золотых рублей и предметами широкого употребления на 606 360 золотых рублей».

Нужен был гений великого Ленина, его безграничная вера в силу рабочего класса, его глубокое, ленинское убеждение в силу науки для хозяйственного возрождения страны, чтобы сейчас, читая строки этого декрета, по достоинству его оценить.

Что служило основанием для регистрации научных работников?

«Право на регистрацию имеют лишь ученые, деятельность которых, как теоретическая, так и прикладная, в настоящих условиях имеет общепольное значение. Под понятием научных работ не могут подходить всякого рода служебные отчеты о научной работе учреждений, статистические сборники нормального типа, проекты нормальных сооружений, всякого рода пояснительные записки, работы описательного характера, при отсутствии в них материалов оригинального происхождения, учебные руководства и курсы лекций, если те и другие носят компилятивный характер, обычного типа переводы с иностранных языков, статьи для газет и мелкие справки, заметки в энциклопедические словари».

По заданию Председателя Совета Народных Комиссаров В. И. Ленина разработаны были, специально созданной экспертной комиссией, основные положения о премировании научных трудов, и порядок премирования «наиболее необходимых для республики работников в области науки».

Положение о премировании научных работ ученых Республики в счет установленных Совнаркомом 6 XII 1921 г. 250 000 довоенных золотых рублей было утверждено Советом Народных Комиссаров 3 января 1922 года в следующем виде:

«1. Научные, научно-учебные и научно-популярные работы премируются за а) оригинальность, б) ударность,

в) быстроту выполнения, г) практическую полезность. Кроме того, научно-учебные и научно-популярные работы премируются за а) свежесть фактического материала, б) ясность, удобопонятность изложения.

2. Премируемые работы оцениваются по пятибальной системе. Авторам, получившим один балл, предоставляется премия, равная двойному месячному академическому обеспечению ученого 2 разряда; два балла — тройному, три балла — четверному, четыре балла — пятерному. Авторы, получившие пять баллов, оцениваются индивидуально, но не выше десятикратного месячного академического обеспечения данного ученого...»

Оговорено было, что «ни один из членов Экспертной Комиссии» не имеет права на премию за свои ученые работы, что должно быть компенсировано повышением до 50% их дополнительного вознаграждения».

Восстанавливая ленинские нормы и принципы в научно-исследовательской работе полезно знать все то, что делалось в этой области под непосредственным руководством великого Ленина.

ВОПЛОЩЕНИЕ ИДЕЙ И ЗАВЕТОВ В. И. ЛЕНИНА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А. А. САРАП (Таллин)

С именем В. И. Ленина, его учением и деятельностью связаны выдающиеся события XX века — рождение Коммунистической партии, победа Великой Октябрьской социалистической революции, построение социализма в СССР, образование мировой системы социализма и крах колониализма.

Огромное значение придавал В. И. Ленин охране здоровья трудящихся. В его трудах, выступлениях на съездах, совещаниях, в программных документах Коммунистической партии, разработанных непосредственно В. И. Лениным, не раз затрагивались вопросы теории и практики здравоохранения и медицины.

В трудах В. И. Ленина изложены многие теоретические положения советского здравоохранения, как например:

— не отделять вопросы охраны здоровья от основных

задач переустройства общества на социалистических основах;

— ставить вопросы оздоровления условий труда и быта трудящихся не «узкоспецовски», а связывать их с текущими политическими, хозяйственными и культурными задачами;

— уметь все вопросы здравоохранения освещать в свете основных проблем, которыми живут в данное время трудящиеся нашей страны.

В. И. Ленину принадлежит большая роль в разработке программных требований партии в области здравоохранения. Он предложил раздел Программы партии в части охраны здоровья начать словами: «В интересах охраны рабочего класса от физического и нравственного вырождения, а также в интересах повышения его способности к борьбе за свое освобождение».¹

После Великой Октябрьской социалистической революции В. И. Ленин развил учение о характере охраны здоровья народа в период социализма и показал, что борьба за социализм есть в то же время и борьба за здоровье. Большое значение придавал В. И. Ленин управлению здравоохранением, он был сторонником единой системы здравоохранения. В первые годы Советской власти В. И. Ленин подписал около 100 декретов и постановлений по различным вопросам здравоохранения. Исключительное значение придавал он участию общественности, специалистов и населения в обсуждении и решении какой-либо проблемы.

Шли годы, идеи, заветы В. И. Ленина в области здравоохранения воплощены у нас в жизнь. За годы советской власти в СССР создана самая прогрессивная и эффективная система здравоохранения, основными принципами которой являются профилактическая направленность, государственный характер, бесплатность и общедоступность высококвалифицированной медицинской помощи.

Славный путь прошло здравоохранение за годы Советской власти в Эстонии. Коренным образом изменилась охрана здоровья народа, резко выросла количественно и качественно сеть медицинских учреждений. Ежегодно возрастают ассигнования на здравоохранение. В срав-

¹ В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 6, стр. 14.

нении с 1945 годом они выросли почти в 10 раз; в расчете на 1 человека составляют около 40 рублей в год.

По количеству врачей и больничных коек на 10 000 населения Эстония находится в числе первых в Советском Союзе. По сравнению с 1940 г. врачей стало почти в 4 раза и больничных коек почти в 3 раза больше.

Быстрыми темпами развивается и совершенствуется специализированная медицинская помощь. Открыты гастроэнтерологические, пульмонологические, кардиоревматологические, грудной и сосудистой хирургии отделения и др. Сейчас республика имеет врачей по всем основным узким специальностям. Даже в сельских районных центрах медицинская помощь организована по 12—10 специальностям.

Бурно развивается медицинская наука. Количество научных работников в сравнении с 1945 годом увеличилось почти в 4 раза. Если в 1945 г. было опубликовано лишь 15 научных работ, то в 1968 г. более тысячи.

Благодаря широкому внедрению профилактических мер, с 1962 г. в республике не регистрируется заболеваемость полиомиелитом, практически ликвидирована заболеваемость дифтерией, бруцеллезом.

Постоянно улучшаются основные демографические показатели населения.

Успехи здравоохранения Эстонской ССР достигнуты благодаря правильной ленинской политике и повседневной заботе Коммунистической партии и Советского правительства об охране здоровья населения.

РОЛЬ ЛЕНИНСКОЙ ПАРТИИ В РАЗВИТИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Л. П. ЛАТЫШЕВА (Одесса)

Достижения современной медицины и возрастание роли и значения курса на профилактику заболеваний с целью укрепления здоровья людей в период развернутого строительства коммунизма со всей очевидностью показывают величие и глубину ленинских идей, лежащих в основе развития советского здравоохранения.

В разработанных В. И. Лениным программных документах Коммунистической партии и Советского правительства, в принятых под его руководством декретах Советской власти нашли отражение самые разнообразные вопросы теории и практики Советского здравоохранения, определяющие основные принципы его развития. Среди них значительное место занимают вопросы профилактического направления в медицине, вопросы предупреждения и борьбы с заразными болезнями.

«Профилактику, — писал Н. А. Семашко, — надо понимать не узко, как ведомственную задачу органов здравоохранения, а широко и глубоко как заботу советского государства об укреплении здоровья советского народа».¹

Только в социалистическом обществе, указывал В. И. Ленин, прогресс науки и техники сможет служить интересам всего общества, приведет к созданию здоровых, гигиенических условий труда и быта.

Понятие «профилактика» в условиях социалистического строительства предполагает целый комплекс государственных мероприятий, а именно: повышение материального благосостояния и культурного уровня трудящихся; широкие мероприятия по охране труда и технике безопасности; механизация и автоматизация производственных процессов; преобразование природы; жилищное строительство; благоустройство населенных мест; организация общественного питания; социально-правовая охрана материнства и детства; внедрение санитарно-гигиенических норм и правил в условиях труда и быта; санитарное просвещение населения и др.

Принятая на VIII съезде Программа РКП(б) открыла принципиально новый этап в истории здравоохранения. Она определила не только основные принципы социалистического здравоохранения, указала на государственный характер его, соответствие природе социалистического государства и профилактическое направление, но и раскрыла их содержание, указала на пути осуществления конкретных мероприятий.

В суровые годы гражданской войны и военной иностранной интервенции Коммунистическая партия, руководимая великим Лениным, наряду с общеполитичес-

¹ Н. А. Семашко. Очерки по теории организации советского здравоохранения. Избранные произведения, М., 1954, стр. 101.

кими, решает и вопросы охраны здоровья трудящихся. Огромное внимание уделяет партия борьбе с эпидемиями и предупреждению развития заразных болезней среди войск и населения, улучшению санитарного состояния республики, охране материнства и детства, организации общественного питания, организации труда и отдыха трудящихся.

Учитывая опыт РСФСР, создавала и развивала социалистическое здравоохранение и советская Украина.

В последующие годы внимание Коммунистической партии к охране здоровья трудящихся не ослабевает. Первая производительная сила, указывал В. И. Ленин, — есть рабочий, трудящийся. В силу этого сохранение и укрепление здоровья трудящихся — необходимое условие социалистического строительства. Особое значение в решении этих вопросов имело Постановление ЦК ВКП(б) от 18 декабря 1929 г. «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян». Широкие санитарно-оздоровительные мероприятия осуществлялись на Украине: была создана сеть лечебно-профилактических учреждений, к 1940 г. насчитывалось 800 санэпидстанций в городах и сельских местностях, обеспечивалось диспансерное обслуживание трудящихся, женщин, детей. В республике было достигнуто устойчивое санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Немецко-фашистская оккупация нанесла огромный ущерб всему народному хозяйству республики. Были уничтожены и разграблены многочисленные медико-санитарные учреждения Украины. Разрушение жилищ, резкое ухудшение коммунального благоустройства, невиданный упадок санитарного состояния населенных пунктов, обнищание населения, полное лишение его медико-санитарного обслуживания привели к значительному распространению инфекционной и увеличению общей заболеваемости. Громадная работа была проведена органами и учреждениями здравоохранения, советскими медиками и широкой общественностью по выполнению Постановления Центрального Комитета Коммунистической партии и Совнаркома СССР от 21 августа 1943 г. «О неотложных мерах по восстановлению хозяйства в районах освобожденных от немецкой оккупации».

Годы послевоенных пятилеток и развертывания коммунистического строительства освещены неустанной

заботой коммунистической партии и советского правительства о здоровье трудящихся.

В результате коренных социально-экономических, политических и культурных изменений на основе роста материального благосостояния, улучшения условий труда, быта и отдыха советских людей наша страна достигла грандиозных успехов во всех областях социалистического здравоохранения.

В. И. ЛЕНИН — ОРГАНИЗАТОР БОРЬБЫ С ЭПИДЕМИЯМИ В СОВЕТСКОЙ РОССИИ

К. Г. ВАСИЛЬЕВ и Е. Р. ОСИПОВА (Одесса)

Молодая Советская Россия получила от царизма тяжелое наследство в виде огромного и повсеместного распространения инфекционных болезней. По уровню смертности царская Россия стояла на одном из первых мест в мире. Ежегодно общая смертность в Европейской России колебалась от 31,2 до 40,5 на 1000 населения (К. Г. Васильев, 1960). Одной из главных причин высокой смертности населения страны было широкое распространение инфекционных болезней. На территории России в то время постоянно регистрировались эпидемии холеры, чумы, малярии, оспы, широкое распространение имели паразитарные тифы, кишечные и детские инфекции. Первая мировая, а затем гражданская война и интервенция, значительная миграция населения, голод и разруха резко ухудшили санитарное состояние страны, способствовали огромному распространению инфекционных болезней.

С первых дней победы Великой Октябрьской социалистической революции забота об охране здоровья народа стала одним из важнейших направлений деятельности Коммунистической партии и Советского правительства, руководимых В. И. Лениным. В речи на I Всероссийском съезде по внешкольному образованию в мае 1919 г. В. И. Ленин говорил: «В стране, которая разорена, первая задача — спасти трудящегося. Первая производительная сила всего человечества есть рабочий, трудящийся. Если он выживет, мы все спасем и восстановим.

Все нужно принести в жертву, чтобы спасти существование рабочего».¹

Важнейшим направлением в деле сохранения здоровья народа была борьба с грозными эпидемиями остро-заразных болезней, поразившими нашу страну в первые годы Советской власти. Борьба с эпидемиями явилась также решающим звеном в деле создания и формирования советского здравоохранения и отразила его боевой наступательный стиль и профилактическую направленность.

О значении успешной борьбы с эпидемиями для укрепления и строительства Советской власти в нашей стране свидетельствует ряд ярких выступлений В. И. Ленина.

В декабре 1919 г. на VIII Всероссийской конференции РКП(б) Владимир Ильич говорил: «... в дальнейшем мы больше сосредоточим свои усилия на основном, на фундаменте, на тех простейших задачах, которые всего труднее решить, но которые мы все-таки решим. Это — задача о хлебе, задача о топливе, задача борьбы со вшами...

Вот три простейших задачи, которые дадут нам возможность построить социалистическую республику, и тогда мы победим весь мир во сто раз более победоносно, торжественно и триумфально, чем отразили нападения Антанты».² И сам Владимир Ильич Ленин уделил исключительное внимание борьбе с эпидемиями.

Первый Нарком здравоохранения Н. А. Семашко в 1924 году писал: «Может быть, наиболее глубокий след во всей нашей деятельности Владимир Ильич оставил в области санитарии и эпидемиологии. Все наши основные декреты... согласовывались мною предварительно с Владимиром Ильичем и проводились при его горячей поддержке... Но главное — В. И. показывал, как надо ставить противэпидемическую борьбу».³

В 1918 г. внимание Советского правительства привлекли эпидемии холеры, начавшиеся на юге страны и достигшие Петербурга и Москвы. В. И. Ленин живо интересуется вопросами борьбы с холерой. В Петрограде была организована Чрезвычайная рабочая комиссия по борьбе с холерой. К работе по борьбе с холе-

¹ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5-е, т. 38, стр. 359—360.

² В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5-е, т. 39, стр. 356—357.

³ Н. А. Семашко. Санитарно-эпидемиологическое дело и В. И. Ленин, Гигиена и эпидемиология, 1924, № 2, стр. 1—2.

рой был привлечен известный отечественный ученый Д. К. Заболотный и его ученики и сотрудники К. Т. Глухов, А. А. Садов и др. Эпидемия в Красном Петербурге к великому удивлению буржуазной прессы была ликвидирована в рекордно короткий срок — в течение 2-х месяцев.

К вопросам борьбы с холерой В. И. Ленин возвращается и в 1919—1922 гг. 10 апреля 1919 г. Лениным был подписан декрет «О снабжении бактериологических институтов и лабораторий необходимыми для работы материалами и инвентарем», сыгравший большую роль в организации производства сывороток и вакцин и, в частности, противохолерной вакцины.

25 июля 1921 г. в связи с распространением холеры в южных губерниях республики, особенно пораженных неурожаем, В. И. Ленин подписывает декрет Совнаркома о мероприятиях против холерной эпидемии. В этом декрете указывается, что борьба с холерой является «делом исключительной важности» и предлагалось всем исполкомам местных Советов организовать на местах чрезвычайные комиссии по борьбе с холерой. Большую опасность в первые годы Советской власти представляли также вспышки чумы, имевшие место в Забайкалье, на Дальнем Востоке, Казахстане и в портах Черного моря. Организатором борьбы с чумой явился Д. К. Заболотный. В марте 1918 г. Совет врачебных коллегий поддержал инициативу Д. К. Заболотного, предложившего возобновить прерванные мировой войной эпидемиологические обследования на юго-востоке России, для чего считал необходимым направить по одному противочумному отряду в Астраханскую, Саратовскую губернии и Уральскую область и укрепить врачами-специалистами существовавшие в этих районах противочумные лаборатории.

Впервые в истории была поставлена задача предупреждения заболеваний чумой людей и организации широких мероприятий по оздоровлению природных очагов этой инфекции.

В конце 1918 г. специальным постановлением правительства по инициативе Д. К. Заболотного в Саратове был создан краевой институт микробиологии и эпидемиологии (ныне Всесоюзный научно-исследовательский противочумный институт «Микроб»), ставший форпо-

стом советского здравоохранения по борьбе с чумой. В. И. Ленин считал труд медицинских работников, проводивших в невиданно тяжелых условиях борьбу с эпидемиями одухотворенным подвигом. 30 мая 1921 г. вождь трудящихся подписал декрет Совнаркома «Об обеспечении работников, ведущих борьбу с эпидемиями чумы людей».⁴ К их числу были отнесены работники лечебно-санитарных учреждений, расположенных в очагах чумы, персонал противочумных станций и лабораторий, медики мобилизованные для борьбы с чумой. Медработникам, проводящим противочумные мероприятия, выделялось «особое добавочное вознаграждение» и производственная спецодежда, они переводились на бронированное питание по усиленной норме.

В декрете Совнаркома от 21 февраля 1924 года эти лица рассматривались как «имеющие исключительные заслуги перед республикой».

Но особенно ярко проявилось внимание В. И. Ленина к вопросам организации противоэпидемических мероприятий в период борьбы с эпидемиями сыпного тифа.

В России, где сыпной тиф был издавна широко распространенной болезнью уже с первых дней войны начинается рост заболеваемости им. Прежде всего оказалась пораженной русская армия. Уже в 1915 г. заболеваемость сыпным тифом среди солдат составляла 2,3 на 1 000 человек среднего наличного состава.

Подъем в заболеваемости сыпным тифом начинается и среди гражданского населения. Иностранная интервенция, разруха, голод, массовое перемещение населения, связанное с возвращением солдат с фронта способствовали интенсивному распространению болезни и осенью 1918 г. в России разразилась гигантская эпидемия паразитарных тифов. По самым приблизительным подсчетам за период этой эпидемии с 1918 по 1922 гг. в стране переболело около 20 млн. человек сыпным тифом и 5—7 млн. возвратным тифом.

Разразившиеся эпидемии паразитарных тифов очень беспокоили Советское правительство, и В. И. Ленин пристально следит за распространением болезней, выступая как подлинный организатор борьбы с развившейся эпидемией. Уже в январе 1919 г. он писал: «Сыпной тиф

⁴ Собрание узаконений и распоряжений, 1921, № 50, ст. 270.

превращается в самую грозную опасность»,⁵ а 28 января издается декрет «О мероприятиях по сыпному тифу», подписанный В. И. Лениным. В этом декрете предлагается целая программа борьбы с сыпным тифом, причем делается упор на самостоятельность рабочих и красноармейцев, на активную помощь самих трудящихся, на вовлечение их в рабочие комиссии, которые должны возглавить борьбу с эпидемией. Необходимость обратить особое внимание на борьбу с распространением сыпного тифа подчеркивается и в ленинском декрете «О мерах борьбы с эпидемиями», опубликованном 10 апреля 1919 г. В этом декрете, в частности, был предусмотрен ряд мер для облегчения условий жизни медицинских работников, принимающих участие в борьбе с эпидемиями и об обеспечении семейств медиков, погибших на эпидемиях.

Борьба с эпидемиями становится одной из первоочередных задач социалистического строительства и обороны страны.

5 декабря 1919 г. выступая на VIII Всероссийском съезде Советов В. И. Ленин сказал: «И третий бич на нас еще надвигается — вошь, сыпной тиф, который косит наши войска. И здесь, товарищи, нельзя представить себе того ужаса, который происходит в местах, пораженных сыпным тифом, когда население обессилено, ослаблено, нет материальных средств, — всякая жизнь, всякая общественность исчезает. Тут мы говорим: «Товарищи, все внимание этому вопросу. Или вши победят социализм, или социализм победит вшей!»⁶ В деле борьбы с эпидемиями у В. И. Ленина не было мелочей и как говорил Н. А. Семашко, он не только постоянно интересовался ходом эпидемий и организовывал борьбу с ними как глава государства, но и «показывал, как ставить противозидемическую борьбу».

В. И. Ленин всегда решал вопросы борьбы с эпидемиями в широком общегосударственном плане, в неразрывной связи с проведением всех хозяйственных и культурных мероприятий. В очень сложной обстановке борьбы с эпидемиями, в условиях хозяйственной разрухи и голода он всегда находил основное направление — основную задачу, решение которой определяло успех всех

⁵ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5-е, т. 37, стр. 465.

⁶ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5-е, т. 39, стр. 410.

проводимых мероприятий. Поэтому ленинские декреты о борьбе с эпидемиями имели исключительное значение не только для того времени, но и явились программой для борьбы с инфекционными болезнями на многие годы и десятилетия вперед и еще сейчас могут служить примером государственного подхода к вопросам организации противоэпидемических и профилактических мероприятий. Эти документы являются ярким свидетельством гениальности В. И. Ленина как государственного деятеля и позволяют считать его подлинным организатором борьбы с эпидемиями в первые годы Советской власти.

О ВРАЧАХ-РЕВОЛЮЦИОНЕРАХ — ВОСПИТАНИКАХ ТАРТУСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

В. В. КАЛНИН (Тарту)

История Тартуского университета самым тесным образом связана с историей развития нашей отечественной науки и высшего образования. Свою лепту внесли воспитанники и ученые Тартуского университета в борьбу за Советскую власть и в становление советского здравоохранения в нашей стране после Великого Октября.

В период революционного подъема наиболее демократическая часть студенчества включалась в активную борьбу против царизма, участвовала в революционном движении. Активными распространителями идей революционной социал-демократии были русские студенты, многие из которых были исключены из других учебных заведений за участие в революционном движении; они продолжили свою борьбу в Тартуском университете и в других местах России.

Хорошо известно (работы Д. Руднева) участие в тартуском студенческом движении на рубеже столетий Д. И. Ульянова — брата В. И. Ленина. Студент 5 курса медицинского факультета строго конспиративно ведет переписку с находящимся в эмиграции В. И. Лениным, выполняет его поручения. Работая земским санитарным врачом, Д. И. Ульянов оказывал всяческое содействие партии. В последующие годы он принимал активное участие в деле развития курортов Крыма, занимая пост

заместителя председателя Крымского Совета Народных Комиссаров и уполномоченного Наркомздрава РСФСР по курортам Крыма. Около полувека жизни отдал он служению Коммунистической партии, охране здоровья народа.

В 1897 г. окончил медицинский факультет и в 1900 г. защитил докторскую диссертацию в Тарту Я. Б. Левинсон. Экспериментальное исследование, проведенное в институте патологии под руководством профессора Афанасьева, было из области эндокринологии.

В 1901 г. защитил в Тарту диссертацию из этой же области друг Я. Б. Левинсона — В. Я. Канель. Впоследствии В. Я. Канель стал известным московским врачом, был по убеждению марксистом. У него большевики всегда находили приют во время нелегальной работы. Я. Б. Левинсон одним из первых перешел на службу в Красную Армию и заведывал санитарным делом на большом участке фронта. Супругой В. Я. Канеля — врачом А. Ю. Канель, Я. Б. Левинсон был рекомендован Вл. Бонч-Бруевичу, который назначил его в конце 1918 г. начальником Санитарного управления Кремля. Я. Б. Левинсон с невероятной энергией и настойчивостью провел в Кремле борьбу с сыпным тифом, организовал сыпнотифозную больницу в Замоскворечье и укомплектовал ее медицинским персоналом, он был также одним из главных деятелей особой комиссии для устройства санитарно-пропускных пунктов при вокзалах и железных дорогах. Эти пропускные пункты осматривал лично В. И. Ленин. О них была издана специальная книга «Санитарно-пропускные пункты Московского железнодорожного узла» (1922).

В 1901 г. окончил медицинский факультет Тартуского университета бывший студент Томского университета А. И. Замятин, получив степень лекаря с отличием. Впоследствии он стал крупным военно-санитарным работником. Он принял активное участие в работе врачебной коллегии по созданию Наркомздрава, в конце 1918 г. был назначен помощником начальника Главвоенсанупра З. П. Соловьева. Благодаря своему административно-организационному опыту А. И. Замятин с успехом помог наладить медико-санитарное обслуживание Красной Армии в годы гражданской войны, проведя в этом направлении напряженную работу.

Еще будучи студентом Петербургского университета (в 1891—1892 гг.), затем Военно-медицинской Академии (1892—1898) Н. А. Алексеев принимал активное участие в революционном движении, неоднократно подвергался арестам. Весной 1897 г. он вступил в петербургский «Союз борьбы за освобождение рабочего класса». В 1898 г. он был сослан на 4 года в Вятскую губернию, откуда бежал через Прибалтику в Лондон, где жил с декабря 1899 до 1905 г. В 1902—1903 гг., когда редакция «Искры» находилась в Лондоне, Н. А. Алексеев принимал участие в ее работе, почти ежедневно виделся с В. И. Лениным. После II съезда РСДРП — Н. А. Алексеев представитель большевиков в Лондоне. Он принимал деятельное участие в организации III съезда партии, был его секретарем. В декабре 1905 г. Н. А. Алексеев вернулся в Петербург, работал в партийной печати. Однако, он неотступно думал о завершении медицинского образования, и в 1908 г., после 10-летнего перерыва, ему с трудом удалось поступить на 4-й курс Тартуского университета. В декабре 1910 г. он получил здесь степень лекаря с отличием. Затем Н. А. Алексеев работал врачом в Сибири, во время Октябрьской революции и в годы гражданской войны боролся за власть Советов и организовывал советское здравоохранение в Сибири. В 1922 г. по предложению В. И. Ленина был вызван для работы в центре.

Врач-большевик Л. А. Брегман (учился в Тартуском университете в 1913—1917 гг.) занимал летом 1917 г. ведущие посты в Кронштадтском комитете РСДРП(б); он организовал первую помощь раненым морякам Кронштадтского сводного отряда, принимавшим участие в штурме зимнего дворца. Во время гражданской войны Л. А. Брегман добровольно отправился на южный фронт против Деникина, где работал в Санитарном управлении 14-ой армии.

В 1915—1917 гг. на медицинском факультете учился К. И. Римша, руководитель группы студентов-большевиков и секретарь Тартуской большевистской организации, за что подвергался арестам. В 1918 г. он вел борьбу за Советскую власть в Литве. После установления буржуазной власти в Литве К. И. Римша завершил свое медицинское образование в Москве, получив диплом врача в 1921 г. Он работал ректором I Московского уни-

верситета, был первым заместителем М. И. Ульяновой в Рабоче-крестьянской инспекции. В связи с ухудшением здоровья В. И. Ленина, К. И. Римша стал его лечащим врачом. После Великой Отечественной войны — К. И. Римша, один из организаторов Советского здравоохранения в Литве.

В 1902 г. окончил медицинский факультет Тартуского университета В. С. Маерчак, затем работал в Люблинской губернии, где участвовал в революционном движении. В 1906 г. был арестован по делу польской социал-демократической партии и приговорен к ссылке в Сибирь, где стал заниматься медицинской практикой. После Октябрьской социалистической революции был избран депутатом Красноярского Совета Рабочих, Солдатских и Крестьянских депутатов, членом его Исполкома. В начале 1918 г. он был назначен Комиссаром Призрения и заведующим врачебно-санитарного отдела. Первые организационные мероприятия по созданию системы советского здравоохранения проводились в Красноярске под руководством Маерчака. Несмотря на недостаток медицинских кадров все-таки в короткий срок удалось организовать довольно стройную систему медицинского обслуживания населения. Однако, активная деятельность Маерчака закончилась трагически. Вместе с другими членами Исполкома Маерчак был во время белочешского мятежа в июне 1918 г. арестован, содержался в тюрьме, и в ночь на 30 апреля 1919 г. был выдан военным властям и расстрелян. Одна из улиц г. Красноярска называется улицей доктора Маерчака, его имя начертано на памятнике борцам революции, павшим от рук колчаковских бандитов.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Э. С. АНТИЦЕНКО (Москва)

Претворяя в жизнь заветы В. И. Ленина, Коммунистическая партия и Советское Правительство уделяют огромное внимание развитию научных исследований в различных областях знания.

Государство затрачивает на научные исследования все большие средства, и подобные затраты более, чем в 4 раза опережают темпы капиталовложений в народное хозяйство (С. И. Голосовский, 1969).

В этом плане решающее значение имеет рациональное и эффективное использование труда людей, ведущих исследования и материальных ресурсов. Это подчеркивается в Постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мероприятиях по повышению эффективности работы научных организаций и ускорению использования в народном хозяйстве достижений науки и техники».¹

Как известно, из всех видов человеческой деятельности наибольшее значение имеет научный труд. Быстрое накопление научных ценностей в социалистическом обществе отражает преимущества этой общественно-политической системы.

Предполагается, что если темпы вовлечения населения в сферу науки останутся современными, недалеко то время, исчисляемое лишь несколькими десятилетиями, когда потребность в исследователях достигнет чрезвычайно большой величины.

Пути к преодолению подобных препятствий прогрессу — в максимальном применении совершенных технических устройств, и главное — в использовании неодинаковых по характеру способностей людей, которыми они обладают в неравной степени.

Продление жизни и процессы аксельрации заставляют думать о труде людей разного возраста.

В области науки последнее, как нам кажется, особенно актуально.

Наверное, в принципе нет верхней границы, то есть возрастного предела, когда человек не мог бы заниматься творчеством; нижняя граница — вероятно связана с накоплением и освоением информации, которая в дальнейшем послужит основой творчества.

История богата примерами творческих достижений и в молодом возрасте (Андрей Везалий — 28 лет; Гельмгольц — 25 лет, Дюбуа-Реймон — 25 лет, Карл Линней — 24 года, Н. И. Пирогов — 19—22 года и т. д.) и в зрелом (И. П. Павлов в 87 лет, Н. Ф. Гамалея в 90 и

¹ «Известия», 1968 г., 23 сентября.

др.). Поэтому целесообразнее, оценивая научные кадры, говорить о среднем оптимальном творческом возрасте.

Периоды научного творчества, которые тесно связаны с физиологическими процессами в организме и, прежде всего, с возрастными изменениями характеристик высшей нервной деятельности, можно разбить на три.

Первый из них — накопление общеобразовательных и специальных знаний, освоение общих методических принципов ведения научной работы как основы будущих исследований.

Второй период — собственно научного роста и активного оригинального творчества.

Третий период — научно-педагогическая деятельность, когда накопленные опыт и знания дают возможность творчески зрело, более осторожно решать научные проблемы и активно руководить подготовкой научной смены, рекомендуя для разработок накопленные идеи и предлагая их решение молодым ученым (В. М. Коган, 1965).

В каждом из названных периодов активные полосы творчества могут чередоваться с некоторым угасанием его продуктивности. На эти процессы влияют условия труда, различные социальные моменты, состояние здоровья и т. д. Они могут зависеть от длительности периода накопления информации по данному вопросу, ее внутреннего освоения и «настройки» мышления на решение поставленной научной задачи.

Для разных отраслей научных знаний длительность каждого из охарактеризованных периодов, конечно, не может быть одинаковой.

В среднем же для медицинской науки, по нашему мнению, может быть принято, что первый период продолжается до 30-летнего возраста.

Второй период — от 30 до 44 лет. Трудно не согласиться с утверждением, что к 35—40 годам наблюдается расцвет духовной деятельности (К. Е. Тарасов, В. А. Галкин, 1968). В эти годы ученый, приобретая активный запас научных и жизненных знаний, обладает способностью высококритично их оценивать, самостоятельно выполнять исследовательскую работу, предлагать оригинальные подходы к решению научных проблем. Рациональное применение способностей ученых этого возраста несет в себе огромный научный эффект,

подлинный мыслительный капитал общества. Возможно, что со временем, в связи с ростом научной информации и повышением требований к профессии исследователя, длительность этого периода не останется постоянной, и он сместится по годам в сторону более молодого возраста. Вся эта проблема в целом требует углубленных исследований.

Третий период охватывает последующие годы. Лица в возрасте 45 лет и старше успешно ведут научные исследования. По некоторым данным ученые в возрасте 44—59 лет без труда выполняют полный объем своей обычной творческой работы, однако, у части из них все же отмечаются при этом затруднения субъективного характера (А. В. Добродеев с соавт. 1966).

Прежний объем работы ученым этого возраста позволяют выполнять различные компенсаторные механизмы. Например, снижение памяти, которое начинается уже после 24—25 лет, компенсируется логической памятью, которая при упражнении достигает высокого уровня. Проявляется профессиональная направленность памяти, ее избирательность и высокая управляемость (И. Н. Преображенская с соавт. 1967).

В сердечно-сосудистой системе также возникают компенсаторные механизмы (В. В. Фролкис, 1963).

Поэтому, как правило, ученые в возрасте 60—65 лет без особых явлений атеросклероза не теряют трудоспособности (А. В. Добродеев с соавт. 1963).

И все же нельзя не отметить, что с возрастом меняется физиологическое состояние организма и его психологические характеристики, что несомненно оказывает воздействие на процесс творчества.

Многочисленными исследователями, и прежде всего И. П. Павловым и его школой, доказано с использованием методов физиологии и психологии и других, что в центральной нервной системе, ее клетках в различные возрастные периоды в соответствии с биологическими социально-зависимыми законами происходят изменения физиологических и биохимических процессов и морфологических структур. Все это несомненно отражается на течении основных нервных процессов, на функциях высшей нервной деятельности, на таких свойствах мышления, как его абстрактность, память, особенно профессиональная, наблюдательность, воображение, способность

интуитивно по ограниченному числу данных предполагать новые многообразные связи и решения научных задач и т. д.

В частности показано, что появляются элементы дисгармонии нервных процессов, изменяется их подвижность, снижается выносливость нервных центров и интенсивность восстановительных процессов. Электроэнцефалографические исследования свидетельствуют о снижении биоэлектрической активности головного мозга (С. М. Фаликов, 1963). С возрастом удлиняется время латентного периода при вызывании условных реакций (Б. С. Куценко, 1968). Отмеченные отдельные симптомы старения нервной системы в 45—50 лет, однако мало отражаются на ее функциях. (Д. М. Фаер, 1965).

Следует подчеркнуть, что многие изменения таких важнейших систем человеческого организма как сердце и сосуды, органы дыхания, начинают развиваться в возрасте 45—50 лет.

К 40 годам появляются выраженные возрастные изменения в бронхах (В. А. Добрынин, 1965). К 50—59 годам почти на 20% уменьшается жизненная емкость легких (К. Т. Соколов, 1962).

Исследователями доказано, что максимальное потребление кислорода уже к 50 годам снижается до 70% уровня, характерного для организма взрослого человека. Время сложной сенсомоторной реакции у лиц старше 50 лет увеличивается примерно в 1,5 раза (Н. К. Витте, 1965). С возрастом снижается способность к переключению, концентрации внимания и запоминанию.

Данные исследований показывают, что с 40-летнего возраста у практически здоровых людей развиваются изменения сердечно-сосудистой системы, объясняемые в основном склеротическими явлениями в сосудах (И. А. Рыбачук, 1965).

