

ГИГИЕНА и ЗДОРОВЬЕ

111



1942

НАРКОМЗДРАВ СССР • МЕДГИЗ
МОСКВА

КНИГА
В СОБЛАЗНЕНИИ

ГИГИЕНА И ЗДОРОВЬЕ

Отв. редактор А. Я. КУЗНЕЦОВ, зам. отв. редактора: Н. А. БАРАН,
С. И. КАПЛУН

Члены редколлегии: Г. А. БАТКИС, Ф. Е. БУДАГЯН, А. В. МОЛЬКОВ,
Н. А. СЕМАШКО, А. Н. СЫСИН, Т. Я. ТКАЧЕВ
Отв. секретари: Р. М. БРЕЙНИНА, Ц. Д. ПИК

1942

7-ГОД ИЗДАНИЯ

№ 11—12

Г. А. МИТЕРЕВ

Народный комиссар здравоохранения Союза ССР

Народное здравоохранение за 25 лет советской власти

25 лет назад рабочий класс и беднейшее крестьянство под руководством большевистской партии свергнули власть капиталистов и помещиков и установили в нашей стране власть советов.

Великая Октябрьская социалистическая революция экспроприровала у буржуазии орудия и средства производства и сделала их собственностью трудящихся.

25 лет рабочие и крестьяне вместе с трудовой интеллигенцией строили под руководством партии Ленина — Сталина новое, советское, социалистическое государство.

В итоге одержанных побед наша страна стала мощной индустриальной державой с передовым в мире социалистическим сельским хозяйством. Жизнь советских людей стала зажиточной, культурной и радостной.

Итоги этих побед запечатлены в величайшем историческом документе — в Великой Сталинской Конституции. На страницах ее нашли свое отражение и успехи в деле здравоохранения (ст.ст. 120—122).

В самом начале существования советской власти партия большевиков в соответствии с задачами советской власти изменила и систему здравоохранения. Уже с первых дней работы Военно-революционного комитета в Петрограде при нем был создан врачебно-санитарный отдел, который приступил к коренной перестройке дореволюционного, чисто бюрократического медицинского департаментского аппарата. Им же было выпущено воззвание, наметившее первые основные пути советской власти в области здравоохранения.

Это обращение называлось «О мерах борьбы с заболеваемостью, смертностью и антисанитарными условиями жизни широких масс населения». В этом обращении говорилось: «Война, экономический развал и вызванное ими недоедание и истощение ставят перед рабочим и крестьянским правительством вопрос о борьбе в государственном масштабе с заболеваемостью, смертностью и антисанитарными условиями жизни широких масс населения. Выполнить эти задачи возможно лишь путем привлечения к работе самих широких слоев населения. С этой целью должны быть использованы медико-санитарные организации общественных самоуправлений. Эти организации в настоящей своей структуре хотя и

являются выборными органами земских и городских самоуправлений, однако широкие слои местного населения, рабочие и крестьянские организации недостаточно в них представлены. Необходима полная демократизация этих медико-санитарных организаций с широким представительством местного населения. Необходим съезд представителей медицинского персонала, стоящих на советской позиции, для окончательной разработки стоящих на очереди медицинских вопросов».

Таков был один из первых документов советской власти в области здравоохранения.

С первых дней революции партия большевиков повернула все дело здравоохранения на обслуживание широких масс пролетариата и крестьянства.

В отличие от дореволюционной России и буржуазных государств советское здравоохранение строилось на принципиально отличных основаниях.

Основные принципы советской медицины были сформулированы лично В. И. Лениным. Они легли в основу всей деятельности большевистской партии по охране здоровья трудящихся: «В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья ВКП(б) полагает прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний.

В соответствии с этим ВКП(б) ставит своей ближайшей задачей:

1. Решительное проведение широких санитарных мероприятий в интересах трудящихся, как-то:

а) оздоровление населенных мест (охрана почвы, воды и воздуха);
б) постановка общественного питания на научно-гигиенических началах;

в) организация мер, предупреждающих развитие и распространение заразных болезней;

г) создание санитарного законодательства.

2. Борьбу с социальными болезнями (туберкулезом, венеризмом, алкоголизмом и т. д.).

3. Обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощью».

По инициативе В. И. Ленина в феврале 1918 г. был создан Совет врачебных коллегий, имевший своей задачей объединение деятельности врачебных коллегий отдельных наркоматов, а 11.VII.1918 состоялось постановление об учреждении первого в мире Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, который стал руководить всем медико-санитарным делом, широко развернув свою деятельность на основе указаний партии.

В дореволюционной России единой организации здравоохранения не существовало. Оно было распылено по разным ведомствам. Высшими государственными органами были медицинский департамент при министерстве внутренних дел и медицинский совет. Роль последнего заключалась в выработке правил аптечной торговли, в судебно-медицинских заключениях по важнейшим уголовным и гражданским делам, в предварительном рассмотрении всяких вопросов министерством внутренних дел, имевших отношение к медицине, а также к цензуре медицинских книг.

В уездах существовали на бумаге уездные комитеты общественного здоровья — чисто бюрократические учреждения, состоявшие из представителей дворянства, городского головы, депутата от духовенства, исправника и одного врача.

Здравоохранение законодательством относилось к «повинностям не-обязательным».

Земская медицина была представлена только в 32 губерниях цен-

тральной России; деятельность и развитие ее тормозились самодержавным полицейским режимом.

В царской России сеть государственных и общественных медико-санитарных учреждений в городе и на селе была крайне мала. В основном медицинское обслуживание населения в городе находилось в руках частнопрактикующих врачей, а на селе процветало знахарство.

Противоэпидемические мероприятия проводились только в отношении некоторых острозаразных заболеваний (сыпной тиф, чума, холера), проводились неполно, примитивно. Санитарного законодательства Россия не имела.

Медицинская помощь была мало доступна трудящимся и не была специализирована.

В 1913 г. на всей территории дореволюционной России в городах было развернуто всего лишь 93 223 больничных койки, что составляло 3,8 койки на 1 000 населения. В 1230 амбулаторно-поликлинических учреждениях сделано 33,5 млн. посещений, что составило 1,36 посещения на человека в год. Имелось всего 9 консультаций и 19 постоянных яслей на 550 коек. В городах работало всего лишь 14 810 врачей.

В сельских местностях в 1913 г. работало только 4 975 врачей; на 4 367 сельских врачебных участках было развернуто 49 087 больничных коек, что составляло 0,44 койки на 1 000 населения.

Государственных санитарных учреждений в дореволюционной России не было, имелись единичные лаборатории, пастеровские и малярийные пункты, дезучреждения, развернутые местными самоуправлениями или частными лицами.

Число санитарных врачей на всей территории бывшей Российской империи было около 250 человек, что вдвое меньше наличия в настоящее время санитарных врачей в одной Москве.

Помещичье-капиталистический режим царизма оставил советской власти тяжелое наследство: высокую заболеваемость рабочего класса и крестьянства, высокую общую и детскую смертность, непрекращающиеся эпидемии, низкий уровень общей и санитарной культуры населения. Основной задачей Народного комиссариата здравоохранения являлось коренным образом улучшить санитарное состояние страны — снизить смертность, ликвидировать эпидемии, поднять уровень санитарной культуры и организовать доступную квалифицированную медицинскую помощь населению.

В период гражданской войны и иностранной военной интервенции лучшая передовая часть медицинских работников с большим энтузиазмом начала работать над созданием государственной организации здравоохранения, которая в этот период должна была обеспечить выполнение главной задачи — борьбу с эпидемическими заболеваниями и медико-санитарное обслуживание Красной Армии.

Под руководством В. И. Ленина создавались медико-санитарные учреждения, рабочие тройки по борьбе с эпидемиями, санитарные комиссии; на фронт для борьбы с сыпным тифом посылались врачи и фельдшера. На VII Съезде советов в декабре 1919 г. т. Ленин говорил: «И третий бич на нас еще надвигается — вошь, сыпной тиф, который косит наши войска». Он говорил: «Товарищи, все внимание этому вопросу. Или вши победят социализм, или социализм победит вшей».

В этот период величайших трудностей все силы и средства советской власти были направлены на борьбу с интервентами, эпидемиями, голодом и разрухой.

В грозный момент, когда волна эпидемий в условиях гражданской войны и интервенции заливала всю страну, здравоохранение сыграло колоссальную роль — вошь и сыпной тиф были ликвидированы.

Ленин высоко оценил работу и энтузиазм, проявленный медицински-

ми работниками в тяжелой борьбе с сыпным тифом. В эти дни был заложен фундамент подлинного государственного здравоохранения.

Эти годы характеризовались объединением всех сил и средств на борьбу с эпидемическими заболеваниями, обеспечением медико-санитарного обслуживания Красной Армии и созданием базы для проведения широких оздоровительных мероприятий на основе изданных в эти годы законов по вопросам медицины.

Покончив с войной, советская власть стала переходить на рельсы мирного хозяйственного строительства. Необходимо было восстановить разрушенное народное хозяйство, привести в порядок промышленность, транспорт, сельское хозяйство. Но переход на мирное строительство пришлось проделать в чрезвычайно трудной обстановке. Победа в гражданской войне далась нелегко. Страна была разорена четырехлетней империалистической войной и трехлетней войной с интервентами.

Огромные трудности в эти годы, в годы восстановительного периода (1921—1925), переживало и советское здравоохранение. Уровень смертности, общей и детской, все еще оставался высоким.

Работая по ликвидации эпидемических заболеваний, органы здравоохранения вплотную подошли к более широкой организации медицинской помощи рабочим и крестьянам.

Начала восстанавливаться и расти сеть лечебно-профилактических и санитарных учреждений. Широко проводились лечебно-профилактические мероприятия по охране материнства и детства, в области борьбы с венерическими болезнями, туберкулезом, малярией, трахомой, чесоткой.

Начала развиваться санаторно-курортная помощь. Вопросы оздоровления населенных мест, вопросы оздоровления труда и быта выдвинулись на первый план.

1926—1929 гг. в области здравоохранения представляли этап дальнейшего расширения и строительства новых медико-санитарных, научных и научно-практических учреждений. Этот период характеризуется и тем, что значительно улучшилось медицинское оснащение и снабжение всем необходимым лечебно-профилактических учреждений, повысился и бюджет здравоохранения.

Санитарно-профилактическое направление в медицине особенно четко определяется в эти годы.

Однако отсутствие дифференцированного обслуживания отдельных групп населения в соответствии с их ролью в социалистическом строительстве при недостаточных еще размерах лечебной и санитарной сети в стране привело к разрыву между потребностью и степенью медицинского обслуживания этих групп населения.

Своим постановлением «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» от 18.XII.1929, имевшим историческое значение для здравоохранения, партия помогла органам здравоохранения навести это отставание и определила дальнейший путь развития здравоохранения. С этого момента здравоохранение, не снижая уровня обслуживания всего населения Советского Союза, взяло курс на дифференцированное обслуживание ведущих групп промышленного пролетариата и социалистического сельского хозяйства.

Годы первой пятилетки (1929—1932) характеризуются исключительным ростом лечебно-профилактической сети, особенно в национальных республиках. Учреждения внебольничной помощи по сравнению с прошлым периодом выросли за первую пятилетку на 42%. Количество больничных коек в городах выросло на 60%, в сельских местностях — на 80%. Постоянная ясельная сеть в городах и в сельских местностях увеличилась в 5 раз.

В области охраны здоровья детей и подростков в первой пятилетке также имеются большие сдвиги, особенно по созданию кадров врачей

ОЗДиП и организации детских профилактических амбулаторий и санаторных лагерей.

Расширена была и сеть курортов. Число санаторных коек выросло в 2 раза.

Большие успехи были достигнуты и в повышении качества работы лечебно-профилактических учреждений.

Особо необходимо отметить рост сети учреждений здравоохранения, обслуживающих промышленных рабочих, — здравпунктов и закрытых заводских поликлиник. Работа этих учреждений сыграла огромную роль в снижении заболеваемости и производственного травматизма среди промышленных рабочих.

В первую пятилетку выросла и санитарная организация; число санитарно-бактериологических лабораторий, так же как и дезинфекционных станций, увеличилось почти вдвое; количество санитарных врачей выросло в 1,8 раза.

Бурный рост промышленности, решение ЦК ВКП(б) о реконструкции Москвы, Ленинграда и других промышленных центров потребовали для своего осуществления не санитарного врача-универсала, а дальнейшей дифференциации санитарной организации, квалифицированных санитарных врачей, врачей специалистов в различных областях гигиены — коммунальной, промышленной, пищевой.

Перед санитарной организацией выдвинулись новые задачи — осуществление контроля за выполнением хозяйственными органами государственных санитарных нормативов.

Назрел вопрос о создании в наркомздравах государственной санитарной инспекции. 23.XII.1933 решением ЦК и СНК СССР в целях улучшения всего дела санитарного обслуживания населения в составе народных комиссариатов здравоохранения союзных республик была организована Государственная санитарная инспекция.

17-я Всесоюзная партийная конференция подвела основные итоги исторических побед Советского Союза и наметила на основе этих успехов еще более грандиозные задачи социалистического строительства во втором пятилетии.