После 40 лет другой становится скорость распространения пульсовой волны (Е. Л. Мачерет, О. В. Коркушко, 1962), а после 45 лет — замедляется скорость мозгового кровотока (А. А. Майеранов, 1965).

В возрасте 31—40 лет максимума достигает газообмен (в частности, поглощение кислорода) через отдельные участки кожи, в возрасте 41—50 лет газообмен несколько падает.

К 45—50 годам выявляются функциональные и морфологические изменения паренхиматозных органов, например, поджелудочной железы, печени, почек и др.

Отмечаются особенности обменных процессов, в частности, постепенно нарастают изменения белков крови, содержание холестерина в крови. Несколько по иному характеризуются зрительный и слуховой анализаторы и т. д. С 50 лет нарастают явления со стороны эндокринных органов, например, в период 20—50 лет мало меняется гонадотропная функция гипофиза; с 50 лет — изменения ее очевидны.¹

По классификации, принятой на Европейском семинаре Всемирной организации здравоохранения в 1963 году (Киев) были даны следующие определения: лица среднего возраста 45—59 лет, пожилого — 60—74 года и старческого возраста — 75 лет и старше.

В США в 1964 году среди всех научных работников наибольшую группу составляли ученые в возрасте 30—39 лет (36%), следующую по численности группу — ученые в возрасте 40—49 лет (27%). Ученые в возрасте 20—29 лет составляли лишь 19%, 50—59 лет — 13% и 60 лет и старше — 5%. Таким образом, наибольшее число ученых, и видимо это оправдано их творческой продуктивностью, имеет возраст 30—50 лет (63%).

В 1964 году 21% всех ученых США были заняты в сфере управления и администрации.

Интересно, что соотношения между числом научных работников, которым ежегодно присваивается ученая степень, начиная с 1950 года по настоящее время остаются сравнительно постоянными. Кстати, эти соотношения принимаются при прогнозировании роста числа ученых на ближайшие годы. Научные работники, имеющие степень бакалавра (первая ученая степень, присваивается всем оканчивающим высшее учебное заведение на «хорошо» и «отлично») — составляют 78% от общего числа ученых; магистра (вторая ученая степень, присваивается окончившим ВУЗ после дополнительной годичной или двухгодичной подготовки и сдачи экзаменов) — 19% и доктора наук (наиболее высокая степень, присваивается после сдачи экзаменов и защиты диссер-

¹ Механизм старения. (Ред. Д. Р. Чеботарев), Киев, 1963.

тации) — 3% (цифры ориентировочны, в различные годы они несколько варьируют).

Нельзя не остановиться также и на состоянии здоровья лиц в различном возрасте, так как оно несомненно отражается на трудоспособности и творчестве.

Известно, что максимум обращений за медицинской помощью исключая детей до 4 лет, приходит на возрастные группы населения 40—49 и 50—59 лет.

Следует подчеркнуть значение заболеваемости группы населения, занятого умственным, и в том числе исследовательским трудом, атеросклерозом, развитие которого особенно у мужчин достигает максимального уровня в 50 лет и более старшем возрасте. Важно отметить, что у лиц этого возраста происходит склерозирование артерий мозга и связанное с этим ухудшение его кровоснабжения.

Церебральному атеросклерозу способствуют нарушения в организации труда ученых, систематическое перенапряжение центральной нервной системы (Т. А. Мартынова с соавт., 1965).

В социальном плане с возрастом меняется роль и значение личности исследователя, его взаимоотношения в научном коллективе.

Необходимо отметить важную роль гигиены умственного труда в отдалении перечисленных отрицательных явлений, в продлении периода творческой трудоспособности.

Все вышесказанное подтверждает, что при формировании научных коллективов необходимо особое внимание обратить на лиц творчески продуктивного возраста (30—44 лет). Интенсивное использование их способностей, зависящих от личных качеств и профессиональных знаний, при соблюдении рациональных соотношений между исследователями различных возрастов, периодическое обновление части научных кадров, по нашему мнению весьма важно для организации исследовательской работы.

Академик П. Л. Капица рекомендует, например, ежегодно определенную часть работников научных учреждений переводить на практическую работу и заменять их специально отобранными и подготовленными молодыми специалистами (П. Л. Капица, 1965).

Глубокое и всестороннее изучение проблемы исполь-

зования труда ученых в различном возрасте — один из важных путей повышения эффективности работы научных коллективов.

Д. И. УЛЬЯНОВ В ОДЕССЕ

К. Г. ВАСИЛЬЕВ, Э. Ю. ГОЛЬД (Одесса)

Жизнь и деятельность врача-революционера, одного из старейших членов партии большевиков Дмитрия Ильича Ульянова (1874—1943) неразрывно связана с Одессой. Ко времени своего приезда в Одессу (1902 г.) воспитанник медицинского факультета Московского, а затем Тартуского университета Д. И. Ульянов имел уже опыт подпольной революционной работы и пропаганды марксизма в студенческих и рабочих кружках. В фондах Одесского областного архива сохранилось отношение попечителя учебного округа (№ 13407 от 3 августа 1899 г.), в котором он информировал ректора Новороссийского университета о решении Министерства народного просвещения исключить из числа студентов Московского университета Д. И. Ульянова, Н. Н. Розанова, П. А. Павлова, В. К. Вольского и др. «вследствии их политической неблагонадежности» и запретить им заниматься педагогической деятельностью и поступать в другие высшие учебные заведения.¹

Только в декабре 1901 г. Д. И. Ульянов получил диплом об окончании медицинского факультета Тартуского университета и вскоре вошел в состав самарской группы искровцев. Д. И. Ульянов наряду с И. В. Бабушкиным (Петербург), Н. Э. Бауманом (Москва), Г. М. Кржижановским (Самара), М. И. Калининым (Тверь) становится активнейшим агентом ленинской «Искры», вокруг которой группировались революционные силы страны. Самарский искровский центр, руководимый Г. М. Кржижановским, направлял своих представителей в различные районы России для завоевания на сторону «Искры» социал-демократических комитетов. В соответствии с указанием В. И. Ленина о необходимости уделить

¹ Одесский обл. гос. архив, ф. 45, оп. 19, ед. хр. 679, 1899—1901 гг. л. 191.

исключительное внимание южным городам страны Д. И. Ульянов выехал в Одессу.

Он прибыл в Одессу во второй половине марта 1902 г. В это время Д. И. Ульянов числился в «списке лиц, за коими по обнаружении места их жительства, надлежит учредить негласный надзор полиции». Под № 31 списка назван «Ульянов Дмитрий Ильич, сын действительного статского советника... мать — вдова Мария Александровна, брат — негласноподнадзорный Владимир и сестра негласноподнадзорная Анна, по мужу Елизарова, находятся, за границей, другая сестра Мария состоит под особым надзором полиции в Москве».² Приведенная выдержка из циркуляра департамента полиции в достаточной мере характеризует семью Ульяновых, принадлежавшую к славной когорте революционеров-профессионалов.

9 июня 1902 г. начальник Одесского жандармского управления сообщал градоначальнику «о добавлении в общий список лиц, состоящих под негласным надзором полиции в г. Одессе, бывшего студента Юрьевского университета Дмитрия Ильича Ульянова, перешедшего из г. Юрьева на постоянное жительство в г. Одессу».³ Искровским центром Д. И. Ульянову была поручена организация доставки и распространения марксистской литературы на юге России, а также выяснение состояния социал-демократического движения в крае. Совместно с Р. С. Землячкой, К. О. Левицким он энергично взялся за создание искровской группы в Одессе, вскоре ставшей одним из центров формирования революционной партии рабочего класса.

Д. И. Ульянов установил связь с В. И. Лениным и Н. К. Крупской, находившимися в эмиграции, информировал их о своей деятельности, советовался с ними, как разрешать те или иные неотложные вопросы. 12 апреля 1902 г. Г. М. Кржижановский писал в редакцию «Искры»: «Юноша (Д. И. Ульянов — авт.) уже в Одессе. Днепро-вская (зубной врач, на квартире которой была явка — авт.) не приняла его без пароля. Почему не сообщили им. Сообщите все, что знаете об Одессе».⁴ В мае 1902 г.

² Одесский обл. гос. архив, ф. 2, оп. 2, ед. хр. 3131, 1901 г. л. 20 об.

³ Там же, ед. хр. 3172, 1902 г., л. 123.

⁴ Пролетарская революция, 1928, № 6—7, стр. 145.

Д. И. Ульянов информировал редакцию «Искры» о том, что он ознакомился с революционными организациями Одессы, которые, по его мнению, были «очень слабыми» и требовали большой помощи.

Руководствуясь указаниями В. И. Ленина, агент «Искры» Д. И. Ульянов, прежде всего, занялся организацией доставки газеты из-за рубежа и распространения ее в революционных кружках. По рекомендации Н. К. Крупской (письмо от 30 апреля 1902 г.) он подобрал в Одессе надежных людей, создал здесь сеть явок и пунктов для получения и хранения искровской литературы, установил связь с херсонской группой революционеров, занимавшихся транспортировкой «Искры».

По этому поводу Н. К. Крупская 2 мая 1902 г. писала Г. М. Кржижановскому: «Херсонцев мы связываем с юношей (Д. И. Ульяновым — авт.)⁵ Работавшие в Херсоне Л. Д. и Н. Д. Цюрупы стали доставлять привезенную из-за рубежа литературу в Одессу, откуда она распределялась во многие социал-демократические организации России. С помощью Н. К. Крупской Д. И. Ульянов восстановил также временно прерванные связи с болгарскими революционерами и через них сумел обеспечить свежими партийными изданиями марксистские кружки юга России.

В. И. Ленин подчеркивал: «Одна уже техническая задача — обеспечить правильное снабжение газеты материалами и правильное распространение ее — заставляет создать сеть местных агентов единой партии, агентов, находящихся в живых сношениях друг с другом, знающих общее положение дел, привыкающих регулярно исполнять drobные функции общерусской работы, пробуящих свои силы на организации тех или иных революционных действий».⁶ Деятельность агентов «Искры» и, прежде всего, Д. И. Ульянова и Р. С. Землячки в этом направлении привела к тому, что вскоре Одесса стала центром по обеспечению социал-демократических организации юга России и Кавказа политической литературой.

Р. С. Землячка вспоминала: «Задача искровской группы заключалась в том, чтобы создать возможность

⁵ Пролетарская революция, 1928, № 6—7, стр. 148.

⁶ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5-е, т. 5, стр. 11—12.

1959, стр. 152.

наибольшего распространения «Искры», пропагандировать ее идеи. Мы воевали за каждую букву ленинского слова, за каждого рабочего... Мы были непримиримы. И только благодаря этой непримиримости мы очень быстро отвоевали позиции».⁷

Д. И. Ульянов вел в Одессе большую агитационную и пропагандистскую работу. В мае 1902 г. он ценой чрезвычайных усилий получил место врача в земской грязелечебнице в Холодной Балке (под Одессой). Молодой врач проявлял исключительное внимание к больным, посещавшим лечебницу, оказывал им помощь по дому. Обслуживающий персонал ценил его работоспособность, любовь к простым людям и глубокие знания. Мария Александровна Ульянова 18 июля 1902 г. сообщала дочери Марии: «Митя (Д. И. Ульянов — авт.) пишет, что пробудет в своей грязелечебнице до 25 августа, что он трудно понимает многих больных — малороссов, к которым ездит иногда на беговых дрожках, так как многие по слабости и бедности не могут приехать в лечебницу».⁸

В свободное от работы время Д. И. Ульянов изучал марксистскую литературу, труды В. И. Ленина, написал критический очерк на статью П. Струве о теории трудовой стоимости. Д. И. Ульяновым был создан в Холодной Балке подпольный кружок, связанный с южной революционной группой социал-демократов. В его состав вошли конторщик лечебницы А. П. Медяник, фельдшера А. И. Нещеретова, Е. И. Тейтельбаум, земский врач и учитель В. Смидович.⁹ Грязелечебница превратилась в центр сбора искровцев, отсюда распространялась нелегальная марксистская литература, а вскоре началось издание прокламаций.

Участница одесского подполья 1901—1907 гг. Е. Левицкая вспоминает: «Летом (1902 г. — авт.) приехал Д. И. Ульянов и часто обсуждался вопрос о необходимости организовать группу, которая проводила бы среди рабочих взгляды «Искры». Помню летние вечера на лимане, куда мы частенько приезжали к Дмитрию Ильичу, — он там был врачом, — длинные беседы за

⁷ Р. С. Землячка. В кн. Воспоминания о II съезде РСДРП, М., 1959, стр. 152.

⁸ Исторический архив, 1958, № 10, стр. 10.

⁹ В. Долинов. Газ. «Комсомольська іскра», № 148, 17/XII 1968 р., стор. 3 (укр.).

шахматами и мечты о создании партийного органа и партийного центра».¹⁰

Д. И. Ульянов и другие искровцы (Р. С. Землячка, К. Левицкий, В. Малянтович) оказывали влияние на всю революционную жизнь Одессы. Выступая против экономистов, обосновавшихся в Одесском комитете РСДРП, Д. И. Ульянов добивался создания единой социал-демократической организации на платформе «Искры». Летом 1902 г. Одесский комитет РСДРП одним из первых в России признал ленинскую газету своим органом и выразил полную солидарность с ее платформой. Можно думать, что деятельность искровцев и, в частности, Д. И. Ульянова во многом способствовала активизации политической борьбы рабочих Одессы (забастовки на ряде промышленных предприятий, первомайская демонстрация трудящихся в 1902 г.).

Летом 1902 г. Д. И. Ульянов участвовал в работе совещания представителей одесского подполья, на котором, руководствуясь указаниями В. И. Ленина, выступил с разоблачением мелкобуржуазной сущности эсеров. Одновременно он осудил оппортунистическое поведение членов группы «Борьба», являвшихся противниками «Искры».¹¹

Деятельность Д. И. Ульянова привлекла внимание одесской охранки, заславшей в грязелечебницу провокатора. Вскоре агент сообщал в жандармское управление, что у кружковцев «часто бывают собрания, где ведут разговоры исключительно почти о социал-революционном движении в империи и высказывается одобрение о последних убийствах политического характера министров Боголепова и Сипегина».¹² 25 августа 1902 г. полиция окружила лечебницу, произвела обыск в доме Д. И. Ульянова.

На следующий день он был взят под стражу и обвинен в «распространении прокламаций, призывающих крестьян присоединиться к революционному движению

¹⁰ Е. Левицкая. Пролетарская революция, 1922, № 6, стр. 136.

¹¹ И. Д. Ремезовский. Революционная и общественно-политическая деятельность Ульяновых на Украине. Издание Киевского университета, 1963 г.

¹² Центральный Государственный Исторический архив УССР, ф. 419, оп. I, ед. хр. 3037, л. 61.

рабочих».¹³ В связи с арестом Д. И. Ульянова Г. М. Кржижановский писал в редакцию «Искры»: «Только что получили очень грустную новость: взят юноша, как и при каких условиях — неизвестно».¹⁴

Однако в конце сентября 1902 г. в связи с отсутствием фактических доказательств его антиправительственной деятельности Д. И. Ульянов был освобожден из тюрьмы. В. И. Ленин, внимательно следивший за судьбой младшего брата, 9 ноября 1902 г. сообщал матери: «Митино освобождение, о котором я прошлый раз писал, что в нем уверен, — оказалось, произошло даже скорее, чем я ожидал».¹⁵ Выйдя из тюрьмы, Д. И. Ульянов женился на фельдшерице грязелечебницы А. И. Нещеретовой и, находясь под надзором полиции, продолжал подпольную работу.

Особое внимание он уделял расширению искровского влияния среди трудящихся Одессы. Р. С. Землячка в своих воспоминаниях подчеркивает: «Искровцы из маленькой группы интеллигентов превратились в довольно многочисленную (по тому времени) и влиятельную группу, со значительным количеством рабочих».¹⁶

В начале декабря 1902 г. Д. И. Ульянов по предложению В. И. Ленина выехал в Самару. В «Сведениях одесского полицеймейстера о переменах происшедших к 15 декабря 1902 г. в количестве лиц, находящихся под надзором полиции» в числе убитых за последнюю неделю под № 1 значится Д. И. Ульянов.¹⁷ 17 декабря 1902 г. В. И. Ленин писал матери в Самару: «Митю с его женой вы скоро увидите, как сообщает Маняша (М. И. Ульянова — авт.). Передайте ему привет от меня и всех наших».¹⁸

В 1903 г. Д. И. Ульянов работал в Тульском комитете РСДРП, от которого был избран делегатом II съезда партии. В том же году он вновь приезжал в Одессу, чтобы по поручению ленинского партийного центра озна-

¹³ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5-е, т. 55, стр. 499 (примеч.).

¹⁴ Пролетарская революция, 1928, № 6—7, стр. 160.

¹⁵ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5-е, т. 55, стр. 225.

¹⁶ Р. С. Землячка. В кн.: Воспоминания о II съезде РСДРП, М., 1959, стр. 157.

¹⁷ Одесский обл. гос. архив, ф. 2, оп. 2, ед. хр. 3172, 1902 г. л. 219.

¹⁸ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5-е, т. 55, стр. 226.

комиться с положением дел социал-демократической организации.

В годы I мировой войны Д. И. Ульянов, тогда работавший в Крыму, был мобилизован в армию. В июле 1917 г. он был переведен на службу в Одессу в качестве делопроизводителя, а затем врача для поручений санитарной части армии Румынского фронта. Д. И. Ульянов занимался оборудованием госпиталей, назначением медицинского персонала, обеспечением аптек, открытием питательных пунктов. Но главным в его деятельности была революционная пропаганда среди солдат (за полное оправдание Советов и прекращение грабительской войны). После победы Великой Октябрьской социалистической революции Д. И. Ульянов стал одним из организаторов и редактором первой большевистской газеты в Крыму. Жизнь и многогранная революционная и общественная деятельность доктора Д. И. Ульянова представляет собой немеркнущий образец служения народу, делу Коммунистической партии.

НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЕ ОБЩЕСТВА ЭСТОНИИ

А. М. ВАРЕС (Таллин)

Первое врачебное общество в Эстонии было организовано в г. Нарве в 1899 г. и просуществовало оно до немецкой оккупации Эстонии в первую мировую войну.

Несколько позже, в 1912 году врачи Х. Коппель и П. Хеллат организовали северобалтийское врачебное общество с филиалами в городах Тарту и Пярну. Это общество в период 1913—1915 гг. издавало научно-популярный еженедельник «Тервис».

С 1917 по 1919 годы в связи с империалистической и гражданской войной деятельность обществ была прервана. Начиная с 1919 г. на месте филиалов северобалтийского врачебного общества возникли Тартуское Эстонское врачебное общество (1919 г.) и Пярнуское Эстонское врачебное общество (1920 г.), а также возобновило свою деятельность Нарвское врачебное общество (1920 г.).

В дальнейшем возникло еще целый ряд врачебных обществ (Тарту, Таллин, Хаапсалу, Раквере, Валга и других уездов). К 1933 году функционировало 7 эстонских

врачебных обществ с общей численностью членов около 300 человек, кроме того существовали общества врачей не эстонской национальности и одно специализированное общество врачей невропатологов, возглавляемое профессором Л. Пуусеппом, которое не входило в союз Эстонских обществ.

В 1935 году было организовано врачебное общество в гор. Пайде.

С 1922 года издавался врачебный журнал «Ээсти Арст».

Наряду с врачебными обществами функционировало целый ряд параллельных общественных институтов: как то «Лига борьбы с туберкулезом», «Союз (лига) психогигиены» и с 1935 года «Врачебная палата».

Вследствие второй мировой войны и немецко-фашистской оккупации деятельность врачебных обществ в 1941 году прекратилась.

Начиная с 1947—1948 гг. на базе советского здравоохранения возникло целый ряд специализированных научно-медицинских обществ, как то терапевтов, педиатров и других. Особенно много специализированных научно-медицинских обществ было организовано в период 1950—1951 гг., что отражало бурное развитие специализированной медицинской помощи.

Централизованное руководство обществами в то время отсутствовало, поэтому их деятельность носила эпизодический характер. Многие общества юридически не были оформлены.

В 1952 году для руководства научно-медицинскими обществами был создан специальный комитет при Ученом совете Министерства здравоохранения Эстонской ССР, проведена большая работа по организационному оформлению обществ и укреплению их руководства. Большую роль в этом отношении сыграло республиканское совещание председателей правлений (1953 г.). К 1956 году научно-медицинские общества функционировали по всем основным врачебным специальностям. К этому времени научно-медицинские общества объединяли уже 1336 врачей и научных работников, в том числе, 20 докторов и 60 кандидатов медицинских наук. В республике работало 33 научно-медицинских общества, в том числе городских 15, районных 7, республиканских с городскими филиалами 3 и республиканских без городских филиалов 8.

Дальнейший период характеризуется развитием специализированных обществ как в больших городах так и в районах. Так, например, на базе Тартуского единого врачебного общества было создано целый ряд самостоятельных специализированных научно-медицинских обществ. Особенно бурно развивалась сеть специализированных обществ в гор. Таллине, а затем в городах Кохтла-Ярве, Пярну, Нарва, а так же в Вильяндиском, Раквереском, Кингисепском и др. районах.

В настоящее время в республике функционируют республиканские общества по 26 врачебным специальностям, в том числе терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов, спортивной медицины, фармацевтов, лаборантов, фтизиатров, судебных медиков, рентгенологов и радиологов, физиотерапевтов и курортологов, кардиологов, нейрохирургов и невропатологов, онкологов, гигиенистов и организаторов здравоохранения, отолярингологов, стоматологов, дермато-венерологов, патологоанатомов, анестезиологов, гематологов, эндокринологов, урологов, и наконец гастроэнтерологов. Большинство из этих обществ имеют многочисленные самостоятельные филиалы в городах и районах республики. Кроме того в республике функционирует 10 единых районных и городских научно-медицинских обществ, объединяющих врачей разной специальности.

Все научно-медицинские общества объединяют более 3200 медицинских работников с высшим образованием. Кроме того в настоящее время в Эстонской ССР функционирует сестринское республиканское научное общество с многочисленными филиалами в городах и районах республики.

Научно-медицинские общества сыграли большую роль в развитии специализированной помощи в республике, во внедрении достижений медицинской науки в практику здравоохранения, в повышении квалификации медицинских кадров, организации республиканских научно-практических конференций и симпозиумов и в привлечении практических врачей к научно-исследовательской работе. Достаточно сказать, что в республике около 55% научно-исследовательских работ в области медицины выполняется врачами лечебно-профилактических учреждений.

МЕДИКО САНИТАРНОЕ ДЕЛО В ЭСТОНИИ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ (1917—1919 гг.)

А. А. САРАП (Таллин)

Великая Октябрьская социалистическая революция уничтожила в Эстонии власть буржуазии и дворянства и передала всю власть трудящимся.

Советская власть установила 8-часовой рабочий день, ввела рабочий контроль на фабриках и заводах, приступила к национализации банков, крупной промышленности, железных дорог и внешней торговли.

У помещиков было конфисковано и передано в собственность тружеников села более 2,4 миллиона га земли.

Среди первых мероприятий Советской власти Эстонии по перестройке всей жизни на новых социалистических началах важное место занимали вопросы охраны здоровья трудящихся. В ноябре 1917 г. при Исполкоме Совета рабочих и солдатских депутатов Эстонии был создан медико-санитарный отдел, который явился первым государственным центральным органом, взявшим на себя организацию медико-санитарной помощи населению молодой Советской Эстонской республики. При отделе Исполнительного комитета была образована врачебно-санитарная комиссия. Были созданы Советские органы здравоохранения в городах и уездных центрах.

Основное усилие этих органов было направлено на мобилизацию медицинских работников на борьбу с эпидемическими заболеваниями и на обеспечение медицинской помощью отрядов Красной Гвардии.

Исполнительный комитет принимал меры для привлечения медицинских работников на сторону Советской власти. Однако, не все врачи и средние медицинские работники одинаково относились к этим призывам и не все перешли на сторону Советской власти. Передовые врачи Северо-Балтийского общества оказывали активную помощь в деле организации здравоохранения, но большая часть членов этого общества врачей заняли пассивно-выжидательную позицию.

При медико-санитарном отделе был создан медико-санитарный совет республики, который состоял из 30—35 членов. Это был высший совещательный орган. В медико-санитарный совет входили: начальник отдела, представители всех городов и уездов, медицинского факультета университета, а также некоторых министерств.

Положение о медико-санитарном обслуживании населения предусматривало, что в каждом городе и уезде при местных самоуправлениях должны быть медико-санитарные отделы, возглавляемые врачом. Заведующий медико-санитарным отделом не является членом местного управления, но принимает на заседаниях управления участие в решении медико-санитарных вопросов.

Обязанности заведующего медико-санитарным отделом возлагались в городах на городских и в уездах на уездных врачей. Одновременно на заведующего медико-санитарным отделом возлагалось выполнение обязанностей городского или уездного врача, кроме г. Таллина, где был специальный врач под названием «начальник бюро здравоохранения города». В обязанности городских и уездных врачей входило ведение административных и медицинских вопросов. Консультативными органами при отделе были советы, состоявшие из специалистов.

Санитарное состояние городских и сельских поселений Эстонии в 1917—1919 гг., было крайне неблагоприятным. Отсутствие достоверного учета и отчетности в те годы не позволяет дать сколько-нибудь полной картины о заболеваемости инфекционными болезнями. Известно, что весьма широкое распространение имели тиф, дизентерия, натуральная оспа и др. В связи с этим медицинским работникам приходилось работать в очень трудных условиях, не хватало медицинского персонала, медикаментов и перевязочных средств. Тем не менее за короткий срок в обстановке ожесточенной классовой борьбы с внутренней и внешней контрреволюцией и в трудных условиях хозяйственной разрухи, Советская власть в Эстонии за короткий период своего существования, провела громадную созидательную работу. Эта работа была прервана наступлением объединенных сил международного империализма при активном участии местной буржуазии и предателей интересов народа — меньшевиков. В конце 1918 года, после захвата власти

эстонской националистической буржуазией (при помощи немецких оккупантов), медико-санитарный отдел и все учреждения здравоохранения, созданные во время Великой Октябрьской социалистической революции, были ликвидированы.

ЭСТЛЯНДСКАЯ ТРУДОВАЯ КОММУНА И ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. И. ТАЙГРО (Таллин)

Великая Октябрьская социалистическая революция освободила от оков эксплуатации все народы бывшей царской России и создала исключительно благоприятные условия для проведения широких оздоровительных мероприятий в государственном масштабе.

Повсеместно, с первых дней установления Советской власти, наряду с разрешением многих неотложных вопросов, большое внимание уделялось вопросам здравоохранения и социального обеспечения.

С победой Октябрьской революции в Эстонии, как и на всей территории бывшей царской России, была установлена Советская власть.

Советская власть в Эстонии просуществовала только 3,5 месяца. Созидательная работа Советской власти в Эстонии была прекращена в феврале 1918 г. наступлением кайзеровских войск, оккупировавших Эстонию и некоторые другие западные районы советской территории. 3 марта был заключен тяжелый Брестский мир.

Однако, трудящиеся оккупированных территорий не прекращали борьбу за восстановление Советской власти.

Осенью 1918 г. (13 XI 1918 г.) Советское правительство объявило расторгнутым кабальный Брестский мир и Красная Армия приступила к освобождению занятых немцами территорий. Был освобожден Псков 21 ноября, Нарва — 29 XI. В тот же день, т. е. 29 ноября на территории Эстонии была провозглашена Советская Республика под названием Эстляндская Трудовая Коммуна.¹ Председателем Совета Коммуны был Яан Анвельт.

¹ Тайгро Ю. Борьба трудящихся Эстонии за Советскую власть и мир в 1918 — 1920 гг. Таллин, 1959, стр 83—84.

Одним из членов Совета Коммуны был известный врач Макс Тракман.

В условиях ведения войны, Эстляндская Трудовая Коммуна с первых дней восстановления Советского строя, приступила к разрешению вопросов социального обеспечения и здравоохранения, которые во время немецкой оккупации были аннулированы. В научном центре Эстонии того времени в г. Тарту 27 XII 1918 г., состоялось общее собрание служащих университета, где все единодушно высказались за Советскую власть и решили снова принять на работу уволенных оккупационными властями сотрудников.

Комиссаром Тартуского университета был назначен математик Я. Сарв, под руководством которого была начата организационная работа.

Для руководства университетскими клиниками на общем собрании был избран комитет из 7 человек во главе с хирургом Г. Прима; его помощником был избран служащий больницы А. Вестман.

В университете продолжалась деятельность института фармакологии, анатомикума, больницы глазных болезней, клиники нервных болезней, клиники женских болезней, хирургической клиники, химической лаборатории и т. д. 26 декабря в клиниках числилось 140 больных. Бюджет на январь месяц был предвиден на 200 тысяч рублей. Управление культурно-просветительной работой, направило наркому просвещения А. Луначарскому письмо с приглашением ученых, желающих работать в Тартуском университете.

В гор. Нарве, в день провозглашения Эстляндской Трудовой Коммуны на первом заседании Совет Эстляндской Трудовой Коммуны постановил оказать помощь пострадавшим в результате военных действий при освобождении г. Нарвы. На выдачу пособий в г. Нарве в декабре 1918 г. было израсходовано более 20 тысяч рублей.² Особо нуждающимся раздавались бесплатные обеды.

20 декабря 1918 г. на станциях Сольдино, Аувере, Вайварв, Ору, Иыхви, Сомпа, Кохтла, Пюсси, Сонда и др., были вывешены объявления, где сообщалось, что все работающие на железной дороге могут получить бес-

² Архив ЦК КП Эстонии ф. 28, о. 28-1, 262, л. 8.

платно медицинскую помощь в амбулатории нарвской станции в любой день и в любое время.³

В городе была налажена работа аптек; открыт родильный дом на 9 коек, организован детский сад и дом для престарелых.

25 декабря в Нарве проходило совещание медицинского актива, организованного зав. отделом здравоохранения Юргенсон. В совещании принимали участие и войсковые врачи. Обсуждению подверглись вопросы борьбы с эпидемиями и их предупреждение, вопросы расширения и оснащения больниц и укомплектования их медицинским персоналом.

Уездным Исполкомом Вирумаа также был организован отдел здравоохранения и соцобеспечения. Отмечалась острая нехватка медицинских кадров. Так, на весь Вирумааский уезд осталось только 3 врача и 2 фельдшера. Несмотря на это, отдел здравоохранения Вирумаа организовал работу 2 аптек, одной больницы и одного дома для престарелых.

Подобные мероприятия проводились повсюду на освобожденной от оккупантов территории Эстонии.

Таковы были первые мероприятия, проведенные Эстляндской Трудовой Коммуной по организации медицинской помощи населению в освобожденных от немецкой оккупации уездах и городах.

Не следует забывать о том, что вся деятельность Эстляндской Трудовой Коммуны проходила в условиях ведения войны и что эти организационные мероприятия были проделаны в предельно короткий по времени срок. Советская власть просуществовала в Нарве — 50 дней, в Выру — 45, в Тарту — 20 дней, а в некоторых местах еще меньше.

Совместным наступлением войск иностранных империалистов и эстонской буржуазии созидательная работа Эстляндской Трудовой Коммуны была прервана.

³ Архив ЦК КП Эстонии ф. 28, 0,1 д. 344, л. 13.

Ф. Р. КРЕЙЦВАЛЬД КАК ВРАЧ

Э. ЛААНЕ и Л. ЛАБЕ (Выру, ЭССР)

Ф. Р. Крейцвальда мы знаем как одного из основоположников эстонской литературы, но нельзя забывать и того, что он был 44 года врачом в городе Выру; его литературная деятельность была побочным увлечением врача-практика.

В 1832 г. Ф. Р. Крейцвальд сдал экзамены на врача, а 28 марта 1833 г. он подписал присягу врача, издававшуюся на немецком языке.

9 сентября 1833 г. Ф. Р. Крейцвальд получил диплом врача III степени и приступил к работе в качестве городского врача в Выру. Лифляндское здравуправление утвердило его в этой должности лишь в 1850 г., то есть 17 лет спустя после фактического занятия должности и выполнения работы.

В 1827 г. в городской больнице было всего 16 коек, что не могло удовлетворить растущие потребности населения города и близлежащих населенных пунктов.

Из писем Крейцвальда видно, что в 70-х годах прошлого столетия благодаря его многократным обращениям к начальству и настойчивости, количество коек в больнице было увеличено до 32.

Для врачей нашего времени инфекционные заболевания остались трудоемкими только в университетских программах, так как тяжелых эпидемий в последние десятилетия мы совсем не видели. В то время, когда Ф. Р. Крейцвальд работал врачом в Выру, инфекционные заболевания были широко распространены.

В письмах Крейцвальда находим, что в 1845 г. в Выру свирепствовали чума, тифы, коклюш, скарлатина, корь, а с 1847—48 гг. — кроме того и холера. При таком неблагополучии в Выру было всего лишь 2 врача. При этом основная работа ложилась на плечи Ф. Р. Крейцвальда.

Ф. Р. Крейцвальду были чужды карьеризм, личная слава и выгода. Он не искал дружбы и поддержки у господствующего дворянства для личного благополучия. Он всячески боролся против дворянства и помогал, чем мог, простому народу, стремился всегда оказать помощь больным несмотря на трудности материального характера.

Помещики и их сообщники ненавидели Крейцвальда и как только могли, мешали ему работать. Крейцвальд был врачом простого народа. В письме к Э. Сахсендалю от 13 апреля 1853 г. Ф. Р. Крейцвальд писал: «...ежедневно приходится колесить по самым грязным улочкам, так что к вечеру очень устаю и еле держусь на ногах. Начало нынешнего года не предвещает ничего хорошего. Жить приходится главным образом на долги!»

Об ограниченности денежных доходов Крейцвальда говорят составленные им самим годовые итоги доходов 1833 — 1876 годов, где сделаны вычисления с точностью в полкопейки. Сохранилась счетная книга с 1877 года по июль 1882 г., в которой вычислены средние годовые доходы за 10 лет, которые составляли мизерные суммы.

Так, например, приход за 1833 год составлял 580 рублей. Причиной бедности было то, что Ф. Р. Крейцвальд как святыню берег звание врача: помогать людям, не смотря на плату. Это расширило круг, нуждающихся в помощи, но доход был маленький, потому, что за помощь, оказанную бедным людям, Крейцвальд ничего не брал. На своем дне рождения Крейцвальд сказал как-то: «Душой врача является нежность и любовь к людям».