На основе решений 17-й конференции ВКП(б) и XVII Съезда ВКП(б) в течение 1932—1937 гг. дальнейшие мероприятия по здравоохранению были направлены на расширение числа лечебных учреждений, на решительное улучшение качества обслуживания больных в лечебно-профилактических учреждениях, на внедрение в практику новых методов лечения и на проведение широких оздоровительных мероприятий, имеющих своей целью снижение общей и детской заболеваемости, снижение общей и детской смертности, снижение производственного травматизма, профвредностей и эпидемических заболеваний.

Особое внимание в эти годы было уделено на основании указаний товарища Сталина вопросам подготовки медицинских кадров.

Сеть высших и средних медицинских учебных заведений за период второй пятилетки выросла по медицинским вузам с 64 до 70 и по средним школам с 260 до 1151, количество врачей увеличилось по сравнению с первой пятилеткой на 38,8%, количество средних медицинских работников доведено до 304 000 человек.

Отмечая достижения в развитии лечебно-профилактических и санитарных мероприятий, XVI Всероссийский съезд советов (1935 г.) подвел итоги успехам советской медицинской науки, которая добилась крупнейших достижений и выдвинулась в мировой медицине на передовые позиции, особенно в области физиологии, бактериологии и эпидемиологии, хирургии и гематологии. Одновременно XVI Всероссийский съезд советов констатировал, что советское здравоохранение в своем развитии отстало от общего хозяйственного и культурного уровня страны и не удовлетворяет возросших потребностей грядущих масс.

Недостатки в деле здравоохранения сводились в основном к запущенности медицинского образования, резкому отставанию сельской медицины, недостатку медицинских кадров, низкому качеству работы лечебных учреждений, слабости санитарного надзора. Не выполнены были и плановые задания по развертыванию медицинских учреждений и яслей, намеченные второй пятилеткой.

XVI Всероссийский съезд советов признал решительный подъем дела здравоохранения важнейшей государственной задачей и невнимание к этому делу, с чьей бы стороны оно ни обнаружилось, признал необходимым рассматривать как прямое нарушение государственных интересов.

«Советская страна должна поднять этот важнейший участок до уровня, соответствующего достижениям в деле хозяйственного строительства, должна поднять свою санитарную оборону».

Решение XVI Всероссийского съезда советов «О работе и задачах народного здравоохранения в РСФСР» было положено в основу дальнейшей деятельности здравоохранения и определило дальнейший путь его развития.

Большое развитие во второй пятилетке получила работа государственной санитарной инспекции, была создана широкая сеть санитарных и дезинфекционных станций и пунктов. 26.VII.1935 СНК СССР было утверждено положение о ВГСИ.

Постановление ЦИК и СНК СССР от 27.VI.1936 «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах» явилось поворотным пунктом в деле расширения и укрепления родильной и ясельной помощи.

В 1936 г. был организован Народный комиссариат здравоохранения Союза как руководящий центр всем народным здравоохранением в стране.

В решениях исторического XVIII Съезда ВКП(б) о народнохозяйственном плане в третьей пятилетке дана программа завершения строительства социализма и постепенного перехода его от социализма к коммунизму: «Теперь, когда СССР сложился как социалистическое государство, закончил в основном техническую реконструкцию народного хозяйства и по уровню техники производства в промышленности и сельском хозяйстве стоит впереди любой капиталистической страны Европы, — теперь мы можем и должны во весь рост практически поставить и осуществить решение основной экономической задачи СССР: догнать и перегнать также в экономическом отношении наиболее развитые капиталистические страны Европы и Соединенные штаты Америки, окончательно решить эту задачу в течение ближайшего периода времени». Разрешению этой главной задачи была подчинена и деятельность органов здравоохранения.

XVIII Съезд ВКП(б) в своих решениях по третьей пятилетке так определил задачи в области здравоохранения: «Значительное усиление работы по здравоохранению трудящихся, по улучшению больничной помощи, по расширению санитарно-профилактических мероприятий, по оказанию родильной помощи роженицам и расширению детских больниц, по поднятию охраны труда и организации рабочего отдыха и физкультуры с увеличением государственных затрат на здравоохранение с 10,3 млрд. рублей в 1937 г. до 16,5 млрд. рублей в 1942 г.» [из решений XVIII Съезда ВКП(б)].

В свете решений XVIII Съезда ВКП(б) главнейшие задачи здравоохранения в третью пятилетку заключались в улучшении всех санитарно-гигиенических показателей, характеризующих состояние здоровья населения.

Повысившееся общее благосостояние населения Советского Союза

и мероприятия, проводимые органами здравоохранения в третью пятилетку, обеспечили дальнейшее снижение заболеваемости и смертности населения, увеличили трудоспособность, улучшили физическое состояние здоровья населения.

В частности, одной из основных задач этого периода была борьба за снижение детской смертности и в первую очередь борьба за сохранение жизни детей до 1 года. Это нашло отражение во всех мероприятиях здравоохранения, планируемых в третью пятилетку, особенно в разделе охраны материнства и младенчества.

Историческое постановление ЦИК и СНК СССР от 27.VI.1936 «О запрещении аборт, увеличении материальной помощи роженицам, расширении сети родильных домов, детских яслей и т. д.» практическое свое осуществление получило именно в эти годы.

Количество родильных коек, например, в городе и на селе выросло с 81 399 коек на 1.I.1937 до 141 873 койки на 1.I.1941. Количество ясельных мест за этот же период увеличилось в городе с 292 605 до 554 448 мест, а на селе количество постоянных и сезонных ясельных мест выросло с 3,3 млн. на 1.I.1938 до 4,3 млн. на 1.I.1941 г.

В период третьей пятилетки проводились широкие мероприятия по снижению заболеваемости и смертности детей и взрослых от туберкулеза, а также от злокачественных новообразований (рака).

В области уменьшения заболеваемости на первое место были выдвинуты все лечебно-профилактические мероприятия, обеспечивающие снижение заболеваемости малярией, дифтерией, корью, скарлатиной, дизентерией, брюшным тифом.

В этот период была решена задача расширения и укрепления сельских врачебных участков, вытекающая из решения СНК СССР от 23.IV.1938. Решена была также основная задача по подготовке кадров врачей и средних медицинских работников. Здравоохранение добилось того, что ежегодно медвузы страны стали выпускать 16 000 врачей и 85 000 средних медицинских работников.

Успешно решалась задача и повышения качества лечения в больницах и амбулаториях. Этому способствовало особенно то обстоятельство, что медицинская промышленность в третьей пятилетке безотказно давала лечебным учреждениям новейшую медицинскую аппаратуру, медикаменты и другое оборудование.

К этому периоду относится огромный размах производства бактериологических препаратов, рост санитарно-эпидемиологических станций, лабораторий, дезвооруженность.

Успешно разрешен ряд крупнейших теоретических вопросов медицинской науки и практики. По инициативе товарищей Сталина, Молотова, Ворсилова, Горького в 1932 г. создан Всесоюзный институт экспериментальной медицины (ВИЭМ). В решении СНК от 15.VII.1936 четко сформулированы основные задачи как ВИЭМ, так и всей советской медицинской науки. ВИЭМ и другими научно-исследовательскими институтами проделана громадная работа в области инфекций и инвазий: тифов, дизентерии, дифтерии, бруцеллеза, туляремии, вирусных инфекций (грипп, инфекционные энцефалиты), в области химии иммунитета, физиологии и патологии центральной нервной системы и органов чувств, нервной трофики и нейро-гуморальной регуляции, а также других вопросов.

В соответствии с указаниями товарища Маленкова на 18-й партийной конференции о наведении чистоты и порядка в промышленных предприятиях органы здравоохранения и их санитарная организация в кратчайший период добились больших успехов по улучшению санитарного порядка в городах и промышленных предприятиях.

Во всей системе мероприятий здравоохранения в годы сталинских пятилеток красной нитью проходит бурное развитие медико-санитарной

помощи в национальных республиках и отдаленных местностях Советского Союза.

Мудрая сталинская национальная политика особо ярко претворена в жизнь и в разделе здравоохранения. Не только заново созданы лечебно-профилактические учреждения, которых никогда не было в национальных республиках при царизме, но подведена твердая база для подготовки высших и средних медицинских национальных кадров в сети вузов и техникумов, созданных за годы существования советской власти. Открыты десятки научно-исследовательских институтов и лабораторий, где на основе ленинско-сталинского учения разрабатываются актуальнейшие проблемы медицины.

На основе неуклонного роста материального благосостояния и культуры страны вся система мероприятий, проводимых органами здравоохранения, дала значительные результаты, и здравоохранение к 25-й годовщине Октября приходит с исключительно благоприятными показателями здоровья трудящихся.

В нашей стране почти полностью ликвидирована эпидемическая заболеваемость. Главнейшие инфекции дали резкое снижение по сравнению с 1913 г.: брюшной тиф на 80%, дифтерия на 75%, скарлатина на 55%. Сыпной тиф, дававший в дореволюционное время эпидемические вспышки и очаги распространения, к 1941 г. в некоторых районах доведен до единичных случаев. Таких заболеваний, как чума и холера, страна не знает более двух десятилетий. Много лет нет у нас и оспы.

Многочисленные мероприятия по охране труда, усовершенствование техники, соблюдение санитарно-технических норм при строительстве новых предприятий и реконструкции существующих, развитие и приближение медико-санитарного и лечебно-профилактического обслуживания к трудящимся, расширение и улучшение общественного питания, качественное поднятие жилищно-коммунального обслуживания — вот далеко не полный перечень мероприятий советской власти, который не мог не сказаться на улучшении и расцвете состояния здоровья населения.

Выражением улучшения состояния здоровья могут служить показатели заболеваемости с утратой трудоспособности. Так, на 100 застрахованных приходится:

	Число случаев		Число дней	
	1928 г.	1940 г.	1928 г.	1940 г.
Каменноугольная промышленность	100	67	100	64
Добыча нефти	100	75	100	66
» железной руды	100	59	100	73
Резино-каучуковая промышленность	100	61	100	52
Стекольная промышленность	100	51	100	57
Лесопильно-фанерная промышленность	100	64	100	71
Кожевенная и меховая промышленность	100	54	100	52
Обувная промышленность	100	60	100	53
Черная металлургия	100	79	100	68
Бумажная промышленность	100	70	100	73

Следовательно, заболеваемость с утратой трудоспособности за время сталинских пятилеток снизилась от 25 до 50%.

Из отдельных форм заболеваний значительное снижение дали туберкулез органов дыхания (в 2½ раза), парывы, флегмоны и экземы (в 2 раза). Конъюнктивиты, аномалии рефракции и другие заболевания органов зрения снизились более чем в 2½ раза. Число случаев обращения по поводу заболеваний истерией, неврастений уменьшилось в 4½—5 раз и анемией почти в 6 раз. В 3½ раза снизились болезни женской половой сферы.

Проникнутое духом гуманности и заботы о человеке законодательство об охране беременности, родового и послеродового периода приводит к воспроизводству здоровых поколений новорожденных. Так, многочисленные работы о физическом развитии новорожденных указывают на прирост веса до 300—500 г в среднем.

Подъем санитарного состояния школ, широкий охват молодежи физкультурой и спортом, укрепление санитарно-гигиенических навыков положительно сказались на их физическом развитии в любом возрасте. Так, рост у десятилетних мальчиков Москвы по сравнению с довоенными данными увеличился на 4 см, вес на 1,6 кг, соответственно у девочек рост увеличился на 5,9 см, вес на 3 кг.

За период двух сталинских пятилеток рост, например, у 14-летних мальчиков, детей текстильщиков, увеличился на 2,5 см, вес на 1,2 кг и у девочек рост увеличился на 0,8 см и вес на 1,6 кг.

Обследование физического развития сельских школьников, произведенное к началу третьей пятилетки, обнаружило увеличение во всех возрастных группах мальчиков и девочек роста, веса и окружности груди. Так, у мальчиков 14 лет рост увеличился на 2,4 см, вес на 4,1 кг, окружность груди на 1,7 см.

Опубликованные в нашей печати сравнительные данные о физическом развитии рабочей молодежи, призванной в Красную Армию накануне и в конце первой пятилетки, констатируют также положительные сдвиги во всех показателях.

В какую бы область здоровья населения мы ни заглянули, всюду обнаруживается влияние социалистической культуры, гуманнейшего сталинского лозунга заботы о человеке, приведенного в действие всеми рычагами советского государства.

Эти достижения обусловлены также и тем, что советское здравоохранение есть подлинно народное здравоохранение. В организации профилактических мероприятий, в укреплении материальной базы лечебно-санитарных учреждений принимают участие широчайшие массы населения. Начиная от санитарных постов жилого дома, предприятия, советов содействия в лечебных учреждениях, общественно-санитарных инспекторов на фабриках, заводах и в колхозах, организаций РОКК и Полумесяца и кончая комиссиями здравоохранения советов депутатов трудящихся,— все направлено к тому, чтобы как можно лучше обслужить трудящихся, уберечь человека, сохранить ему здоровье.

Массовость и доступность санитарного просвещения и санитарной агитации помогают советскому гражданину, начиная со школьной скамьи, воспитывать в себе элементарные гигиенические навыки.

Наши успехи в деле оздоровления страны видят трудящиеся всего мира, видят и представители капиталистических стран. Артур Ньюсхоли и Адам Кингсбер, крупные авторитеты в области здравоохранения, после ознакомления с СССР выпустили книгу «Красная медицина в СССР», в которой пишут: «Советский Союз представляет единственное в мире государство, которое сумело основать и развить совершенную систему предупредительной и лечебной медицины по обслуживанию каждого отдельного человека — мужчины, женщины, ребенка — при помощи целой системы специальных учреждений».

Член Бельгийской палаты депутатов д-р Марто, неоднократно бывавший в нашей стране, дал следующую оценку нашего здравоохранения: «Как врач я могу по своему личному опыту человека, посетившего много стран, сказать, что ни в одной стране я не видел такой большой сети учреждений профилактического характера, как в СССР; я имею в виду санатории, ясли, учреждения охраны материнства и младенчества. Нигде не поставлена так широко охрана здоровья широких масс, как в советской стране».

Такого рода оценки нашего здравоохранения не единичны. Их можно привести в довольно большом количестве.

Успехи сталинских пятилеток в области здравоохранения обеспечили Советскому Союзу в период тяжелейшей борьбы с ненавистным фашизмом санитарно-эпидемическое благополучие в стране.

Наша страна, ее армия и тыл за истекшие 16 месяцев войны эпидемий не имели. Больше того, по ряду инфекций, например, по дизентерии, малярии, кори, скарлатине, мы имеем снижение по сравнению с довоенным периодом.

С самого начала Великой отечественной войны была развернута широкая сеть эвакуогоспиталей для лечения больных и раненых бойцов, командиров и политработников Красной Армии и Военно-Морского Флота. Лучшие здания и оборудование, наиболее современное медицинское оснащение для диагностики и терапии были переданы эвакуогоспиталям. Большая часть наиболее квалифицированных врачебных и средних медицинских кадров была направлена для работы в эвакуогоспиталях. Научно-исследовательские институты и кафедры медицинских вузов переклонились на разработку вопросов, имеющих целью наиболее высококачественное и быстрое восстановление сил и здоровья раненых и больных. Все, что знает современная медицинская наука, что дает современная медицинская техника, передается для практического использования в эвакуогоспиталях.

Советская система здравоохранения за истекшие 16 месяцев войны с немецким фашизмом обеспечила возврат 70% раненых и больных бойцов и командиров Красной Армии и Военно-Морского Флота из госпиталей в строй.

Постановка дела обслуживания и лечения раненых и больных воинов в госпиталях Наркомздрава позволила снизить смертность до минимума, и она не превышает на весь период войны 1%.

Правительство оценило эту работу медиков и наградило многих из них орденами и медалями.

Мероприятия органов здравоохранения по медицинскому обслуживанию населения в военное время не снижены, а по обслуживанию рабочих оборонной промышленности и детей даже усилены.

За 25 лет существования советской власти много славных имен дала медицина. Такие медики, как Павлов И. П., Бурденко Н. Н., Абрикосов А. И., Богомолец А. А., Сперанский А. Д., Орбели Л. А., Филатов В. П., Семашко Н. А., Соловьев З. П., Молюков А. В., Павловский Е. Н., Аничков Н. Н., Гурвич А. Г., Скрябин К. И., Джанелидзе Ю. Ю., Спасокукоцкий С. И., Штерн Л. С., Ланг Г. Ф., Петров Н. Н., Юдин С. С., Шевкуненко В. Н., Воячек В. И., Авербах М. М. и многие другие, немало сделали для процветания нашей советской медицинской науки.

Сотни и тысячи замечательных медицинских работников самоотверженно работали на поприще советской медицины в мирное время, а теперь, в период войны, бесстрашно, не жалея сил, пренебрегая смертью, на передовых позициях в полевых лечебных учреждениях спасают жизнь доблестных бойцов и командиров Красной Армии и Военно-Морского Флота.

Тысячи патриотов-медиков с энтузиазмом работают в лечебно-профилактических и санитарных учреждениях тыла, оберегая здоровье и работоспособность трудящихся, сохраняя санитарно-эпидемическое благополучие страны.

Много имен этих славных патриотов фронта и тыла войдет в историю борьбы Советского Союза с немецким фашизмом.

Коммунальная гигиена и жилищно-коммунальная санитария в СССР за 25 лет

В царской России с ее громадным численным преобладанием сельского населения над городским и низким уровнем общей культуры весьма слабо было развито общее санитарное благоустройство. Не было законодательства в этой области. Не существовало государственных органов, ведающих этими вопросами. Города и населенные пункты отпускали на санитарные цели ничтожные средства. Не было никаких специальных научных учреждений по изучению санитарных вопросов; частично они разрабатывались лишь немногочисленными (тринадцатью) университетскими кафедрами гигиены.

Из отдельных литературно-обследовательских работ этого рода можно указать только на несколько официальных изданий и на отдельные труды общественных организаций (Пироговское общество врачей и Постоянное бюро водопроводных съездов). Медицинский департамент Министерства внутренних дел в 1895 г. опубликовал в печати результаты санитарного обследования городов под названием «Санитарное состояние городов в Российской империи», а в 1912 г. — «Водоснабжение и способы удаления нечистот в городах России». Пироговское общество врачей издало несколько трудов на те же темы (работы Чертова и Жбанкова). Сюда же относятся некоторые работы местных земских и городских санитарных организаций и ряд изданий Постоянного бюро водопроводных съездов (Данилов, Водопроводы русских городов, М., 1912). Из отдельных монографий надо указать на работу проф. Хлопина «Города Поволжья», куда вошли данные обследования Астрахани, Царицына и Самары в связи с холерной эпидемией (1910 г.) и «Рабочие поселки Урала» (1916 г.).

Эти мало систематизированные и стрывочные материалы все же достаточно отчетливо характеризуют низкий уровень санитарного благоустройства страны и отсутствие необходимых забот в данном отношении со стороны государственных и общественных органов. Достаточно указать, что по официальным данным Министерства внутренних дел (1911 г.), обследовавшего благоустройство 1 063 городских поселений, центральное водоснабжение имелось лишь в 219 городах (20,6%), канализационные коммунальные сооружения — в 19 городах, причем часть сооружений только строилась. Из 878 городов нечистоты удалялись исключительно путем вывоза, причем только в 747 городах часть отходов вывозилась на свалки, устроенные крайне упрощенным способом. Ассенизационные обозы существовали в 395 городах (из них только 152 обоза были муниципальных). Замощение в городах охватывало лишь 25% площади улиц. 12% городов вообще не имели уличного освещения и лишь 134 города (13%) освещались электричеством, 104 — газом, остальные же довольствовались керосином. Зеленые насаждения (парки, сады) занимали около 1% городских площадей. Жилой фонд был недостаточен и неблагоустроен. В Москве в 1912 г. числилось 21 065 квартир с населением в 283 300 человек, где жильцам сдавались отдельные койки и каморки (так называемые коечно-каморочные квартиры). К 1917 г. таких квартир было уже 27 095 с числом жителей в 340 589 человек. В Петербурге «угловых» жильцов насчитывалось в 1912 г. 150 000. В особо тяжелых условиях жило население рабочих центров и совершенно заброшенной областью были вопросы благоустройства села.

Высокие цифры смертности, эпидемической и бытовой заболеваемости (прежде всего тифами) и широкое распространение туберкулеза в царской России в значительной степени связаны именно с этим низким уровнем санитарного благоустройства населенных мест.

На фоне такого санитарного неблагоустройства особенно отрицательно сказывалось отсутствие планомерного санитарного надзора. В последние дореволюционные годы в земской России имелось всего лишь 257 санитарных и эпидемических врачей. Деятельность общественных санитарных органов (земских и городских) обычно почти не затрагивала жилищно-коммунальных вопросов.

Октябрьская революция коренным образом преобразила весь строй старой России. На новой социально-экономической базе перестроилось и стало быстро развиваться благоустройство населенных мест. Из отсталой непромышленной страны старая Россия превратилась в крупную индустриальную. Были созданы новые промышленные районы, резко выросли старые (Урал, Донбасс, Кузбасс, Казахстан); страна покрылась сетью совхозов и колхозов.

«Мы имеем теперь новую, социалистическую экономику, не знающую кризисов и безработицы, не знающую нищеты и разорения и дающую гражданам все возможности для культурной и зажиточной жизни» (доклад товарища Сталина на Чрезвычайном VIII Всесоюзном съезде советов).

Индустриализация страны вызвала громадный рост городского населения. Если в 1897 г. (первая перепись в России) удельный вес его составлял 11,5%, то в 1926 г. он повысился до 17,6%, а в 1939 г. составил 32,8%, т. е. на долю городских жителей приходилась почти треть населения страны. За 12 лет (1926—1939 гг.) на территории Союза возникло 213 новых городов и 1 323 городских поселка. В 1939 г. 174 города имели население свыше 50 000 человек и 82 города — свыше 100 000. Только США по количеству крупных городов с числом жителей свыше 100 000 (94) превышает СССР.

Рост городов шел одновременно с изменением их культурного и коммунального благоустройства. Лишь за две сталинские пятилетки на жилищное строительство в городах затрачено было свыше 17 млрд. рублей, а на их благоустройство — около 8,5 млрд. (только по системе НКХоза). На третью пятилетку намечено было строительство 35 млн. кв. метров новой жилой площади, не считая 10 млн. кв. метров индивидуального строительства.

Резко изменилось и лицо деревни. Широко развернулось на селе строительство клубов, школ, кино, магазинов, изб-читален, больниц, детских домов. Появились сельские водопроводы, мостовые, электростанции, парки, общественные зеленые насаждения. В этом культурном строительстве приняли самое широкое участие как хозяйственные предприятия (новостройки, промышленные органы), так и органы коммунального хозяйства и здравоохранения.

В созданном в 1918 г. Народном комиссариате здравоохранения РСФСР в составе санитарно-эпидемиологической секции была организована жилищно-коммунальная группа с санитарно-техническим подотделом. Так возникла первая советская государственная санитарная организация по жилищно-коммунальному делу. Позднее из НКВнутдела выделились самостоятельные наркоматы коммунального хозяйства. С тех пор наркомздравы и наркомхозы согласованно руководят всем жилищным делом и благоустройством населенных мест страны.

Основная работа санитарных органов в то время — борьба с эпидемиями — не заслонила задач санитарного оздоровления и благоустройства. Об этом говорят постановления ряда созывавшихся многочисленных центральных и местных съездов санитарных врачей, эпидемиологов и бактериологов. В октябре 1919 г. в Москве был созван съезд по вопросам жилищной гигиены и борьбы с социальными болезнями, а в сентябре

1921 г. в Москве же состоялся I Всероссийский съезд по оздоровлению городов, созданный совместно НКЗдравом и НКВнутделом, который тогда ведал коммунальным хозяйством. В дальнейшем эти вопросы обсуждались в соответствующих секциях всесоюзных съездов санитарных врачей, эпидемиологов и бактериологов, а также на очередных всесоюзных водопроводных и санитарно-технических съездах, созывавшихся ВНИТО водоснабжения и санитарной техники, в которых в значительной части участвовали и санитарные врачи.

Перед новыми, созданными революцией санитарными органами республики сразу встали всей своей массой многочисленные вопросы оздоровления страны. В первые же послереволюционные годы был издан ряд законодательных постановлений правительства по основным вопросам санитарного и противоэпидемического дела и проведен ряд организационных мероприятий по построению центральных и местных санитарных органов. Быстро стали расти кадры санитарных врачей. До революции в России было всего лишь 250 санитарных врачей всех специальностей, а в 1923 г. в СССР насчитывалось уже около 1 300 санитарных врачей, занимавшихся в основном жилищно-коммунальными вопросами.

По данным Центрального управления народнохозяйственного учета Госплана СССР (ЦУНХУ), на 1.I.1936 г. в СССР было в учреждениях всех ведомств и организаций (кроме воздушного транспорта) 5 186 санитарных врачей всех специальностей в городских поселениях и из них по жилищной санитарии 582, или 11,3%.

Уже в первый послеоктябрьский период (1917—1921 гг.) установилась тесная организационная связь между санитарными и коммунальными органами. В 1919 г. было опубликовано за совместными подписями заинтересованных наркоматов «Положение» о взаимоотношениях санитарных и коммунальных органов в их общей работе. 15.IX.1922 СНК РСФСР издал первый декрет «О санитарных органах республики», предусматривавший специализацию санитарного дела и, в частности, выделение специальных жилищно-коммунальных санитарных врачей.