Характерной особенностью Ф. Р. Крейцвальда, как врача, было постоянное стремление к совершенствованию знаний в избранной любимой профессии. Несмотря на работу в провинции, Ф. Р. Крейцвальду было известно все новое в медицинской науке. Ко всему новому в медицине он относился трезво, применял на практике только те новые методы лечения, которые давали лучшие результаты, чем старые.

Наряду с этим Крейцвальд-врач никогда не был высокомерным и заносчивым, он часто обращался за советами к коллегам из Тарту и Петербурга.

Деятельность Ф. Р. Крейцвальда не ограничивалась приемами и посещением больных дома и выполнением обязанностей городского врача.

Гораздо шире была другая сторона его деятельности как врача: распространение и активная популяризация медицинских знаний. Наиболее основательной его работой была: «Teejuhataja ämmakoooliliste õpetuse juures». («Путеводитель акушерских знаний»), впервые изданной в 1852 г. Этот интересный и увлекательный труд в

последующее время был переиздан три раза — в 1870, 1883 и 1890 годах. В этой уникальной по тем временам работе Крейцвальд ставил своей целью обучить женщин, которые будут оказывать помощь роженицам. В книге приведены необходимые сведения из анатомии роженицы, разъяснения механизма родов и помощи при родах, гигиена беременной и новорожденного. Большое внимание Крейцвальд обращал на психику беременных.

Второй большой работой была книга «Lühike õpetus tervise hoidmisest» (Краткое учение как беречь здоровье), изданная в 1845 г. и переизданная в 1860 и в 1869 г. В этой книге Крейцвальд, описывая отдельные виды болезней, дает указания по многим вопросам, касающимся предупреждения заболеваний, ставил вопрос о действительном улучшении населенных пунктов в целом и наметил пути к проведению их в жизнь.

Третьей книгой, написанной Крейцвальдом, в 1879 г. был справочник «Kodutohter». («Домашний врач»). В этой книге дается обзор болезней с точки зрения того времени, а также основные знания о лечении болезней.

В своих работах Ф. Р. Крейцвальд широко использовал личные навыки, богатый практический опыт и широкие познания в области медицины и других наук.

Ф. Р. Крейцвальд активно использовал и другие возможности распространения санитарных и медицинских знаний среди населения. Он часто помещал короткие, но броские и понятные широкому кругу читателей заметки и статьи о здоровье в журнале «Maailm ja mõnda». («Мир и кое-что»), в календаре и в газетах, популяризируя медицинскую науку и профилактику заболеваний.

Интересно отметить, что в своих работах Крейцвальд вводил медицинские термины на эстонском языке, что облегчало понимание и доходчивость его трудов.

Большую работу Ф. Р. Крейцвальд проводил в борьбе с алкоголизмом. Крейцвальд вместе с пастором Шварцом из Пыльва основали в Пыльва общество непьющих, в которое входило 900 человек.

Таким образом Ф. Р. Крейцвальд как врач был на службе передовых направлений и мыслей. Он был, по крайней мере в масштабе Эстонии, распространителем и популяризатором передовых идей здравоохранения.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В КАПИТАЛИСТИЧЕСКОЙ ЭСТОНИИ

О. М. ТАММ (Таллин)

В экономике Эстонии уже в начале XIX века феодальные отношения стали уступать место капиталистическим. Довольно быстрое развитие капитализма сопровождалось обнищанием народных масс. Тяжелые социально-экономические условия, недостаточная врачебная помощь, плохое санитарное состояние населенных мест и низкий санитарный уровень народа обуславливали высокую заболеваемость и смертность населения. Представления о причинах болезней, о путях их распространения и средствах борьбы с ними зачастую были связаны с продолжавшими жить среди народа древними верованиями. Мероприятия по повышению медицинских знаний среди населения в то время по существу не проводились; частнопрактикующие врачи не были заинтересованы в проведении разъяснительной работы. Только некоторые врачи (Ф. Р. Фельман, Фр. Р. Крейцвальд, П. Хеллат, Х. Коппель и др.) считали своим профессиональным долгом просвещать народ по вопросам медицины и здравоохранения.

Первым эстонским врачом, который писал трактаты о вспышках холеры и дизентерии в Тарту был Фр. Р. Фельман (1798—1850). Его характеризуют как врача с глубоким научным уклоном и профилактическим направлением; он оказал сильное влияние на мировоззрение другого эстонского врача-писателя Фр. Р. Крейцвальда (E. Tallmeister, 1958; S. Talvik, 1929).

Фр. Р. Крейцвальд стал известным благодаря своим статьям на темы здравоохранения, опубликованным в газетах и календарях (A. Reiman, 1953). Из вышедших во II половине XIX века медицинских произведений на эстонском языке наибольший успех выпал на долю его книги «Кодутохтер» («Домашний врач») 1879. Произведение это было проникнуто мыслями профилактического направления, господствующими в нашей современной медицине.

Врач П. Хеллат большое внимание уделял борьбе с распространением проказы в Прибалтийских губерниях.

В 1894 г. было напечатано его произведение «Тервисе Ыпетус» («Учение о здоровье») (P. Hellat, 1894). Как Фр. Р. Крейцвальд, так и П. Хеллат в своих работах большое внимание уделяли вопросам профилактики болезней.

Довольно большую санитарно-просветительную работу в то время провел Х. Коппель; он часто выступал с лекциями и напечатал много популярных медицинских статей (M. Kask, 1964). Х. Коппель, имеющий большой опыт в проведении санитарно-разъяснительной работы, был назначен редактором популярного медицинского журнала «Тервис» («Здоровье»), начавшего выходить в свет в 1902—1903 гг. В журнале публиковали не только статьи поучительного характера, но и описания санитарных условий и состояния здравоохранения в Эстонии. Хотя издание журнала «Тервис» было в то время прогрессивным явлением, однако он не доходил до широких слоев населения (A. Valdes, 1938).

Повышению уровня санитарных знаний населения буржуазной Эстонии (1920—1940 гг.) в некоторой степени содействовала деятельность музея здравоохранения.

Побудительной причиной к учреждению Музея послужила медицинская выставка, организованная в 1921 г. в г. Тарту. Созданию музея очевидно содействовали и проводимые в то время санитарно-топографические исследования уездов капиталистической Эстонии. Проводя эти исследования, врачи убеждались в том, что неудовлетворительное санитарное состояние населения в первую очередь зависело от его низкой санитарной сознательности. Поэтому энергичным инициатором основания музея здравоохранения был организатор санитарно-топографических описаний уездов проф. А. Раммуль.

Музей здравоохранения был открыт 21 декабря 1924 г. в г. Тарту. Несмотря на недостаток денежных средств, заведующему музеем врачу В. Сумбергу удалось организовать довольно интересную и разностороннюю для того времени выставку, которая состояла из 17 отделов. Экспонатами служили таблицы, схемы и муляжи, объяснявшие строение тела человека, а также рассказывавшие о гигиене зубов, о питании, об инфекционных болезнях, о школьной гигиене, о первой медицинской помощи, о народной медицине и т. д. В г. Таллине по ул. Вяйке-Пярну маантеэ 4 марта 1928 г. было открыто отделение

музея здравоохранения. Музей здравоохранения организовывал и передвижные выставки. С 1925 по 1932 гг., т. е. за восемь лет, музей посетило 96 295 человек. К сожалению, у сельского населения было мало возможностей для посещения музея (V. Sumberg, 1933; 1938).

Положительным явлением следует считать также издание научно-популярного медицинского журнала «Тервис» («Здоровье»). Журнал выходил всего 5 000-м тиражом и охватывал сравнительно небольшую часть населения.

Другие санитарно-просветительные мероприятия (беседы, лекции, литература и др.) для повышения уровня санитарных знаний населения, играли незначительную роль. Так, например, в г. Тарту с 1924 г. по 1934 г., т. е. за 10 лет, было прочитано только 119 лекций, а за пределами Тарту — 585. Лекций по радио за 5 лет было прочитано всего 99. Санитарно-просветительных плакатов было распространено 14 000 экземпляров.

Как следует из вышеизложенного в капиталистической Эстонии проводились единичными врачами-энтузиастами некоторые ценные мероприятия для повышения санитарной культуры населения. К сожалению, многие хорошие советы по вопросам медицины и здравоохранения не доходили до широких масс населения. В то же время отсутствие государственной системы санитарно-просветительной работы отрицательно сказалось на уровне медицинских и гигиенических знаний и на состоянии здоровья народа.

О РАБОТЕ ЭСТОНСКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ЭПИДЕМИОЛОГОВ, МИКРОБИОЛОГОВ И ИНФЕКЦИОНИСТОВ ИМ. И. И. МЕЧНИКОВА

Х. О. ПИХЛ, О. М. ТАММ (Таллин)

Эстонское республиканское научное общество эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов им. И. И. Мечникова было основано в гор. Таллине 22 декабря 1950 г. по инициативе организационного комитета, в который входили врачи К. А. Васильева, Е. П. Желандовская, Э. К. Нярска, Н. И. Славнин,

А. А. Стриж, Г. М. Уйбо и М. М. Четверикова. Первым председателем общества был избран Г. М. Уйбо, который в то время работал заместителем министра здравоохранения.

За двадцатилетнюю деятельность общества следует отметить следующие организационные изменения. В декабре 1951 г. был создан Таллинский филиал общества, первым председателем которого был Н. А. Баранов. В 1956 г. организован Тартуский филиал под председательством проф. Ф. Я. Леппа, а в 1964 г. создан Кохтла-Ярвеский и Нарвский филиал, председателем которого была избрана В. Я. Чиняева. В 1967 г. от общества им. И. И. Мечникова отделились врачи-гигиенисты, которые совместно с организаторами здравоохранения создали самостоятельное общество. В связи с этим был ликвидирован маломощный Кохтла-Ярвеский и Нарвский филиал ввиду недостаточного количества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов. Так как гигиенисты выбыли из общества, соответствующим образом было изменено и его первичное название.

Председателями республиканского правления общества им. И. И. Мечникова за время его существования были: Г. М. Уйбо (1950—1953), А. Э. Яннус (1954—1956), К. А. Васильева (1957—1965), Ю. Х. Терас (1965—1968) и Х. О. Пихл с 1 октября 1968 г. по настоящее время.

По уставу основными задачами общества являются содействие научным исследованиям по специальности с учетом нужд здравоохранения республики, повышение квалификации членов общества и их идейное воспитание, научно-методическая помощь органам здравоохранения и пропаганда достижений медицинской науки в области эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний.

Деятельность общества в первые годы после его создания была довольно скромной. Членов в то время было мало. За период с 1950 г. по 1953 г. общество провело девять заседаний правления и семь собраний членов общества, где было заслушано всего восемь научных докладов.

Из года в год деятельность общества расширялась. В плановом порядке ежемесячно организовывались заседания, где заслушивались доклады по актуальным воп-

росам инфекционной патологии. Хорошей традицией стала организация научно-практических конференций, которые состоялись почти ежегодно. Так, следует назвать совместную конференцию с обществом педиатров в 1957 г., на которой были обсуждены вопросы снижения заболеваемости и смертности детей раннего возраста в Эстонской ССР. Совместно с органами здравоохранения в 1965 г. был организован первый республиканский съезд эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов и гигиенистов по проблеме снижения и ликвидации инфекционных болезней. В 1967 г. была проведена дискуссия по вопросам вирусологии и в 1969 г. организован симпозиум по эпидемиологии кишечных инфекций. Как правило, доклады участников конференции и симпозиумов публикуются в соответствующих сборниках.

На заседаниях общества выступали и видные ученые нашей страны, такие как действительные члены АМН СССР М. П. Чумаков и А. Ф. Билибин, профессора Э. М. Новгородская, Я. К. Гиммельфарб и другие.

Стали популярными выездные заседания в различные города Эстонии, где кроме ведущих специалистов республики выступают и местные медицинские работники. Так, в 1969 году подобные выездные заседания были организованы в городах Кохтла-Ярве и Раквере.

На правлении республиканского научного общества им. И. И. Мечникова периодически заслушивались планы научно-исследовательских работ. На заседаниях филиалов обсуждались представляемые членами общества на соискание ученой степени диссертационные работы. Члены республиканского общества участвуют в работе аттестационной комиссии врачей санитарно-эпидемиологической службы при Министерстве здравоохранения Эстонской ССР.

В республике достигнуты значительные успехи в борьбе с дифтерией и полиомиелитом, а также некоторыми другими инфекциями, однако весьма актуальной остается проблема снижения заболеваемости кишечными инфекциями, что должны учитывать все члены общества.

Общество имеет различные связи с социалистическими странами и другими государствами. Следует отметить научно-туристические поездки за границу с целью ознакомления с работой профильных учреждений и научно-исследовательских институтов. В 1964 году сос-

тоялась экскурсия в Чехословацкую социалистическую республику и в 1966 году в Германскую демократическую республику. В 1968 году группа членов общества участвовала в работе четвертого симпозиума по трихомонозу в Закопане в Польской народной республике. В этом же году ряд членов общества принял участие в работе международного конгресса по вирусологии в Хельсинки, а доктор медицинских наук Р. С. Силла выступал с докладами в ГДР. В 1969 г. с работой учрежденный санитарно-эпидемиологической службы ГДР ознакомились главный эпидемиолог нашей республики В. О. Тапупере и заведующий вирусологическим отделом Таллинского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены С. Р. Йыкс.

Члены общества участвуют в работе народных университетов здоровья, выступают с лекциями и беседами перед населением, публикуют популярные статьи в газетах и журналах, активно участвуют в работе общества «Знание». Ряд членов общества являются членами медицинского совета указанной организации. За 1968 год членами общества была прочитана населению 341 лекция, часть из них по радио и телевидению. Кандидат биологических наук С. Р. Йыкс является председателем учебного совета университета здоровья города Таллина.

Работой Эстонского республиканского научного общества им. И. И. Мечникова руководит Всесоюзное научное медицинское общество эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов им. И. И. Мечникова.

Ближайшими задачами общества являются увеличение числа членов и оказание более действенной помощи органам здравоохранения нашей республики в борьбе с инфекционными болезнями.

ДЕЯТЕЛИ СОВЕТСКОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ СОВЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Ю. И. МИЛЕНУШКИН (Москва)

С самых первых шагов молодая Советская Республика встретила с невиданными трудностями (развал народного хозяйства, ожесточенное сопротивление внутренней контрреволюции, иностранная интервенция,

отсутствие исторического опыта управления огромной страной на совершенно новых началах и пр.). Ко всем трудностям политического, экономического, военного характера сразу же присоединилась еще одна: тяжелые эпидемические заболевания.

Такие опасные инфекции как натуральная оспа, холера, паразитарные тифы издавна прочно гнездились на огромных пространствах Российской империи. С крушением империи развалился весь аппарат ее, в частности, медико-санитарная служба.

Необходимо было создать совершенно новую систему народного здравоохранения и медицинской науки, но пока она создавалась, вспыхнули тлеющие очаги инфекций. В первые же месяцы 1918 года в сердце пролетарской революции — Красном Петрограде началась эпидемия холеры. Заболеваемость оспой, борьба с которой нуждается, как известно, в непрерывной и систематической работе, стала быстро расти в городах и создавала угрозу молодой Красной Армии. Сыпной и возвратный тифы нашли для себя крайне благоприятные условия в обстановке неупорядоченных массовых миграций, непрерывных военных действий, резкой нехватки продовольствия, топлива, мыла, дезсредств и т. п. К 1919 году стало ясно, что борьба с эпидемическими заболеваниями стала одной из важнейших задач, решающих судьбу пролетарской революции.

В. И. Ленин, поглощенный бесчисленными и неотложными делами, ясно отдавал себе отчет в первостепенном значении борьбы с эпидемическими заболеваниями и уделял ей все необходимое внимание. «Сыпной тиф превращается в самую грозную опасность» — говорил В. И. Ленин. Необходимы героические усилия.¹ Материалы, освещающие огромное значение ленинского руководства в борьбе с эпидемическими заболеваниями велики и разнообразны (декреты Советского правительства, указания органам здравоохранения и лично отдельным деятелям и т. п.).

До тех пор пока не была создана стройная система советского здравоохранения и медицинской науки, пока не сложились новые кадры советских ученых, большое значение имела деятельность на противоэпидемическом

¹ В. И. Ленин. Сочин. т. 28, изд. 5, стр. 419.

фронте уже существовавших институтов и лабораторий и руководящих ими старых кадров русских ученых. Они то и вынесли на своих плечах всю безмерную тяжесть борьбы с эпидемиями в 1918—1921 гг. «Когда-нибудь, кто-то напишет книгу «Русские ученые в первые годы великой революции». Это будет удивительная книга о героизме и мужестве и о непоколебимой преданности русских ученых своему делу — делу обновления, облагораживания мира и России» — говорил М. Горький.²

Большевистская партия и органы советской власти сумели сразу же привлечь на свою сторону представителей русской медицины. Несмотря на открытый саботаж Пироговского общества врачей, крайне острую и тяжелую обстановку в стране, несмотря на кажущуюся неустойчивость новой власти, выдающиеся русские эпидемиологи, микробиологи, инфекционисты, санитарные врачи встали безоговорочно и сразу же на сторону Советской власти и отдали свой огромный опыт, знания и талант на борьбу с народным бедствием — эпидемиями. Архивные материалы свидетельствуют, что лучшие научные силы медицины Петрограда, Москвы и большинства крупных городов уже в 1918—1919 гг. приняли активное участие в борьбе с эпидемиями и в организации медико-санитарной службы. Каждый делал все, что мог, даже, если для этого приходилось выходить за пределы своей прямой специальности. Достаточно сказать, что в Петрограде и Москве в организации борьбы с эпидемиями приняли участие в 1918—1919 гг. не только микробиологи-эпидемиологи — Д. К. Заболотный, Л. А. Тарасевич, Н. Ф. Гамалея, П. Н. Диатроптов, А. А. Владимиров, С. И. Златогоров, Н. Н. Клодницкий, Г. С. Кулеша и др., многие из которых были уже немолодыми и известными учеными, но и медики других специальностей: патологи — И. В. Давыдовский, А. И. Абрикосов, Е. С. Лондон, биохимики — А. Н. Бах, Б. И. Словцов, гигиенисты — Г. В. Хлопин, З. Г. Френкель, физиологи — М. Н. Шатерников, П. П. Лазарев и др.

Молодые органы советского здравоохранения, руководимые ленинцами Н. А. Семашко и З. П. Соловьевым при всемерной поддержке партийных организаций

² Наука и жизнь, № 4, 1968, стр. 37.

сумели быстро наладить борьбу с инфекциями. Были созданы такие новые организации как Вакцинно-сывороточные комиссии (в Москве — Центральная и в Петрограде), Центральная комиссия по борьбе с эпидемическими болезнями (VII. 1918) и др.

Всю титаническую противэпидемическую работу возглавлял руководимый А. Н. Сысиным Санитарно-эпидемиологический отдел Наркомздрава. А. Н. Сысину принадлежит огромная заслуга в разработке важнейших законоположений санитарно-эпидемиологического характера. Борьбу с холерой в Петрограде в 1918 г. провел с большим успехом неутомимый и блестящий организатор Д. К. Заболотный, борьбу с оспой возглавил Н. Ф. Гамалея — тогда уже ученый с мировым именем, директор Оспопрививательного института; появившейся в 1918 г. «испанкой» занялся крупный ученый С. И. Златогоров. Борьбе с паразитарными тифами отдавали свои силы очень многие видные ученые, кроме упомянутых выше — Л. А. Тарасевич, П. Н. Диатроптов, К. К. Флеров, написавший первую в 1918 г. монографию о сыпном тифе, Е. И. Марциновский, А. И. Федорович, И. А. Добрейцер.

В те годы проводились классические работы И. В. Давыдовского по патогенезу сыпного тифа.

Е. И. Марциновский организовал широкие мероприятия по борьбе с малярией. Эта инфекция в 1918—1920 гг. была «оттеснено» на задний план паразитарными тифами, холерой и оспой, но сразу-же потребовала огромного внимания, так как в ряде районов Юга и Юго-востока, вошедших в состав Советского государства позже, малярия приобрела в 20-е годы характер подлинного бедствия.

Выдающуюся роль во всей борьбе с эпидемическими болезнями играли съезды эпидемиологов, бактериологов и санитарных врачей, которые созывались начиная с 1918 г. (иногда 2 раза в год) и объединяли все силы советской противэпидемической науки. Большую роль в работе первых съездов играли Н. А. Семашко, Л. А. Тарасевич, Д. К. Заболотный, А. Н. Сысин, Е. И. Марциновский, П. Н. Диатроптов и др. Почти на всех съездах выступал с докладами Н. Ф. Гамалея.

Вся эта славная когорта врачей и биологов, преданных советскому строю, вела напряженную и самоотверженную работу. Многие врачи погибли на своем посту. Не случайно В. И. Ленин, выступая на съезде медико-сани-

тарных работников говорил: «Быть-может, после военного фронта никакая другая работа не давала столько жертв, как ваша».¹

Деятельность врачей и биологов в первые годы Советской власти явилась той основой, на которой выросли современные успехи нашего народа в борьбе с заразными болезнями.

МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ПЕРИОДИЧЕСКОЙ ПЕЧАТИ ЭСТОНСКОЙ ССР

И. А. ЛААН (Таллин)

Республиканский отдел научной медицинской информации (РОНМИ) уже более года информирует Министра здравоохранения ЭССР и заместителей о всех изданных в республике статьях, посвященных медицине и здравоохранению. Настоящее является первой попыткой анализа этой литературы.

С 1 октября 1968 г. по 1 марта 1969 года, т. е. за пять месяцев в 33 газетах республики было опубликовано 618 статей или сообщений, которые в зависимости от содержания были распределены на 38 больших групп. Некоторые группы были небольшими и включали от одной до пяти статей. Они составляли следующие разделы «Медицинская терминология», «Изобретения, рационализация, применение новой аппаратуры», «Некрологи», «Медицина в философском аспекте», «Аннотации и рецензия», «История медицины» и «Ответы на критику».

От 6 до 10 статей включалось в разделы, посвященные юбилеям медиков, критике медицинских учреждений и их сотрудников, юридическим вопросам связанным с медициной, деятельности стоматологов, нагрузке фармацевтов и аптек, донорству, социальному обеспечению.

Некоторые газеты объединили все публикуемые ими статьи о здравоохранении и медицине в специальный отдел, а в некоторых случаях вынесли их даже на отдельную страницу. В газете «Рахва Хяэль», например, имеется отдел: «Хорошее здоровье — долгая жизнь». В вырусской газете «Тёёрахва Элу» более пяти лет печатается спе-

¹ В. И. Ленин. Соч. т. 40, изд. 5., стр. 188.

циальная страница «Здоровье народа», которая в течение описываемого периода времени (5 месяцев) выпускалась три раза. Специальная страница «Здоровье» существует в вильяндиской газете «Тээ коммунистмиле» и в пайдеской «Выйтлев Сына». Обычно на специальных страницах печатается 3—4 выступления на актуальные темы и помещается одна-две статьи научно-популярного характера. Иногда эти страницы иллюстрируются фотографиями лучших работников здравоохранения района, а так же используются для объявления благодарности или критики в адрес медиков.

Одиннадцать статей различных газет посвящались вопросам изыскания местных источников целебных минеральных вод и их эксплуатации. Такое же их количество было представлено по вопросам гигиены питания. Двенадцать выступлений связаны с вопросами медицинского обслуживания на курортах и в санаториях. О ежедневной будничной работе специалистов медицины написано 13 очерков. В связи с различными знаменательными датами нашего государства написано 13 статей об общих достижениях советского здравоохранения и его дальнейших задачах. Семнадцать статей посвящены вопросам работы Красного Креста, оказанию срочной первой помощи и гражданской обороне.

На страницах газет значительно больше (21) встречается выражений благодарности медикам от населения, чем критических замечаний (4). Благодарность выражается чаще несколькими лицам сразу — двум-трем и даже пяти, а иногда и сотрудникам всего отделения или больницы. Опубликованы сведения об официальном награждении и поощрении за хорошую работу двадцать одного медика и двадцать четыре очерка, интервью и собеседований с передовыми людьми здравоохранения. Газетами особенно много уделяется внимания статьям, которые мы включили в раздел санитарно-просветительной работы и проблем профилактики, гигиены и санитарии. Таких статей было опубликовано 39.

В 65 случаях были помещены короткие сообщения о конференциях, семинарах, о некоторых событиях в жизни медиков или медицинских учреждений, о назначении на работу и т. д.

Много внимания уделялось обмену мнениями через газету о возможностях улучшения работы и ее органи-

зации (в 39 публикациях), а также вопросам укорочения сроков и повышения качества ремонтных и строительных работ (18 статей). Опубликовано 29 сообщений о необоснованных и не нужных вызовах скорой помощи. На основании этих многочисленных сигналов встает вопрос о том, что назревает необходимость применить более радикальные меры наказания лиц, которые мешают медикам осуществлять их благородный труд.

Достаточно полно освещается печатью работа партийных, профсоюзных и комсомольских организаций учреждений здравоохранения, а так же работа народных депутатов в Советах трудящихся. Тридцать девять статей этого раздела включают в себя широкий круг вопросов и отражают работу, проводимую по вопросам здравоохранения, начиная с сельских Советов до Верховного Совета. При этом нужно отметить, что если в городах депутатами Советов чаще избираются врачи, то в районах их ряды пополняются так же опытными фельдшерами, акушерками и медицинскими сестрами, которые прекрасно справляются со своими ответственными общественными обязанностями.

О научной работе в учреждениях здравоохранения и в научно-исследовательских институтах, о защитах диссертаций и присвоении ученых званий, о работе врачебных обществ — одним словом о повышении квалификации кадров напечатано 27 статей.

Особенно хорошее впечатление производит то, что кандидатские диссертации представляются и защищаются многими практическими врачами из районов, а в научных и педагогических учреждениях растет число докторов наук и профессоров. Самой многочисленной группой среди газетных публикаций представлены научно-популярные медицинские статьи. Их опубликовано 98 на 32 темы (например, о гриппе, бешенстве, кожных болезнях, об охране здоровья детей, об отравлениях и т. д.).

Таким образом, проблемы медицины и здравоохранения освещаются на страницах газет нашей республики достаточно квалифицированно, однако медики сами могли бы еще шире использовать печать для решения многих неотложных задач местного здравоохранения.

МЕДИЦИНСКИЕ ПУБЛИКАЦИИ В ЭСТОНСКОЙ ССР ЗА 1966—1968 ГОДЫ

А. И. МИЛЛЕР (Таллин)

Одним из показателей эффективности научно-исследовательской работы может служить количество опубликованных в печати научных трудов, которое дает в известном смысле представление о распространении результатов работ и возможности применения их в практике.

Исследования распространения медицинских печатных произведений до сих пор не производились, таким образом настоящая статья является первой попыткой выявить «аудиторию» медицинских научных статей, публикуемых учреждениями нашей республики.

Данные были получены из отчетов научно-исследовательских учреждений, библиографии, составленной Государственной научной медицинской библиотекой и из отчетов Научных медицинских обществ врачей при Министерстве здравоохранения Эстонской ССР.

Учитывались опубликованные в печати научные работы Института экспериментальной и клинической медицины (ИЭКМ), Таллинского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены (ТНИИЭМГ); медицинского факультета Тартуского государственного университета (ТГУ); врачей лечебной сети, а также научные работы медицинского содержания преподавателей кафедры спортивной медицины ТГУ и медиков таллинского педагогического института.

Собранный материал далеко не полный (особенно это касается языка печатных работ), т. к. до сих пор не существует библиографии, составленной по единой системе и собранной в одном месте.

Рассматривались публикации трех последних лет (1966—1968 гг.). Количество медицинских статей за это время составило 2698, причем наиболее продуктивным был 1967 год, наименее продуктивным 1966 г.

Количество публикуемых работ в большей степени зависит от проводимых конгрессов, конференций, симпозиумов (печатные материалы и тезисы) и издаваемых сборников. Публикация статей в периодических изданиях в течение трех лет была почти стабильной, поскольку объем этих изданий ограничен.

Из общей продукции одна треть падает на медицинский факультет ТГУ, другая треть — на лечебную сеть. Опубликованные в печати статьи из ИЭКМ составляют 1/5 и ТНИИЭМГ — 1/10 общего количества; удельный вес других учреждений был еще меньше.

Если сравнить количество статей, приходящихся на одного научного сотрудника, то на первом месте оказывается ИЭКМ (7,1), затем следует ТНИИЭМГ (7,0) и медицинский факультет ТГУ (6,3). В лечебной сети на одного врача приходится в среднем за 3 года 0,2 статьи. (Научная продукция преподавателей медицинского факультета ТГУ была немного меньше представленной, так как в отчетах учитывались и опубликованные научные работы студентов).

Медицинские печатные произведения, опубликованные за пределами республики в центральных периодических изданиях, в трудах, материалах и тезисах конгрессов, конференций, симпозиумов и в сборниках, составляют 25,7% от общего числа опубликованных работ за указанный период, при этом средние цифры за каждый год почти равные.

Количество публикаций ученых ИЭКМ и медицинского факультета ТГУ вне нашей республики увеличивалось с каждым годом, причем и здесь на первом месте был медицинский факультет ТГУ. Количество публикаций научных сотрудников ТНИИЭМГ и практических врачей вне Эстонской ССР в исследуемый период даже сократилось. Это же можно сказать и про научную продукцию студентов мед. факультета ТГУ и медиков Таллинского педагогического института.

Количество печатных произведений, опубликованных вне нашей республики, приходящихся на одного научного сотрудника, почти равное во всех рассматриваемых научных учреждениях, составляет 2 статьи за 3 года (ТНИИЭМГ — 2,2; медфак ТГУ — 2,1; ИЭКМ — 1,9, а в лечебной сети всего 0,04).

ИЭКМ, медицинский факультет ТГУ и практические врачи свои научные труды помещали в центральной периодической печати: ученые ТНИИЭМГ в 1966 г. — во всесоюзных сборниках, а в 1967 и 1968 гг. в материалах всесоюзных конференций и в тезисах докладов на конференциях в братских республиках. Труды кафедры спортивной медицины ТГУ и медиков Таллинского педа-

гогического института издавались тоже преимущественно во всесоюзных сборниках и материалах конференций.

Медицинские статьи, опубликованные за границей составляют 3% от всего количества публикаций за указанный период. Наиболее часто публиковали свои исследования за рубежом ученые сектора протозоологии Института зоологии и ботаники Академии наук Эстонской ССР (ИЗБ), медфакультета ТГУ и ИЭКМ. (Статьи научных сотрудников сектора протозоологии ИЗБ за 1966—1967 гг. учитывались вместе со статьями ИЭКМ, а начиная с 1968 г. — как самостоятельная единица).

На одного ученого Эстонской ССР опубликовано за границей медицинским факультетом ТГУ и ИЭКМ в среднем 0,3, ТНИИЭМГ — 0,2 и лечащими врачами республики 0,001 печатных произведений. Сектором протозоологии ИЗБ на одного научного сотрудника опубликовано за границей в 1968 г. 1,6 статьи.

Исследования медиков ТГУ за границей публиковались статьями в периодической печати; ученых ТНИИЭМГ — как в периодической печати так и в материалах конференций, ИЭКМ и сектора протозоологии ИЗБ тезисами докладов на конференциях и в сборниках, поэтому у последних количество печатных произведений, изданных за границей, в большей степени зависит от участия в конференциях, организуемых за границей.

Медицинские статьи в нашей республике публикуются преимущественно на русском языке. Статьи на эстонском языке имеют резюме на русском. Публикуемые в центральной периодической печати статьи имеют резюме на иностранных языках.

Для популяризации наших исследований и, чтобы сделать их доступными международному читателю, надо больше работ издавать в центральной печати и за рубежом. Чем влиятельнее издание и чем международнее язык, тем больше читателей.

РАЗВИТИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Н. Р. АЯСТА (Таллин)

В течение 10 лет (1958—1967 гг.) здравоохранение и специализированная медицинская помощь в ЭССР прошли определенный путь развития.

Общее число врачей, относящихся к системе Министерства здравоохранения ЭССР за 10 лет увеличилось на 53%, а количество врачей на 10 000 населения увеличилось на 40,1%. В 1959 г. врачи 4 основных специальностей (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство-гинекология) составляли 50,28% от общего числа врачей, в 1967 г. — 47,63%. Соответственно число терапевтов — 21,34% и 19,73%; число хирургов — 9,59% и 8,5%; число невропатологов, окулистов, отоларингологов и психиатров — 8,36% и 9,13%. Стоматологи в 1958 г. составляли 9,11% от общего числа врачей, в 1967 г. 11,27%. Если число хирургов вообще увеличилось на 35,5%, то число травматологов увеличилось в 4,7 раза, урологов — в 4,2 и число онкологов — 1,1 раза. Такие же колебания были и в показателях обеспеченности населения врачами и приросте врачебных должностей. Это свидетельствует о том, что на фоне общего увеличения числа врачей и обеспеченности населения врачами, происходило сравнительно интенсивное развитие специализированной медицинской помощи.

Количество территориальных терапевтических участков возросло на 49,7%, педиатрических врачебных участков на 55,6%, цеховых врачебных участков с 6 до 53. Среднее число жителей на территориальном врачебном участке с 3735 в 1958 году уменьшилось до 2816 в 1967 г.

Изложенное позволяет утверждать, что сравнительно интенсивное развитие специализированной медицинской помощи не происходило за счет ущерба развития участковой службы.

За этот период количество больничных коек увеличилось на 31%. Обеспеченность больничными койками на

10 000 населения возросла с 9,0 до 11,0. Несмотря на общую хорошую обеспеченность населения республики больничными койками (второе место в 1967 г. среди союзных республик), имеется явное несоответствие специализации коечного фонда с уровнем заболеваемости и потребности. Так, ниже среднесоюзной обеспеченность терапевтическими, гинекологическими, глазными, отоларингологическими, неврологическими и кожно-венерологическими койками. При этом обеспеченность населения республики в 1968 г. терапевтическими и неврологическими койками осталась на уровне 1964 г. Учитывая, что в возрастной структуре населения удельный вес старших возрастов в нашей республике больше, чем среднесоюзный, то и заболеваемость некоторыми терапевтическими и нервными болезнями выше, а отсюда и потребности в этих видах стационарной помощи выше.

Заболеваемость косвенно характеризуется смертностью. Так смертность населения от болезней органов кровообращения и сосудистых поражений центральной нервной системы в Эстонской ССР наиболее высокая среди союзных республик.

Несмотря на это, в республике не решены удовлетворительно вопросы обеспечения медицинской помощью неврологических больных, особенно больных сосудистыми поражениями центральной нервной системы, в частности стационарной помощью. Совершенно не удовлетворяет решение этих вопросов в городе Таллине, где обеспеченность населения неврологическими койками в 7 раз ниже нормативной и в 5 раз ниже среднереспубликанской.