Дальнейшему укреплению жилищно-коммунального санитарного надзора способствовало изданное СНК РСФСР 8.X.1927 г. новое «Положение о санитарных органах», в пункте 3 которого указывается: «К предметам ведения санитарных органов республики относятся: а) санитарная охрана воды, воздуха и почвы; б) санитарная охрана населенных мест; в) санитарная охрана жилищ и мест общественного пользования и специального назначения». Таким образом, во главу санитарной работы были поставлены вопросы общего санитарного благоустройства и оздоровления внешней среды и условий жизни населения. В эти органы как обязательная их составная часть вошли и специализированные кадры по жилищной санитарии (пункт 5). Постановление СНК РСФСР от 10.II.1928 г. «О нормах санитарных органов и учреждений» установило дополнительно к общесанитарному надзору в городах с населением свыше 50 000 жителей по одной должности жилищно-санитарного инспектора на каждые 25 000 жителей. В городах с населением менее 50 000 жителей и в сельских местностях функции жилищно-санитарного надзора были оставлены за общесанитарными врачами. Такая же специализация была введена на железных дорогах и водном транспорте. К этому же времени в институтах и лабораториях оформились кадры (правда, еще очень недостаточно) научных работников в области жилищно-санитарного дела. После создания (постановлением ЦИК и СНК СССР от 23.XII.1933) Всесоюзной государственной санитарной инспекции в ее составе были сохранены полностью в центрах и на местах специализированные кадры жилищно-коммунального санитарного надзора.

В условиях быстро растущего социалистического строительства при наличии твердых законодательных актов, определяющих права и задачи санитарного надзора, при расширении сети санитарных учреждений и

росте их кадров жилищно-санитарное дело в СССР получило за истекшие 25 лет широкий размах. Оно добилось ряда крупных достижений в области жилищно-санитарного законодательства по линии улучшения жизни населения путем проведения соответствующих мероприятий, обеспечивающих рост и развитие благоустройства населенных мест и материальной культуры страны и, наконец, в отношении привлечения самого населения к борьбе за подъем санитарной культуры.

В первый период советской власти был издан ряд законов, которые, поднимая общее благоустройство страны в области охраны жилищ, воды, воздуха и почвы (водоснабжение, очистка и пр.), главным образом имели в виду и одновременную борьбу с пандемиями того времени. Во второй период (1922—1927 гг.) был разработан ряд санитарных нормативов, оформленных в виде правительственных распоряжений. Сталинские пятилетки дали ряд законодательных актов, обязывавших хозяйственные и ведомственные органы осуществлять санитарные требования и нормативы, зачастую в плановом порядке с календарными датами выполнения (например, закон о санитарной охране водоемов 17.V.1937 г.). Одновременно широко проводилась разработка и утверждение стандартов и ОСТ, обязательных при постройках и эксплуатации сооружений и предприятий (ОСТ о промышленном строительстве с крупными коммунальными разделами — о сточных промышленных водах и планировке промышленных предприятий).

Соответственно развитию жилищно-санитарного законодательства развивалась и практика коммунального жилищно-санитарного надзора. Санитарные органы Союза в первый период своей деятельности (1917—1927 гг.) провели обширную работу по санитарному изучению страны в целом и по отдельным республикам, областям и районам. Проведен был ряд обследований общего их санитарного состояния, водоснабжения, очистки жилищ как в городах, так и в селах, на железнодорожном транспорте и пр. К сожалению, этот чрезвычайно ценный материал опубликован был лишь частично; большая же часть его осталась неразработанной и недоступной для широкого использования.

Проведены были большие работы по обследованию и санитарному описанию многих городов в связи с составлением проектов их планировки. Некоторые работы послужили темами диссертаций на научные степени (Алма-Ата — проф. Н. Н. Попов, Могилев — проф. З. Г. Могилевчик). Ряд работ по санитарному изучению Донбасса был опубликован в двух сборниках, изданных Украинским институтом коммунальной гигиены («Донбасс, его санитарное изучение и оздоровление» под редакцией проф. А. Н. Марзеева, 1936). Большой интерес представляет исследование проф. Марзеева «Жилища и санитарный быт сельского населения Украины» (1924). Подробнее и полнее оно было повторено Украинским институтом в последующие годы (1935—1936), уже в период колхозного строительства. Такие же работы проведены и в других республиках и областях. По РСФСР была опубликована в 1928 г. сводная работа «Сельское жилище» под редакцией проф. А. Н. Сысина и Е. А. Брагина, охватившая монографические материалы по 13 губерниям РСФСР. Такова же сводная работа по планировке и застройке селений (под той же редакцией, Москва, 1930). Отдельные обследования опубликованы по бывшей Нижегородской губернии (д-р Готов), по Воронежской (д-р Ткачев), по Белоруссии (д-р Могилевчик), по бывшей Владимирской губернии (д-р Рябов), по бывшей Донской области и др. Обследование сельского строительства затронуло ряд областей.

Аналогично этому в первое десятилетие советской власти широко проводилось и обследование сельского водоснабжения для выработки мероприятий по его улучшению. Местами были организованы конкурсы на лучшие проекты сельского жилища и на разработку рационального типа построек. Это дело получило более широкий размах уже позднее.

в колхозный период сельского строительства. Союз архитекторов выпустил в 1940 г. интересные материалы по подобному проектированию.

Много обследований санитарного характера было проведено по водоемам страны в связи со строительством водопроводов, канализаций и водохранилищ. По санитарному обследованию водоемов работы велись институтами: Государственным институтом коммунальной гигиены, Свердловским, Саратовским, Вологодским, Тбилисским, Бакинским, Ташкентским, Сталинградским, Минским, Ивановским и др. Часть материалов сведена в работы общего характера (проф. С. Н. Строганов, «Загрязнение и самоочищение водоемов», Москва, 1938, издание Института коммунальной гигиены).

Жилищно-санитарное законодательство за 25 лет охватило все отрасли коммунальной санитарии, т. е. планировку, застройку, жилищный надзор, охрану воды (водоснабжение), почвы (очистка населенных мест, сточные воды), воздуха, общественных зданий и построек.

Поскольку важнейшей задачей в первые годы после революции явилась борьба с эпидемиями, коммунально-санитарное законодательство того времени, естественно, было тесно связано с этим делом. Таков был декрет СНК РСФСР «Об обеспечении населения республики банями», который предусматривал в целях борьбы с сыпным тифом муниципализацию бань в городах. В развитие этого декрета были изданы 4.IX.1920 «Санитарные правила для бань». Еще ранее (31.XII.1918) было опубликовано постановление НКЗдрава о мерах очистки мест скопления населения, а затем ряд постановлений, направленных к тем же целям, по организации так называемых «недель» («неделя очистки», «неделя водоснабжения», «банная неделя»). В течение этих «недель» осуществлялись при широком участии населения простейшие мероприятия санитарно-технического характера по возможности во всех населенных пунктах республики.

21.III.1921 г. был опубликован декрет СНК «О мерах по улучшению водоснабжения, канализации и ассенизации в республике». Та же забота правительства была проявлена в издании постановления от 19.VII.1921 г. «О привлечении населения к ремонту водопровода и канализации в муниципализированных домах». В 1921 г. издано было первое распоряжение НКЗдрава о хлорировании воды для мелких установок, в котором изложены методы хлорирования. 12.XI.1923 г. опубликовано положение НКЗдрава «О нормах чистоты сточных вод, спускаемых в водоемы», впервые регулирующее законодательным путем этот важный санитарный вопрос. Несколько позднее (1.IX.1924) был сделан первый шаг в области охраны водопроводов опубликованием совместного циркуляра НКЗдрава и НКВнудела «О мероприятиях по установлению зон санитарной охраны водопроводов». Оба эти законодательных акта впервые поставили в СССР вопросы охраны водоемов от загрязнения сточными водами и защиты от тех же загрязнений источников питьевого водоснабжения. Изданный в 1937 г. основной закон «Об охране водоемов» объединил эти задачи и подытожил опыт работы санитарных органов за 15 лет в данной области. Наконец, в 1926 г. те же два народных комиссариата издали распоряжение «О проведении регулярного надзора и лабораторного контроля за центральным водоснабжением».

Указанными распоряжениями периода 1918—1925 гг. заложены были основные принципы водно-санитарного законодательства, более широко оформленного в последующие годы. Был установлен тесный контакт с коммунальными органами в той же области. От чисто противоэпидемических мероприятий практика санитарной работы переходит впоследствии на более высокую ступень — охрану воды как постоянную задачу государственных органов.

Этот переход широко отражен в законодательстве уже 1927—1932 гг. Рост количества водопроводов с использованием открытых водоемов как

источников водоснабжения, с одной стороны, и все увеличивающееся загрязнение водоемов промышленности сточными водами — с другой, привели к изданию новых законодательных актов санитарного характера. 6.VII.1928 специальным постановлением СНК РСФСР «Об установлении зоны санитарной охраны водных источников, служащих для центрального водоснабжения городов и рабочих поселков», предписана обязательность организации таких зон для всех водопроводов. Положением об охранных зонах, утвержденным НКЗдравом и НКВнутделом 10.X того же 1928 г., установлены были детальные правила по этим вопросам, предусматривавшие выделение трех зон: «строгого режима», «ограничений» и «наблюдения», с указанием тех санитарных мероприятий, которые должны проводиться в границах каждой зоны. Аналогичные законы были изданы во всех союзных республиках. В 1929 г. НКЗдрав РСФСР издал новые «Санитарные правила по хлорированию питьевых вод». Эти правила и постановление СНК от 14.V.1932 «О мероприятиях по улучшению санитарного состояния новостроек и городов» уточнили обязанности коммунальных органов в данной области. Раздел III этого очень важного постановления СНК, изданного в начальный период широкого строительства новых городов и промышленных предприятий, обязывает горсоветы во всех городских и рабочих поселениях, имеющих центральное водоснабжение, обеспечить устройство охранных зон и установить ежедневный санитарный лабораторный контроль питьевой воды на водопроводных станциях и в водопроводной сети с помощью организованных на всех водопроводах специальных лабораторий. Санитарные правила 15.V.1929 по хлорированию воды на водопроводах устанавливают обязательность хлорирования при ряде показаний.

Законодательство союзных республик пошло еще дальше. В опубликованном 25.XI.1932 постановлении СНК Украины «Об охране чистоты воды» предусмотрен ряд запретительных норм по обеспечению охраны поверхностных и подземных водоемов и вод. Запрещается загрязнение открытых водоемов спусканием в них без очистки и без разрешения санитарного надзора сточных промышленных вод, сбросом навоза и мусора и пр.; запрещается устройство поглощающих ям, если они могут загрязнить почвенные воды; не разрешается использование артезианских скважин для сброса в них загрязняющих веществ и стоков. Тем же законом введен предварительный санитарный надзор при строительстве установок для спуска сточных промышленных вод. Предприятия, не имеющие очистных сооружений для сточных вод, обязаны разработать проекты таких сооружений и представить их в Центральный санитарно-технический совет НКЗдрава Украины.

16.V.1929 приняты для РСФСР «Санитарные правила о спуске сточных вод с территорий населенных мест, фабрично-заводских и промышленных предприятий, жилых и других зданий и сооружений». Это также очень важный документ, впервые устанавливающий в нашей стране санитарные нормативы в данной области. В дальнейшем в законе от 17.V.1937 г. и в «Положении» по этому вопросу (1938 г.) были даны более развернутые правила. Законодательство водно-санитарного характера завершилось в 1937 г. изданием уже упомянутого выше постановления СНК СССР и ЦИК от 17.V «О санитарной охране водоемов и источников водоснабжения», в котором как бы подытожены все предшествующие распоряжения по этим вопросам и даны конкретные практические директивы. Закон от 17.V в первой своей части окончательно устанавливает обязательные отныне для всего Союза зоны санитарной охраны как открытых, так и подземных источников водоснабжения, питающих водопроводы. Проекты зон должны составляться одновременно с проектированием самих водопроводов. При организации зон обязательно заключение санитарного надзора. Вторая часть этого закона предусматривает охрану вообще всех водоемов от загрязнения сточными промышленными водами:

«Всем без исключения предприятиям запрещается спускать вредные для здоровья или загрязненные сточные воды в границах зоны санитарной охраны, а также в пределах всей территории населенного пункта» (пункт 11). Предприятия обязаны очищать сточные воды перед их спуском в общественные водоемы. Дан был шестилетний срок (до 1942 г.) для выполнения этого требования. В противоположность ранее действовавшим правилам о спуске сточных вод в водоемы (1929 г.), новый закон и издаваемые в развитие его «Правила спуска сточных вод в открытые водоемы», утвержденные ВГСИ 2.II.1938, устанавливают новые принципиальные основания для этих требований. Помимо регламентации условий, которым должны удовлетворять состав и характер сточных вод, вводится и другой фактор — состояние самого водоема, куда спускаются эти воды, его мощность, размеры, гидрологические и гидрохимические моменты. Все водоемы разделяются на 5 категорий в зависимости от характера их использования. К спускаемым в них сточным водам предъявляются различные требования, точно указанные в «Правилах», в соответствии с характером водоема.

Эта детальная регламентация вошла с некоторыми коррективами в «Общесоюзные санитарные нормы и правила строительного проектирования промышленных предприятий» (ОСТ 90014-39, утвержденный в 1939 г.)¹. Закон от 17 мая 1937 г. является одним из основных санитарных законов страны и представляет собой крупное достижение в деле благоустройства населенных мест. Вместе с тем он имеет и большое народнохозяйственное значение в области охраны водоемов, охраны рыбных промыслов, судоходства и пр.

Следует упомянуть и об изданных еще 6.I.1930 правилах по хлорированию сточных вод. В связи со строительством новых крупных водохранилищ и каналов в последние годы были также опубликованы постановления о санитарных требованиях и в этой области. Таковы закон «О санитарной охране канала Москва — Волга» (27.I.1936) и соответствующее постановление Президиума Московского областного исполнительного комитета от 2.IX.1936 об установлении зоны санитарной охраны этого канала, несущего воды Волги в Москву и питающего новый ее водопровод (Сталинская станция).

Высокая техника водопроводного дела позволила, наконец, установить законодательным путем и стандарт качества воды, подаваемой в хозяйственные и питьевые водопроводные сети. Стандарт этот утвержден НКЗдравом и НКХозом РСФСР в 1939 г. и переработан в 1941 г.

В развитие перечисленных законов НКЗдравом, НКХозом и другими ведомствами издан был ряд и дополнительных распоряжений, обеспечивающих санитарное состояние самих сооружений по водоснабжению и удалению сточных вод. Ряд местных советов в свою очередь издал аналогичные обязательные постановления.

Мы можем утверждать теперь, что водно-санитарное законодательство СССР является достаточно полно разработанным и отвечает санитарным требованиям.

Вопросы очистки населенных мест пока еще не разрешены законодательным порядком в общесоюзном масштабе, однако и в этой области сделано много предварительных шагов. Практика шла здесь иными путями — методом местных решений и мероприятий по линии строительства сооружений и применения на местах различных способов очистки.

Известную организующую роль сыграло в данном отношении проходившее в 1937 г. в Ленинграде Всесоюзное совещание по очистке городов, которое вынесло ряд принципиальных решений. Была принята как наиболее удобная и рентабельная так называемая «коммунальная

¹ В 1942 г. ОСТ 90014-39 пересмотрен, причем этот раздел не подвергся существенным изменениям.

система очистки», т. е. муниципализация сбора и вывоза по графику отбросов и нечистот техническими силами и средствами городов при одновременной оплате всех расходов по вывозу домовладениями. Введенная в ряде городов СССР, эта система вполне себя оправдала. Перед войной подготовлено было издание общего закона, оформлявшего обязательность введения в городах данной системы очистки. Одновременно установилась практика составления отдельными городами общих единых проектов всех видов очистки (ассенизационное дело, мусороудаление, сбор утиля, очистка и поливка улиц, удаление снега, содержание кладбищ и пр.) с соответствующими техническими документами и сметами.

СНК РСФСР в изданном 14.V.1932 г. декрете «О мероприятиях по улучшению санитарного состояния городов и новостроек» постановил широко провести ряд мер по поднятию благоустройства населенных мест страны. В декрете изложены обязанности горсоветов в деле очистки (уборка домовладений и мест общественного пользования, институт дворников, отвод мест для вывоза отбросов и т. д.). Такие же указания даны в совместном циркуляре НКЗдрава и НКХоза РСФСР от 16.V.1935 г., где определены функции государственной санитарной инспекции в области очистки. Многие положения по очистке изложены в отдельных постановлениях НКЗдрава (ВГСИ) и других ведомств. Эти распоряжения касаются устройств кладбищ (1929 г.), общественных уборных (1937 г.), складов животных продуктов, хранения утиля и пр.

В изданном в 1939 г. специальном сборнике «Организация очистки городов (задания, методика, нормы, правила)» Центральным институтом коммунальной гигиены собраны и проработаны все имеющиеся в данной области материалы инструктивного характера, а также методы очистки и нормативы очистительных сооружений. В последнее время стали широко пропагандироваться почвенные способы очистки и компостирование. Война внесла ряд упрощений в эти способы.

Совершенно новой отраслью коммунального хозяйства и санитарного надзора явились вопросы планировки и застройки населенных мест. В дореволюционной России вообще не было законодательства, регулирующего планировку городов. Имелись лишь отдельные распоряжения о пожарных разрывах и некоторые указания по застройке зданий. Муниципализация городских земель и домовладений поставила на очередь вопросы перепланировки старых городов и расширения их границ. Вместе с тем рост старых городов и постройка новых также выдвинули те же вопросы как чисто практическую задачу. Поэтому уже в 1922 г., а затем в 1925 г. даны были первые указания по обязательности составления проектов планировки городов.

Постановлением ЦИК и СНК СССР от 27.VI.1933 «О составлении и утверждении проектов планировки и социалистической реконструкции городов и других населенных мест» установлен порядок и сроки подготовки этих основных городообразующих документов. В постановлении указывается, что проекты планировки должны обеспечить создание наиболее благоприятных условий труда и жизни населения. В постановлении ВЦИК и СНК РСФСР от 20.I.1934 «Об устройстве населенных мест» это основное требование гигиенического и бытового характера уже разбивается более детально. В пункте 4 указывается, что «Проекты планировки населенных мест должны составляться на основе полной увязки всех элементов производства, энергетики, транспорта, благоустройства, гигиены и культуры и их взаимной между собой зависимости с учетом перспектив развития». В дальнейшем по тем же вопросам были изданы подробные указания НКХоза и инструкции НКЗдрава.

Участие в разработке этих вопросов санитарных органов обеспечило интересы гигиены. Были выдвинуты вопросы санитарной охраны атмосферного воздуха в городах от загрязнения его выбросами топок промышленности и жилых зданий,— газами, дымами, пылью, посредством

правильного соотношения территорий, занятых промышленными предприятиями и жилыми кварталами, а также сохранения в городах достаточного количества «свободных пространств», включая сюда и зеленые насаждения как своего рода резервуары чистого воздуха. Далее, предусмотрен ряд специальных мероприятий, направленных непосредственно против загрязнения воздуха (обязательное устройство дымо- и газовыхловителей, сжигание газа, герметизация технологических процессов и пр.). Перед Великой отечественной войной почти все города Союза приступили, а многие уже закончили разработку проектов своих планировок. В данной работе и в центре, и на местах приняли участие санитарные органы и научные гигиенические учреждения.

В 1934 г. Институтом коммунальной гигиены и Государственным институтом строительства городов (Гипрогор) совместно были разработаны и изданы в виде отдельного сборника «Санитарные требования при планировке городов и районов». В «Требованиях» детально изложены задания и нормативы по выбору места, по размещению отдельных элементов города (промышленные предприятия, жилые кварталы, зеленые насаждения), по сети санитарно-технических сооружений, сети культурно-общественных учреждений и зданий и т. д. Это не официальные нормативы, но фактически они в основном определяют ныне практику проектирования планировок.

Постановление СНК СССР от 10.VII.1935 «О генеральном плане реконструкции Москвы» дало уже ряд четких санитарных нормативов в этой области, и хотя они и касались только Москвы, но являются общепризнанными в советской практике планировки городов. В этом постановлении основные нормативы определяют размеры жилого квартала и плотность населения. Намечено постепенное освобождение Москвы от особо опасных для здоровья населения предприятий, а также отдельных (большей частью мелких) предприятий, мешающих новой планировке улиц и площадей города. I.X.1935 были изданы правила о застройке Москвы, утвержденные СНК СССР.

В последующие годы неоднократно разрабатывались проекты детальных норм планировки и застройки, которые должны были завершиться изданием обобщающего закона. Этому помешала война. И здесь, наряду с основными органами коммунального хозяйства, в работе приняли участие органы государственной санитарной инспекции и институты гигиены.

В 1939 г. подготовленные научными институтами системы НКЗдрава (Институт коммунальной гигиены, Санитарный институт им. Эрисмана) нормы разрывов, т. е. расстояний между промышленными предприятиями и жилыми кварталами для разных видов промышленности, были введены в ОСТ 90014-39. В 1932 г. эти нормативы подверглись частичному пересмотру и вошли в новый ОСТ.

В связи с этой новой отраслью работы санитарных органов Главной госсанинспекцией РСФСР были изданы 24.VIII.1935 инструкции по планировке населенных мест. Опубликованы также инструкции по санитарной охране атмосферного воздуха (ГСИ РСФСР 8.VIII.1937, Всесоюзной госсанинспекцией 15.X.1939). Аналогичные нормативы по постройке и реконструкции населенных мест были изданы и по УССР (в частности, отметим постановление Центрального санитарно-технического совета при НКЗдраве Украинской ССР от 20.XI.1933).

Такой же регламентации подвергались санитарные требования о зеленых насаждениях в городах. В УССР был издан специальный закон «О зеленых насаждениях в городах и поселках городского типа» (постановление СНК УССР от 12.IX.1931).

Наиболее трудной и ответственной отраслью работы санитарных органов, особенно в первые годы после революции, была область жилищно-санитарного надзора. Муниципализация домовладений и «жилищный пе-

редел» в городах вызвали массовое переселение трудящихся из подвалов и каморок в благоустроенные жилища. В связи с этим сразу был поставлен вопрос о планомерном участии в данной работе санитарных органов и об организации жилищно-санитарного надзора. 15.VI.1919 был опубликован за подписью Ленина исторический декрет «О санитарной охране жилищ», пункт I которого гласит: «Установить в республике организацию жилищно-санитарного надзора за жилыми помещениями через специальную жилищно-санитарную инспекцию». 6.VI.1921 был издан новый декрет «Об объединении всего дела санитарной охраны жилищ в Народном комиссариате здравоохранения».

В развитие декрета 17.VII.1919 НКЗдрав издал «Временные правила устройств и содержание жилых помещений». В них изложены были первые жилищные нормативы. В дальнейшем при издании различных строительных правил эти нормативы видоизменились, но основная норма — жилая площадь на одного человека в 8,25 м² — остается неизменной и поныне. Она подтверждена в инструкциях НКХоза и НКЮста РСФСР от 29.I.1934 «О порядке изъятия излишков жилой площади».

Одним из последующих законов по охране жилого фонда и санитарному надзору за ним является постановление ЦИК и СНК СССР от 13.X.1937 «О сохранении жилищного фонда и об улучшении жилищного хозяйства в городах». Многочисленные правила санитарного характера о содержании жилищ, о приеме вновь построенных зданий, о внутреннем распорядке в квартирах, о мерах борьбы с домовым грибком и др. уже детально регламентируют отдельные стороны санитарного надзора за жилищами. Особого внимания заслуживает также постановление Совнаркома СССР от 23.V.1934 г. «Об улучшении жилищного строительства», установившее ряд основных санитарных норм, обязательных для всех проектирующих и строящих организаций.

В правилах внутреннего распорядка в квартирах, изданных НКХозом РСФСР от 24.I.1938, в разделе 3 («Санитарные правила») детально сформулированы требования по поддержанию санитарного состояния жилых помещений (уборка и проветривание квартир, удаление отходов, борьба с насекомыми и грызунами, стирка белья, содержание животных и пр.).

Неоднократно переиздавались правила по устройству и содержанию общежитий. В последний раз они были пересмотрены и утверждены ВСЦИ 16.VII.1942.

Много постановлений и законодательных актов издано для обеспечения санитарного благоустройства различных общественных зданий — клубов, школ, лечебных заведений разных типов, яслей, детских домов, домов туриста и пр. Особенно детально проработаны требования в отношении учреждений личной гигиены. Здесь следует выделить санитарные правила по устройству и содержанию бань, изданные ВСЦИ РСФСР 7.IX.1937; об устройстве и содержании пляжей и мест купанья, опубликованные ВСЦИ 7.IX.1937; о парикмахерских, утвержденные ВСЦИ 4.II.1939; о прачечных, утвержденные НКЗдравом и НКТруда 4.VI.1930. В связи с войной 4.XII.1941 было издано по РСФСР особое постановление о строительстве бань.

Уже в первые годы советской власти развернулась работа по поднятию санитарного уровня колхозов и совхозов и по санитарному их благоустройству. В период коллективизации эта работа получила особенно широкий размах. Выше было уже указано о многочисленных санитарных обследованиях, которые проводились в данной области. На основе этих обследований и прежде всего на базе возросшего материального благосостояния колхозной деревни началось широкое внедрение в жизнь села элементов благоустройства и гигиены. Санитарные нужды села стали регулироваться в законодательном порядке. Особо следует отметить приказ НКЗдрава и НКСовхозов СССР от 11.X.1938 «О мероприятиях по улучшению медико-санитарного обслуживания населения совхозов» и

приказ о том же Наркомсовхозов и ВГСИ от 11.I.1937, где даны обязательные директивы об устройстве в совхозах бань, прачечных, о содержании колодцев и т. д. Аналогичные постановления изданы и по обслуживанию колхозов, по сельскому водоснабжению, по санитарным мероприятиям во время полевых работ (полевые станы). Последние правила подробно разработаны постановлением ВГСИ от 27.II.1940.

Деятельность санитарных органов в области санитарного благоустройства населенных мест тесно увязана с общим подъемом народного хозяйства страны.

Сталинские пятилетки, индустриализация СССР и коллективизация сельского хозяйства выдвинули новые задачи и новые формы работы санитарных органов. В периоды пятилеток намечались широкие планы оздоровительных мероприятий в соответствии с общим планом развития народного хозяйства. Партия и правительство постоянно оказывали полное содействие делу санитарного благоустройства страны, давая ряд руководящих указаний. Таково, например, постановление СНК РСФСР от 7.VII.1929 по докладу НКЗдрава «О санитарном состоянии РСФСР».