Учитывая заболеваемость и среднюю занятость койки в стационарах за последние 4 года (1965—1968 гг.), не обеспечивает потребность населения количество травматологических, детских хирургических, нейрохирургических, офтальмологических и особенно психиатрических коек (средняя занятость коек в 1965—1968 гг. от 397 до 403,7).

Новый этап в развитии советского здравоохранения открывает Постановление Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране». Повышение качества оказания населению больничной и амбулаторно-поликлинической помощи

зависит от развития важнейших видов специализированной медицинской помощи. Поэтому основное внимание должно быть уделено мероприятиям по развитию специализированной медицинской помощи в соответствии с задачами, установленными Постановлением партии и правительства и приказом Министра здравоохранения СССР от 25 VII 1968 г. № 575. На основе этого в первую очередь должна быть предусмотрена организация центров специализированной медицинской помощи.

Учитывая малочисленность населения республики, специализированные центры организовывались и будут организовываться в двух главных городах республики: в столице — Таллине и в университетском городе — Тарту, в два этапа. Первый этап — это общереспубликанские центры для обслуживания всего населения республики (аллергология, сердечно-сосудистая хирургия, центр искусственной почки, центр больших коллагенозов и т. д.).

Второй этап — это создание одинаковых центров специализированной помощи в двух вышеперечисленных городах республики для обслуживания населения южной и северной Эстонии отдельно (кардиологии, гастроэнтерологии, эндокринологии, нефроурологии, нейрохирургии и т. д.). Организация межрайонных центров специализированной медицинской помощи в условиях нашей республики нецелесообразна.

В ближайшие годы надо еще больше развивать реабилитационную и реабилитационную службы. В каждой районной центральной больнице и городских больницах на 200 и более коек целесообразно организовать палаты интенсивной терапии.

Говоря о специализированной помощи, встает вопрос о специализированной помощи в городах и районах республики. Здесь надо исходить из указаний Министерства здравоохранения СССР о том, что развитию более узких направлений должна предшествовать обеспеченность населения городов и районов основными специалистами — терапевт, хирург, педиатр, акушер-гинеколог, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, фтизиатр, дермато-венеролог и рентгенолог. Это положение надо считать непреложным. В нашей республике, где заболеваемость психоневрологическими болезнями сравни-

тельно высокая, целесообразно иметь в каждом районном центре врача-психиатра.

За последние годы отмечается тенденция к внутренней специализации в области терапии и хирургии. Однако мы считаем, что развитию такой внутренней специализации должны предшествовать две обязательных предпосылки: первая — достаточная обеспеченность этими специалистами, и вторая — нормальная нагрузка и доступность для населения этих видов медицинской помощи.

В заключение целесообразно подчеркнуть необходимость рационального использования штатных возможностей и коечного фонда. Снижение заболеваемости инфекционными болезнями и туберкулезом позволяет использовать соответствующие пустующие койки и профилировать их.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. К. КАМА (Таллин)

В постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 г. «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране» и в приказе Министра здравоохранения СССР от 25 июля 1968 г. № 575 подчеркнута необходимость дальнейшего совершенствования специализированной медицинской помощи.

Пути развития медицинской помощи пульмонологическим больным можно отнести к пока что неразработанным проблемам.

В настоящее время отмечается увеличение числа случаев неспецифических легочных заболеваний и рака легких. В это же время систематически и значительно снижается заболеваемость туберкулезом (А. Е. Рабухин — 1963; А. Н. Шмелев — 1969).

По талонам уточненного диагноза ф. № 256 и по карте выбывшего ф. № 266 к концу 1968 г. в Эстонской ССР было зарегистрировано 79,3 больных с хроническими неспецифическими легочными заболеваниями на 10 000 населения.

При массовом комплексном обследовании населения Кингисеппского района ЭССР сотрудниками Института экспериментальной и клинической медицины Минздрава ЭССР хронические неспецифические заболевания легких выявлены у 9,3% осмотренных (L. Jannus — 1968).

Из вышеуказанного выясняется, что число диагностированных случаев куда меньше числа лиц, пораженных этими заболеваниями. В то же время отмечаются большие недостатки в диагностике хронических неспецифических легочных заболеваний. Для уточнения диагноза применяются не все методы диагностики.

В ходе изучения амбулаторных карт больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких в одной из поликлиник было установлено, что бронхоскопия была применена только у 1,5% больных и бронхография у 4,5% больных; показатели внешнего дыхания были определены у 17,3% больных этой группы.

В то время, как больные с острыми пневмониями обслуживаются терапевтом, больные с хроническими неспецифическими пневмониями и другими формами легочной патологии очень часто попадают, особенно для уточнения диагноза, к фтизиатрам.

По данным литературы и противотуберкулезных диспансеров Эстонской ССР за последние годы в этих учреждениях увеличилось число больных с легочной патологией нетуберкулезной природы. Из всех больных, направленных в эти диспансеры для консультации и уточнения диагноза, туберкулез диагностирован только у $\frac{1}{3}$ из обследованных больных (Е. Кама — 1968; И. Э. Соркин — 1968).

Расширился диагностический диапазон флюорографических кабинетов. Наряду с диагностированием легочного туберкулеза выявляются заболевания нетуберкулезной природы — онкологические и хронические неспецифические заболевания легких. За 1968 год в ЭССР во время флюорографических обследований выявлено на 1 больного туберкулезом 0,194 случаев рака легких и 6,3 случаев хронических неспецифических легочных заболеваний.

До сих пор организационно не разрешены некоторые вопросы по диагностике и лечению пульмонологических заболеваний.

Во избежание возникновения далеко зашедших форм необходимо развивать специализированную медицинскую помощь больным этой группы и совершенствовать меры по профилактике и раннему выявлению этих заболеваний.

В Эстонской ССР сделаны по этой работе первые шаги. Начато изучение эпидемиологии и причин возникновения неспецифической легочной патологии. Внедрена в практику диспансеризация лиц, переболевших острой пневмонией. В связи со значительным и систематическим снижением заболеваемости туберкулезом, особенно среди детей, 2 детских легочно-туберкулезных санатория (в Козе и Таэваскоя) реорганизованы в санатории пульмонологического профиля. Это мероприятие вполне оправдывает себя и свидетельствует о необходимости организации детских пульмонологических санаториев.

На базе перепрофилированного туберкулезного отделения Таллинской инфекционной больницы открыт пульмонологический стационар для взрослого населения. Начиная с 1968 г. при Таллинском городском противотуберкулезном диспансере функционирует пульмонологический кабинет.

Мы считаем, что для развития пульмонологической сети, как и других специализированных служб, прежде всего необходимо организовать единичные кабинеты консультативно-методического характера. Задачей этих кабинетов является разработка организационных принципов, объема работы и принципов диспансеризации соответствующего контингента больных. На основании этого будут организованы по мере надобности и возможностей специальные кабинеты и в других лечебных учреждениях.

Пульмонологическому кабинету следовало бы обслуживать больных с хроническими формами, участковому терапевту — больных с острыми пневмониями.

Известно, что одной из существенных причин возникновения хронической пневмонии является нерациональное и недостаточное лечение острой пневмонии. Для профилактики хронической пневмонии важна диспансеризация больных, перенесших острую пневмонию.

В Таллине, уже в течение ряда лет, проводится диспансеризация больных пневмонией, в результате чего значительно уменьшилась частота возникновения рецидивов.

Среди недиспансеризованных больных пневмонией в 3,3% процесс переходит в хронический, в результате диспансеризации этот процент снизился до 1,5% (Н. В. Эльштейн — 1967).

В Эстонской ССР пульмонологическим центром стал сектор пульмонологии Института экспериментальной и клинической медицины Минздрава ЭССР, который развернут при Республиканском противотуберкулезном диспансере, клинической базой его является дифференциально-диагностическое отделение диспансера. При диспансере организована консультация пульмонологических больных. Флюорографическое отделение диспансера организует флюорографическую работу по всей республике, налажена совместная работа с Республиканским онкологическим диспансером по выявлению онкологических больных при флюорографии и своевременному уточнению диагноза у этих больных.

При организации пульмонологической службы нужно считаться и с тем, что задачей противотуберкулезного диспансера является организация борьбы с туберкулезом, хотя в ежедневной практической работе фтизиатру все больше и больше приходится заниматься с контингентом пульмонологических больных.

Пульмонологическая работа не должна ослаблять внимания противотуберкулезного диспансера в борьбе с туберкулезом.

При дальнейшем снижении заболеваемости туберкулезом было бы целесообразно соответствующее использование высвобождающихся кадров и диагностической базы для развития пульмонологической службы.

Вопрос о том, развивать ли пульмонологию при противотуберкулезных учреждениях или при общей сети, следует решать в соответствии с местными возможностями и необходимостью. Нужно уточнить задачи противотуберкулезной сети и общей сети и совместную работу их при развитии пульмонологической службы.

Для лучшей диагностики и лечения пульмонологических больных необходимо совершенствовать подготовку врачей фтизиатров, терапевтов и педиатров по пульмонологии.

Нами сделаны первые шаги в развитии специализированной пульмонологической помощи населению. Для раз-

вития этой службы необходимо дальнейшее накопление и обобщение опыта с целью уточнения оптимальных организационных форм.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

У. Э. МЕЙКАС (Таллин)

Быстрый рост медицинских знаний, недостаточно интенсивное внедрение их в практику здравоохранения, расходы, связанные с повышением квалификации и недостаточность материальной базы заставляют искать новые пути организации квалифицированной медицинской помощи (В. И. Басов — 1967, А. Д. Воскресенский — 1961, Н. В. Эльштейн — 1969). Одной такой возможностью является специализация медицинской помощи в поликлиниках и в стационарах при условии оптимальной нагрузки специалистов и достаточной мощности создаваемых отделений. При этом следует исходить из показателей заболеваемости (Е. М. Газина, Т. Г. Амлер, М. А. Резников — 1966; Европейская конференция по санитарной статистике — 1965). Таким путем можно правильно решить создание централизованной или децентрализованной специализированной медицинской помощи в конкретных условиях (Н. В. Эльштейн — 1967).

Некоторые авторы рекомендуют врачам, оказывающим специализированную помощь, выполнять только консультативные функции (Г. Кобец, В. Прохорова — 1969). Такое решение хотя и создает хорошие условия для предотвращения диагностических ошибок, но отодвигает на задний план индивидуальное лечение и профилактику. Однако последние не менее важны для восстановления здоровья и трудоспособности больного и для предупреждения заболевания. Кроме лечения и диспансеризации (Д. Д. Абдулпатахов — 1968; А. В. Сергеев, П. С. Кузнецов — 1969) в компетенцию врачей должна входить также организационно-методическая работа по специальности в районе обслуживания.

Учитывая достижения науки в лечении и профилактике определенных болезней, необходимо установить кон-

тингенты больных, которые подлежат лечению и диспансерному обслуживанию в специализированных кабинетах или участковых врачей.

Анализ посещаемости поликлиник г. Таллина за 1968 г. дает убедительные показатели, оправдывающие широкое развертывание специализированной медицинской помощи.

Так, организованные эндокринологическое диспансерное отделение города и специализированные кабинеты (гастроэнтерологический, кардиоревматологический, гематологический и инфекционный) за год приняли 21,8% от всех посещений участковых терапевтов. В рамках специализации терапевтической помощи посещаемость распределялась: гематологического кабинета 0,7%, гастроэнтерологического — 12,3%, инфекционного — 24,9%, кардиоревматологического — 33,5% и эндокринологического диспансерного отделения — 28,6%.

То же самое наблюдается и относительно хирургической помощи: 52,8% приходится на обращаемость к травматологам и ортопедам.

Таким образом наряду с разгрузкой терапевтов и хирургов, больные получают более высококвалифицированную и более эффективную помощь, что несомненно укорачивает сроки лечения.

При специализации больничных коек необходимо использовать имеющийся опыт профилирования коек. Практика показывает, что параллельно со специализированными отделениями целесообразно сохранить общие койки. В обязанность заведующих специализированными отделениями должно входить оказание консультативной помощи по данной специальности и повышение квалификации врачей стационара и поликлиники, так как в стационаре выясняются ошибки, допущенные в поликлинической работе.

Специализированные отделения в учреждениях здравоохранения республиканского подчинения должны удовлетворять потребности как в госпитализации больных, так и в организационно-методическом отношении.

Темпы развития специализированной медицинской помощи в районах нашей республики достигли такого уровня, что некоторые специализированные отделения в республиканских больницах могут заполняться только за счет больных, госпитализированных из города.

Так, например, в 1968 г. в хирургическом отделении Таллинской республиканской больницы было лишь 24,1% больных из районов, в урологическом — 22,4% и примерно тоже в других отделениях. В связи с этим для обеспечения равномерного поступления больных в специализированные отделения республиканских больниц необходимо ввести плановую госпитализацию их, как это сделано в Таллине. Места для госпитализации больных распределяются на год между поликлиниками г. Таллина с учетом количества населения и возможностей специализированных отделений.

Опыт такого планирования за короткий срок хорошо себя зарекомендовал: значительно уменьшились сроки ожидания больных со времени назначения госпитализации, равномерно используется коечный фонд отделений, обеспечено постоянное наличие больных, поскольку отделения являются учебной базой узкой специализации врачей.

На разных этапах здравоохранения те или иные службы специализированной медицинской помощи развиваются быстрее, в зависимости от того, насколько наука дала средства для эффективной борьбы с определенными заболеваниями и насколько они быстро реализуются в практике здравоохранения. Это предопределяет развитие узкой специализации в пределах той или иной специальности.

Активная борьба с туберкулезом привела к изменению состава больных в противотуберкулезных учреждениях. В 1968 г. в стационаре Таллинского городского противотуберкулезного диспансера лечилось 606 взрослых больных, из них в 25,3% заболевание туберкулезом не подтвердилось. Из общего числа больных, направленных на консультацию в противотуберкулезный диспансер, в 60—65% случаев активный туберкулез не найден. На это указывают исследования А. Е. Рабухина (1968), Я. Я. Карусоо, А. Л. Волконской и И. Т. Лайгар (1969), Э. К. Кама (1969).

Уже в настоящее время в противотуберкулезных учреждениях лечится значительное количество больных с неспецифическими заболеваниями легких. Это заставляет предпринимать меры целесообразного использования знаний и опыта фтизиатров в лечении и профилактике неспецифических заболеваний легких. В таком слу-

чае одновременно будет решаться и борьба с туберкулезом.

Практика доказала, что хорошо организованная специализированная медицинская помощь уменьшает обращаемость больных к врачам (Ю. В. Мунков с соавт. — 1968; Н. В. Эльштейн — 1967).

Таким образом, специализированная медицинская помощь поднимает вопрос о том, как в будущем рассчитать оптимальную величину врачебного участка.

Специализированная медицинская помощь в стационарах, в расчете на 1 койку, как правило, требует больших расходов, чем лечение больного на общей койке; при лечении в поликлинике эта разница не так заметна. Однако это оправдывается эффективностью лечения за счет лучшей диагностики, правильного и своевременного выбора лечебных мероприятий, уменьшения частоты осложнений и продолжительности лечения.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЭСТОНСКОЙ ССР ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ш. А. ГУЛОРДАВА, (Таллин)

В республике оказание первой медицинской помощи и госпитализация больных по экстренным показателям осуществляется четырьмя самостоятельными станциями скорой медицинской помощи и 15-ю входящими в состав больниц.

Больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости составили 12,3% общего числа обслуженных станциями скорой помощи. Однако, эта категория больных скорой помощью госпитализируется от 41 до 54%. Остальная часть поступает в больницы по другим каналам (табл. 1).

Таким образом в среднем 50% больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости поступают в приемные отделения больниц без участия скорой помощи.

Т а б л и ц а 1.

Частота госпитализации больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости

Наименование на правившего лечебного учреждения (I этап)	Наименование стационарных лечебных учреждений (II этап)				
	Таллин-ская ре-спублик. больница	Тартуская Респ. кли-ническая больница	Тартуская гор. кли-ническая больница	Кохтла-Яр-веская гор. больница № 1	Пярнус-кая гор. больница
Скорая помощь (в том числе входящая в состав больниц)	55,5	41,5	54,1	52,2	53,3
Поликлиники	36,9	7,8	28,7	39,0	14,4
Врачебные участки	3,8	6,8	8,2	6,5	22,5
Другие лечебные учреждения	2,6	41,5	5,2	0,9	2,9
Самостоятельно	1,2	2,4	3,8	1,4	6,9

Между тем, именно эти больные в подавляющем большинстве случаев, госпитализируются в более поздние сроки от начала заболевания, чем больные, доставленные скорой помощью.

В целом, в течение последних 5 лет, треть больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости госпитализирована в первые 6 часов от начала заболевания, четверть — после 24 часов.

Причины поздней госпитализации были изучены на 1183 больных. Данные анализа показали, что в 79,5% случаев поздняя госпитализация была связана с поздней обращаемостью больных за медицинской помощью, в 16,3% — с диагностической ошибкой медицинского персонала, а в 3,8% отсутствием транспорта в данное время или невозможностью транспортировки больных.

Причиной поздней обращаемости оказались «самодиагностика» или «диагностика» окружающих лиц, неосведомленность части населения об элементарных признаках опасного заболевания или неправильное медицинское «самообразование», невнимательное отношение к своему заболеванию при терпеливом отношении к болезням, невозможность вызова кого-либо на помощь, отказ от посещения врача по бытовым причинам и пр.

Диагностические ошибки допускаются почти на всех этапах внебольничной помощи (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Диагностические ошибки в медицинских учреждениях при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости

Наименование медицинских учреждений	% % диагностических ошибок по годам		
	1966	1967	1968
Фельдшерско-акушерские пункты	33,5	34,1	32,3
Участковые больницы и амбулатории	25,5	31,3	24,4
Скорая помощь	4,4	5,8	3,6
Поликлиники	7,9	8,1	8,0
Детские консультации	6,0	4,3	3,6
Приемные отделения больниц	10,3	8,0	12,0
Не выяснено	12,4	8,4	16,1

Из таблицы видно, что около 60% диагностических ошибок, послуживших причиной поздней госпитализации, допущены на фельдшерско-акушерских пунктах, в участковых больницах и амбулаториях. Наряду с этим обращает внимание сравнительно большой процент диагностических ошибок в приемных отделениях больниц. Эти ошибки являются наиболее опасными для больных, т. к. отказ в госпитализации врачами больниц, расхолаживает медицинских работников первого этапа и повторное направление этих больных происходит уже при значительном отяжелении их состояния. Очень опасными могут оказаться диагностические ошибки при острых заболеваниях органов брюшной полости в детских консультациях и в поликлиниках.

Среди случаев поздней госпитализации из-за диагностических ошибок, неполное обследование больных наблюдалось в 75%, примерно 10% составили атипичное течение болезни, а в 15% они были связаны с недостаточными знаниями клиники острых заболеваний органов брюшной полости.

В республике вполне заслуженно уделяется значительное внимание организации экстренной медицинской помощи больным при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Эта категория больных за последние 5 лет составляет 19,1% всех лечившихся в хирургических стационарах. Экстренные хирургические операции составляют 20,9—22,5% всех оперативных вмешательств.

В Эстонской ССР в настоящее время для экстренной хирургической помощи развернуто 1445 коек. Более 300 квалифицированных хирургов принимает участие в диагностике и лечении этих больных.

Организация круглосуточных дежурств бригад (хирург, анестезиолог, терапевт, рентгенолог, лаборант), реанимационных служб, палат интенсивной терапии и пр., в ведущих медицинских учреждениях республики, обеспечивает своевременную хирургическую помощь больным. Это в свою очередь оказало влияние на улучшение исходов лечения больных с неотложными хирургическими заболеваниями (табл. 3).

Т а б л и ц а 3.

Послеоперационная летальность при экстренном хирургическом вмешательстве в %

Заболевания	1949	1950	1960	1968
Острый аппендицит	1,5	0,5	0,3	0,3
Ущемленная грыжа	5,8	12,0	3,5	3,3
Непроходимость кишечника	24,4	22,0	14,7	14,5*
Прободная язва желудка и 12-перстной кишки	6,3	14,9	10,8	6,25

Снижение послеоперационной летальности за указанный промежуток времени довольно существенно по всем представленным нами нозологическим единицам. Эти показатели по многим острым хирургическим заболеваниям за последние 8—10 лет удерживаются на уровне средних всесоюзных.

Среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, наиболее частым заболеванием, требующим неотложного хирургического вмешательства, является аппендицит. В Эстонской ССР ежегодно производится по этому поводу 4 500—5 000 операций. По сравнению с 1949 г. в 1968 г. послеоперационная летальность

* По отношению ко всем больным с острой кишечной непроходимостью в 1968 г. летальность была 7,1%. Прим. авт.

снизилась с 1,5 до 0,3%. Тем не менее, этот показатель остается еще высоким. Видимо уже назрело время сказать, что «от острого аппендицита никто не должен умирать». В республике и сейчас имеются районы и города (Нарва, Раквере, Хийумаа, Пыльва и др.), где на протяжении 5—6 лет от аппендицита (из числа 4666 оперированных) не умер ни один больной. Это уже не случайно. Полагаем, что в условиях ЭССР послеоперационная летальность не должна превышать 0—0,1%, т. е. показателя, который мы имеем при операции по поводу аппендицита в течение первых 6 часов от начала заболевания.

В республике ежегодно производится 240—260 операций по поводу ущемления грыжи. Послеоперационная летальность по сравнению с 1950 годом снизилась более чем в 3,5 раза. За последние 5 лет этот показатель стабилизировался в пределах 3,1—3,3%. Наряду с этим из числа 188 больных оперированных в Нарве, Валге, Йыгева, Пярну, Хийумаа — послеоперационная летальность составила всего лишь 0,53% (умер один больной). Снижение послеоперационной летальности при ущемленной грыже до 1% в ЭССР вполне достижимо. Для этого необходимо широко внедрять анестезиолого-реанимационные методы лечения и своевременно устранять свободные грыжи.

Большие резервы имеются также по снижению послеоперационной летальности при острой непроходимости кишечника, прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки, остром холецистите и остром панкреатите.

Развитие неотложной хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и улучшения ее качественных показателей, нельзя рассматривать в отрыве от уровня развития общей медицинской сети. Это тесно связано с развитием здравоохранения в целом и во многом зависит от четкости работы фельдшерско-акушерских пунктов, сельских больниц, городской больнично-поликлинической сети, скорой помощи и т. д.

От квалификации медицинских работников и их организаторской работы полностью зависит решение вопроса своевременной госпитализации больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Следовательно систематическое повышение квалифи-

кации врачей и средних медицинских работников общей сети здравоохранения и в том числе скорой и неотложной помощи, оснащение их достаточным количеством транспорта и специальными автомашинами скорой помощи, является обязательным условием для резкого сокращения диагностических ошибок и обеспечения своевременной госпитализации этой категории больных.

Тесный контакт персонала скорой помощи с сотрудниками больнично-поликлинической сети, преемственность в их работе улучшает качество диагностики и сроки доставки больных в стационар и, наоборот, разобщенность станций скорой помощи и больниц соответствующего профиля является крупным организационным недостатком в неотложной хирургической помощи населению.

В перспективе неотложная хирургическая помощь должна строиться на основе ее централизации как в районах, так и в крупных городах республики. Для этого необходима дальнейшая специализация лечебных учреждений (особенно в Таллине) и создание больницы неотложной медицинской помощи, объединенной со станцией скорой и неотложной помощи.

Оказание неотложной хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости неразрывно связано с дальнейшим внедрением достижений современной анестезиологии и реаниматологии в практику неотложной хирургии и обеспечение больных этим видом помощи круглосуточно. Во всех крупных хирургических отделениях должны быть организованы палаты интенсивной терапии для применения современного лечения, как до, так и в послеоперационном периоде.

В этих условиях дальнейшее уточнение показаний к операции при ряде острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, совершенствование методов операции и безупречное их проведение в техническом отношении, позволит непрерывно улучшить этот наиболее распространенный и ответственный вид хирургической помощи населению.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Н. В. ЭЛЬШТЕЙН (Таллин)

Прогрессирующая специализация в медицине и успехи клинической гастроэнтерологии особенно оттенили несовершенство организационных форм оказания специализированной помощи гастроэнтерологическим больным.

Несмотря на большое социальное значение болезней органов пищеварения, до сих пор не выработаны единые положения о специализированных гастроэнтерологических кабинетах и отделениях.

Как явствует из многих исследований, болезни органов пищеварения среди причин обращаемости взрослого населения в поликлиники во многих городах занимают второе место после острых заболеваний верхних дыхательных путей (Э. Р. Гуглин, 1955; О. И. Болгарова, 1965. Р. А. Яруллина, 1966 и др.). В структуре госпитализации взрослого населения гастроэнтерологические болезни начинают занимать первое место (А. А. Липень, 1961; Я. Осинаускене, 1965; Е. А. Логинова, М. В. Потехина, 1966; L. Roche, M. Riedweg, G. Revolte, 1961; З. Брановицер, 1961 и др.). Имеющиеся материалы, касающиеся Эстонской ССР, свидетельствуют о том, что заболеваемость населения республики болезнями органов пищеварения, очевидно, не является в этом отношении исключением (К. Villako, 1966; A. Mardna, N. Elštejn, 1960).

Совершенствование диагностики и лечения болезней органов пищеварения требует внимания прежде всего в поликлиниках, ибо из обращающихся в последние гастроэнтерологических больных госпитализируется 25,3% (Р. А. Яруллина, 1967), а три четверти обследуются и лечатся амбулаторно. В силу этого, а также высокого уровня заболеваемости населения болезнями органов пищеварения, гастроэнтерологические кабинеты должны быть организованы в каждой городской поликлинике и при каждой центральной районной больнице.

Наши исследования (1967) показали, что при решении вопроса о степени централизации или децентрализации того или иного вида внутритерапевтической специализированной помощи уровень заболеваемости с учетом чис-

ленности населения приобретает решающее значение. Поэтому организация в республике лишь одного или двух центров, несущих методические и консультативные функции, не может решить вопроса об улучшении медицинской помощи гастроэнтерологическим больным в целом. В то же время для руководства гастроэнтерологическими кабинетами наличие таких центров необходимо.

В развитие этих положений в республике организованы кабинеты во всех поликлиниках Таллина, в Тарту, Раквере, Вильянди. Предполагается, что в ближайшие 2—3 года они будут во всех городах и районах Эстонской ССР.

По нашему мнению, наличие в штатах поликлиник онкологов универсального типа пришло в противоречие со специализацией, ибо от такого врача требуется знание пульмонологии и гастроэнтерологии, гинекологии и невропатологии и т. д. Быть хорошим специалистом во всех этих областях трудно, что подтверждается и опытом работы онкодиспансеров, в штатах которых имеются онкологи-гинекологи, онкологи-гастроэнтерологи и др.

Возможно, что целесообразнее придать онкологическим кабинетам гастроэнтерологическую направленность.

В тех случаях, когда выявляется недогруженность кабинетов инфекционных заболеваний (а в перспективе их недогрузка должна еще больше возрасти) представляется целесообразным придавать им функции и гастроэнтерологических кабинетов.

Врачам последних вменяются в обязанность не только методические и консультативные функции, но и диспансерное ведение определенных контингентов больных. Это уменьшает нагрузку участковых терапевтов, за счет чего облегчается возможность финансирования кабинетов. При этом качество медицинской помощи улучшается.

В кабинетах производятся аспирационная гастробиопсия, гастроскопия, ректороманоскопия. Обязательным при наличии показаний стало проведение гистаминового теста и т. д.

Специализированная помощь гастроэнтерологическим больным в стационарах также требует серьезного улучшения.

Существующий дефицит коечного фонда требует создания специализированных отделений на базе сложившихся отделений общего профиля. Создание гастроэнте-

рологического отделения возможно при наличии в больнице не менее двух общетерапевтических отделений. Большие возможности открывает снижение заболеваемости острыми инфекционными болезнями, что отмечается не только в Эстонской ССР. Так, на базе пустующих корек инфекционной больницы, в Таллине было открыто специализированное гастроэнтерологическое отделение уже в 1966 г. В 1967—1968 гг. в последнем прошло обследование и лечение 1971 человек при средней длительности пребывания больного на койке в 20,0 (1967) и 18,9 (1968) дней. В 1968 г. такое же отделение создано на базе инфекционной больницы Эрика в Тартуском районе.

Вопреки ожиданиям, опыт работы этих отделений показал, что отсутствие в больнице хирургического отделения, существенно не отражается на качестве ведения гастроэнтерологических больных. В основе этого, очевидно, находится то, что как правило, речь идет о хронических плановых больных. Этому заключению соответствуют и данные О. А. Гусева (1969), показавшего, что последовательного лечения в терапевтическом и хирургическом отделениях требуют лишь 2,5% гастроэнтерологических больных.

Тем не менее регулярные и систематические консультации хирургов в таких отделениях обязательны.

Необходимыми предпосылками прогресса специализированной помощи гастроэнтерологическим больным являются: а) осознание организаторами здравоохранения на местах важности улучшения этого вида помощи, б) подготовка соответствующих кадров, в) создание необходимой материальной базы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

А. Д. ТЮЛЯНДИН (Кострома)

Костромская область образована в 1944 году из окраинных районов Ярославской, Вологодской, Кировской и Ивановской областей, состоит из 24 районов. Площадь области свыше 60 тысяч кв. км, население 865 тыс., в том числе сельского — 425 тыс. Плотность населения

14,5 человек на 1 кв. км. В области развиты сельское хозяйство, лесозаготовительная, деревообрабатывающая и текстильная промышленность. Обеспеченность населения больничными койками составляет 109 на 10 000 жителей, в т. ч. для психоневрологических больных 2 койки. На 10 000 человек имеется 17 врачей, в том числе психиатров и невропатологов — 0,9.

За последние годы в области улучшились все виды специализированной медицинской помощи. Психоневрологическая помощь в условиях нашей области с относительно низкой плотностью населения и большой территорией имеет свои особенности. Психоневрологическим центром в области является областная психиатрическая больница мощностью 1700 коек. За последние 10 лет в больнице ведется большое капитальное строительство. В 1961 г. сдан в эксплуатацию лечебный корпус на 100 коек, в г. Чухломе открыта лечебница на 55 коек для больных хроническим алкоголизмом. В 1962 году в 45 километрах от областной больницы открыто два отделения по 50 коек, целью которых является реадaptация больных в условиях почти полной самостоятельности и самообслуживания. Летом сюда дополнительно вывозятся 100 больных для оздоровления.

В 1962 г. в г. Костроме открыто диспансерное отделение и областной психоневрологический диспансер. В 1967 г. на собственные средства лечебно-производственных мастерских построены корпус трудовой терапии на 100 рабочих мест, 3 деревянных сборных щитовых здания для размещения 250 больных на период капитальных ремонтов, а в 1969 г. сдан в эксплуатацию типовой лечебный корпус на 240 коек. Осуществлено строительство культурно-бытовых объектов, реконструированы отопление и коммуникации.

Для лечения больных широко применяются современные психотропные средства. Лечение проводится на современном уровне, широко используется помощь высококвалифицированных консультантов кафедры психиатрии ЦИУ, институтов психиатрии.

В больнице имеются все необходимые лаборатории, кабинет функциональной диагностики, электроэнцефалограф, рентгеновский и физиотерапевтический кабинеты, в ближайшее время будет оборудована водо-грязелечебница. Организован диктофонный центр. Помимо врачей

психиатров в больнице работают невропатолог, терапевт, отоларинголог, хирург (на месте проводятся полостные операции), гинеколог.

Для повышения квалификации врачей в 1964 году кафедра психиатрии Центрального Ордена Ленина института усовершенствования врачей провела в больнице выездные месячные курсы усовершенствования. В последующие годы курсы усовершенствования в ЦОЛИУВ ежегодно проходили 2—3 врача. Ежемесячно приезжает на 3 дня для проведения занятий с молодыми врачами научный сотрудник института психиатрии АМН СССР кандидат медицинских наук Концевой.

Для подготовки квалифицированных медицинских сестер при больнице организован филиал медицинского училища с двумя вечерними группами.

Внебольничная психоневрологическая помощь осуществляется областным психоневрологическим диспансером и районными психоневрологическими кабинетами. Областной психоневрологический диспансер осуществляет организационно-методическое руководство психоневрологическими кабинетами и оказывает больным из районов консультативную помощь, а также обслуживает население приписного участка — г. Костромы и Костромского района (230 тысяч человек). Диспансер имеет дневной стационар на 50 коек, лечебно-трудовые мастерские на 150 рабочих мест, детское диспансерное отделение (детский психоневролог, психоневролог по обслуживанию подростков, логопед), эпилептологический, наркологический, сексопатологический кабинеты, водолечебницу и другие службы.

Во всех 23 районах области, не входящих в приписной участок областного психоневрологического диспансера, имеются психоневрологические кабинеты, которые обслуживаются врачом-психоневрологом и медицинской сестрой. (В 2 районах врачей-психоневрологов в настоящее время нет). Ежегодно силами врачей больницы и диспансера проводятся 2-месячные курсы специализации для районных психоневрологов (в дальнейшем они 2 месяца изучают неврологию в неврологическом отделении областной больницы). Районные психоневрологические кабинеты выявляют психически больных, ведут их учет, диспансерное наблюдение, проводят лечение, поддерживающую и противорецидивную терапию.

Работа по улучшению выявления больных продолжается. Уровень психоневрологической помощи сельскому населению пока еще ниже, чем городскому. Так, например, в г. Костроме выявлено и состоит на учете психически больных 33,6 человек на тысячу населения, по районам области — 13,6 человек. В районах области нет лечебно-производственных мастерских, дневных стационаров.

Психоневрологическая помощь детскому населению оказывается детским отделением областного психоневрологического диспансера и 3 детскими психоневрологами в поликлиниках г. Костромы. Имеются школы для умственно отсталых детей, второй год как организована школа для детей невротиков. В домах-интернатах для психохроников системы областного отдела социального обеспечения имеется 0,65 места на тысячу населения.

В соответствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране» областной отдел здравоохранения наметил мероприятия по дальнейшему улучшению психоневрологической помощи в области. Вместе с другими видами специализированной медицинской помощи за последние годы улучшалась психоневрологическая помощь населению Костромской области. В виду малой плотности населения стационарное обслуживание производится, в основном, областной психиатрической больницей, а внебольничная помощь — областным психоневрологическим диспансером и созданными во всех районах психоневрологическими кабинетами.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

А. А. РАНДВЕРЕ (Таллин)

В деле своевременной диагностики и полноценного лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями большую значимость приобретают организационные медицинские мероприятия. Особого внимания требует ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь. Ранняя диагностика ишемической болезни, в том числе электрокардиографическая, тактика лечения, особенно тактика ургентной терапии и диспансеризация больных должна быть постоянно в поле зрения терапевтов и организаторов здравоохранения.