В результате повышения благосостояния населения и роста его общей и санитарной культуры страна быстро меняла свой облик. В жилищное и коммунальное строительство вложены громадные средства. Число городов с водопроводами выросло с 234 в 1917 г. до более чем 500 к началу Великой отечественной войны. Городов с канализацией к этому времени было уже 105 (против 19 в 1917 г.). Повысилось душевое потребление воды, достигнув в Москве 237 л в сутки на человека (среднее по городам с водопроводами — 90 л), в то время как в 1917 г. это потребление лишь в 4 городах достигало 120 л, а в остальных колебалось от 10 и до 40 л. Общая длина водопроводной сети против 4 000 км в 1917 г. составляет ныне более 10 000 км.

Выросла сеть санитарных органов и санитарных учреждений. По РСФСР в 42 областях и АССР (не считая временно занятых врагом) на 1.I.1942 было 243 жилищно-санитарных врача и 1 027 общесанитарных врачей, широко осуществляющих коммунально-санитарный надзор.

Война поставила страну в тяжелые условия. Разрушены тысячи населенных мест, нарушено коммунальное и жилищное хозяйство в ряде городов и селений. Зверства врага не знают пределов. Героическими усилиями советского народа и Красной Армии противник будет сокрушен, победа будет за нами, и для страны откроется новый период быстрого и энергичного восстановления разрушенного и создания нового хозяйства и благоустройства населенных мест.

(Окончание следует)

Проф. Ф. Е. ГУДАГЯН

Наука и практика в области гигиены питания за 25 лет

В резкой противоположности с состоянием дела в царской России после Октябрьской революции поставленная партией и правительством задача коренного улучшения питания широких масс трудящихся выдвинула огромную массу практически важных вопросов, правильное разрешение которых часто оказывалось невозможным без углубленного их изучения. В Советской России (а затем в СССР) санитарно-пищевой надзор развивался в тесной связи с научной разработкой проблем в области гигиены питания.

В 1919 г. в Москве был создан Государственный научный институт народного здравоохранения (ГИНЗ), в состав которого вошли, наряду с несколькими другими, Институт физиологии питания во главе с проф. Шатерниковым и Санитарно-гигиенический институт под руководством проф. Диатроптова (с пищевым отделом).

Первоначально научная работа в области гигиены питания почти ограничивалась этими двумя институтами и некоторыми кафедрами гигиены медфаков. Однако с течением времени, по мере расширения сети практических санитарных лабораторий и станций, организации новых высших медицинских учебных заведений со специализированными кафедрами гигиены питания (на санитарных факультетах), по мере роста кадров санитарных работников и гигиенистов, размах научно-исследовательской работы возрастал. Рост этот особенно усилился к концу первой и началу второй пятилетки. Наряду с вновь созданными научными институтами питания — Центральным (в Москве, в состав которого вошли Институт физиологии питания и пищевой отдел Санитарно-гигиенического института ГИНЗ) и рядом периферийных (в Ленинграде, Харькове, Новосибирске, Одессе, Ростове) были организованы крупные научно-практические институты и лаборатории: Ленинградская лаборатория пищевой гигиены, пищевые отделы санитарно-гигиенических и санитарно-бактериологических институтов в Москве (в Институте им. Эрисмана), Киеве, Харькове, Горьком, Саратове, Иванове, Ереване, Баку и многих других республиканских и областных центрах. К этому перечню следует прибавить позднее открытые кафедры пищевой гигиены институтов усовершенствования врачей (Москва, Казань, Ленинград и др.).

Однако научная работа в области пищевой гигиены не ограничивалась только системой НКЗдрава. Она охватила также отраслевые научные институты системы НКПищепрома (мясной, консервной промышленности и др.), производственные заводские лаборатории наиболее крупных предприятий пищевой промышленности и общественного питания, некоторые институты и лаборатории системы НКЗема (ветеринарные и отчасти агрономические).

В приобщении к разрешению гигиенических вопросов в лабораториях и институтах системы НКПищепрома сыграло значительную роль постановление ЦК ВКП(б) от 19.VIII.1931 г. «О мерах улучшения общественного питания», обращение ЦК ВКП(б) от 22.XII.1933 г. по тому же вопросу и организация санитарных служб на пищевых предприятиях согласно постановлению ЦИК и СНК СССР в 1933 г.

Научно-исследовательская продукция лабораторий и институтов системы здравоохранения в первые годы после революции освещалась в различных медицинских журналах, а позднее также в сборниках трудов отдельных институтов и лабораторий и особенно в журналах «Вопросы питания» (выходил с 1932 по 1941 г.) и выходящем с 1936 г. журнале «Гигиена и санитария» (с 1941 г. переименован в «Гигиена и здоровье»).

Изучение потребностей человека в питании стало на прочную базу лишь со времени организации в 1930 г. в Москве Центрального института питания под руководством проф. Б. И. Збарского и его некоторых филиалов (Ростов, Одесса, Киев), в которых были хорошо поставлены отделы физиологии и витаминологии. Особенно большое значение приобрела работа Центрального института, начавшаяся под непосредственным руководством пионера в Союзе в области физиологии питания М. Н. Шатерникова и продолжавшаяся его учениками и сотрудниками (Лавров, Молчанова, Ромашов и др.).

Раньше энергетические потребности в питании обычно выяснялись методом статистического учета фактически потребленных населением продуктов, что, разумеется, зависело не столько от физиологических

потребностей, сколько от социально-экономических возможностей. С 1928—1930 гг. в СССР начинается планомерное изучение расходования энергии лицами различных профессий и возраста в разных климатических условиях и определение газового обмена непосредственно в условиях работы, а не в искусственной лабораторной обстановке. Таким точным методом были установлены энергетические потребности разных профессиональных групп (металлисты в горячих и холодных цехах, строители, работники совхозов и колхозов, основной химической промышленности, железнодорожного транспорта, вращательного бурения и пр.), студентов, рядового и командного состава Красной Армии различного рода оружия, детей и школьников различных возрастов, женщин в период беременности и т. д.). Накопленный материал дал возможность разработать таблицы суточной потребности в калориях для этих категорий.

Очень много внимания уделялось проблеме белка в питании: изучению аминокислотного состава белков, мяса, рыбы, молока, яиц, горсха, пшеницы, риса и других продуктов (сотрудники Збарского — Шарпенак и Балашева и др.), усвояемости белков в зависимости от их сочетания с различными пищевыми веществами (сотрудники Шатерникова — Лавров, Ромашов и др.), питательной ценности белков (пшеницы) в зависимости от комбинации с разными жирами и от возраста животного (сотрудники Рожанского — Горшкова и Дородницына), влиянию на азотистый обмен и нормы белка жаркого климата и горячих цехов (Разенков, Кабанов, Молчанова), нормам белка для детей и школьников различного возраста и, наконец, влиянию на показатели качества белка и его усвояемости разнообразных факторов питания.

Усилиями советских ученых значительно пополнены весьма скудные данные о потребностях человеческого организма в минеральных элементах: кальции, магнии, фосфоре, калии и др. В этом разрезе изучался обмен у детей, у взрослых, в условиях жаркого и умеренного климата и на высокогорьях.

Исключительно большое количество работ проведено для выяснения значения витаминов в питании, по выявлению продуктов-витаминоносителей, по разработке способов получения витаминных препаратов, по устойчивости витаминов к различным физическим и химическим агентам, по разработке норм потребления и т. д. Эта отрасль, выросшая в самостоятельную научную дисциплину — витаминологию, представлена трудами Лаврова, Иванова, Букина, Ефремова и др. В последнее десятилетие уделялось серьезное внимание изучению химического состава продуктов отечественного происхождения. Накоплен уже сравнительно большой материал, который требует в ближайшем будущем своей разработки для составления таблиц химического состава и питательной ценности отечественных пищевых продуктов. Наиболее фундаментальная работа в данной области проведена Сельскохозяйственной академией им. Ленина (химический состав зерновых и других растительных продуктов), отраслевыми институтами НКПищепрома (Мясным, Рыбным, институтами зерна, картофельного хозяйства и др.), Вологодским молочным институтом, Тимирязевской сельскохозяйственной академией и др. Меньший вклад в эту область сделали институты системы НКЗдрава.

Далее были произведены также более углубленные исследования по содержанию в пищевых продуктах микроэлементов, из которых некоторые, по современным данным, являются биологически необходимыми (медь, железо, марганец). Определение их естественного содержания в предметах питания помогает точнее решать вопрос о причинах вспышек пищевых отравлений. Различное пищевое сырье было исследовано на эти элементы сотрудниками Центрального института питания.

Вопросы усвояемости важнейшего продукта — хлеба — разрабатывались Ромашовым с сотрудниками Фруминой и Ежовой. Они были поставлены в связи с государственной стандартизацией хлеба и определением

наиболее телесообразных в физиологическом отношении сортов его. Была изучена усвояемость на людях как ржаного, так и пшеничного хлеба из муки различных выходов. Изучение усвояемости хлеба с примесью соевой муки и муки из хлопчатниковых жмыхов должно было способствовать разрешению проблемы обогащения хлеба полноценными белками. Сравнительному изучению на усвояемость подверглись маргарин советского производства, сливочное масло, смешанная пища в комбинации с вареными и сырыми овощами, соевые блюда, мясные консервы в зависимости от различных условий их стерилизации и пища, хранившаяся в термосах.

Необходимо также отметить работы Пиккат с сотрудниками о сравнительной ценности пищевых жиров — сливочного масла, маргарина, говяжьего и бараньего сала, соевого, подсолнечного и льняного масел.

Наконец, ряд работ отведен усвояемости пищи в условиях Красной Армии. Левин, Мендельсон и Троицкий изучали усвояемость пайка стрелковой части (1933 г.), Гендельман и Холин — пайка из концентратов при длительном питании, Гендельман — одних и тех же блюд из концентратов одинаковой питательной эквивалентности, но различных объемов и Мангуби — красноармейских галет.

В первые годы после Октябрьской революции был опубликован ряд работ по питательной ценности и возможности использования пищевых суррогатов, главным образом суррогатов хлеба.

Бурное развитие общественного питания и пищевой промышленности в первые же годы после Октябрьской революции вначале не было еще обеспечено достаточной технической оснащенностью, холодильниками и достаточно культурным в санитарном отношении обслуживающим персоналом. Вследствие этого в начальный период развития нашей пищевой индустрии имели место массовые вспышки пищевых интоксикаций. Необходимость решительной ликвидации их и недостаточность научных данных в области этиологии и эпидемиологии явились причиной их углубленного изучения в наших крупнейших институтах и лабораториях.

Обследовательскими работами Френкеля, Тетерника, Гохберга и Игнатович подтверждены иностранные данные по обнаружению салмонелл в органах и внутренностях клинически здоровых убойных животных (от 1 до 10%). Ряд авторов изучал выживаемость и изменчивость салмонелл, а также их токсинообразование в различных условиях питательных сред. Эти работы теперь имеют скорее исторический интерес. Советские исследования, проведенные в 1940—1941 гг. в Центральном институте питания (Белоусская), подтвердили мнение некоторых американских авторов, что паратифозные токсикоинфекции проявляются в результате попадания в организм живых микробов в массивных количествах, а не каких-то термоустойчивых алиментарных токсинов.

Помимо салмонеллезов, в СССР изучался ботулизм. Исследованиями рыб на азовских и каспийских промыслах выявлено довольно частое наличие в их кишечнике спор ботулинуса (Бурова, Комкова, Муромцев), которые практически проявляют жизнедеятельность и токсинообразование лишь после смерти рыб и при хранении последних в тепле (Кушнир, Муромцев и др.). Сравнительная многочисленность случаев ботулизма, вызванных рыбами осетровых пород, ставится этими авторами в связь со специфическим методом их лова безнаживной крючковой снастью, приводящей к ранениям наружных покровов. Белоусская, Комкова и др. показали, что в первые дни посла рыбы в тепле жизнедеятельность ботулинуса возможна, пока концентрация соли в тканях не повысится до 6—9%. Имеются указания на переход токсигенных штаммов в нетоксигенные, на изменчивость их при прогревании и на другие свойства микроба и токсина. Ценный вклад в науку о ботулизме представляет обширный сборник работ «Ботулизм» под редакцией Штейнберга и Бира (Днепропетровск, 1937 г.), в котором отражены труды по эпидемиологии,

этиологии, клинике, лечению, патоморфологии и патогенезу ботулизма, связанные с крупной вспышкой, которая была вызвана в 1933 г. недоброкачественной кабачковой икрой.

Резкому сокращению бактериальных токсикоинфекций и почти полному прекращению ботулизма в СССР способствовали не только экспериментальные работы, которые здесь упоминаются лишь частично, но и опубликование ряда статей с детальным описанием отдельных вспышек и их обследования.

Ряд работ посвящен стафилококкам, палочкам Моргана, кишечной, паракишечной и др. как возможным возбудителям интоксикаций, борьбе с бациллоносительством, санитарно-бактериологическому режиму пищевых предприятий и обследованию их, термической обработке пищевых продуктов и пр.