Эффективность лечения и исход при инфаркте миокарда зависит не только от ранней диагностики и своевременности лечения, но и от правильной организации медицинской помощи на всех ее этапах.

Для улучшения медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца в 1964 г. в Таллине созданы специализированные бригады скорой помощи. (Бригада состоит из врача, двух фельдшеров; в их распоряжении специальная машина, оснащенная современной диагностической и лечебной аппаратурой, необходимыми медикаментами).

Бригада выезжает к больным у которых предполагается инфаркт миокарда. На месте уточняется диагноз, оказывается медпомощь, если больной нетранспортабельный. Эта же бригада выезжает и для оказания специализированной медпомощи при гипертоническом кризе, остром отравлении, шоке и т. п. Больные, у которых инфаркт диагностирован врачами скорой помощи, госпитализировались в основном в кардиологическое отделение. Таллинской республиканской больницы и больницы Тынисмяэ. Но последние годы в больнице Пельгулинна находилось на лечении такое же количество больных инфарктом, как и в указанных выше больницах.

Имея в виду значительный удельный вес больных ишемической болезнью и инфарктом миокарда мы считаем необходимым создание в Таллине ургентного кардиоло-

гического отделения, соответствующего современным требованиям.

Анализ качества медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца выявил ряд недостатков для устранения которых необходимо предпринять ряд организационных мероприятий:

1. Дальнейшее повседневное повышение квалификации врачей по диагностике, лечению и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

2. Улучшение преемственности в ведении больного между скорой помощью, стационарами и поликлиниками. При этом особое внимание должно быть обращено на улучшение преемственности между скорой помощью и поликлиниками, которая значительно хуже, чем между скорой помощью и стационарами.

Для своевременного активного посещения больного участковым врачом персонал скорой помощи должен обеспечить информацию поликлиник о больных с прединфарктным состоянием, которым была оказана помощь на дому.

При выписке из стационара больного после инфаркта миокарда персонал стационара обязан информировать поликлиники с тем, чтобы участковый терапевт уже на следующий день после выписки больного из стационара мог бы осуществить активный визит.

3. Дальнейшее улучшение качества диспансеризации больных.

4. Известная эпидемиологическая сезонность в заболеваемости обязывает, с нашей точки зрения, к двум организационным выводам: а) к усилению профилактических мероприятий, в частности, медикаментозных, в период неустойчивой погоды; в) учитывая, что весной больной оказывается под двойным воздействием — работы и климата — к этому времени года следует приурочить очередную отпуск больного.

5. Одной из чрезвычайно важных клинико-организационных проблем является анализ скоропостижных смертей от коронарной недостаточности. Внебольничная летальность оказалась в Таллине в 2,5 раза выше чем в стационарах. Последняя по данным В. А. Опалевой с соавторами (1966) Ф. С. Афлятонова и других, значительно ниже скоропостижной внебольничной летальности в других городах — Красноярск, Уфа и др.

По данным В. А. Опалевой — Стеганцевой с соавторами (1968) скоропостижная смерть снизилась после соответствующих клиничко-организационных мероприятий с 45,6% в 1963 г. до 32% в 1967 г.

Эти данные наглядно доказывают необходимость и эффективность совместной профилактической работы судебно-медицинских экспертов и организаторов терапевтической службы. В уменьшении скоропостижной смерти важную роль играет разбор конкретных случаев скоропостижной смерти с анализом дефектов диагностики и медицинской помощи на конференциях в поликлиниках.

Уровень терапевтической помощи больным гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца, соответствующий современным требованиям, обуславливается как высоким качеством диагностики и лечения, так и правильной организацией работы с соблюдением принципа преемственности и максимальным улучшением оказания помощи больным инфарктом миокарда на внестационарных этапах.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В г. ТАЛЛИНЕ

М. М. ГОЛЬНЕВА (Таллин)

Советское здравоохранение на всех этапах своего развития уделяло серьезное внимание лечебно-профилактическому обслуживанию женщин и детей.

Вопросы охраны здоровья женского населения г. Таллина находятся в центре внимания партийных, советских и общественных организаций города. Проблемы здоровья женщин и детей обсуждались на бюро районных и городского комитетов КП Эстонии, на сессии и заседании Исполнительного Комитета СДТ г. Таллина, на городских конференциях врачей акушеров-гинекологов.

В настоящее время в городе развернуто 500 акушерско-гинекологических коек, действуют пять женских консультаций.

Имеющееся количество акушерско-гинекологических коек еще не удовлетворяет потребности.

Изучение деятельности родовспомогательных учрежде-

ний г. Таллина за последние годы показало, что произошло улучшение по всем разделам работы. Основой некоторых успехов по оказанию акушерско-гинекологической помощи городскому населению явилось улучшение организационных форм работы стационаров и поликлинического звена родовспоможения, повышение квалификации медицинских кадров, внедрение в практику ряда новых методов работы, углубленный анализ деятельности акушерско-гинекологических стационаров и женских консультаций, систематический контроль и организационно-методическое руководство.

Особое внимание уделялось повышению квалификации заведующих стационаров и женских консультаций, участковых врачей акушеров-гинекологов, врачей и акушерок специализированных кабинетов путем проведения городских семинаров и совещаний по организации и лечебным вопросам в области акушерства и гинекологии.

За последние годы проведен ряд мероприятий, направленных на повышение качества профилактической помощи женщинам г. Таллина.

Число акушерско-гинекологических участков увеличилось с 22 в 1960 г. до 40 в 1968 г.

Несколько улучшились показатели медицинского обслуживания беременных женщин и гинекологических больных, как в женской консультации, так и в стационаре. Ранний охват беременных наблюдением женских консультаций г. Таллина достиг в 1968 г. 74,6% (против 63,8% в 1960 г.). Уменьшилось количество ошибок при выдаче декретных отпусков с 11,1% в 1960 г. до 8,1% в 1968 г. Повысилась частота посещений консультаций беременных до родов с 11,0 в 1960 г. до 14,3 в 1968 г.

Гинекологическая заболеваемость с временной утратой трудоспособности на промышленных предприятиях города с каждым годом снижается и в 1968 г. составила 3,8 случая на 100 работающих женщин (против 7,0 в 1960 г.).

Мертворождаемость в 1968 г., по сравнению с 1960 г., уменьшилась на 0,5%. Смартность новорожденных (на 1000 живорожденных) также снизилась более чем в полтора раза. За этот же период перинатальная смертность в родовспомогательных учреждениях уменьшилась на 0,8%. Материнской смертности не было в течение последних двух лет.

В стационарах и женских консультациях проводилось дальнейшее внедрение в практику достижений медицинской науки.

Введены следующие новые для них разделы: городские специализированные приемы по гинекологии детского возраста, генитальному туберкулезу, гормональным нарушениям, онкогинекологии, по бесплодию. Внедрены методы прицельной кольпоскопии, биопсии и цитодиагностики на врачебных участках женских консультаций. Пересмотрен учет по диспансеризации женщин с гинекологическими заболеваниями. Много нового введено в работу акушерских и гинекологических стационаров. Внедрен метод активного ведения послеродового периода и ранней (на 5—6 день) выписки родильниц с нормальным течением беременности и родов и др.

Улучшилось оснащение стационаров и женских консультаций необходимым оборудованием. Шире стала проводиться научно-практическая работа.

Важным мероприятием, направленным на дальнейшее совершенствование акушерско-гинекологической работы, повышение качества медицинского обслуживания женского населения, явился конкурс на лучшую женскую консультацию города, объявленный Исполкомом СДТ г. Таллина (решение № 195 от 8 декабря 1967 г. «Об организации соревнования между женскими консультациями города»). Такое соревнование между женскими консультациями проводилось впервые в медицинской практике лечебно-профилактических учреждений города и республики.

Подведенные итоги соревнования между женскими консультациями города на заседании исполкома СДТ г. Таллина в декабре 1968 г. показали, что улучшились все качественные показатели работы женских консультаций, улучшилось внутреннее и художественное оформление консультаций, оснащение аппаратурой (приобретены магнитофоны, кислородные палатки, кольпоскопы и др.).

Основные недостатки в работе родовспомогательных учреждений г. Таллина:

1. Имеет место несоответствие между количеством терапевтических и акушерско-гинекологических участков по II, III, IV женским консультациям из-за отсутствия

ставок (по II, IV женским консультациям) и отсутствия помещений в Мустамяэ (III женская консультация).

2. Невозможность госпитализации женщин с патологией беременности, особенно из III, IV женских консультаций, где 45—50% женщин не госпитализируются из-за отсутствия мест в стационарах.

3. Отсутствие оказания физиотерапевтической помощи гинекологическим больным и беременным женщинам III женской консультации.

4. Имеет место явно недостаточный удельный вес коек патологии беременности — 20% (число коек в отделениях патологии беременных должно составлять 30% к общему числу коек). Это не дает возможности госпитализировать всех нуждающихся в стационарном лечении.

5. Отсутствуют отделения для второго этапа выхаживания недоношенных и отделения для заболевших новорожденных в составе детских соматических больниц.

6. Недостаточное количество акушерско-гинекологических коек в городе не дает возможности организовать ряд специализированных акушерско-гинекологических отделений.

В 1970 г. в городе предусматривается дальнейшее расширение коечной сети, будет введен в строй новый городской родильный дом на 260 коек — все это обеспечит необходимую потребность в акушерско-гинекологических койках и даст возможность расширить дифференцированное медицинское обслуживание женщин и новорожденных.

РАЗВИТИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ЭСТОНСКОЙ ССР

А. А. ЛУКАШ (Таллин)

Судебно-медицинская служба в Эстонской ССР как государственная организация стала возможной только после восстановления Советской власти в Эстонии в 1940 г. Однако Постановление Совета Народных Комиссаров Эстонской ССР № 766 от 24 апреля 1941 г. о принятии к руководству и введении в действие постановления СНК СССР «Об укреплении и развитии судебно-

медицинской экспертизы» от 4 июля 1939 г. № 985 не было полностью осуществлено из-за начавшейся Великой Отечественной войны и последовавшей оккупации Советской Эстонии немецко-фашистскими захватчиками.

После освобождения от немецких оккупантов в 1944 г. наряду с восстановлением общей сети здравоохранения была начата организация судебно-медицинской службы. 25 ноября 1944 г. приказом по Министерству здравоохранения республики утверждена должность главного судебно-медицинского эксперта. В г. Таллин начата организация судебно-медицинской лаборатории, а в штаты районных и городских отделов здравоохранения включены должности городских и районных судебно-медицинских экспертов.

Период становления судебно-медицинской службы был трудным. В первые послевоенные годы не хватало кадров врачей судебно-медицинских экспертов. Должности экспертов в районах были заняты совместителями, не имевшими необходимой подготовки и знаний. Качество экспертиз было очень низкое. Достаточно сказать, что в 1945 г. в 30% случаев насильственной смерти выдавались заключения о причине смерти на основании неполного вскрытия трупа или лишь по наружному осмотру. Вследствие этого в 6% всех случаев насильственной смерти производилась эксгумация трупов для повторного исследования. В качестве экспертных заключений при телесных повреждениях фигурировали краткие справки врачей и даже средних медицинских работников. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств проводилась в редких случаях. Республиканская судебно-медицинская лаборатория ютилась в двух маленьких комнатах чердачного помещения. Морг находились в плохом состоянии.

Совет Министров республики в 1945, 1950, 1951 и в 1961 гг. вынес ряд постановлений, направленных на укрепление судебно-медицинской службы.

21 апреля 1949 г. Коллегия Министерства здравоохранения республики отметила целый ряд недочетов в организации и в практической работе судебно-медицинской службы. С учетом приказа Министра здравоохранения СССР № 82 от 16 февраля 1948 г. «Об укреплении судебно-медицинской службы» было принято решение направлять ежегодно на работу судебно-медицинскими экспер-

тами молодых специалистов, выделить помещение для республиканской судебно-медицинской лаборатории, ассигновать средства для приобретения аппаратуры и оборудования.

Несмотря на трудности, судебно-медицинская служба постепенно укреплялась. В 1952 г. согласно приказу Министра здравоохранения СССР № 643 от 14 июля 1951 г. было организовано единое бюро главной судебно-медицинской экспертизы Эстонской ССР. Реорганизация предусматривала полное подчинение всех судебно-медицинских экспертов начальнику республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы. Эта организационная форма оказалась прочной и жизнеспособной. В 1952 г. бюро получило в свое распоряжение дом с полезной площадью 155 м². В лучших условиях были развернуты отделения судебно-медицинской лаборатории. Новый штат бюро дал возможность лучше развернуть практическую деятельность. Совместители постепенно заменялись постоянным составом экспертов. Новым этапом развития был приказ Министра здравоохранения СССР № 166 от 10 апреля 1962 г. и в развитие его приказ Министра здравоохранения Эстонской ССР № 132 от 24 апреля 1963 г. Эти приказы дали возможность еще более укрепить судебно-медицинскую службу — улучшить ее штат и материальную базу. В распоряжение бюро получен второй дом, площадью 200 м², закуплено много нового оборудования и аппаратуры.

К настоящему времени бюро судебно-медицинской экспертизы является полностью сформированным республиканским учреждением, выполняющим судебно-медицинские исследования в полном объеме, соответственно современным требованиям и возможностям.

Наступила стабилизация кадров: 26 штатных врачебных должностей заняты 20 постоянными работниками, имеющими специальную подготовку и богатый личный опыт. Должности средних медицинских работников также заняты подготовленными специалистами, по многу лет работающими в бюро.

Улучшилось качество всех видов экспертиз. Достаточно сказать, что за последние десятилетия не было случаев эксгумации трупов и переэкспертиз вещественных доказательств, связанных с недостатками первичного исследования.

Широкое применение лабораторных методов исследования и внедрение новых методов обеспечивает высокую научную доказательность экспертиз. Частота судебно-гистологических исследований выросла с 13% в 1956 г. до 80% в 1968 г., а в Таллине — до 95%. В ряде районов организованы судебно-гистологические лаборатории, фотолаборатории. За последние 10 лет увеличился более чем в 2 раза объем работы судебных химиков. Значительно увеличился объем работы и количество экспертиз в судебно-биологическом отделении.

Судебно-медицинские эксперты помимо своей основной работы активно участвуют в решении общих задач улучшения здравоохранения. Постоянный деловой контакт судебных медиков с врачами-клиницистами всех специальностей имеет большое практическое значение в предупреждении врачебных ошибок и правонарушений медицинских работников. Чтение лекций для медработников, проведение клинико-анатомических конференций, выступления в печати и т. п. привели к значительному снижению количества врачебных ошибок и до минимума уменьшили количество врачебных дел.

По возможности широко судебно-медицинские эксперты проводят санитарно-профилактическую работу, направленную на предупреждение несчастных случаев: отравлений, автотранспортных происшествий, повреждений электричеством, производственных и бытовых травм.

Научно-практическая работа судебно-медицинских экспертов имеет большое значение как для них самих, так и для врачей других специальностей. С 1948 г. действует республиканское научное медицинское общество судебных медиков. И хотя оно не многочисленное (всего 20 членов), за это время на его заседаниях было обсуждено около 300 докладов и сообщений по актуальным вопросам.

Публикация научных работ судебных медиков Эстонской ССР в журналах и сборниках началась в основном с 1962 года. С этого времени опубликовано более 100 работ, имеющих научно-практическое значение.

В 1963 и в 1966 гг. проведены расширенные научно-практические конференции совместно с патологоанатомами республики. На этих конференциях основная масса докладов представлена судебными медиками и патологоанатомами Эстонской ССР.

Укрепление и улучшение деятельности судебно-меди-

цинской службы в республике неразрывно связано с постоянными заботами Коммунистической партии и Советского правительства об укреплении социалистической законности и улучшении медицинской помощи населению.

На ближайшие годы перед судебно-медицинской службой стоят задачи дальнейшего улучшения качества судебно-медицинских экспертиз на основе современных достижений науки, развертывание профилактической работы и расширение научно-практической деятельности.

В заключение хотелось бы обратить внимание организаторов здравоохранения на то, что они еще недостаточно уделяют внимания судебно-медицинской и патологоанатомической службе. В первую очередь это касается более широкого использования материалов судебно-медицинских исследований. У судебных медиков накапливаются данные, касающиеся всех сторон организации и практического выполнения оказания медицинской помощи населению по всем специальностям и на всех этапах. Анализ этого материала может много дать для принятия оперативных и организационных мероприятий по здравоохранению. Мало внимания уделяется укреплению материальной базы этих служб, особенно в районном звене.

МЕТОДИКА ИЗУЧЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А. Н. НЕМЫРЯ (Москва)

В Программе КПСС, принятой на XIII съезде партии, намечены грандиозные по своим масштабам социально-экономические и медицинские мероприятия, направленные на охрану и дальнейшее улучшение здоровья всего населения страны, поголовного охвата их диспансерным наблюдением. В Программе КПСС записано: «Медицинская наука должна сосредоточить усилия на открытии средств предупреждения и преодоления таких болезней, как рак, вирусы, сердечно-сосудистые и другие опасные для жизни людей заболевания».¹

¹ Программа Коммунистической партии Советского Союза. М., Политиздат, 1964.

Широкое внедрение диспансеризации в практику работы лечебно-профилактических учреждений является составной частью профилактического направления советского здравоохранения. Ибо «Профилактика это направление деятельности советской медицины: диспансеризация метод, при помощи которого это профилактическое направление проводится в жизнь» (Н. А. Семашко).

В СССР создана стройная система онкологических учреждений с ее организационными формами борьбы со злокачественными опухолями. Число онкологических диспансеров только за последние 20 лет выросло почти в 3,5 раза с увеличением в них коек в 3 раза. В 1967 г. сеть онкологических учреждений состояла из 276 онкологических диспансеров, 12 614 онкологических отделений и кабинетов, 21 онкологического и рентгенологического институтов, 11 кафедр онкологии при институтах усовершенствования врачей.

В условиях современной перестройки работы органов здравоохранения и лечебно-профилактических учреждений, с точки зрения оценки их экономической эффективности, особо встает вопрос об изучении эффективности диспансеризации онкологических больных.

Исследование эффективности противораковой борьбы является одним из направлений социально-гигиенических, изучающих роль лечебных и профилактических мероприятий в оздоровлении населения и их эффективность. Полученные сведения могут быть использованы для разработки социально-гигиенических проблем оздоровления условий жизни населения, влияющих на возникновения злокачественных опухолей и выработки мероприятий по усовершенствованию организационных форм противораковой борьбы.

При анализе эффективности диспансеризации онкологических больных, наряду с изучением результатов лечения, необходимо также представлять качественные показатели, характеризующие работу лечебно-профилактических учреждений. А именно: проведение различных видов профилактических медицинских осмотров населения, снижение частоты выявления при профилактических осмотрах инкурабельных форм злокачественных новообразований, своевременность выявления больных злокачественными новообразованиями, полноту охвата выявленных больных диспансерным наблюдением и лечением,

частоту применения радикальных методов лечения, своевременность госпитализации больных, обеспеченность населения онкологическими койками и т. д.

Учитывая, что основным показателем выживаемости онкологических больных является не столько эффективность лечения в зависимости от стадии поражения и применяемых методов, сколько от длительности жизни всех учтенных больных, следует проводить изучение результатов лечения также в группе всех учтенных больных, проводя определение выживаемости онкологических больных в конце первого, второго, третьего и т. д. года от начала наблюдения. Показатели выживаемости для каждого из вышеуказанных сроков целесообразно определить как отношение числа живых к концу рассматриваемого периода, к числу лиц, которые были живы в начале этого периода.

Основным методом изучения эффективности диспансеризации онкологических больных является применение санитарно-статистических приемов исследования, ибо изучение распространенности злокачественных опухолей и связи их с различными факторами является основным разделом эпидемиологии и научной статистики заболеваний злокачественными новообразованиями. Правильное сочетание материалов заболеваемости и смертности населения является необходимой предпосылкой точного изучения распространенности онкологических заболеваний. При этом следует обязательно учитывать качество проводимых лечебно-профилактических мероприятий и степень доступности их населению, определяющие качество диагностики, полноту учета и др.

Метод изучения заболеваемости злокачественными новообразованиями по материалам обращаемости за медицинской помощью является недостаточным и должен дополняться проведением специальных профилактических медицинских осмотров населения с последующей диспансеризацией выявленных онкологических больных.

Источником изучения распространенности злокачественных опухолей также могут служить сведения об умерших от этих болезней, полученных на основе разработки врачебных свидетельств о причинах смерти.

При исследовании эффективности диспансеризации онкологических больных следует уделять внимание изучению уровня и эффективности санитарно-просветитель-

ной работы по пропаганде онкологической настороженности населения, роли этой пропаганды в профилактике и в своевременной диагностике лечения больных злокачественными опухолями.

Использование метода многофакторного моделирования с помощью ЭВМ позволит сформулировать ряд мер, которые без дополнительных затрат смогут использовать резервы повышения эффективности диспансеризации онкологических больных.

О ВЛИЯНИИ ВОЗРАСТНОГО СОСТАВА НА УРОВЕНЬ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А. А. РООЗИЛЕХТ (Таллин)

Величина потребности населения в лечебно-профилактической помощи определяется целым рядом факторов. К этим факторам относятся: уровень заболеваемости и его структура, возрастно-половой и профессиональный состав населения, материальный и культурный уровень народа, состояние здравоохранения, достижения медицинской науки и практики.

В данном сообщении анализируется роль своеобразного возрастного состава населения нашей республики в формировании уровней потребности в амбулаторных и стационарных видах помощи.

Для сравнительной оценки потребности городского населения Эстонской ССР в медицинской помощи использован метод стандартизации. В качестве стандарта принята потребность разных возрастных групп населения, полученная И. Д. Богатыревым при специальном исследовании в городах Магнитогорске, Днепродзержинске, Рубежном, Ликино-Дулеве и Ташкенте и вычисленная по методике, предложенной Г. А. Поповым (1967) в эквивалентных единицах на одного жителя в год.

Возрастной состав населения Эстонской ССР соответствует данным переписи населения 1959 г. Как видно из таблицы 1 возрастная структура городского населения Эстонской ССР и отдельно города Таллина значительно отличается от среднего состава населения вышеуказанных 5 городов других республик.

Т а б л и ц а 1

Объем медицинского обслуживания городского населения Эстонской ССР и г. Таллина в сравнении с данными по 5 городам других республик.

Возрастные группы	Структура населения			Норматив по числу эквив. единиц	Амбулаторная помощь			Норматив по числу эквив. единиц	Стационарная помощь (без психиатрии)			Норматив по числу эквив. единиц	Психиатрическая стационарная помощь		
	В среднем по 5 городам других республик	городское население ЭССР	г. Таллин		Расчетное число				Расчетное число				Расчетное число		
					в среднем по 5 городам	городское население ЭССР	г. Таллин		в среднем по 5 городам	городское население ЭССР	г. Таллин		в среднем по 5 городам	в ЭССР	г. Таллин
0—1	1,8	1,7	1,4	3,02	5,436	5,134	4,228	0,56	2,808	2,654	2,184	0,00	0,000	0,000	0,000
1—2	3,8	3,1	2,7	2,33	8,854	7,223	6,291	0,52	5,776	4,712	4,104	0,00	0,000	0,000	0,000
3—6	7,6	6,5	5,9	0,81	6,156	5,265	4,779	0,80	6,080	5,200	4,720	0,01	0,076	0,065	0,059
7—13	12,4	10,0	9,4	0,48	5,954	4,800	4,512	0,37	4,588	3,700	3,478	0,02	0,248	0,200	0,188
0—13	25,6	21,3	19,4	—	26,398	22,422	19,810	—	19,254	16,264	14,486	—	0,324	0,265	0,247
14—19	8,7	8,3	8,2	0,31	2,697	2,728	2,544	0,36	3,132	3,168	2,952	0,07	0,609	0,616	0,574
20—29	19,1	20,0	19,9	0,38	7,258	7,600	7,562	0,07	20,437	2,400	21,293	0,37	7,067	7,400	7,363
30—39	17,6	16,9	17,0	0,45	7,920	7,605	7,650	0,16	20,416	19,604	19,720	0,87	15,312	14,703	14,790
40—49	10,5	11,6	12,5	0,52	5,460	6,032	6,500	0,96	10,080	11,136	12,000	2,45	25,725	28,420	30,625
50—59	9,8	10,1	11,0	0,64	6,272	6,464	7,040	0,00	9,800	10,100	11,000	2,98	29,204	30,098	32,780
60 и выше	8,7	11,3	12,0	1,06	9,222	11,978	12,720	0,20	10,440	13,560	14,400	3,23	28,101	36,499	38,760
14—60 и 10	74,4	79,7	80,6	—	38,829	42,406	44,014	—	74,305	78,968	81 365	—	106,018	117,736	124,892
	100,0	100,0	100,0	—	65,227	64,829	63,829	—	93,557	95,232	95,851	—	102,342	119,001	125,139

являются более существенными. Так, например, объем амбулаторно-поликлинической помощи детям может быть занижен в городах Эстонской ССР на 11,3%; в г. Таллине даже на 24,9% против расчетных нормативов.

Учитывая сравнительно низкий уровень детского населения в Эстонской ССР, среднегодовая потребность в амбулаторных посещениях на одного городского жителя достигает 1,15 посещения, а в Таллине 1,0 посещения по педиатрии, вместо нормативной 1,3.

Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи для взрослого населения следует для городского населения Эстонской ССР планировать на 8,4%, для города Таллина на 11,8% выше нормативных.

Общая потребность в стационарной помощи (без

Удельный вес детей до 13 лет в 5 городах составляет 25,6%, дети городского населения Эстонской ССР — 21,3%, а в городе Таллине 19,4%. Возрастные группы от 0—13 лет в дальнейшем сравниваются между собой как детское, а возрастные группы с 14 лет составляют по 5 городам 18,5%, в Эстонской ССР 21,4%, в Таллине 23% всего населения.

После элиминации путем стандартизации влияния возрастного состава можно сделать вывод, что уровень общей потребности городского населения Эстонской ССР в амбулаторной помощи следует планировать на высоте общесоюзных расчетных нормативов, а в Таллине только на 2,1% ниже этого. При этом различия в потребностях соответственно детского и взрослого населения

психиатрии) для городского населения Эстонской ССР, а также для города Таллина, следует планировать на 2% выше нормативной.

При этом потребность в педиатрической больничной помощи для городского населения всей республики может быть планирована на 15,5% и в городе Таллине на 24,7% ниже расчетных нормативов. Для госпитализации взрослого городского населения потребуется коек на 5,9% и в Таллине на 8,7% выше нормативных.

Если опять вернуться к нормативам Минздрава Союза ССР, то потребность в детских койках в г. Таллине удовлетворяется уже 0,9 койками на 1 000 чел. населения. Терапевтических коек вместо 2,2 должно быть 2,4, гинекологических 0,9 вместо 0,8, хирургических 1,5 вместо 1,4 на 1 000 человек населения.

Потребность в психиатрической стационарной помощи в связи со значительным удельным весом более старших возрастов населения в городах Эстонской ССР на 11%, в городе Таллине на 17,7% превышает величину расчетных потребностей.

Если тот же самый способ сравнения стандартизованных показателей потребности в стационарной психиатрической помощи использовать для всего населения (городского и сельского), то показатели потребности следует планировать на 24,5% выше расчетных.

Приведенное выше исчисление по возрастной коррекции к нормативам потребности может быть использовано при перспективном планировании как вспомогательный метод установления приблизительных уровней потребности в условиях значительно измененных возрастных структур. Более точные уровни потребности можно получить только специальными исследованиями, где будет учтена вся совокупность многочисленных факторов, влияющих на уровень потребности населения в медицинской помощи.

СОВРЕМЕННЫЕ ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНОСТЕЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ РАБОЧИХ

Х. А. КАХН (Таллин)

Объем и степень обеспеченности населения медицинской помощью определяется характером общественного производства, производственными отношениями. Особенно наглядно проявляется классовая сущность в различиях медико-санитарного обслуживания промышленных рабочих в странах социализма и капитализма. В то время, когда в социалистических странах предохранение рабочих от возможных отрицательных воздействий производственных факторов является общей целью общества, то в буржуазных странах эта проблема решается лишь в том объеме, который соответствует интересам производства, прибыли предпринимателей. Различный подход к здоровью рабочего класса выражается на практике большими различиями во всех звеньях промышленной медицины. Не трудно понять, что перед соответствующими специалистами социалистических стран стоят более сложные задачи, решение которых требует тесного сотрудничества практических врачей с работниками научно-исследовательских учреждений.

В результате постоянной заботы Коммунистической партии и советского правительства об улучшении условий труда, повышении санитарно-гигиенического уровня населения и большой работы, проделанной медиками по обслуживанию рабочих промышленных предприятий, наблюдается явная тенденция к снижению профессиональных заболеваний. Особенно это относится к более тяжелым формам заболеваний.

Количество трудодней, потерянных от профессиональных заболеваний, уменьшается. Однако, уже теперь вполне ясно, что наряду с уменьшением профессиональных заболеваний перед промышленной медициной встает более существенным образом новая задача, которая заключается в необходимости изучить наиболее ранние сдвиги, возникающие в организме под действием профессиональных вредностей. Иными словами: со временем

наше главное внимание от изучения явной профессиональной патологии должно переключиться на изучение предпатологии, на изучение микросимптоматологии и так называемых дискомфортных состояний, обусловленных промышленной средой.

Значение такого направления трудно переоценить. Во-первых это поможет ускорить сложный, требующий больших усилий процесс устранения производственных факторов, отрицательно влияющих на здоровье, что предусмотрено Основами законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении. Во-вторых — работа в этом направлении окажет положительное влияние на производительность труда, так как здоровье индивида является предпосылкой его трудовых успехов. И наконец, — углубленное изучение предпатологии профессионального происхождения даст несомненно много ценного для понимания общих закономерностей развития патологических процессов.

Несмотря на быстрый прогресс в области науки и техники, нельзя считать реальным, чтобы в промышленности можно было бы в ближайшие десятилетия создать такие условия труда, при которых полностью отсутствовали бы отрицательные воздействия на здоровье работающих. Однако по всей вероятности за это время можно будет добиться улучшения условий труда до такой степени, что все большее количество людей будет работать, не причиняя себе никакого вреда. В то же время не исключается возможность, что в тех же условиях промышленные вредности малой интенсивности могут причинить серьезный вред какой-то относительно небольшой части рабочих.

Такое кажущееся противоречие объясняется значительной ролью индивидуальной реактивности, которая приобретает особое значение именно при весьма удолетворительных условиях труда. Повседневная практическая работа профпатологов богата примерами, свидетельствующими о значительных различиях людей в отношении сопротивляемости к производственным факторам.

Выявление лиц с относительно низкой индивидуальной реактивностью к вредным промышленным факторам позволило бы предотвратить поступление этих людей на работы, угрожающие их здоровью и тем самым осуществить подбор рабочих, обладающих более высокой сопро-

тивляемостью. Для успешного решения этой задачи необходимо в первую очередь разработать соответствующую методику, позволяющую определить степень индивидуальной реактивности организма к профессиональным вредностям.

Для успешного решения весьма сложных задач, возникающих перед промышленной медициной, необходимо провести ряд мероприятий с целью повышения качественного уровня работы в этой области. Во-первых, необходимо еще больше обратить внимание на подготовку соответствующих кадров и на систематическое усовершенствование их. Во-вторых, следует создать условия для применения современных методов исследования. При этом надо основное внимание уделять внедрению новых биохимических методов исследования, а также все более широкому применению методов физиологии и психологии труда. И еще — надо проявлять оперативность и гибкость в организационных вопросах, связанных с медико-санитарной службой промышленности. Так, например, мы считаем целесообразным создать в крупных промышленных городах республики специальные отделения или кабинеты по профилактике профессиональных заболеваний, которые работали бы при больших лечебно-профилактических учреждениях. Квалифицированные специалисты таких отделений или кабинетов не ограничивались бы только научно-методической и консультативной помощью, но принимали бы активное участие в проведении периодических медосмотров рабочих, и обеспечивали бы проведение более сложных специфических исследований. Работа кабинета профессиональных заболеваний в г. Тарту на практике доказала целесообразность его существования. Наряду с этим при наличии мощных промышленных объектов создание таких кабинетов не является обоснованным, так как достаточно большим штатам медицинских работников на таких предприятиях под силу справиться со всеми формами работы.

О ПРИМЕНЕНИИ ПЕРФОКАРТ В САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ СТАНЦИЯХ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

В. А. ЯАКМЕЭС и Х. И. ЛУТСОЯ (Таллин)

В 1968 г. в лабораториях санитарно-эпидемиологических станций республики было сделано 2 365 анализов на пестициды, 4 424 проб атмосферного воздуха и 9 137 проб питьевой воды. Данные занесены в лабораторные журналы в порядке их выполнения и чередуются с различными другими анализами.

Дать обобщающую санитарную характеристику только на основе анализов, не учитывая при этом других существенных условий, весьма затруднительно для санитарного врача. Если же применять другие данные, связанные с анализами, приходится разыскивать и контролировать санитарные паспорта и контрольные акты. Видимо это и является причиной того, что в ходе текущего санитарного контроля таких обобщений не дается. В то же время и в годовых отчетах не отражено полностью и с нужной объективностью санитарное состояние внешней среды.

Загрязнение внешней среды в нашей республике связано с быстрым развитием промышленности. Это вызывает необходимость постоянного наблюдения за состоянием внешней среды и осуществления защитных мер для охраны здоровья людей. Однако, в настоящее время внешняя среда не исследуется комплексно по единому плану и методике, что не позволяет обобщать и сравнивать ее санитарное состояние.

Для улучшения обстановки необходимо: 1) исследовать внешнюю среду по единому плану и методике, 2) сделать результаты анализов и связанные с ними данные легко доступными и всесторонне анализируемыми, 3) сделать систематические обобщения о загрязнении внешней среды, осуществляемых защитных мероприятиях и об их эффективности.

С этой целью были разработаны перфокарты для исследования питьевой воды, атмосферного воздуха, а также различных объектов на содержание пестицидов. Они состоят из трех разделов: 1) направления, 2) резуль-

татов анализа и 3) заключения санитарного врача. Направление включает в себе данные, помогающие объяснить загрязнение исследуемого объекта. В разделе «результаты анализа» предусмотрено исследование всех загрязняющих компонентов, изучение которых по санитарному законодательству обязательно. При помощи кода все количественные данные заносятся на перфокарты. При обработке данных перфокарт заполняются таблицы, схемы которых приведены в руководстве по применению перфокарт. Таблицы направляются в республиканскую СЭС, где делается обобщение в целом по республике. По мере надобности эти данные передаются научным лабораториям.

При разработке описанной системы были учтены требования к санитарно-гигиеническим исследованиям и возможности местных лабораторий. Ее внедрение позволяет ожидать более объективную оценку санитарно-гигиенического состояния внешней среды и следить за эффективностью защитных мер, направленных для ее оздоровления.

ВОПРОСЫ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ САНЭПИДСЛУЖБЫ И КЛИНИЦИСТОВ

О. М. ТАММ, Н. В. ЭЛЬШТЕЙН (Таллин)

Основным связующим звеном в деятельности врачей санэпидслужбы и клиницистов является профилактическая направленность советского здравоохранения.

К сожалению, связь клиницистов и врачей санэпидслужбы в этом отношении недостаточна.

В специальном докладе Комитета экспертов ВОЗ «Поощрение интереса общепрактических врачей к профилактической медицине» (Женева, 1965) обращено внимание на недооценку клиницистами профилактики. И хотя положения этого доклада относятся в основном к врачам капиталистических стран, и у нас многие клиницисты видят свои задачи лишь в диагностической и лечебной работе. На это указывает и Н. А. Виноградов в работе «Профилактика в лечебной медицине» (1964).

С другой стороны, деятельность врачей санэпидслужбы также не всегда увязана с современными проблемами клинической медицины.

В деле профилактики заболеваний большое значение приобретает изучение условий труда и быта людей.

В связи с постоянно уменьшающимися вредными профессиональными факторами и переходом на пятидневную рабочую неделю, все большего внимания требует оздоровление условий быта и пропаганда рационального образа жизни.

Особенно следует выделить вопросы гигиены питания, в частности профилактику избытка веса и ожирения.

Функции клиницистов и врачей санэпидслужбы смыкаются также при проведении диспансеризации, эффективность которой зависит не только от лечебных мероприятий. И в этом вопросе условия труда и быта, взаимоотношения с семьей и коллективом выходят за рамки деятельности врача какой-либо одной специальности.

Необходимость в самом тесном контакте встает перед клиницистами и врачами санэпидслужбы в связи с борьбой с инфекционными болезнями.

На каждом этапе исторического развития общества задачи борьбы с инфекционными болезнями требуют конкретизации.

В настоящее время последние можно разделить на три группы: инфекции, подлежащие ликвидации, инфекции, заболеваемость которыми должна быть резко снижена и инфекции, в отношении которых эффективные пути борьбы находятся в состоянии разработки (А. А. Сумароков, 1968).

Успехи медицинской науки существенно изменили как клинику инфекционных болезней, так и организационные формы борьбы с ними.

Специализация в медицине не должна пониматься как полное разделение стоящих перед врачами различных специальностей задач.

Применительно к эпидемиологической обстановке в Эстонской ССР внимания клиницистов и врачей санэпидслужбы прежде всего требуют брюшной тиф и паратифы, инфекционный гепатит и бактериальная дизентерия.

По данным за 1968 г. в республике после пятого дня заболевания было госпитализировано 75,6% больных брюшным тифом и паратифом и 78,7% больных инфекционным гепатитом. В большинстве случаев при этих заболеваниях более ранняя госпитализация возможна при улучшении диагностики.

В основе поздней диагностики инфекционного гепатита часто находится неправильная оценка анамнестических данных, в том числе «эпидемиологического» анамнеза.

Среди больных бактериальной дизентерией госпитализированные после пятого дня болезни составили 21,7%.

В отличие от указанных выше инфекционных болезней, при дизентерии значительно больше заметна поздняя обращаемость больных, вызванная в основном ложной боязнью обязательной госпитализации.

Обращает внимание рост числа бактерионосителей. По нашему мнению, в основе этого немалую роль играет очевидно усиливающаяся среди больных тенденция к самолечению (из-за ложной боязни помещения в больницу). В связи с этим необходимо убедительнее и шире разъяснять вред самолечения, а также более дифференцированно подходить к госпитализации больных острой дизентерией.

Проблемы совместной деятельности клиницистов и врачей санэпидслужбы требуют систематического и более действенного контакта между ними, с учетом стоящих общих задач.

ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА ЦЕХОВЫХ ВРАЧЕЙ- ТЕРАПЕВТОВ

З. Я. ДУБОВИЦКИЙ (Рига)

Для успешного выполнения важных задач по охране здоровья промышленных рабочих большое значение имеют научные исследования в области поликлинического обслуживания рабочих промпредприятий, вскрывающие его недостатки и имеющиеся резервы.

В результате проведенных мер по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания рабочих промпредприятий, в частности организация цеховых участков в территориальных поликлиниках, увеличение числа медико-санитарных частей, реорганизация врачебных здравпунктов, значительно возрастает роль цеховых врачей-терапевтов.

Опыт работы медицинских учреждений по организации медицинской помощи промышленным рабочим в

Латвийской ССР показывает, что для улучшения их деятельности и повышения качества медицинской помощи большое значение имеет решение вопросов научной организации труда медицинского персонала и рационального использования его рабочего времени, так как режим труда медицинских работников, распределение функций между отдельными категориями медицинского персонала не соответствуют тем ответственным задачам, которые стоят по охране здоровья тружеников промышленных предприятий.

В связи с этим отделом НОТ ЦНИЛ Рижского медицинского института в течение 1968—1969 гг. в ряде поликлиник и медикосанитарных частей г. Риги проводилось изучение затрат рабочего времени цеховых врачей-терапевтов с целью последующей разработки наиболее совершенных форм организации труда их как на амбулаторно-поликлиническом приеме, так и при работе на заводском здравпункте и промышленном предприятии.

В результате проведения двухнедельного хронометража работы 6 цеховых врачей-терапевтов нами статистически обработано 60 рабочих дней, во время которых врачами в амбулатории было принято 1250 больных.

Кроме того, на заводских здравпунктах врачами осмотрено 80 диспансерных больных и 460 рабочих согласно приказу Министра здравоохранения СССР № 136-м.

Материалы нашего исследования показали, что при существующей форме организации труда у цеховых врачей-терапевтов имеется определенный резерв времени (от 18% до 25% времени амбулаторного приема), который необходимо использовать для повышения качества медицинской помощи рабочим промпредприятий.

В проведении лечебно-профилактической работы на амбулаторном приеме важная роль отводится цеховым медсестрам. К сожалению, у цеховых врачей-терапевтов зачастую на амбулаторном приеме отсутствовала медсестра, что резко ухудшало качество деятельности врача. Наряду с этим установлено, что и при наличии медсестры, она была явно незагружена на приеме.

Потери рабочего времени цеховой медсестры (25—30%), обнаруженные при нашем исследовании, в какой-то мере можно объяснить скованностью инициативы медицинской сестры и ограниченностью ее трудовых функций во время приема врача. Этот вопрос требует

коренного пересмотра — необходимо расширить функции медицинских сестер. Медицинская сестра должна иметь свое рабочее место, выполнять значительную часть подготовительного и заключительного процесса приема больных.

При отсутствии медсестры на амбулаторном приеме, а также при наличии недостаточно подготовленной медсестры, у цехового врача увеличивается процент нерациональных затрат рабочего времени, особенно связанных с ведением медицинской документации.

К сожалению, объем и методика медицинской документации не всегда соответствовали возможностям и знаниям цеховых медсестер.

Поэтому, важным условием рациональной затраты рабочего времени у цехового врача на амбулаторном приеме должно быть обязательное участие цеховой медсестры в приеме больных. В перечне обязанностей цеховой сестры должно найти обязательное отражение ведение определенных разделов медицинской документации.

Цеховой врач обязан систематически обучать медсестер грамотному и полноценному ведению документации.

Необходимо решить вопрос о замене цеховой медсестры на случай болезни или другой уважительной причины. На наш взгляд, в этих случаях надо шире привлекать средний медперсонал здравпунктов. Может быть, исходя из этих позиций, целесообразно включить в штат заводского здравпункта и цеховую медсестру, что позволит добиться законной взаимозаменяемости цеховых сестер на амбулаторном приеме.

Наряду с обеспечением квалифицированным помощником (цеховой медсестрой) важную роль играет также и обеспечение нормальных условий работы в кабинете врача.

При изучении рабочего места цеховых врачей-терапевтов было установлено, что каждый врач имел по одной комнате, в которой размещалась обычная рабочая мебель (стол, стулья, кушетка и др.). В 4 из 6 кабинетов имелся отдельный рабочий стол для цеховой медсестры.

Вызов больных в кабинет у 4 врачей был словесный, и только у 2 врачей действовала световая сигнализация. Имели телефон только 3 цеховых врача, у остальных 3 врачей телефона не было, и поэтому связь с регистрату-

рой и другими кабинетами осуществлялись, как правило, непосредственным общением врача или медсестры.

На основании наших данных, процент потерь рабочего времени на ведение медицинской документации сравнительно высокий. Однако на современном уровне организации и условий работы цеховых врачей-терапевтов еще нельзя полностью отказаться от затрат времени на ведение медицинской документации.

Поэтому наши усилия направлены на поиски путей повышения производительности труда за счет возможного сокращения нерациональных затрат рабочего времени на ведение медицинской документации. Нами в настоящее время ведется подготовка к внедрению на приеме у цеховых врачей штампов-клише, широкого ассортимента стандартных бланков направлений и прописей готовых рецептов.

Определенные потери рабочего времени у цеховых врачей возникают из-за дублирования работы по обследованию и лечению заболевших рабочих, проводимой параллельно с участковыми врачами.

Для исключения дублирования строго разграничить объем работы цеховых и участковых врачей-терапевтов.

Организация в поликлиниках в составе терапевтических отделений манипуляционно-процедурных кабинетов позволит значительно расширить объем лечебно-диагностической работы непосредственно на амбулаторном приеме у цеховых врачей-терапевтов.

На наш взгляд, важным организационным мероприятием, направленным на совершенствование организации труда должна быть разработка должностных инструкций для цехового врача-терапевта (более конкретная и расширенная по сравнению с существующей) и цеховой медсестры. В перечисленных должностных инструкциях, к разработке которых мы приступили, должны быть четко определены основные права и обязанности врача и медсестры, установлен объем и перечень их работ.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФОКАРТ В ПРАКТИКЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА ГОРОДА

Н. С. АЛИХАНОВ, А. А. ЛУКАШ (Таллин)

Значительная обращаемость населения за травматологической помощью и необходимость постоянного анализа травматизма с профилактическими целями, требует улучшения учета и оперативности обработки поступающей информации.

Опыт показал, что существовавшая прежде медицинская документация учета травматизма и оказания помощи при травме весьма громоздка, неудобна в пользовании, затрудняла изучение и разработку накапливающихся данных, при этом допускались ошибки и затрачивалось много времени. Все это привело к необходимости поисков новых путей, экономящих время и обеспечивающих достоверность сведений.

Учитывая положительный опыт ряда предприятий и учреждений Эстонской ССР, в которых метод перфокартного учета был внедрен раньше, в травматологическом пункте г. Таллина с 1965 г. взамен громоздких различных журналов, сводок, справок и т. п. были введены ручные индивидуальные перфокарты К-5 с надпечатками шифруемых сведений и номеров отверстий (рис. 1-а, 1-б).

Стандартная перфокарта К-5 имеет размеры 20,8x14,7 см. На ней шифруется более 160 признаков. Кроме паспортной части больного из перфокарты можно получить сведения, касающиеся характеристики травмы, лечебно-профилактических мероприятий и ряд учетно-статистических данных. Разработка надпечаток была осуществлена с учетом современных потребностей. (В этой разработке активное участие принимал К. К. Випер).

В начале лицевой стороны перфокарты указаны вопросы паспортной части, кем был доставлен пострадавший и рентгенологический диагноз.

Для удобства пользования и упрощения заполнения лицевая и обратная стороны перфокарты разделены на квадраты с буквенными обозначениями их.

В квадрате А отмечены пол пострадавшего, социальное положение и возраст по годам. В квадрате Б и Ц — вопросы, касающиеся происхождения, обстоятельств и

причин травмы и связь ее с производством. В квадрате Д указаны вопросы относительно происхождения и причин транспортной травмы и каким видом транспорта она причинена. В квадрате Е — характеристика причин травм пешеходов. В квадратах Ф, КУ, АШ, И, Я, К, Л и М предусмотрена характеристика и локализация травм. В квадрате ЭН — районы города, откуда доставлен пострадавший и кварталы года.

В квадрате О — вопросы рентгенологического обследования, проведенного лечения и вида наложенных повязок. В квадрате П — отражены профилактические прививки, сделанные пострадавшему после обработки травмы, назначенное лечение (стационарное, амбулаторное), освобождение от работы справкой или больничным листом и на сколько дней.

Фамилия больного шифруется с помощью буквенного ключа в левом верхнем углу лицевой стороны. Перфокарту заполняет медсестра под контролем врача, после проверки и подписи врачом, медсестра производит соответствующие вырезки и карта помещается в ящик. При необходимости карты сортируются для выяснения тех или иных признаков с помощью спиц. Заполнение перфокарты и ее обработка занимает в среднем около 3 минут, в то время, как при журнальной системе записи занимали не менее 10 минут.

Как нам известно перфокартный учет в травматологическом пункте в Таллине введен впервые в СССР.

К настоящему времени накопился достаточный опыт для следующих выводов.

1. Перфокарты являются удобным, простым и доступным методом учета и отчетности травматологического пункта города.

2. На перфокарте шифруется более 160 признаков, чего вполне достаточно для быстрой статистической обработки информации в самых разнообразных вариантах.

3. Заполнение перфокарт значительно экономит время врача.

4. Архив перфокарт занимает очень мало места.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПУТИ РАЗВИТИЯ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Ф. Г. МАРКУСАС (Таллин)

В царской России и входившей в ее состав Эстонии не могло быть и речи о спортивной медицине и лечебной физкультуре в их современном понимании, не говоря уже о научных основах этого дела.

К этому периоду относятся лишь единичные работы, имеющие отношение к спортивной медицине, выполненные в Юрьевском университете: К. Дегио (1901), а затем его ученик Э. Мазинг изучали изменения реакции на физическую нагрузку при старении организма.

В начале текущего столетия в буржуазной Эстонии имелись отдельные частные кабинеты врачебной гимнастики, массажа и механотерапии, где лечение осуществлялось за плату. В больницы сети физкультура применялась эпизодически и лишь в неврологической клинике Тартуского университета, руководимой проф. Л. М. Пуусепом, получили распространение отдельные виды лечебной физкультуры.

Подготовка кадров не имела стройной организации. С 1908 г. в Юрьевском университете был введен факультативный курс врачебной гимнастики, массажа и механотерапии. При медицинском факультете время от времени организовывались 3—4-годичные курсы по подготовке преподавателей физического воспитания и тренеров по спорту. На этих курсах доцент К. И. Юргенс читал лекции по ортопедии и при этом касался отдельных вопросов лечебной гимнастики.

Организованной сети врачебно-физкультурных учреждений в буржуазной Эстонии не было. Обязательный врачебный контроль спортсменов не осуществлялся, врачебного разрешения для участия в спортивных соревнованиях не требовалось. Обязательного медицинского обслуживания спортивных соревнований не было. При спортивных федерациях и базах работали отдельные врачи. К ним на осмотр приходили лишь те спортсмены, которые сами интересовались состоянием своего здо-

ровья и желали получить консультацию. На обращавшихся велась врачебно-контрольная карточка по примитивной форме.

Научной спортивной медицины не существовало. Время от времени в спортивных журналах и в газетах публиковались отдельные популярные статьи о режиме и гигиене спортсмена и т. п.

Восстановление Советской власти в Эстонии в 1940 г. ознаменовалось коренными изменениями в жизни эстонского народа, в том числе в деле здравоохранения и физической культуры. Однако начавшаяся вскоре Великая Отечественная война, а затем немецко-фашистская оккупация Эстонской ССР, помешали развертыванию социалистического строительства.

Вскоре после изгнания немецко-фашистских оккупантов и окончания Великой Отечественной войны, наряду с восстановлением общей сети здравоохранения стала быстро развиваться и спортивно-медицинская служба.

Уже в 1946 г. начали функционировать врачебно-медицинские кабинеты в городах Таллин и Тарту. Спортсмены проходили обязательное тщательное обследование, налаживалось медицинское обслуживание учебно-тренировочных сборов и соревнований. В 1950 г. врачебно-физкультурный кабинет в Таллине был преобразован в республиканский центр по врачебному контролю за спортсменами. К этому времени были открыты врачебно-физкультурные кабинеты в городах Раквере, Пярну, Кохтла-Ярве и Вильянди, а также при ДСО «Спартак». В конце 1950 г. на базе республиканского врачебно-физкультурного центра в Таллине организован республиканский врачебно-физкультурный диспансер. К этому времени были также открыты врачебно-физкультурные кабинеты при ДСО «Калев» и СО «Динамо». В 1952 году Республиканский врачебно-физкультурный диспансер реорганизуется в диспансер I категории, а Тартуский кабинет — в городской диспансер. Новые штаты дали возможность наладить в городах Таллине, Тарту и Раквере диспансеризацию спортсменов и проводить врачебно-педагогические наблюдения. В 1954 г. открыты новые врачебно-физкультурные кабинеты в городах Нарва, Йыхви, Валга, Кивиыли, Кингиссепя, Пайде, Хаапсалу и Тапа. В 1967 г. приказом Министра здравоохранения Эстонской ССР Республиканский врачебно-физкультур-

ный диспансер переведен во внекатегорийный, Тартуский диспансер переведен во II категорию, а кабинеты в городах Пярну и Кохтла-Ярве должны были быть реорганизованы в диспансеры IV категории. В Кохтла-Ярве в 1968 г. и Пярну в 1969 г. организованы врачебно-физкультурные диспансерные отделения при горбольницах.

Таким образом, к настоящему времени врачебно-физкультурная работа осуществляется широкой сетью учреждений. Имеются 2 врачебно-физкультурных диспансера (республиканский в Таллине и городской в Тарту), 2 диспансерных отделения горбольниц (в Кохтла-Ярве и Пярну), 15 кабинетов в городах и районах республики, 5 кабинетов при спортивных обществах «Динамо», «Калев» и 2 кабинета при плавательных бассейнах.

Диспансеры и кабинеты проводят как лечебную физкультуру с больными в стационарах и поликлиниках, так врачебный контроль над занимающимися физкультурой и спортом.

Говоря о спортивной медицине в республике необходимо также отметить лиц, которые участвовали и участвуют в этой работе со дня ее основания.

Врач М. И. Кирснер организовал первый кабинет врачебной физкультуры, затем врачебно-физкультурный центр, и наконец, врачебно-физкультурный диспансер и стал его первым главным врачом.

Врач А. И. Арро руководит Тартуским городским врачебно-физкультурным диспансером со дня его основания.

Врач Ф. Г. Маркусас начал работу спортивным врачом с 1949 г. в городе Раквере и продолжает работать на должности главного врача Республиканского врачебно-физкультурного диспансера с 1957 года.

Врач Э. А. Сауэмяги руководит врачебно-физкультурным кабинетом со дня его основания. Х. Х. Нийтра уже долгие годы с успехом заведует кабинетом лечебной физкультуры в Таллинской республиканской больнице.

Современная спортивная медицина не могла бы дальше развиваться без основательной подготовки специальных кадров. В Тартуском государственном университете при медицинском факультете с 1959 г. открыто специальное отделение по подготовке спортивных врачей.

Это отделение в четырех выпусках (1965, 1967, 1968 и 1969) дало республике уже большое количество молодых специалистов.

Научные мысли в области спортивной медицины нашей республики тесно связаны с именами А. А. Виру, О. И. Имелик, Ю. К. Сибуль, Н. В. Эльштейн, которые уже долгие годы работали и продолжают работать в этой области. Проблемная лаборатория по изучению мышечной деятельности при Тартуском Госуниверситете, под руководством А. А. Виру является кузницей научных кадров и вносит большой вклад в изучение насущных вопросов спортивной физиологии.

В 1964 г. была создана кафедра спортивной медицины при Тартуском Госуниверситете, которая руководит подготовкой спортивных врачей, первым ее заведующим был проф. Ю. К. Сибуль. В настоящее время заведует кафедрой доцент А. А. Виру.

Врачи, работающие в области спортивной медицины Эстонской ССР, проводят большую научно-исследовательскую работу. За годы советской власти опубликовано более 1500 научных и научно-популярных статей. Из года в год количество работ увеличивается: если до 1960 г. была опубликована 151 работа, то за последние 8 лет опубликовано более 1350.

Многие работы (А. Виру, О. Имелик, Т. Кару, Ф. Маркусас, М. Мяги, Н. Эльштейн) опубликованы за рубежом. Практические врачи и научные работники в области спортивной медицины неоднократно принимали участие в международных конгрессах и симпозиумах.

Большую роль в дальнейшем развитии научно-практической деятельности в области спортивной медицины сыграли восемь республиканских научно-практических конференций по вопросам спортивной медицины.

Из вышеизложенного видно, что спортивная медицина и лечебная физкультура получили истинное распространение и развитие только при Советской власти. Только после 1940 года эти два раздела медицины стали входить в жизнь нашего народа. Они нашли себе место и в программах медицинских и физкультурных вузов.

Как в других союзных республиках, в Эстонской ССР осуществились слова первого наркома здравоохранения молодой Советской России Н. А. Семашко: «Без врачей-

ного контроля нет советской физкультуры», а лечебная физкультура стала неотъемлемой частью советского здравоохранения и все шире применяется в общем комплексе лечения больных.

О РОЛИ РЕГИСТРАТУРЫ ПОЛИКЛИНИКИ В ДЕЛЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

Л. А. МАУРЕР (Таллин)

Программа КПСС предусматривает в будущем охватить диспансеризацией и профилактическими осмотрами все население страны.

Уже сейчас поликлиники проводят обязательный профилактический осмотр некоторых категорий населения. Поскольку в течение года поликлинику посещает около 75% взрослого населения, то их направление на комплексный осмотр и разрешило бы, в основном, проблему диспансеризации здоровых людей.

У врачей поликлиники, в частности у терапевтов, временами не все дни приемов бывают достаточно загружены. Это дает возможность подвергнуть обратившегося в поликлинику к любому врачу человека комплексному профилактическому осмотру. При таком осмотре главную роль выполняют терапевты, которые в случае необходимости прибегают к консультативной помощи других специалистов.

Кто же должен в поликлинике организовывать такие осмотры? Может быть участковый терапевт? Но в этом случае на него легли бы требующие много времени диспетчерские функции и свободное время для проведения осмотра у него вряд ли осталось бы.

По нашему мнению с этой задачей вполне могут справиться медицинские работники регистратуры, имеющие среднее специальное образование, так как в регистратуру обращаются все, проходящие в поликлинику.

Достаточно часто один и тот же больной стоит на диспансерном учете у двух или даже более врачей узких специальностей. В этих случаях крайне необходимо, чтобы больной, кроме этих врачей хотя бы раз в год показался участковому терапевту. Подчас диспансеризованный больной приходит в поликлинику к врачу

какой-либо иной специальности, а к врачу, взявшему его на диспансерный учет, не заходит, в чем легко можно убедиться просмотрев амбулаторную карточку. Таких больных может направить к определенному врачу работающая в регистратуре медицинская сестра или фельдшер. Чтобы иметь возможность быстро сориентироваться в амбулаторной карточке больного и определить, какие профилактические обследования необходимы (рентгенокопия грудной клетки, гинекологический осмотр, измерение кровяного давления, анализ кала на гельминты, анализ крови, мочи и т. д.) еще не сделаны, в карточке должен быть вкладыш для регистрации профилактических обследований, который себя в нашей практике полностью оправдал.

Медицинским сестрам или фельдшерам, работающим в регистратуре, следует создать необходимые условия, чтобы они могли без помех побеседовать с больным, ознакомиться с его амбулаторной карточкой и т. д.

Регистратура является местом хранения амбулаторных карточек и местом регистрации на прием к врачу. Содержание в порядке картотеки, а также обеспечение оперативного и точного движения карточек не требует от работников регистратуры знаний в области медицины. Но эти знания необходимы при регистрации больных на прием к врачу, особенно в условиях расширяющейся диспансеризации населения.

В мае месяце 1969 года в поликлинике Таллинской Пельгулинской больницы работа регистратуры была реорганизована. Для работающих в ней фельдшеров были созданы боксы. В первую очередь фельдшер знакомится с записями в амбулаторной карточке, опрашивает посетителя и определяет тактику подготовки на прием к врачу. При необходимости тут же в боксе измеряется температура, кровяное давление, а часть больных направляется на лабораторные и функциональные обследования, в том числе и на обследования, предусмотренные в целях диспансеризации здоровых людей (флюорография грудной клетки, гинекологический осмотр и т. д.). Из имеющихся в регистратуре талонов фельдшер выдает больному талон или талоны на прием к одному или нескольким врачам, устанавливая при этом очередность посещения врачей.

Работой регистратуры, в которой имеется четыре фельд-

шера, руководит заведующий, также фельдшер. В утренние часы пик заведующий также принимает больных. Все фельдшера обеспечены необходимыми справочными пособиями, а также соответственно проинструктированы.

Накапливающийся опыт позволяет выразить уверенность, что при надлежащей организации работы регистратуры поликлиники и создании необходимых условий для регистраторов они могут выполнить существенную помощь в деле улучшения диспансеризации населения.

В регистратуре должны работать опытные и соответственно обученные медицинские работники со средним медицинским образованием.

О РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В г. ЭЛЬВА ЭСТОНСКОЙ ССР

Х. К. ЯРВ (Эльва)

История г. Эльва сравнительно коротка. Он возник в 1889 г. в связи с открытием железной дороги Тарту—Рига, вначале как поселок, а в 1938 г. получил права города. В буржуазное время являлся типичным мелкобуржуазным городком с кустарным производством.

Вплоть до 1920 г. в Эльва не было постоянных врачей; медицинскую помощь оказывали частно-практикующие врачи, приезжавшие на отдых; не было квалифицированных зубных врачей и акушерок. В связи с этим больные часто обращались к знахарям.

Врачебный участок в Эльва был создан только в 1920 году. В должности участкового врача был утвержден П. Татц (Аварсоо), проработавший здесь до 1943 г.. Он же одновременно был и санитарным врачом. Но и при наличии участкового врача платная медицинская помощь для трудящихся была малодоступной. Не было и речи о квалифицированной специальной помощи; полностью отсутствовала охрана материнства и детства. Правление города отпускало на здравоохранение мизерные суммы.

Вслед за восстановлением Советской власти в Эстонии уже в ноябре 1940 г. в Эльва был открыт врачебный участок, зубоврачебный пункт и другие медицинские учреждения. Медицинская помощь стала бесплатной и всем доступной. Однако дальнейшее развитие здраво-

охранения на социалистической основе было прервано немецко-фашистской оккупацией, продолжавшейся до конца 1944 г. Немецко-фашистские оккупанты не только разрушили организацию здравоохранения, а и привели город в антисанитарное состояние, вследствие чего свирепствовали брюшной тиф, дизентерия, дифтерия и другие инфекции.

Восстановление здравоохранения, его организация, одновременное оказание практической медицинской помощи и ликвидация инфекционных заболеваний начались с первых дней после освобождения от оккупантов.

Большую работу в этом отношении провела врач Р. Вигодская. Благодаря ее трудолюбию, настойчивости и организаторским способностям, в трудных условиях были быстро организованы пункты вакцинации. Уже 15 января 1945 г. был открыт первый в истории Эльвы стационар на 10 коек; одновременно был открыт зубо-врачебный кабинет. Вскорости были открыты женская и детская консультации, противовенерологический и дезинфекционный пункты. В 1947 г. открыт противотуберкулезный пункт. К 1950 г. стационар увеличился до 22 коек, было открыто хирургическое отделение, клиническая лаборатория и физиотерапевтический кабинет. В 1950 г. организована районная больница, районный здравотдел, санитарно-эпидемиологическая станция. В 1951 г. получен первый рентген-аппарат и выделен санитарный автомобиль.

В последующие годы здравоохранение в Эльва постоянно и неуклонно улучшалось. К настоящему времени районная больница выросла в специализированное и надлежаще оборудованное учреждение. Больница имеет стационар на 125 коек (45 терапевтических, 35 хирургических, 30 педиатрических, 15 акушерско-гинекологических), имеются необходимые хозяйственные и подсобные помещения, транспорт и т. п. Строится отвечающая современным требованиям поликлиника.

Обслуживаемое население города и прилежащих сел (22 000 чел.) получает бесплатную медицинскую помощь всех специалистов.

По сравнению с 1945 г., к 1968 г. число коек увеличилось в 12,5 раз, должностей врачей — в 23 раза, а количество работающих врачей — в 32 раза; количество амбулаторных посещений — в 12 раз. Значительно уве-

личилось число клинических лабораторных анализов, физиотерапевтических процедур, рентгеновских обследований и др.

На здравоохранение в 1968 г. отпущено в 7 раз больше средств, чем в 1951 г. Дело здравоохранения в районе постоянно находится под контролем партийных и советских органов, которые поддерживают и материально обеспечивают все начинания. Все это привело к значительному оздоровлению населения.

За исторически короткий срок (с 1946 по 1968 гг.) детская смертность уменьшилась в 30 раз, давно ликвидированы эпидемии инфекционных заболеваний, значительно уменьшилась заболеваемость туберкулезом и т. д.

На примере одного района убедительно демонстрируется реальное проявление заботы Коммунистической партии и Советского правительства о здоровье всего народа, что возможно только в условиях социалистического строительства.

О НОВЫХ ПРОБЛЕМАХ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. П. ВАГАНЕ (Таллин)

Проведенное в 1962—1968 гг. в Эстонской ССР изучение питания 262 семейств (928 человек) рабочих, служащих, колхозников и рыбаков показало, что рационы полностью удовлетворяют энергетическую потребность населения. Это подтверждают публикуемые статистические данные о потреблении пищевых продуктов населением ЭССР. Несмотря на то, что в 1958—1965 гг. сельскохозяйственная продукция и доходы населения значительно увеличились, средняя калорийность рационов почти не изменилась. Калорийность рационов в обследованных семьях рабочих за этот период сократилась на 4%, а в семьях колхозников — увеличилась на 6%. Потребление дешевых продуктов, ржаного хлеба и картофеля, уменьшилось, а потребность продуктов животноводства увеличилась.

М. Пурде (1968) исследовал вес и рост 800 сельских жителей и обнаружила у 21% из них лишний вес более чем на 10 кг.

Качество пищевых рационов понизили две существенные диспропорции: 1) рационы бедны белками и слишком богаты жирами и 2) пища содержит мало витаминов, минеральных и балластных веществ.

Потребность в белках жителей ЭССР удовлетворялась в среднем на 70—80% нормы, а жиров потреблялось до 11% сверх нормы. Желательное весовое соотношение белков и жиров в рационах 1:1, у нас жиры потреблялись на 10—50% больше, чем белки. Особенно много жиров, (35,5—37% общей калорийности пищи при норме 30%) было в пище служащих.

У 75—90% обследованных весной людей наблюдался латентный С-гиповитаминоз, причем бедный витаминами период продолжался более полугода — с января по июль. У 50—80% жителей установлен недостаток витамина В₁ и у 40—60% — гиповитаминоз В₂.

Возникновению диспропорции в рационах способствовали:

1) Рафинирование натуральных пищевых продуктов, что дало продукты высокой калорийности и хороших вкусовых качеств, но с однообразным химическим составом, например, сахар, сливочное и растительное масло, топленый жир, мука высшего сорта и т. д. В 1964—1965 гг. рафинированные продукты составляли 43—48% энергетического баланса городских жителей. Пища сельского населения так же становится рафинированной: если в 1962—1963 гг. такие продукты составляли только 26—28%, то в 1966—1967 гг. они занимали 38—42% энергетического баланса.

2) Направление в животноводстве и растениеводстве производить пищевые продукты с высоким содержанием жира и углеводов, мало считаясь с содержанием белков, минеральных веществ и витаминов.

3) Выбор пищевых продуктов в рацион производится главным образом на основе вкусовых качеств, без учета химического состава их.

Несбалансированное питание влияет на обменные процессы. Этим следует объяснить наблюдающиеся у жителей нашей республики некоторые отклонения от нормы белкового и жирового обмена и избыточный вес. В сыворотке крови мало альбуминов, но много холестерина, бета-липопротеидов и пировиноградной кислоты.

Даже у молодых содержание холестерина в сыворотке крови часто выше 200 мг%.

Наблюдающиеся у населения ЭССР некоторые отклонения от нормы белкового, жирового и витаминного обмена снижают трудоспособность и сопротивляемость организма к заболеваниям и по-видимому способствует процессу старения.

Нормализация обмена веществ у населения Эстонской ССР может быть достигнута при помощи сбалансированного питания.

КУРЕНИЕ КАК ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

В. А. КЮНГ (Таллин)

Потребление табака во всем мире увеличивается. Так, по данным департамента земледелия США, потребление табачных изделий на душу американского населения от 15 лет и старше возросло с 7,42 фунта в 1900 г. до 10,85 фунта в 1962 г.

В настоящее время табак курят больше половины мужчин и около четверти женщин земного шара. Курение табака стало широко распространенной вредной для здоровья привычкой.

В наше время убедительно доказана вредность курения. Рост потребления табачных изделий и современные сведения о вреде курения определяют актуальность вопросов, связанных с влиянием табакокурения на организм человека. Вредное привыкание к курению является важным вопросом социальной гигиены и организации здравоохранения, уделяющих большое внимание охране здоровья и увеличению продолжительности жизни людей.

Курильщики ежедневно, из года в год, вводят в организм вредные вещества, которые постепенно, медленно вызывают нарушения деятельности (нередко и морфологические изменения) сердца, кровеносных сосудов, органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, желез внутренней секреции и т. д. Симптомы хронического воздействия табачного дыма (хронической интоксикации) почти неуловимы и обычно сами курящие не замечают их.

К сожалению, нередко врачи не обращают внимания на то, что их пациенты, заядлые курильщики, имеют не только то заболевание, с которым они обращаются к врачу, а вследствие длительного курения у них нарушены функции ряда органов и систем.

Медикостатистические исследования советских и зарубежных ученых показывают, что курящие болеют различными заболеваниями гораздо чаще, чем некурящие. В результате систематического курения повышается как общая смертность курильщиков, так и смертность от ряда заболеваний в возрасте от 40 до 70 лет, особенно при курении сигарет.