Весьма значительное внимание уделено профилактике заболеваний, вызываемых неорганическими элементами (медь, свинец, цинк, мышьяк, олово и др.) и разными соединениями и продуктами органического происхождения (ядовитые примеси к зерновым злакам — спорынья, головня, горчак, куколь; вредные грибы; буковые орехи; соланин картофеля; ядовитые виды рыб и пр.). Эти работы дали возможность установить научно обоснованные и практически приемлемые нормы содержания вредных примесей в соответствующих пищевых продуктах, установить санитарный режим их обработки и пр.

Правильность научного эксперимента и санитарного контроля качества пищевых продуктов в большой степени определяется точностью лабораторных методов исследования, разработке которых в СССР уделялось очень серьезное внимание.

В целях унификации обычных методов санитарно-бактериологического исследования пищевых продуктов для определения степени их общей бактериальной обсемененности, титра кишечной палочки и патогенных микробов были предложены и ускоренные способы: серологические, при помощи мембранных фильтров, бактериоскопические и др.

По санитарно-химическим исследованиям больше всего работ приходится на количественные методы определения вредных металлов и металлоидов. В области вредных органических соединений подвергались проверке и разрабатывались способы определения консервантов (формальдегид, муравьиная, борная и бензойная кислоты), цианидов и хлорпикри-на, сапонинов (мыльный корень, семена куколя), алкалоидов (белена, горчак), спорыньи, спор головни и пр. По механическим примесям предложены способы определения и идентификации стекла и песка, ферро-примесей, а также лузги (в халве и жмыхах). Много работ проведено для уточнения объективных способов определения свежести мяса и рыбы (колориметрические, индикаторные, гемолитические, бактериологические, физико-химические методы). Рядом авторов были предложены новые и уточнены ранее предложенные способы определения азотистых веществ, жиров, углеводов, золы и воды, а также методы и схемы определения калорийности пищевых рационов. Наконец, не оставлены были без внимания советскими учеными и такие области, как обнаружение и идентификация искусственных красителей в пищевых продуктах, минеральных кислот, сахараина, зараженности амбарными вредителями и т. д.

Все эти работы способствовали не только разрешению поставленных жизнью научных проблем, но и эффективности текущего и предупредительного санитарного контроля в области питания и пищевого дела.

Общественное питание

Одним из путей материально-бытового улучшения положения трудящихся после Октябрьской революции является широкий размах общественного питания. Оно должно, с одной стороны, освободить женщину

от домашней стряпни, включив ее в общее русло нового социалистического строительства, а с другой — путем массовой заготовки полуфабрикатов и готовых блюд рационализировать и удешевить их производство и, кроме того, экономичнее использовать получаемые при кулинарной обработке отходы в пищевых или иных хозяйственных целях. Для НКЗдрава система общественного питания представляла и представляет особый интерес, так как через нее гораздо эффективнее реализуются гигиенические требования в области оздоровления питания (нормы питания, санитарно-эпидемиологические мероприятия), чем в системе частного (семейного) питания.

Несмотря на сравнительно небольшие продовольственные ресурсы в период гражданской войны, уже в 1920 г. в системе общественного питания, по неполным данным, насчитывалось только в крупных промышленных центрах 3 800 детских столовых, обслуживавших до 2 млн. детей и 6 175 столовых для взрослых, на свыше чем 3,5 млн. человек. Кроме того, в сельских местностях общественным питанием было охвачено около 1,5 млн. человек. Таким образом, уже в 1920 г. в общественных столовых питалось около 7 млн. человек (Виленкин).

Значение общественного питания особенно сказалось в 1921—1922 гг., когда значительную часть страны (23 губернии) охватил небывалый по размаху неурожай: на 1.X.1921 г. в голодающих губерниях функционировало 707 столовых с 366 580 едоками, а к лету 1922 г. столовых было уже 17 830 на 9 188 612 человек. Эта эффективная помощь правительства и общественных организаций спасла миллионы жизней. Охват населения общественным питанием непрерывно возрастал, и в 1930 г. им было обслужено 10%, а в 1931 г. — 17,8% жителей страны.

Уже через 2—3 года после Октябрьской революции начинается сперва медленно, а потом все в больших масштабах переход от старых мелких кустарных к новым крупным механизированным столовым и фабрикам-кухням. В городах и промышленных центрах были построены сотни фабрик-кухонь и механизированных столовых. Они отличались от прежних ресторанов и столовых не только масштабами производства и экономичностью, но главным образом санитарно-техническим оснащением и планировкой, специально приспособленными зданиями, поточностью производства, отдельными помещениями для хранения скоропортящихся (холодные камеры) и нескоропортящихся продуктов, заготовочными для мясных, рыбных и овощных полуфабрикатов, цехами холодных блюд (гардманже), раздаточными, отдельными моечными для кухонной и столовой посуды, помещениями для отдыха и гигиенических нужд персонала.

Темпы и размах строительства новых предприятий общественного питания видны из того, что уже в 1928 г. механизированные столовые и фабрики-кухни по своей пропускной способности составляли 48% предприятий общественного питания. За 5 лет — с 1931 до 1936 г. — государством было вложено в строительство фабрик-кухонь и заводских столовых 500 млн. рублей.оборот всей сети общественного питания в 1928 г. определился в 350 млн., в 1932 г. вырос до 4,8 млрд, в 1937 г. до 10 млрд., а в 1938 г. — до 11,8 млрд. рублей. За эти же годы строительство крупных предприятий общественного питания достигло своего кульминационного пункта и достаточно насытило большие города и промышленные центры. Дальнейшее расширение сети общественного питания шло главным образом за счет организации рационально устроенных сравнительно небольших столовых при учреждениях и предприятиях в целях максимального приближения питания к трудящимся.

Широко было поставлено в СССР производство инвентаря и оборудования для пищевых предприятий; негигиенический ручной труд заменялся механизированными процессами. Советская промышленность овладела производством механических картофелечисток, корнерезок, мясоруб-

бок, пароварочных котлов, автоклавов, электрохолодильных шкафов, хлебопечек, механических посудомоек и пр.

Серьезное внимание уделялось систематической подготовке кадров обслуживающего и руководящего персонала в области общественного питания. Помимо курсов по подготовке кулинаров, периодически организуемых на местах, в Москве в 1930 г. было создано специальное высшее учебное заведение — Институт инженеров общественного питания, в учебный план которого были включены и такие предметы, как физиология и гигиена питания. Для постоянного повышения квалификации среднего персонала уже 10 лет издается большим тиражом журнал «Общественное питание», освещающий как вопросы технологии, так и вопросы гигиены в условиях города и села. Общественное питание, находящееся за последние годы в системе НКТорга, имеет свою санитарную службу, которая повседневной работой на предприятиях оказывает существенную помощь государственной санитарной инспекции.

В процессе небывалого по своим масштабам развития общественного питания возникало множество вопросов, требующих для своего практического разрешения специальных научных исследований. С этой целью в 1930 г. в Москве был организован НКЗдравом и Центросоюзом Центральный научно-исследовательский институт общественного питания, позднее перешедший в ведение НКЗдрава СССР и переименованный во Всесоюзный институт питания. Аналогичные институты были созданы также в Ленинграде, Харькове, Иванове, Ростове-на-Дону и других городах.

Этими институтами выполнено много работ по изучению санитарного режима производства полуфабрикатов и готовых блюд, их хранения и транспортировки, мытья и обеззараживания столовой и кухонной посуды, инвентаря, по разработке лабораторных методов определения доброкачественности готовых блюд, изменения состава и свойств продуктов в процессе их кулинарной обработки, характеристики различных сортов и видов пищевого сырья с кулинарно-технологической и физиологической точки зрения, методов санитарно-бактериологического контроля оборудования, санитарной планировки предприятий и пр. Работы эти положены в основу опубликованных в СССР различных санитарных правил по общественному питанию и кулинарно-технологических инструкций.

В период строительства колхозов (преимущественно в 1930—1931 гг.) было выпущено много брошюр по организации колхозного общественного питания и обмену опытом в этой области. Рациональному изготовлению пищи и кулинарной технологии посвящены книги Мюллера и Белотелова (1927 г.), Виленкина (редактор) (1933 и 1935 гг.), Грина (1937 г.), Лобанова (1939 г.), Певзнера (1940 г.). Аппаратура для мытья посуды описана в книге Масленниковой (1933 г.), оборудование и инвентарь для пищевых блоков — в книге Сирота, Типкова и Маршака (1939 г.), организация производства общественного питания — в книге Байкова и Коростышевского (1939 г.). Вопросы бракеража в предприятиях общественного питания освещены в книгах Адамовой и Слобцовой (1932 г.), Бабицкой, Быкова и Лихачева (1933 г.). Методы исследования обедов описаны Экземплярским (1926 г.), Демьяненко и Болтиной (1928 г.). Об организации лабораторий в предприятиях общественного питания написал книгу Кизеветтер (1934 г.).

Основная масса работ по статистическому обследованию народного питания и методике его обследования падает на период 1923—1930 гг. Объектами исследования явилось питание отдельных национальностей Союза (Барский, о питании самоедов; Трофимук, о питании казахов; Федоров, о питании узбеков; Рубинштейн, о питании калмыков), население отдельных городов, округов, сельских районов, профессиональных групп и т. д. (Есипов, Николаев-Нагля, Донич, Ткачев, Костямин, Трахтман, Терешкович, Орлов, Александровский, Татаров, Адамова, Хворостанский,

Постников, Мукосеев и др.). За те же и последующие годы появилось много статей по вопросам организации, рационализации и санитарного контроля общественного питания (Попов, Адамова, Агеев, Вальдман, Збарский, Виленкин, Ручковский и Бернацкий, Лыньковский и Бушман). С 1930 г. на страницах наших журналов начинают освещаться вопросы организации и рационализации больничного питания (Адамова, Барский, Альтер, Голубовский, Хазанович, Розенблюм и Уткин, Дмитриев, Гарницкая и др.).

С 1932 г. как в журналах, так и в сборниках работ (трудах) институтов питания начинают публиковаться исследования научно-экспериментального характера о процессах денатурации белков мяса и рыбы при их тепловой обработке, о соединительной ткани как факторе, обуславливающем кулинарные качества мяса, о кулинарных свойствах жиров (работы Лобанова), об изменении углеводов батата (Соловейчик), о жирах (Черток и Баскович) и химическом составе мяса (Ровинская и Розенталь) при их кулинарной тепловой обработке, об изучении кулинарных качеств различных сортов картофеля и много других. Опубликованы также данные исследований о санитарном режиме холодной обработки мяса (Шумов и Типков), рыбы (Игнатович и др.), мясных и рыбных фаршей, санитарной обработки оборудования, инвентаря и рук персонала предприятий общественного питания (Выдревич, Соболева, Игнатович, Рабичева, Кудрявцева), санитарного режима тепловой обработки мясных и рыбных блюд (Андросова, Выдревич, Мусерский, Игнатович и др.) и т. д.

Немало работ отведено специфике общественного питания в Красной Армии: индексу разнообразия красноармейского меню и составления меню-раскладок (Аксенов, Макарянц, Петровский, Бойко), требованиям к устройству красноармейских столовых (Аксенов) и общественного питания начальствующего состава в системе военных кооперативов (Пашков), питание войск в полевых условиях (Селескериди), методике обследования питания военных частей (Кротков и Тихов) и др.

Организация санитарно-пищевого надзора

В дореволюционной России единой государственной санитарной организации не было. Санитарный надзор вообще и пищевой в частности возлагался на общие органы полиции, в ведении которых в некоторых местах имелись полицейские санитарные врачи. Наряду с последними надзор за доброкачеством пищевых продуктов слабо осуществлялся также городскими и земскими управами, не располагавшими специальным персоналом, действительно компетентным в области пищевой санитарии. По поручению городских управ надзор осуществлялся где ветеринарным врачом, где членом управы, торговым депутатом, торговой полицией и т. д. Только в некоторых крупнейших городах (Москва, Петербург и др.) имелись торгово-санитарные врачи, именовавшиеся «базарными врачами». Однако и их работа была мало плодотворна, поскольку, с одной стороны, отсутствовало сколько-нибудь разработанное законодательство, на основании которого можно было бы предъявлять конкретные требования к качеству пищи и питания, а с другой стороны, имелось ничтожное количество санитарных лабораторий (лишь в нескольких крупнейших городах) для исследования продуктов. Вдобавок деятельность санитарных органов не регламентировалась законодательными нормами и правами.

Революция резко изменила это положение. Выдвинутые в программе ВКП(б) задачи в области охраны здоровья трудящихся, в том числе и здорового питания, были положены в основу деятельности созданного в 1918 г. НКЗдрава, который стал государственным центром системы санитарных органов республики.

В первые два года все внимание санитарных организаций было обращено на возможную рационализацию питания при существовавших материальных возможностях и налаживание массового общественного питания в условиях разрухи и тяжелых неурожайных годов.

Планомерная государственная работа по пищевой санитарии началась с 1921 г., когда было утверждено положение об образовании санитарно-пищевой секции в составе санитарно-эпидемиологического отдела НКЗдрава с задачами как организационно-административного, так и научного характера. При НКЗдраве был организован совещательный орган — Совет народного питания, с представительством от заинтересованных ведомств и участием ученых-специалистов (после организации специальных научных институтов НКЗдрава в 1924 г. этот совет был упразднен).