Средний срок жизни курильщика меньше, чем у некурящего человека. По данным Консультативного комитета при руководителе Службы общественного здравоохранения США, опубликованным в 1964 году, в целом смертность среди курящих сигареты на 70% выше, чем среди некурящих. У лиц, начавших курить до 20 лет, смертность выше, чем у начавших курить после 25 лет; у затягивающихся во время курения значительно выше, чем у незатягивающихся. В общем, заболеваемость и смертность тем выше, чем дольше люди курили и, чем больше количество сигарет выкуриваемых за день. Большую роль играет и глубина затяжек табачным дымом.

Весьма актуальной проблемой современности является бластомогенное действие продуктов курения табака, в частности, влияние табачных смол на развитие новообразований бронхов. Следует отметить, что рак бронхов требует к себе большего внимания, чем любое другое заболевание, возникновению и прогрессированию которого способствует приверженность к курению.

Имеется много экспериментальных и клинико-статистических работ, посвященных проблеме влияния курения на развитие рака бронхов. Обширные ретроспективные и проспективные исследования для выявления зависимости между возникновением рака легкого и табакокурением произведены в США и Англии.

Установлено, что продукты, оставшиеся после сжигания табака, содержат несколько полициклических углеводородов, которые вызывают рак бронхов у экспериментальных животных. Проведенные в различных странах статистические исследования выявили, что среди раковых больных курильщиков значительно больше, чем в

контрольной группе. Как правило, показатель смертности от рака бронхов является пропорциональным количеству выкуренных сигарет. Кроме того, рак бронхов чаще поражает курильщиков, затягивающихся во время курения и курящих по крайней мере в течение 20 лет. Установлено также, что смертность от рака бронхов у курящих сигареты или папиросы гораздо больше, чем у курящих трубку или сигары. Согласно сведениям многих авторов, смертность от рака бронхов у постоянных и злоупотребляющих курением курильщиков в 20—40 раз больше, чем у некурящих.

Рак бронхов поражает мужчин в 5—10 раз чаще, чем женщин. В отдельных странах, где курение значительно меньше распространено (Индия, Исландия), рак бронхов встречается редко. Среди отдельных групп населения (деревня, некоторые религиозные секты) рак бронхов является редкостью.

Хотя этиология рака бронхов неизвестна, статистические данные указывают на возможную этиологическую связь рака бронхов с курением табака. В 1957 году Британский совет медицинских исследователей официально признал, что имеется причинная связь между курением и возникновением рака бронхов. Специальная комиссия, созданная при Департаменте здравоохранения США, также установила, что курение является одним из важных факторов возникновения бронхогенного рака и постоянного увеличения количества случаев этого заболевания. К такому же выводу пришла комиссия Министерства здравоохранения Голландии.

Среди факторов, могущих способствовать возникновению хронического бронхита и рака легких, в первую очередь подчеркивается роль загрязнения атмосферного воздуха и курение табака. Однако, большая часть эпидемиологических исследований, посвященных выяснению связи между загрязнением атмосферного воздуха и раком легких, свидетельствует, что курение табака является гораздо более важным причинным фактором в этиологии рака легких, чем загрязнение атмосферы.

В Англии, например, считают, что около 50% случаев смертности от рака легких обусловлено курением и около 40% случаев рака легких можно отнести за счет загрязнения атмосферы. Судя по итальянским исследованиям, эти показатели составляют соответственно 70 и 30%. (Цит. по

М. С. Гольдбергу, 1966).¹ Нельзя не отметить, что изучение этиологии хронического бронхита и рака легких затрудняется вследствие множества факторов, оказывающих влияние на их возникновение.

В результате длительного раздражения табачным дымом дыхательных путей у курильщиков развивается хронический бронхит и снижается вентиляционная функция легких. Курение сигарет, согласно данным вышеупомянутого американского консультативного комитета, — одна из важнейших причин хронического бронхита. Тот же комитет приходит к выводу, что для большинства населения США курение сигарет является значительно более серьезной причиной бронхиально-легочной болезни, чем загрязнение атмосферного воздуха и профессиональные вредности.

Данные советских и зарубежных исследователей дают основание считать, что одним из факторов, способствующим развитию коронарной недостаточности, является привычка к курению. Считают, что смертность от коронарной болезни среди курильщиков примерно вдвое выше, чем у некурящих.

Общеизвестно сосудосуживающее действие никотина. Курение совершенно противопоказано больным с облитерирующим тромбангитом, декомпенсацией сердца, инфарктом миокарда.

Г. Г. Автандилов с сотрудниками (1965 г.) на основании анализа секционного материала показали, что площадь атеросклеротического поражения интимы венечных артерий сердца у курящих лиц молодого и зрелого возраста почти в 2—3 раза превышает аналогичные изменения в коронарных артериях некурящих.

При курении нарушается и деятельность органов пищеварения, причем наиболее глубоко поражается желудок. Н. А. Пономарева (1965) показала, что при небольшом стаже курения табака развивается хронический гастрит с повышенной секрецией и кислотностью, а при курении в течение длительного времени — хронический гипо- или анацидный гастрит. По данным Н. А. Пономаревой, при длительном курении развиваются хронический холецистит, гепатит и другие изменения печени.

Приведенные выше немногие сведения о вреде табако-

¹ Гольберг М. С. Гигиена и санатория, 1966, № 11, 82—86.

курения позволяют с уверенностью сказать, что курение представляет серьезную опасность для здоровья населения.

Всесторонняя борьба с курением как вредной, широко распространенной привычкой населения, играет определенную роль в снижении заболеваемости и смертности, а также в росте продолжительности жизни советских людей. Нет сомнений в том, что успешная борьба с вредными привычками обеспечит дальнейший прогресс в области охраны и укрепления народного здоровья. Забота о здоровье населения — важная общегосударственная задача.

ОБ ЭМБРИОТОКСИЧЕСКОМ И ТЕРАТОГЕННОМ ДЕЙСТВИЯХ СУЛЬФОНОЛА, ЦИРАМА И ИХ СМЕСИ НА КУРИНЫЙ ЭМБРИОН

М. О. КОПЛУС (Таллин)

Бурное развитие химической промышленности позволяет широко использовать различные химические соединения как на производстве, так и в бытовых условиях. При их помощи можно значительно экономить время и средства, но в то же время эти препараты могут отрицательно влиять на здоровье населения.

Все шире применяются сульфонол (додецилбензолсульфонат) в качестве моющего средства и цирам, обладающий фунгицидным действием против болезней растений. Как показывают результаты научных исследований и санитарная практика, эти вещества могут попадать с пищей в организм человека. Эмбриотоксическое и тератогенное действие этих веществ почти не изучены, поэтому необходимо проводить экспериментальные исследования. По мнению ряда авторов целесообразно проводить опыты на курином эмбрионе.

В опыте были использованы оплодотворенные куриные яйца (породы белый леггорн), в желточный мешок которых вводили раствор исследуемого технического сульфонола и суспензию цирама в вазелиновом масле. Объем изучаемых жидкостей не превышал 0,1 мл. После введения указанных веществ яйца инкубировали при темпера-

туре 37° в течение 6 дней, яйца вскрывали и вынимали зародыши, которые исследовались под бинокулярной лупой. Затем оценивали смертность зародышей, их величину, общее развитие и наличие уродств.

Опыты проводились в четырех группах, в каждой по 200 зародышей. При определении средних смертельных доз вычисляли смертность зародышей в контрольных группах, где в желточный мешок вводили то же количество физиологического раствора или вазелинового масла или их смеси.

В результате опытов выяснилось, что средняя смертельная доза (DL_{50}) при введении сульфанола составляла $83,63 \pm 0,20$ мг/кг. При комбинированном токсическом действии сульфанола и цирама смертельной дозой (DL_{50}) оказалась $0,202 \pm 0,062$ мг цирама и $23,10 \pm 7,21$ мг сульфанола на кг яиц.

Число аномалий развития в исследуемых группах оценивали при применении 5 различных доз, которые составляли 2,5—25% от средней смертельной дозы изучаемого вещества для куриного эмбриона.

В группе эмбрионов, на которых исследовали действие сульфанола на развитие зародышей, наблюдалось 7,4% уродств и в группе, где вводили цирам — 6,7%. Одновременное введение обоих веществ вызвало 12,6% уродств. В то же время в контрольной группе при введении физиологического раствора этот показатель был 1,46%, и при введении вазелинового масла 6,34%. Совместное же введение этих растворителей вызвало 3 уродства из 20 эмбрионов.

Всего мы обнаружили 44 зародыша с аномалиями развития, из них 17 оказались с лягушачеобразной головой (микроцефалия с расположением обоих глаз на одной стороне головы). Остальные распределились следующим образом: анэнцефалия — 9, микроцефалия — 3, анофтальмия — 4, микрофтальмия — 5, аномалия развития задней части тела — 3 и уродства (микроцефалия в комбинации с другими аномалиями развития) — 3.

Результаты опытов показывают, что исследуемые вещества токсичны для куриного эмбриона, особенно цирам. Комбинированное действие этих веществ является синергитическим. Статистически достоверное тератогенное действие на куриный эмбрион оказал сульфанола.

При проведении опытов на курином эмбрионе остается

Невыясненным влиянием материнского организма на токсическое или тератогенное вещество (так называемый плацентарный барьер, функция детоксикации и т. д.), поэтому для разработки практических рекомендаций необходимо провести опыты также на млекопитающих.

О ПРИЧИНАХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЭСТОНСКОЙ ССР

*Р. В. СИЛЛА, М. Э. ТЕОСТЕ,
Э. Я. СТРИЖ, Ф. А. БАРШАЙ (Таллин)*

Заболеваемость детей в детских дошкольных учреждениях Эстонской ССР значительна и не только имеет тенденции к снижению, а даже повышается (в период от 1955 до 1965 г. в среднем почти в 2 раза). В соответствии с официальными данными дети не посещают детские учреждения ежегодно в среднем 57,4 дня. Из этого времени по болезни (+ карантин) в ясельных группах дети пропускают 34,6 дня, а в дошкольных группах — 24 дня. Около 75% всей заболеваемости составляют так называемые простудные болезни, 10—15% — кишечные инфекции и 10—15% прочие заболевания.

Поскольку в Эстонской ССР детские дошкольные учреждения имеют большое распространение (в городах процент детей 0—6 лет, посещающих детские дошкольные учреждения, доходит до 45), то заболеваемость детей в этих учреждениях занимает видное место в структуре общей заболеваемости по всей республике. Так, например, острые кишечные инфекции у детей в возрасте от 0 до 6 лет составляют 58,5% заболеваемости кишечными инфекциями всего населения республики (по данным 1967 г.). Не трудно представить, какую большую роль играют детские коллективы в распространении инфекций среди всего населения. Нельзя также забывать, что заболеваемость маленьких детей сопровождается освобождением матерей от работы, что приносит большой материальный ущерб государству.

В связи с этим необходимо изучение условий, способствующих распространению инфекций в детских учреждениях.

С целью изучения этого вопроса нами проводились следующие исследования в 68 детских дошкольных учреждениях республики: 1) санитарный осмотр; 2) бактериологические исследования для выявления *E. coli* на предметах окружающей среды и руках детей; 3) повторные анализы воздуха на содержание микробов в помещениях (эти исследования проведены в 31 детском учреждении); 4) в 19 детских учреждениях проводилась постоянная регистрация температуры воздуха в помещениях, 5) изучалась заболеваемость детей на основании предложенной нами в каждой группе детей детского учреждения специального журнала регистрации или на основании данных санитарно-эпидемиологической станции, 6) изучение домашних условий детей путем анкетного опроса (в 31 детском учреждении).

Полученные данные показывают, что заболеваемость детей так называемыми простудными болезнями и кишечными инфекциями зависит от количества в каждой детской группе. Чем больше детей в группе, тем выше заболеваемость. Величина детского учреждения (количество детских групп в учреждении) существенной роли не играет. Заболеваемость так называемыми простудными болезнями ниже в детских группах, которые имеют больше помещений по сравнению с группами с меньшим набором помещений. В противоположность этому величина жилой площади или количество комнат для каждой группы детей особой роли в заболеваемости кишечными инфекциями не играет.

В отличие от кишечных инфекций в распространении так называемых простудных заболеваний играет роль изолированность отдельных групп детей друг от друга — в том числе наличие или отсутствие отдельного входа в помещения каждой группы. Чем хуже изолированность групп, тем выше заболеваемость так называемыми простудными болезнями.

Несколько неожиданным оказался результат, что заболеваемость кишечными инфекциями, и так называемыми простудными болезнями не зависит от бактериального загрязнения, т. е. чистоты детских учреждений. Это иллюстрируют таблицы 1 и 2.

Все это, конечно, не исключает значения соблюдения чистоты в детских дошкольных учреждениях. Наш вывод действителен только в отношении тех уровней чистоты,

Таблица 1

Зависимость заболеваемости детей ясельных групп так называемыми простудными болезнями от бактериального загрязнения воздуха (данные 1967 г. по г. Пярну).

Содержание микробов в 1 м ³ воздуха	Заболеваемость на 100 детей в зимнее полугодие
2890	182
4540	176

Таблица 2

Количество детских учреждений г. Таллина с равным уровнем заболеваемости детей кишечными инфекциями в ясельных группах в зависимости от бактериальной загрязненности (*E. coli*) предметов окружающей среды и рук за I полугодие 1969 г.

Степень бактериальной загрязненности	Кол-во учреждений, в которых наблюдалось		
	ни одного или один случай заболевания	2—3 случая заболевания	4 и больше случаев заболевания
Менее 20% из проб загрязнены	13	6	7
20—30% проб загрязнены	8	3	1
40 и больше % проб загрязнены	5	—	—

которые в наших детских учреждениях фактически наблюдаются. Следует полагать, что в известной степени все детские учреждения пока недостаточно чисты в смысле бактериального загрязнения внешней среды, поскольку инфекции в них распространяются. Однако, достичь такой степени чистоты в детском учреждении, которая предупреждала бы там распространение инфекций, кажется, очень трудно.

Неожиданными оказались также результаты сравнения заболеваемости детей так называемыми простудными болезнями в учреждениях, где неодинаково обращают внимание на закаливающие процедуры (продолжительность пребывания на открытом воздухе, дети спят или нет на

открытом воздухе, уровень проветривания, применение специальных закаливающих процедур). Выяснилось, что заболеваемость так называемыми простудными болезнями в детских учреждениях, в которых применяют закаливающие условия, не ниже, чем в таких, в которых на закаливающие условия не обращают внимания.

Это обстоятельство объясняется, по-видимому, тем, что и в учреждениях, в которых имеются условия для закаливания или даже проводятся специальные закаливающие процедуры, последние делаются неправильно и не по инструкциям, что может вместо пользы приносить вред. Во-вторых надо учитывать данные Р. А. Водья,¹ который установил, что 62,3% общей заболеваемости детей в дошкольных учреждениях составляют респираторные вирусные инфекции (главным образом, аденовирусы 3-го типа), которые в первый год жизни протекают в основном в виде вспышек, а потом уже спорадически. Из этого вытекает, что так называемые простудные заболевания у детей в детских дошкольных учреждениях имеют в основном инфекционную природу. Следует иметь в виду, что индекс контагиозности при вирусных респираторных инфекциях довольно высок (доходит в первые 3 года жизни при некоторых инфекциях даже до 90—100%). Наряду с этим изменения общей сопротивляемости организма играют второстепенную роль. По данным наших предыдущих исследований² закаленность организма играет решающую роль у школьников при распространении так называемых простудных заболеваний.

Из нашей работы вытекает, что при распространении так называемых простудных заболеваний, так и кишечных инфекций решающее значение имеет наличие близкого контакта между детьми. Другие санитарные условия имеют меньшее значение. Особенно важное значение приобретает контакт при распространении так называемых простудных заболеваний (воздушно-капельный путь распространения!). При распространении кишечных инфек-

¹ Водья Р. А. Непрерывное изучение респираторных вирусных инфекций в коллективах детей Эстонской ССР (вирусологическое и серологическое исследование). Автореф. дисс. канд. мед. наук, М. 1968.

² Силла Р. В. Гигиеническое значение двигательной активности школьников. Автореф. дисс. канд. мед. наук Тарту, 1968.

ций наряду с контактно-бытовым путем, по-видимому, значительную роль играет еще какой-то другой механизм передачи — может быть, передача через пищевой фактор.

Поэтому, для успешной борьбы с заболеваемостью детей в детских учреждениях необходимо форсировать строительство последних.

Первостепенное значение в борьбе против распространения инфекций имеет раннее выявление и эффективная изоляция источника инфекции. С этой целью необходимо повысить качество медицинского обслуживания детских дошкольных учреждений, а также значительно повысить уровень знаний всего персонала этих учреждений в деле профилактики инфекций.

Необходимо также обучить персонал детских дошкольных учреждений правильному закаливанию детей.

ВЛИЯНИЕ ЕЖЕДНЕВНЫХ УРОКОВ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СОСТОЯНИЕ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ШКОЛЬНИКОВ

Т. А. АИТСАМ (Таллин)

Реактивность характеризует приспособляемость организма к окружающей среде, степень уравнивания с ней и характер реакций на многочисленные раздражители внешней среды. Значительная лабильность реактивности детского организма представляет большие возможности для ее целенаправленного и положительного изменения.

Целью настоящей работы явилось изучение влияния повышенной нагрузки физического воспитания (ежедневные уроки физкультуры) на заболеваемость и иммунобиологическую реактивность организма школьников.

Изучаемый контингент составляли ученики V—VII классов, так как именно в предпубертатном возрасте организм детей более чувствителен к факторам внешней среды, в том числе и к физической нагрузке. С этой целью в 44 средней школе гор. Таллина были введены ежедневные уроки физического воспитания по обычной школьной программе. У всех учеников экспериментальных классов

(76 учеников) и контрольных классов (73 ученика) осенью, до экспериментального режима и весной в конце учебного года определяли анализ крови, Ф-РОЭ по Л. Штейнбергу, время восстановления общего количества эозинофилов после физической нагрузки и ферментативную активность крови.

В данной работе щелочную фосфатазу определяли по методу азосочетания, сукциндегидрокиназу (СДГ) по методу Quaglino-Hayhoe и миелопероксидазу по методу Grehem-Knoll.

Исследования, проведенные за последние годы подтверждают, что ферментативная активность крови является одним из основных признаков, характеризующих состояние иммуно-биологической реактивности организма.

Данные о заболеваемости школьников получены на основании медицинских справок, школьного дневника и на основании анамнеза.

Физическая нагрузка на уроках физического воспитания определялась путем измерения частоты пульса до урока и через каждые 10' на протяжении всего урока. Одновременно проводился и хронометраж.

Как показал анализ полученных данных в основном нагрузки были легкие и средние (учащение пульса было в пределах 51—90%).

У школьников экспериментальных классов значительно улучшилось состояние реактивности по сравнению с контрольными классами. Среди школьников экспериментальных классов к концу первого учебного года увеличилось число детей с нормальным типом Ф-РОЭ — до 48—73% и к концу второго экспериментального года до 66—84%. У школьников контрольных классов значительных изменений мы не наблюдали.

У школьников экспериментальных классов ускорилось время восстановления общего количества эозинофилов после нагрузки: спустя 3 часа общее количество эозинофилов было восстановлено у 73%. У школьников контрольных классов восстановление общего количества эозинофилов наблюдали лишь в 53%.

Улучшилась активность щелочной фосфатазы, миелопероксидазы и СДГ у школьников экспериментальных классов. Если до эксперимента состояние реактивности было одинаковым, то к концу второго экспериментального

года количество детей с хорошей реактивностью в экспериментальных классах было 84%, а в контрольных классах — 69%.

Заболеваемость простудными болезнями была к концу первого экспериментального года в 3 раза выше в контрольных классах. К концу второго экспериментального года заболеваемость в контрольных классах была в 2 раза выше, чем в экспериментальных классах.

Таким образом ежедневные уроки физического воспитания со средней нагрузкой оказывают положительное влияние на заболеваемость и состояние реактивности организма.

НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ДЕТЕЙ

В. Б. ШВАРЦ (Таллин)

Для выявления относительной роли наследственности и среды в биологии и медицине широко применяется близнецовый метод генетики. В физиологии труда и спорта близнецовых исследований еще не проводилось (Н. Grimm, 1968).

Мы исследовали 10 монозиготных (МЗ) и 10 дизиготных (ДЗ) пар близнецов-детей 7—16 лет. Зиготность определялась с помощью полисимптоматического «метода сходства», групп крови и антропометрических измерений (С. Stern, 1968).

Регистрация частоты сердечных сокращений (ЧСС) производилась аускультативным методом с помощью резинового пояса со слуховой трубкой, укрепленной на области верхушки сердца, с момента начала работы и 3 минуты спустя после работы непрерывно, каждые 15 сек. вычерчивались пульсограммы. Пространство под кривой пульса планиметрировалось. Определялись так называемые «площади регулирования» (в кв. мм.), пульс в покое (ЧСС за одну мин.), степень учащения ЧСС (ЧСС за одну мин. максимальная минус ЧСС за одну мин. в покое), степень восстановления (ЧСС макс. делить ЧСС миним.), время восстановления (за единицу времени принято четверть минуты), максимальная ЧСС при нагрузке за одну

мин., а также рабочая сумма пульса (сумма пульса при нагрузке) и сумма пульса восстановления. Кроме этого высчитывался индекс Рюфье (I. E. Ruffier, 1951), т. е. ЧСС за четверть мин. в покое + ЧСС за четверть мин. на 1-й мин. восстановления + ЧСС за четверть мин. 2-й мин. восстановления — 200 и разность делить на десять.

Нагрузочная проба состояла из 30-и приседаний за 45 сек. под метроном. Перед нагрузкой испытуемый находился в горизонтальном положении на кушетке не менее 7—8 мин.

Обработка материала сделана четырьмя линейными методами:

- I. Средняя внутрипарная разница у МЗ и ДЗ.
 - II. Среднее процентное отклонение (в процентах) у МЗ и ДЗ.
 - III. Пропорция МЗ : ДЗ, выражающая отношение генетических и средовых факторов.
 - IV. Показатель наследуемости по Ленц (F. Lenz, 1935).
- Результаты представлены в таблице I.

Из таблицы видно, что средняя внутрипарная разница (I) и среднее процентное отклонение (II) по большин-

Таблица I

Средняя внутрипарная разница МЗ и ДЗ близнецов (I),
Среднее процентное уклонение МЗ и ДЗ близнецов (II),
Отношение МЗ : ДЗ (III), показатель наследуемости (IV)

	МЗ		ДЗ		III	IV
	I	II	I	II		
Площадь регулирования	226,6	16,7%	268,8	27,0%	1:1,18	0,62
Пульс покоя	1,8	2,2%	4,8	4,9%	1:2,66	1,2
Степень учащения ЧСС	2,1	3,1%	3,6	5,7%	1:1,71	0,83
Степень восстановления	0,124	3,3%	0,169	4,1%	1:1,36	0,24
Время восстановления	0,6	6,2%	1,7	19,6%	1:2,84	2,16
Максимальная ЧСС	3,0		2,6			
Рабочая сумма пульса	3,3	1,3%	4,9	2,0%	1:1,48	0,53
Сумма пульса восстановления	23,0		17,0			
Индекс Рюфье	1,92		1,82			

ству показателей меньше у МЗ, чем у ДЗ. Однако такие показатели, как максимальная ЧСС, сумма пульса восстановления и индекс Рюфье по внутрипарной разнице и процентному отклонению меньше у ДЗ, чем у МЗ.

Таким образом, если одни показатели адаптации к физической нагрузке находятся под генетическим влиянием (площадь регулирования, пульс покоя, степень учащения и восстановления ЧСС, время восстановления и рабочая сумма пульса), то другие (максимальная ЧСС, сумма пульса восстановления и индекс Рюфье) более подвержены средовым факторам. Результаты близнецовых исследований помогают глубже понять экзогенную и эндогенную сущность приспособительных реакций на физическую работу, что имеет значение для системы спортивных тренировок, разработки тестов отбора и профессиональной ориентации.

К ИСТОРИИ КАФЕДРЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ТАРТУСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Е. В. МУРАШЕВ, А. А. ЛУКАШ (Тарту—Таллин)

Преподавание судебной медицины в высших медицинских учебных заведениях имеет большое значение в формировании мышления будущего врача и его подготовке к практической деятельности.

В разное время преподавание осуществлялось по-разному в зависимости от общественных формаций и уровня развития общества, правовых потребностей существующего строя, уровня развития науки и достижений медицинской практики.

В развитии отечественной судебно-медицинской службы Тартуский университет имел большое значение.^{1,2}

Отдельные вопросы судебной медицины на медицинском факультете Тартуского (Дерптского, Юрьевского) университета преподавались со времени открытия университета (1802). Однако в течение длительного времени, лекции, имеющие судебно-медицинское значение,

¹ Шершавкин С. В. История отечественной судебно-медицинской службы, М., 1968 г., стр. 130—131.

² Петухов Е. В. Императорский Юрьевский, бывший Дерптский университет за 100 лет его существования 1802—1902 гг. Юрьев, 1902.

читали специалисты различных специальностей — клиницисты, анатомы, гигиенисты, фармакологи. Стройной программы подготовки будущих врачей по судебной медицине долгое время не было. Это было связано, в основном, с отсутствием отдельной кафедры судебной медицины. Вплоть до 1895 г. судебная медицина преподавалась под различными наименованиями курса. В 1802 г. проф. Балк (клиницист) читал 2 раза в неделю курс «Философско-медицинская юриспруденция» и «О смертельности повреждений». В 1802 г. проф. Стикс (фармаколог) преподавал курс медицинской полиции.

С 1803 по 1820 гг. судебная медицина изучалась на кафедре анатомии и физиологии, а с 1820 по 1842 гг. — на кафедре анатомии (кафедра физиологии в 1820 г. выделена как самостоятельная).

За это время вопросы судебной медицины преподавались в основном анатомами от 2 до 6 часов в неделю один семестр. Объединенные кафедры возглавляли с 1805 по 1810 — проф. Изенфлам, с 1811 по 1813 проф. Бурдах, с 1814 по 1827 проф. Цихориус; с 1827 по 1831 — проф. Эшшольц, с 1831 по 1835 доцент Келер, с 1835 по 1842 — проф. Гук.

В 1842 г. в связи с дополнительными ассигнованиями университету, была организована новая кафедра — государственного врачеведения, объединявшая судебную медицину, гигиену, медицинскую полицию, судебное законодательство и ветеринарную полицию. Должность зав. кафедрой была некоторое время вакантной.

Возглавивший кафедру проф. Самсон-Гиммельстиерн с 1844 по 1868 г. читал лекции по судебной медицине, проводил практические занятия по исследованию трупов и освидетельствованию пострадавших в прикрепленной уездной больнице. (1855 г. он был назначен деканом медицинского факультета, а в 1865 г. — ректором университета). Самсон-Гиммельстиерн читал также курс медицинской полиции и судебную медицину для юристов. На практических занятиях производились судебно-химические и микроскопические исследования. В 1850 г. К. Шмидтом¹ было написано первое руководство по исследованию подозрительных пятен на присутствие крови,

¹ Шмидт К. Распознавание подозрительных пятен в уголовных случаях. Воен. мед. журн. 1850, г. 56, № 2, отд. IV.

а Н. Фальк показал значение исследования волос человека.

После смерти Самсон-Гиммельстиерна с 1868 по 1876 г. кафедру занимал проф. Вейрих, затем хирург проф. Валь (1876—1879) и гигиенист проф. Кербер (1879—1895). Кербер несколько расширил кафедру, организовал вскрытия трупов при университете.

В 1895 г. кафедра судебной медицины стала самостоятельной. В этом году штатным профессором был назначен А. С. Игнатовский, который затем стал руководителем кафедры вплоть до 1918 г.

А. С. Игнатовский значительно расширил, изменил и улучшил программу обучения: были введены занятия в лаборатории по исследованию вещественных доказательств, введены специальные курсы техники вскрытия трупа и оказания первой помощи при несчастных случаях. В судебно-медицинскую практику был введен эксперимент.

А. С. Игнатовский обладал хорошими организаторскими способностями. Он расширил помещение кафедры, устроил подвал для хранения трупов, приобрел лабораторное оборудование, инструментарий и аппаратуру, значительно пополнил музей и библиотеку. На кафедре были утверждены две должности ассистентов. С 1911 по 1919 г. ассистентом работал П. С. Семеновский — впоследствии ставший одним из крупнейших судебных медиков СССР. А. С. Игнатовский поставил преподавание судебной медицины на должную высоту исходя из материалистического мировоззрения. Впервые за существование университета лекции по судебной медицине читались на русском языке. А. С. Игнатовский написал учебник по судебной медицине¹; под его руководством было выполнено более 30 работ. Его докторская диссертация, защищенная в 1892 г. в Киеве «К вопросу о переломах черепа», представляет собою фундаментальный вклад в судебно-медицинскую науку.

В 1918 г. Тартуский университет был эвакуирован в г. Воронеж. В 1920 г. все имущество кафедры судебной медицины было возвращено, кафедра вновь начала работать. С 3 августа 1920 г. до 1928 г. кафедру возглавлял проф. С. Тальвик (умер в 1929 г.). С. Тальвик получил

¹ Игнатовский А. С. Судебная медицина, Юрьев, 1910.

хорошую подготовку по судебной медицине, он часто выезжал в заграничные командировки. Поэтому вся его деятельность в области судебной медицины имела западно-европейскую ориентацию.

После смерти проф. Тальвика кафедрой временно заведовали профессором патанатомии А. Укке, а затем А. Валдес, однако учебную программу выполняли доценты Х. Мадиссон и Г. Роокс. Последний после защиты докторской диссертации в 1932 г. занял кафедру и возглавлял ее до 1944 г. Он первый написал учебник по судебной медицине на эстонском языке.

В 1944 году после освобождения Эстонской ССР от немецко-фашистской оккупации кафедру временно возглавлял проф. психиатрии Э. Ю. Кару, который в 1934—1936 гг. был ассистентом кафедры судебной медицины.

В 1945 г. кафедру возглавила проф. А. Ю. Раатма (А. Ю. Ибрус-Мяэр) проработавшая на кафедре до конца своей жизни (умерла 22 июня 1967 г.).

Самостоятельной кафедра судебной медицины была до 1949 г. С 1949 г. до сегодня организована объединенная кафедра психиатрии и судебной медицины (зав. проф. психиатрии Э. Ю. Кару).

А. Ю. Раатма (А. Ю. Ибрус-Мяэр) работала ассистентом кафедры с 1925 по 1934 г. Выполнила под руководством С. Тальвика докторскую диссертацию по графологии, которую успешно защитила в 1933 г. С 1934 по 1944 г. на кафедре не работала — была школьным и участковым врачом. В 1940 г. была назначена главным судебно-медицинским экспертом Наркомздрава Эстонской ССР и эту должность исполняла до начала оккупации Эстонской ССР немецко-фашистскими захватчиками. За время работы на кафедре проф. А. Ю. Раатма ею и под ее руководством было выполнено около 30 работ, в том числе одна кандидатская.

После освобождения советской Эстонии от немецко-фашистской оккупации в 1944 г. сотрудники кафедры судебной медицины приложили немало усилий для восстановления кафедры и обеспечения выполнения учебной программы.

Была введена стройная система преподавания судебной медицины, как и во всех медицинских институтах СССР. В подготовке будущих врачей значительное вни-

мание было уделено практическим занятиям по исследованию трупов и живых лиц.

В 1945 г. сотрудники кафедры провели большую работу, участвуя в расследовании преступлений фашизма — исследование останков зверски убитых, а затем сожженных тысяч советских граждан и военнопленных в противотанковых рвах вблизи от г. Тарту (так называемой линии Ялака).

Сотрудники кафедры стали практически осуществлять судебно-медицинские экспертизы по требованию органов суда, следствия и дознания. В этой связи интересно отметить, что в 1846—1867 гг. среднее количество судебно-медицинских вскрытий на кафедре было 29, за период 1919—1943 гг. — 148, а в настоящее время — более 350.

В буржуазной Эстонии не было штатной судебно-медицинской службы, в частности не было организовано освидетельствование живых лиц, хотя на кафедре судебной медицины ежегодно готовились врачи на звание уездного, городского врача или инспектора врачебного отделения¹.

Связи теории с практикой в значительной мере способствовала организация судебно-медицинской экспертизы в Эстонской ССР.

В конце 1944 г. после утверждения должности главного судебно-медицинского эксперта Наркомздрава ЭССР и введения в штаты городских и уездных здравотделов судебно-медицинских экспертов, в Тарту была организована городская и районная судебно-медицинская экспертиза. С первых дней своего существования судебно-медицинская служба размещается в помещении кафедры судебной медицины и тесно связана с ней общностью работы. В последующее время организация судебно-медицинской службы в Эстонской ССР еще более улучшилась после организации бюро главной судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения Эстонской ССР (1952).

Тартускую судебно-медицинскую экспертизу с июля 1945 г. до настоящего времени возглавляет Е. В. Мурашев, который до этого работал ассистентом кафедры судебной медицины. Все последующее время Е. В. Мура-

¹ Цент. Гос. Истор. Архив Эст. ССР, Тарту ф. 402, 1889—1916, сп. 4, д. 963, л. 135.

шев продолжает работать на кафедре — читает лекции, проводит практические занятия. Другие судебно-медицинские эксперты (Ю. О. Кооль, К. П. Ханссон) так же принимают участие в учебном процессе.

Материалы судебно-медицинской экспертизы широко используются для преподавательской работы.

В настоящее время Тартуская межрайонная судебно-медицинская экспертиза, обслуживающая районы Южной Эстонии, имеет в своем штате 5 должностей экспертов, 5 должностей лаборантов, 6 санитаров. Ежегодно производится большое количество различных экспертиз. Имеются оборудованная гистологическая лаборатория, фотолаборатория, рентгенкабинет, достаточное количество микроскопов и другой аппаратуры.

Гистологические исследования трупного материала производятся в среднем в 85—87% всех вскрытий, что значительно улучшает качество диагностики и заключений. Широко применяется судебно-химическое исследование крови и мочи на алкоголь, производится определение групповых свойств жидкой крови трупов при насильственной смерти.

Взаимосвязь кафедры с судебно-медицинской экспертизой благотворно влияет на развитие научно-практической работы. Судебно-медицинские эксперты Тартуской межрайонной экспертизы к 1970 году опубликовали около 20 работ (Е. В. Мурашев 11, К. П. Ханссон 7, Ю. О. Кооль 3). Е. В. Мурашев работает над кандидатской диссертацией.

Как уже указывалось, с 1949 г. существует объединенная кафедра психиатрии и судебной медицины (зав. проф. психиатрии Э. Ю. Кару). Для обеспечения учебной программы по судебной медицине утверждена должность профессора, 0,5 должности ассистента, и должность лаборанта. При этих условиях без тесной связи с судебно-медицинскими экспертами было бы невозможно выполнить программу занятий, тем более, что после смерти проф. А. Ю. Раатма должность профессора оставалась вакантной. С 1 ноября 1969 г. на должность ст. преподавателя по судебной медицине назначен доцент К. Пыльдвере, пока еще не имеющий специальной судебно-медицинской подготовки.

Кафедра судебной медицины размещается по-прежнему в помещении Старого Анатомикума совместно с Тар-

туской межрайонной судебно-медицинской экспертизой. Всего кафедры занимает 11 комнат и хотя в связи с увеличением объема работы и количества обучающихся студентов помещение стало тесным, все же оно удовлетворяет основные потребности.

Кафедра музей макропрепаратов насчитывает около 1000 экспонатов, размещен в шкафах в отдельной комнате, в аудитории, прихожей и в коридоре.

Ежегодно на кафедре проходит обучение в среднем 125 студентов — будущих врачей. Им 2 семестра читаются лекции по 2 часа в неделю (всего 34 часа) и проводятся практические занятия по 45 часов. (Практические занятия проводятся с группами по 10 человек). Преподавание ведется на русском и эстонском языках в зависимости от потока. Для студентов юридического факультета читается лекционный курс по судебной медицине 34 ч. Кроме того проводятся занятия и консультации с юристами заочниками. Для практических занятий используется материал судебно-медицинской экспертизы — трупы, живые лица. Широко используются демонстрации диафильмов, диапозитивов, музейных препаратов и других наглядных пособий. В лаборатории студентов обучают правилам обращения с вещественными доказательствами, показывают современные возможности судебно-медицинской экспертизы их. На кафедре имеется достаточное количество оборудования и аппаратуры, которые используются для практических и учебных целей.

За годы Советской власти Тартуский университет и его Медицинский факультет стал современной кузницей медицинских кадров. Если в буржуазной Эстонии выпускали 20—25 врачей в год, то в настоящее время ежегодно оканчивают медицинский факультет 120 врачей-лечебников, по 20—25 фармацевтов и стоматологов. С 1957 г. на лечебном отделении готовят педиатров, с 1959 г. — спортивных врачей и врачей лечебной физкультуры, а с 1964 г. — санитарных врачей и эпидемиологов (проводится специализация на VI курсе).

Кафедра психиатрии и судебной медицины занимает почетное место в подготовке молодых специалистов, сотрудники ее активно участвуют в практической работе по выполнению экспертиз. Это наглядно демонстрирует тесную связь науки с жизнью.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

М. М. ГОЛЬНЕВА (Таллин)

Одним из путей реализации профилактической направленности нашего здравоохранения является полноценное проведение диспансеризации гинекологических больных, нуждающихся в лечении, систематических осмотрах и обследованиях.

В основу всей лечебно-профилактической работы женских консультаций г. Таллина положен принцип диспансерного обслуживания значительной части гинекологических больных: при злокачественных и доброкачественных новообразованиях, при «предраковых состояниях», рецидивирующих воспалительных заболеваниях матки и придатков, нарушениях менструальной функции, сопровождающихся кровотечением, генитальном туберкулезе и др.

Акушерско-гинекологическая служба г. Таллина за последние годы уделяла много внимания вопросам диспансеризации гинекологических больных.

Обсуждение этой проблемы на заседаниях Таллинского научного общества акушеров-гинекологов, Совета родовспоможения и гинекологической помощи при Минздраве ЭССР, разбор анализа ошибок диспансеризации на конкретном материале г. Таллина с заведующими женских консультаций, введение в гинекологическую практику новых методов обследования, привели к улучшению качества и повышению эффективности диспансеризации.

Для улучшения диспансерной работы среди гинекологических больных горздравотделом издано в 1964 г. методическое письмо «О диспансеризации гинекологических больных в лечебных учреждениях г. Таллина».

С 1965 г. организация диспансерного обслуживания гинекологических больных была несколько перестроена в связи с изданием Министерством здравоохранения СССР «Инструктивно-методического указания по организации работы консультаций для женщин» (Н. Е. Гранат, И. Н. Желоховцева).

Для улучшения организации диспансерного обслуживания гинекологических больных они были разделены

на 2 клинические группы: первую — требующих в настоящий момент лечения в амбулаторных или стационарных условиях и вторую — требующих в настоящее время лишь систематического наблюдения и периодического обследования. Отбор больных для диспансерного наблюдения и лечения производится при осмотре женщин в консультации или гинекологическом кабинете, при профилактическом осмотре.

В работе используется схема длительности диспансерного наблюдения за гинекологическими больными.

Длительность наблюдения, а также частота осмотров во время лечения и после его окончания определяется участковым акушером-гинекологом в каждом случае индивидуально. При этом учитывается характер заболевания и его клиническая стадия, возраст больной и общее состояние здоровья, характер проводимого лечения, объем хирургической помощи, течение послеоперационного периода и характер выполняемой работы.

Учет и анализ эффективности диспансеризации проводится по ряду показателей, среди которых основными являются: уровень заболеваемости, охват гинекологическим осмотром, охват диспансерным наблюдением.

Врачи специализированных кабинетов — по гинекологии детского возраста, по гормональным нарушениям, патологии климакса, бесплодию, генитальному туберкулезу, онкогинекологии, диспансеризируют соответствующие контингенты больных. Это дает, с одной стороны, возможность увеличить диспансерные контингенты, с другой, создает благоприятные предпосылки для более качественного проведения диспансеризации.

Анализ результатов диспансеризации выявил основные недостатки:

1. Недостаточный охват стационарным лечением.
2. Неудовлетворительная преемственность между гинекологическими отделениями и женскими консультациями в вопросах диспансеризации гинекологических больных.
3. Недостаточный охват диспансеризацией женщин, перенесших внематочную беременность.
4. Недооценка обследования, заключающаяся в том, что больные с воспалением половой системы в женских консультациях не всегда обследуются терапевтом; врачи акушеры-гинекологи не всегда уделяют внимание состо-

янию внутренних органов больной женщины, не выявляют экстрагенитальных очагов воспаления (тонзиллит, активный ревматизм, холециститы и др., способствующие сенсбилизации организма).

5. Неудовлетворительное использование физиотерапевтических методов лечения.

6. При лечении воспалительных процессов половых органов различной локализации, осложненных кровотечениями, связанными с расстройствами менструального цикла, не всегда проводится комплексное лечение.

7. Неудовлетворительное ведение записей в амбулаторных картах диспансеризируемых гинекологических больных, особенно эпилезисов.

Для улучшения диспансеризации гинекологических больных необходимо систематически повышать квалификацию акушеров-гинекологов, учитывать, анализировать и устранять допускаемые ими ошибки.

ПРИМЕНЕНИЕ ШТАМПОВ-КЛИШЕ В РАБОТЕ ТЕРАПЕВТОВ ПОЛИКЛИНИКИ

Р. С. МИРОШНИЧЕНКО, Г. Э. ПОДМОГИЛЬНАЯ (Таллин)

Вопрос о врачебной нагрузке и целесообразном использовании времени, отводимого на одного больного, является предметом изучения как в Советском Союзе, так и за рубежом. От этого во многом зависит эффективность врачебного труда.

В таких странах, как США, где основной формой внебольничной помощи является прием больного в кабинете частнопрактикующего врача, время, отводимое на одного больного, естественно не регламентировано. Более того, есть основание предполагать, что цифры, которые называют частнопрактикующие врачи США завышены. Так, по данным I. Altman с соавторами (1965), использовавших материалы опроса 505 терапевтов штата Нью-Йорк, на первичного больного в среднем отводилось 60 минут, на повторного — 15—30 минут.

Крайне мало времени уделяется больным врачами английской государственной службы здравоохранения. По подсчетам G. E. Godber (1959) на одного больного

затрачивается в среднем 7 минут, а по данным Н. М. S. Noble (1962) — даже 5 минут.

Вопрос этот, естественно, анализируется и в социалистических странах.

При изучении времени, затрачиваемого на больных в Чехословакии, выяснилось, что 53% занимают до 5 минут времени, 28% — до 10, 5,54% — до 20 и 3,1% — свыше 20 минут; время не установлено в 10,5% (V. Hlávka, 1964). При обследовании 2862 больных на 8 городских участках в гор. Градец Кралове время осмотра врачом составило 7 ± 3 минуты (L. Struad с соавт., 1965).

Несколько иные показатели приводятся по Венгрии. В Будапеште 76,3% больных находилось у врача 8,1 — 14,9 минут и 23,7% — 15 минут (Д. Чобанци, 1961). В среднем на одного больного в Венгрии в 1964 г. затрачивалось 7,6 минуты.¹

Как известно, в Советском Союзе нормой приема у терапевта является 5 человек в час или на каждого больного в среднем предусмотрено 12 минут. Ряд авторов (К. Ф. Хабурзания, 1956; М. Л. Филимонов с соавт., 1965 и др.) считают, что эту норму следовало бы уменьшить до 4 человек в час, с тем, чтобы каждому больному уделялось в среднем 15 минут.

В то же время методикой хронометража и фотографии рабочего времени (Б. М. Мацко, И. Б. Ростокский, 1961; М. Л. Филимонов с соавт., 1965 и др.) установлено, что на терапевтическом приеме диагностико-лечебная работа занимает лишь 5—8 минут, т. е. примерно 50—60% отведенного больному времени, а остальное — тратится нерационально.

Довольно интересные данные приводятся в практических рекомендациях по НОТ, изданных Всесоюзным институтом социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко (1969). На основе хронометража, проведенного у терапевтов 4 различных городов Советского Союза выявлено, что в среднем на одного больного затрачивается 11,8 мин. Однако время это используется рационально лишь на 62,7%. На диагностическую и лечебную работу затрачивается в среднем 8,6 мин., в том числе на опрос больного 2,3 мин., ознаком-

¹ В кн.: 20 лет венгерского здравоохранения, Будапешт, 1965.

ление с медицинской документацией — 1,5 мин., физическое обследование — 2,9 мин. и на совет больному — 1,9 мин.

Оформление медицинской документации занимает в среднем 7,1 мин., в том числе заполнение амбулаторной карты 3,4 мин., пропись рецепта — 1,3 мин., оформление листка нетрудоспособности — 1,0 мин. и выписка направлений на обследование — 1,4 мин.

Все мероприятия, направленные на повышение эффективности затрачиваемого врачом времени, должны преследовать две цели: увеличение времени, отводимого на диагностическую и лечебную работу и уменьшение времени, затрачиваемого на письменную работу. Ведь не зря некоторые больные иронически говорят, что их не столько принимают, сколько «оформляют».

Не касаясь всего комплекса факторов, определяющих улучшение организации терапевтического приема, мы остановимся на опыте применения штампов-клише. Впервые мы ознакомились с их применением в Одессе в поликлинике № 16. Однако там был разработан штамп, который применялся лишь при первичном посещении или при повторном, не ранее, чем через два месяца. Поэтому мы разработали серию клише, которые можно применять при всех посещениях, с учетом характера заболевания.

Таблица 1

Средние данные хронометража амбулаторного приема
участковыми терапевтами

Затрачиваемое время Элементы приема	До применения клише	С применением клише
	Собирание анамнеза	0'50"
Физическое обследование	2'19"	2'35"
Советы больному	0'33"	1'29"
Заполнение документации	2'50"	1'35"

В таблице 1 представлен сравнительный анализ структуры терапевтических приемов — обычных и при применении клише.

Таблица отражает результат хронометража приема тремя терапевтами с разным врачебным стажем трид-

цати больных, причем 15 приняты на обычном приеме, а 15 — при применении терапевтами клише.

Выведенные средние показатели свидетельствуют о том, что в обоих случаях отводимые по существующим нормативам на одного больного 12 минут используются не всегда полностью.

Тем не менее при применении клише время, занятое письменной работой, отчетливо уменьшается, за этот счет увеличивается время для непосредственно врачебной работы.

На основе полученных в поликлинике больницы Харьюмяэ предварительных данных можно сделать следующие выводы:

1. Применение клише позволяет увеличить время, отводимое на опрос и непосредственное обследование больного.

2. Применение клише способствует сосредоточению врачебного мышления, и в силу этого — более систематизированному обследованию больных.

3. Уменьшается время, затрачиваемое на письменную работу, в связи с чем увеличивается эффективность врачебного приема.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА

Н. С. АЛИХАНОВ (Таллин)

Вопросы организации и осуществления травматологической помощи занимают одно из первых мест в общей организации здравоохранения. Травматизм различного вида еще довольно распространен и его удельный вес в заболеваемости населения и трудовпотерях значительный. Отсюда понятно, что надлежащая организация травматологической помощи играет существенную роль как в смысле своевременной диагностики, оказания необходимой первой и неотложной помощи, так и в деле профилактики осложнений. Последние имеют большое значение в увеличении трудовпотерь, инвалидности и смертности.

Таллинский травматологический пункт был создан согласно приказу Министра здравоохранения Эстонской

ССР при объединенной Таллинской больнице Тынисмяэ в марте 1958 года. И хотя для работы пункта вначале не было достаточных условий, он выполнял большой объем медицинской помощи и оказался необходимым учреждением, особенно в условиях развивающейся специализированной помощи. В настоящее время травмапункт имеет удовлетворительный набор помещений и достаточное оборудование.

В ходе практической деятельности с учетом нагрузки определен штат, который в настоящее время состоит из: заведующего — 1, врачей-травматологов — 5, старшей медицинской сестры — 1, медицинских сестер — 9, рентген-лаборантов — 6, медицинских регистраторов — 2 и санитаров — 7. Указанный штатный состав полностью обеспечивает непрерывную работу в течение суток, в том числе в выходные дни.

Травматологический пункт принимает безотказно всех больных с травмами (взрослых и детей), доставленных санитарным транспортом, городским транспортом и обратившихся самостоятельно, независимо от их местожительства или работы и оказывает им квалифицированную первую медицинскую помощь.

Пункт обеспечен необходимым хирургическим инструментарием, оборудованием, перевязочными средствами и профилактическими сыворотками. Поступившие обследуются дежурным травматологом, при необходимости производится рентгенография. После оказания медицинской помощи травматолог оформляет перфокарту, справку с указанием диагноза и оказанной помощи и освобождение от работы, если пострадавший в этом нуждается. На заполнение перечисленных документов, дежурный врач затрачивает около 3-х минут, в то время как при прежнем журнальном учете затрачивалось не менее 10 минут.

Статистические данные показывают, что ежегодно в травмапункт обращается от 32 до 37 тысяч человек, что в среднем составляет 10% жителей города Таллина. В общей сложности за 11 лет существования на травмапункте оказана медицинская помощь около 350 000 пострадавшим, что равно числу жителей города. Ежедневно за помощью обращается в среднем 100 человек или 4 человека в час. Наибольшее количество посетителей в будние дни приходится на рабочее время дня и только в

праздничные и выходные дни — количество их возрастает ночью.

Среди получивших травмы 65% мужчин и 35% женщин. Рабочие и служащие составляют 68%, учащиеся 18%, дошкольники 10%, пенсионеры 4%. Характер повреждений самый разнообразный: раны 30,2%, ушибы и растяжения 25,3%, переломы 21,3%, вывихи 10,4%, инородные тела глаз 8,5%, ожоги 3,3%, прочие травмы 1%.

Большое значение для характеристики травматизма и принятия профилактических мер имеет происхождение травм, которое было следующим: бытовая травма 56%, производственная 33%, школьная 3,3%, уличная 2,7%, спортивная 2,8%, транспортная 1,7%, прочая 0,5%.

Из приведенных данных видно, что бытовой и производственный травматизм занимают ведущие места.

По локализации, повреждения распределялись следующим образом: верхние конечности 38,6%, нижние конечности 28,9%, голова 18,3%, глаза 8,5%, туловище 5,7%.

По возрасту, обратившиеся за медицинской помощью распределялись: до 7 лет — 10%, 8—15 лет 12—14%, 16—20 лет 10—12%, 21—40 лет 39%, 41—60 лет 20%, свыше 61 г. 5—6%.

Анализ травматизма по районам города показывает, что наибольшее количество травм наблюдается в промышленных районах города (Калининский район г. Таллина 27—28%, Центральный район — 25—27%).

В травматологическом пункте производятся неотложные рентгенологические исследования. В среднем на каждые 4,3 посещения делается 1 рентгенография. Из этого следует, что травмапункт постоянно должен быть обеспечен достаточным количеством рентгенопленки реактивами. Обязательно вводится противостолбнячная анатоксин, а в необходимых случаях противостолбнячная сыворотка. В среднем каждый второй больной получает эти препараты. Большую роль травматологический пункт играет в своевременной госпитализации пострадавших. На стационарное лечение направляются около 4% обратившихся.

Не менее важна работа в определении трудоспособности и в освобождении от работы. На каждые 4,7 обращений выдается 1 освобождение от работы (справка пр

бытовых травмах или лист временной нетрудоспособности).

Опыт показывает, что для обеспечения высокого качества работы травмапункта на нем должны работать только хирурги-травматологи, имеющие специальную подготовку и систематически повышающие свои знания.

В этом отношении большую роль сыграло решение Коллегии Минздрава Эстонской ССР от 24 июля 1969 г. последовавшее за ним распоряжение Таллинского городского отдела здравоохранения об органическом объединении травматологического пункта с травматологическим отделением Таллинской больницы Тынисмяэ.

Анализ деятельности травматологического пункта города позволяет сделать следующие выводы:

1. Организация травматологической помощи населению города Таллин постоянно действующим травматологическим пунктом является наиболее рациональной.
2. Для приближения специализированной помощи пострадавшим и повышения квалификации травматологов целесообразно объединение травматологических пунктов с соответствующими специализированными отделениями больниц.

БОРЬБА ФАБРИЧНЫХ РАБОЧИХ ЭСТОНИИ В КОНЦЕ XIX ВЕКА ЗА УЛУЧШЕНИЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ ТРУДА И БЫТА

Б. М. Шамардин (Таллин)

В Эстонии, как и во всей царской России, более бурное развитие промышленного капитализма началось после Крымской войны. Основной отраслью производства была текстильная промышленность. К концу столетия наибольшая концентрация предприятий была в городах Тарту и Таллине. Ряд фабрик находились в Пярну, Инди, Кярдла и др. городах Эстонии.

В промышленных городах формировалась армия пролетариата, главным образом, из числа пришедших в год безземельных крестьян и батраков.

О трудовых и бытовых санитарно-гигиенических усло-

виях фабричных рабочих Эстонии во II половину прошлого столетия, можно судить по опубликованным воспоминаниям и заметкам современников и официальным данным и донесениям.

В 60—70 годах прошлого столетия условия труда на фабриках и заводах были крайне тяжелыми, рабочие эксплуатировались беспощадно и неограничено. Рабочий день длился 13—14 часов и более.

На Кренгольмской мануфактуре, являвшейся одним из крупнейших предприятий того времени (4,5—5 тысяч рабочих), большой процент рабочих (до 25%) составляли дети, нередко в возрасте менее 8 лет, которые должны были работать на равных условиях со взрослыми. Часто дети направлялись на работу из воспитательных домов. Большинство этих детей не выдерживало тяжелой эксплуатации и не доживало до совершеннолетия.

Применяемые на фабриках машины были несовершенны, требовали общего физического напряжения рабочих. Они разбрасывали машинное масло на открытые части тела рабочих. Из-за отсутствия вентиляции в рабочих помещениях царил спертый воздух, сильно загрязненный обрабатываемыми веществами и пылью. Рабочие страдали лихорадками, ревматизмом, глазными и другими заболеваниями, были бледны, имели изможденный вид. Были случаи профессиональных заболеваний, в частности, отравления мышьяком. Из-за недостаточного медицинского обеспечения эти заболевания далеко не всегда диагностировались.

Отсутствовали меры по безопасности труда, что приводило к несчастным случаям на работе, уносившим только на Кренгольмской мануфактуре ежегодно десятки человеческих жизней. Рабочие, ставшие инвалидами от полученных на работе увечий, выбрасывались на улицу без всякой компенсации. Также фабриканты поступали и с пожилыми рабочими, трудоспособность которых из-за нещадной эксплуатации быстро снижалась.

Бытовые и жилищные условия рабочих характеризовались крайней антисанитарией. Фабриканты устраивали для поселения рабочих и членов их семей казармы, в которых царила скученность людей, причем, рабочие и члены их семей имели по существу только место для ноч-

лега. Эти жилища содержались до крайности грязно. Большинство рабочих страдало от недоедания.

Такие условия способствовали распространению инфекционных заболеваний и возникновению эпидемий, среди которых в частности, одной из наиболее распространенных была эпидемия холеры в Нарве на Кренгольмской мануфактуре в 1872 году.

Медицинское обеспечение рабочих крупных фабрик формально проводилось за счет фабрики. Однако за это фабриканты вычитали из заработка рабочих известную сумму. При крупных предприятиях (Нарвской суконной фабрике, Кренгольмской мануфактуре, фабриках Синди, Кярдла) существовали больницы. Однако, на деле качество медицинской помощи, которую получали рабочие было явно неудовлетворительное. Врачи охотнее лечили своих частных пациентов, чем фабричных рабочих, и, поэтому редко находились в фабричных больницах. В результате больные оставались долгое время без медицинского наблюдения. Содержание больных было явно неудовлетворительным. Даже Эстляндский губернатор в своем донесении от 8 XII 1872 г. вынужден был указать, что больные в Кренгольмской больнице содержатся грязно.

При цементном заводе в Кунда никакого медицинского обслуживания рабочих долго вообще не было. Рабочие при заболеваниях вынуждены были лечиться сами, кто как умел, или обращались к знахарям.

Среди требований, которые предъявляли рабочие, впервые в России, были поставлены требования: о сокращении рабочего дня, требование давать детям время для школьных занятий, т. е. укорочение детского рабочего времени, увеличение обеденного перерыва.

В результате забастовочного движения царское правительство было вынуждено в дальнейшем запретить направления несовершеннолетних из воспитательных домов на фабричные работы.

На стачке 1882 г. Кренгольмские рабочие, среди других важных требований экономического и политического характера, предъявили фабрикантам конкретные требования: улучшить санитарно-гигиенические условия в фабричных казармах, улучшить состояние работающих матерей с грудными детьми, а также увеличить заработ-

ную плату детям, труд которых оплачивался крайне низко.

Благодаря забастовочным движениям 80-х годов царское правительство было вынуждено издать в 1882 году закон, запрещающий труд детей в возрасте до 12 лет и ограничивающий продолжительность рабочего дня детей до 15-летнего возраста. Для надзора в 1884 г. была введена должность фабричных инспекторов (реорганизована в 1894 г.), однако, этот надзор оставался в течение многих лет формальностью.

На тяжелые трудовые и бытовые условия фабричных рабочих не могли не обратить внимание прогрессивные эстонские врачи того времени. Так, выдающийся врач П. Хеллат считал основной предпосылкой улучшения условий труда — объединение рабочих т. е. борьбу за улучшение условий труда.

Таким образом, в забастовочном движении фабричных рабочих Эстонии в конце прошлого столетия уже можно выделить элементы борьбы за улучшение здравоохранения — защита интересов матерей и детей, улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта и др.

О СОДЕРЖАНИИ ДДТ И ГХЦГ В ЖИРОВОЙ ТКАНИ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ЭСТОНСКОЙ ССР

Х. И. ЛУТСОЯ и В. А. ЯАКМЕЭС (Таллин)

Хлорорганические инсектициды ДДТ и ГХЦГ весьма стойки к различным факторам внешней среды и материально кумулируют в организме, в частности, в жировой ткани. Многими авторами установлено, что эти соединения накапливаются в жировой ткани человека. Однако, в условиях Эстонской ССР такие исследования не проводились.

В нашей республике пестициды применяются в относительно ограниченном количестве. Поэтому загрязнение внешней среды препаратами ДДТ и ГХЦГ также несколько ниже по сравнению с рядом других республик. Расчетная суточная доза ДДТ, поступающая в организм человека с пищей, составляла по данным исследований 1967 г. 36 микрограмм и 1968 г. — 30 мкг.

Результаты лабораторных исследований жировой

ткани, проведенных в 1968 г. показали, что суммарное содержание ДДТ и его метаболита ДДЕ (в эквивалентном значении) составило в среднем 1,27 мг/кг, будучи наибольшим у мужчин в городе (1,8 мг/кг) и наименьшим у женщин в сельской местности (0,87 мг/кг). Содержание ДДЕ составило 41—48% от суммарного содержания ДДТ и ДДЕ, причем у женщин оно ниже по сравнению с мужчинами. ГХЦГ был обнаружен у 5% обследованных в виде следов. Возрастные особенности содержания изучаемых пестицидов в организме не были обнаружены.

В 1968 г. применение ДДТ и ГХЦГ для обработки сельскохозяйственных культур сократилось. В результате этого в 1969 г. (в весеннем периоде, когда в пищу входили в основном продукты урожая 1968 г.) содержание ДДТ и ДДЕ в жировой ткани несколько понизилось. Суммарное содержание этих соединений в жировой ткани в 1969 г. составило 0,69 мг/кг, будучи одинаковым у городского и сельского населения, а также у мужчин и женщин. Снижение суммарного содержания ДДТ и ДДЕ в жировой ткани у мужчин в 1969 г. по сравнению с этим показателем в 1968 г. статистически достоверно.

Изучение влияния обнаруженных концентраций указанных пестицидов на заболеваемость обследованного контингента не позволило установить связь между ними.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Данюшевский С. М. Ленинские принципы в научно-исследовательской работе	5
2. Сарап А. А. Воплощение идей и заветов В. И. Ленина в здравоохранении	7
3. Латышева Л. П. Роль ленинской партии в развитии профилактического направления советского здравоохранения	9
4. Васильев К. Г. и Осипова Е. Р. В. И. Ленин — организатор борьбы с эпидемиями в Советской России	12
5. Калнин В. В. О врачах-революционерах — воспитанниках Тартуского Университета	17
6. Антипенко Э. С. Некоторые аспекты повышения эффективности исследований в области медицинской науки	20
7. Васильев К. Г. и Гольд Э. Ю. Д. И. Ульянов в Одессе	27
8. Варес А. М. Научно-медицинские общества Эстонии	33
9. Сарап А. А. Медико-санитарное дело в Эстонии в период Великой Октябрьской Социалистической Революции	36
10. Тайгро В. И. Эстляндская трудовая коммуна и вопросы здравоохранения	38
11. Лаане Э. и Лабе Л. Ф. Р. Крейцвальд как врач	41
12. Тамм О. М. Распространение медицинских знаний среди населения в капиталистической Эстонии	44
13. Пихл Х. О. и Тамм О. М. О работе Эстонского республиканского научного общества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов им. И. И. Мечникова	46
14. Миленушкин Ю. И. Деятели советской эпидемиологии в первые годы советской республики	49
15. Лаан И. А. Медицина и здравоохранение в периодической печати Эстонской ССР	53
16. Миллер А. И. Медицинские публикации в Эстонской ССР за 1966—1968 годы	56
17. Аяста Н. Р. Развитие специализированной медицинской помощи и некоторые аспекты ее дальнейшего совершенствования в Эстонской ССР	59
18. Кама Э. К. Состояние и перспективы организации пульмонологической службы в Эстонской ССР	62
19. Мейкас У. Э. Некоторые вопросы организации специализированной медицинской помощи	66

20.	Гулордава Ш. А. Состояние и пути развития неотложной хирургической помощи в Эстонской ССР при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости	69
21.	Эльштейн Н. В. Вопросы организации и перспективы развития специализированной помощи гастроэнтерологическим больным	75
22.	Тюляндин А. Д. Организация психоневрологической помощи населению в Костромской области	77
23.	Рандвере А. А. Некоторые вопросы организации медицинской помощи кардиологическим больным	81
24.	Гольнева М. М. Перспективы и пути развития родовспоможения и гинекологической помощи в г. Таллине	83
25.	Лукаш А. А. Развитие и перспективы судебно-медицинской службы в Эстонской ССР	86
26.	Немыря А. Н. Методика изучения эффективности диспансеризации онкологических больных	90
27.	Розилехт А. А. О влиянии возрастного состава на уровень потребности населения в лечебно-профилактической помощи	93
28.	Кахн Х. А. Современные задачи изучения воздействия профессиональных вредностей на состояние здоровья промышленных рабочих	97
29.	Якмеэс В. А. и Лутсоя Х. И. О применении перфокарт в санитарно-эпидемиологических станциях при исследовании некоторых факторов внешней среды	100
30.	Тамм О. М. и Эльштейн Н. В. Вопросы совместной деятельности врачей санэпидслужбы и клиницистов	101
31.	Дубовицкий Э. Я. Вопросы совершенствования организации труда цеховых врачей — терапевтов	103
32.	Алиханов Н. С. и Лукаш А. А. Применение перфокарт в практике травматологического пункта города	107
33.	Маркусас Ф. Г. Принципы организации и пути развития спортивной медицины и лечебной физической культуры в Эстонской ССР	110
34.	Маурер Л. А. О роли регистратуры поликлиники в деле диспансеризации населения	114
35.	Ярв Х. К. О развитии здравоохранения в г. Эльва Эстонской ССР	116
36.	Вагане Э. П. О новых проблемах питания населения Эстонской ССР	118
37.	Кюнг В. А. Курение как проблема социальной гигиены	120
38.	Коплус М. О. Об эмбриотоксическом и тератогенном действиях сульфанола, цирама и их смеси на куриный эмбрион	124
39.	Силла Р. В., Теосте М. Э., Стриж Э. Я., Баршай Ф. А. О причинах заболеваемости детей в детских дошкольных учреждениях Эстонской ССР	126
40.	Айтсам Т. А. Влияние ежедневных уроков физического воспитания на заболеваемость и состояние реактивности организма школьников	130

- | | |
|--|-----|
| 41. Шварц В. Б. Некоторые генетические аспекты физической работоспособности у детей | 132 |
| 42. Мурашев Е. В. и Лукаш А. А. К истории кафедры судебной медицины Тартуского университета | 134 |
| 43. Гольнева М. М. О некоторых вопросах диспансеризации гинекологических больных | 141 |
| 44. Мирошниченко Р. С. и Подмогильная Г. Э. Применение штампов-клише в работе терапевтов поликлиники | 143 |
| 45. Алиханов Н. С. Об организации и деятельности городского травматологического пункта | 146 |
| 46. Шамардин Б. М. Борьба фабричных рабочих Эстонии в конце XIX века за улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта | 149 |
| 47. Лутсоя Х. И. и Яакмеэс В. А. О содержании ДДТ ГХЦГ в жировой ткани человека в условиях Эстонской ССР | 152 |

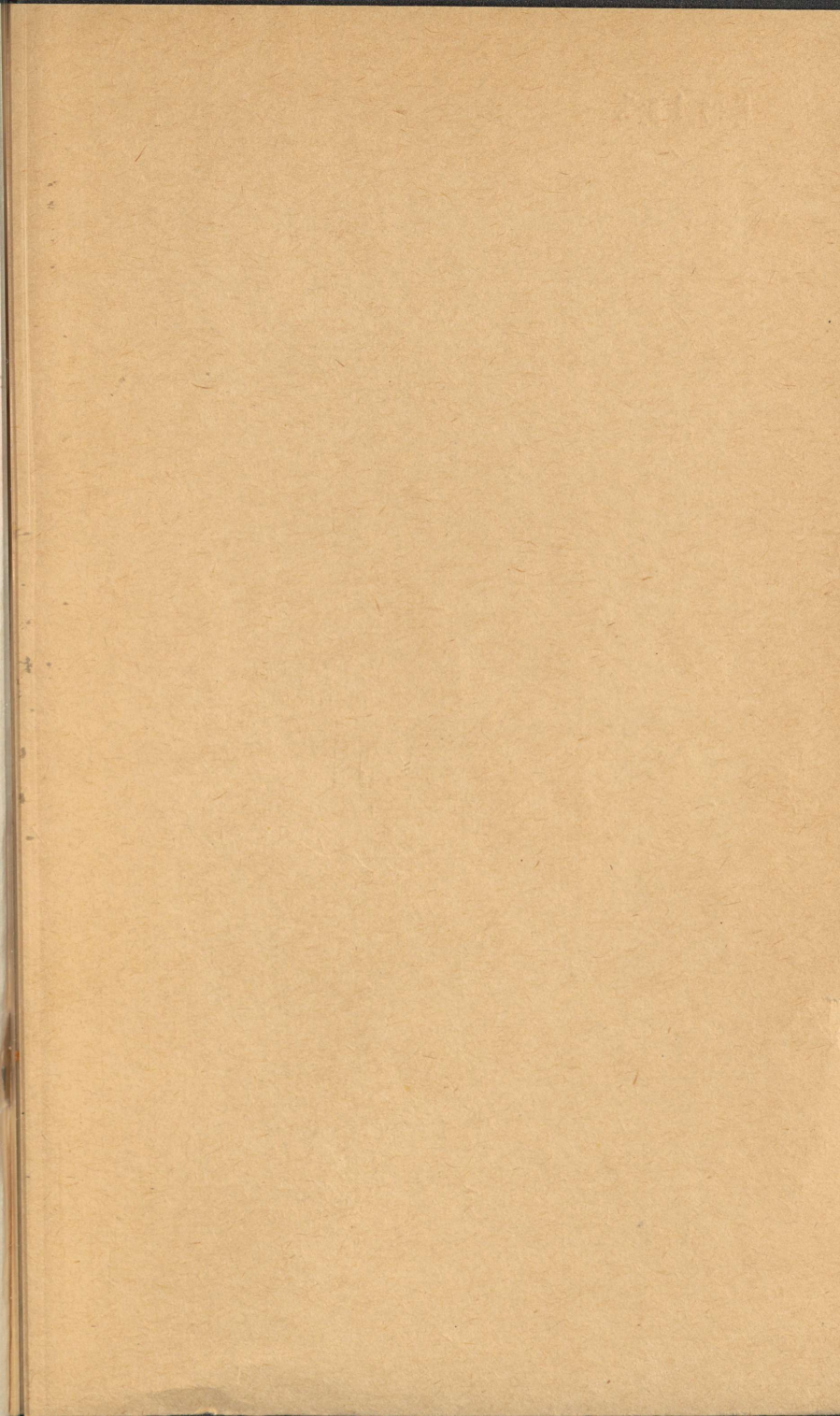
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И
СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА.

На русском языке.

Редактор А. А. Лукаш.

Сдано в набор 13 I 1970. Подписано к печати 31 III 1970. Печатных листов 9,75. Условно-печатных листов 8,19. Учетно-издательских листов 8,84. Тираж 500 экз. МВ-02782. № заказа 276. Типография «Юхисэлу», Таллин, ул. Пякк, 40/42.

Цена 1 руб.



Цена 1 руб.

У
1А-19091
245 285

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00605038 1