Важным документом периода гражданской войны явились правила, утвержденные НКЗдравом, НКПродом, НКЗемсб и ВСНХ в 1921 г., регулирующие взаимоотношения НКЗдрава и других ведомств в области охраны народного питания. На органы НКЗдрава возлагался санитарный надзор за всеми пищевыми продуктами во всех стадиях их изготовления, транспортировки, хранения и распределения. Все новые способы изготовления и обработки продуктов должны были обязательно согласовываться с органами НКЗдрава. В последней установке уже в то время были отражены элементы предупредительного надзора, который является основой советской санитарной системы.

Примерно с 1921 г. в связи со значительным ростом количества санитарных врачей и постепенным укреплением всей системы стало возможным и углубление санитарной работы. В крупных центрах появились санитарные врачи по разным отраслям — пищевой, коммунальной и эпидемиологии, а в органах НКТруда (в 1919 г.) — санитарные инспектора труда. В 1931 г. была установлена одна должность санитарно-пищевой врача с одним помощником на каждые 50 000 населения. Помимо того, в городах и рабочих поселках основных видов промышленности были установлены должности санитарных пищевых врачей на предприятиях общественного питания и пищевой промышленности.

К важнейшим мероприятиям этого периода относятся издание в 1923 г. ветеринарного устава РСФСР и постановление НКЗдрава и НКТруда РСФСР в 1925 г. об обязательности предварительных и периодических медосмотров лиц, работающих на пищевых предприятиях (позднее замененное постановлением тех же органов в 1933 г., а затем ВГСИ в 1937 г.). Этот период характеризуется началом издания санитарных правил для ряда отраслей пищевой промышленности и общественного питания: хлебопекарен, молочных, сыроваренных и маслодельных заводов, по осмотру убойных животных, для предприятий общественного питания и т. д.

В 1927 г. Положением о санитарных органах республики были определены задачи санитарных органов и их права и, в частности, установлен обязательный предупредительный и текущий санитарно-пищевой надзор.

В связи с огромным ростом уже к концу первой пятилетки отечественной пищевой промышленности и общественного питания постановлением ЦИК и СНК СССР «Об организации государственной санитарной инспекции», изданным в 1933 г., вся система санитарно-пищевой организации была разделена на Государственную санитарную инспекцию и ведомственную санитарную службу (в системах наркоматов пищевой промышленности, внутренней торговли и Центросоюза). На санитарные службы была возложена разработка ведомственных санитарных правил и инструкций на основе действующего санитарного законодательства, повседневный надзор за содержанием предприятий, транспортных средств, качеством сырья и продукции, личной гигиеной персонала, забота об их санитарном просвещении и т. п., а на пищевую государственную сани-

тарную инспекцию — периодический государственный контроль с правом привлечения к ответственности представителей ведомственной санитарной службы.

Государственная санитарная пищевая инспекция насчитывала в последние годы (до начала войны) по Союзу около 850 врачей и 2 000 их помощников. Напомним для сравнения, что в дореволюционной России общее количество всех вообще санитарных врачей не превышало 250 человек. Во многих местах пищевой надзор осуществляется также общими участковыми госсанинспекторами. В ряде мест к особо крупным предприятиям (мясокомбинатам, молокозаводам, рыбозаводам) прикрепляются отдельные пищевые госсанинспектора.

Создание мощной организации санитарно-пищевого надзора способствовало повышению санитарного состояния старых и переоборудованных пищевых предприятий и появлению в СССР многих новых крупных производств, передовых не только в техническом, но и в санитарном отношении. Достаточно указать, что строительство новых пищевых предприятий проводится лишь после обсуждения и утверждения их проектов госсанинспекцией. На крупных пищевых предприятиях организованы лаборатории для химико-бактериологического контроля продукции, санпропускники для дезинфекции тары и оборудования, созданы все условия для соблюдения персоналом правил личной гигиены (умывальники, дезинфицирующие растворы для рук), организованы специальные бригады уборщиц, проводятся регулярные медосмотры персонала и занятия по повышению их санитарной и технической грамотности и т. д. Введена санитарная паспортизация пищевых предприятий, обеспечивающая не только точный их учет, но и характеристику изменений их санитарного состояния.

С 1925 г. и до настоящего времени проводится огромная работа по созданию единых государственных требований к качеству, составу, упаковке, маркировке и методам исследования пищевых продуктов — так называемая стандартизация; к 1941 г. было издано свыше семисот ГОСТ (государственных общесоюзных стандартов) на пищевое сырье и готовые продукты.

Наряду со значительным количеством вновь выстроенных крытых рынков со специализированными павильонами и холодильными камерами, распланированными и построенными с учетом санитарных требований, большая часть старых городских рынков переоборудована и асфальтирована; большинство их обеспечено мясоконтрольными и молочноконтрольными станциями, сводящими к минимуму продажу фальсифицированных и недоброкачественных продуктов.

За последнее десятилетие в крупных городах торговые и производящие организации обзавелись специальными транспортными средствами для внутригородских перевозок: автомашинами с особыми кузовами (рефрижераторы и неохлаждаемые кузова) для мяса, рыбы, хлеба, автоцистернами для молока и др. Однако количество их, особенно молочных автоцистерн и авторефрижераторов, еще очень недостаточно.

За 25 лет страна покрылась широкой сетью (до 700) санитарно-гигиенических лабораторий, санитарных станций и научных институтов (питания и др.), пищевые лаборатории которых являются для госсанинспекторов местом контроля научными методами объектов их практической работы и научного освещения возникающих практических проблем.

Немалое значение в санитарном отношении имели и производственные лаборатории пищевых предприятий, многие из которых уделяли внимание не только технологическому, но и санитарному (при помощи химико-бактериологических методов исследования), контролю в тесном контакте с представителями санитарной службы своей же системы.

(Окончание следует)

Двадцатипятилетие санитарной охраны труда в СССР

Одним из крупнейших завоеваний Великой Октябрьской социалистической революции является санитарная охрана труда, получившая в СССР размах, немыслимый ни в одной капиталистической стране. Оздоровление условий труда в СССР строится на принципиально совершенно иных основах по сравнению с промышленно-санитарным надзором в капиталистических странах. Уничтожение частной собственности на средства производства, переход всей промышленности в руки государства, отсутствие промышленной тайны, дающей возможность отдельным предпринимателям в своих корыстных интересах увеличения прибыли скрывать от органов надзора состав применяемых вредных веществ, широкое социальное законодательство, создание государственного здравоохранения, в основу которого положены принципы профилактики и вовлечения широких масс населения в дело охраны труда и охраны здоровья, — все это обуславливает социалистический характер санитарной охраны труда в СССР. При капитализме достижения науки в области гигиены труда неизбежно обречены на невозможность широкого внедрения в жизнь, если только они не сулят немедленного повышения рентабельности отдельных предприятий. Фабриканты и буржуазные правительства предпочитают сознательно калечить здоровье своих рабочих, если только это способствует увеличению прибыли и победе в борьбе со своими конкурентами. Гигиеническая наука нередко также ставится на службу капиталу, прикрывая своим авторитетом классовые интересы предпринимателей и способствуя утонченному «выжиманию пота по всем правилам науки», как называл в свое время тейлоризм Ленин. Даже в тех немногих капиталистических странах, где имеются специальные врачи — промышленные санитарные инспектора, число их весьма незначительно, а права ограничены. Надзор их распространяется лишь на небольшое число наиболее крупных предприятий. Работают они в полном отрыве от рабочих организаций, эффективность их работы ничтожна.

В СССР работа по оздоровлению условий труда охватывает все без исключения отрасли народного хозяйства и является одной из важнейших отраслей государственной социальной политики, особенно ярко отражая сталинскую заботу о человеке, этой основной производительной силе общества и самом ценном капитале из всех капиталов в мире. Санитарная охрана труда в нашей стране является органической частью охраны труда в целом и вместе с тем тесно связана со всей санитарно-профилактической работой органов здравоохранения, охватывающей все стороны жизни и быта трудящихся. Борьба за здоровый и радостный труд в СССР является одним из могучих факторов повышения производительности труда, борьбы за производственную культуру и за развитие технического прогресса. Оздоровление условий труда приводит не только к резкому сокращению, а в ряде случаев и к полному исчезновению специфических профессиональных заболеваний, но и является могучим рычагом снижения общей заболеваемости работающих. Поэтому, особенно за последние годы, эта отрасль санитарной деятельности тесно увязывается с медико-санитарным обслуживанием работающих на производстве, с правильной постановкой медицинской помощи на предприятиях.

Советская гигиена труда с первых моментов своего зарождения развивалась в опоре на широкую общественную самодеятельность самих работающих (комиссии охраны труда завкомов, комиссии оздоровления

труда и быта, комиссии борьбы за чистоту на предприятиях, общественные инспектора труда, страховые делегаты, общественные санитарные уполномоченные, передовые стахановцы и т. п.).

Наконец, для советской санитарной охраны труда, как и для всех остальных отраслей социалистического строительства, характерно неразрывное единство теории и практики.



Санитарная охрана труда и промышленно-санитарный надзор в СССР являются подлинными детищами Великой Октябрьской социалистической революции.

Царское правительство, целиком отражая интересы помещиков и крупной буржуазии, к тому же в условиях чрезвычайно отсталой в экономическом отношении страны, весьма слабо развитой производственной техники и избытка дешевой рабочей силы, издавало отдельные законы по охране труда (в 1882 г. о рабочем времени малолетних и в 1897 г. об 11½-часовом рабочем дне) только под влиянием натиска рабочего движения и массовых забастовок. «Надзор» (по существу фиктивный) за выполнением фабричного законодательства был возложен на фабричных инспекторов — чиновников до мозга костей, выполнявших ряд полицейских функций по борьбе с рабочим движением. Специального санитарно-промышленного законодательства и органов санитарно-промышленного надзора не существовало вовсе.

Отдельные врачи, пошедшие в фабричные инспектора первого созыва (1884—1885 гг.) — Песков, Святловский и Городков — оставившие в память о своей деятельности печатные отчеты, вскрывавшие вопиющую картину эксплуатации рабочих, вынуждены были вскоре уйти из инспекции, так как не желали мириться с чисто полицейским характером, приданным правительством этой работе.

Лишь отдельные земства, по почину Московской губернской санитарной организации, проводившей в 1879—1885 гг. широкое обследование фабрик и заводов (под руководством Ф. Ф. Эрисмана, им лично, а также Деметьевым и Погожевым), занимались промышленной санитарией, да и то преимущественно общесанитарными вопросами, связанными с воздействием предприятия на загрязнение окружающей территории. Работы, посвященные собственно гигиене труда, за весь дореволюционный период насчитывались единицами.

И только свержение капитализма и начало социалистического строительства создали основные предпосылки для планомерной работы по охране жизни и здоровья работающих и для углубленной научной работы по гигиене труда.

Тотчас же после завоевания власти советами была реализована программа-минимум РСДРП (большевиков) в части охраны труда. Уже на четвертый день после создания первого в мире правительства диктатуры пролетариата, 29.X.1917, был издан «Закон Рабочего и Крестьянского правительства о восьмичасовом рабочем дне, продолжительности и распределении рабочего времени», включивший в себя и ряд пунктов по санитарной охране труда (о сокращении рабочего дня при работах в условиях различных профессиональных вредностей, о специальных помещениях для приема пищи в цехах с применением токсичных веществ и др.).

Задача организации санитарной охраны труда сейчас же после Октябрьской революции была возложена на вновь организованный отдел охраны труда НКТруда (в Петербурге), во главе которого был поставлен старый большевик врач И. С. Вегер.

Тотчас же после переезда НКТруда в Москву в отделе охраны труда началась работа по санитарно-промышленному законодательству. Толчком к ней послужили изданные в развитие закона о рабочем времени летом 1918 г. СНК РСФСР временные правила об отпусках, предоставившие право НКТруду повышать продолжительность последних для работающих на вредных производствах и вызвавшие необходимость составить список подобного рода работ по профессиональному признаку.

В результате детального обследования ряда производств был составлен первый в СССР перечень вредных профессий. В дальнейшем этот список послужил прообразом для составления аналогичных перечней и по другим линиям санитарно-промышленного законодательства, а также дал толчок к изучению с точки зрения гигиены труда ряда производств посредством составления так называемых «санитарных характеристик» всех детальных профессий. К составлению санитарных характеристик были привлечены санитарные инспектора труда и врачи, работавшие в отдельных профессиональных союзах. В результате была опубликована целая серия монографий по отдельным производствам, создавшая возможность в дальнейшем устанавливать уже на несравненно более углубленной основе различные законодательные мероприятия (в частности, всевозможные «компенсации производственных вредностей») по отдельным профессиям и намечать необходимые санитарно-технические оздоровительные мероприятия по отдельным производствам.

Уже в 1919 г. впервые было проведено сокращение рабочего дня на газовом, табачном и махорочном производствах, а в 1920 г. для котлочистов и в точильных отделениях фарфоро-фаянсовых производств.

16.X.1920 был опубликован список профессий (двенадцати), дающих право работникам конторского и умственного труда не на шести-, а на восьмидневный отпуск до и после родов.

1.XI.1921 был издан список профессий «вредных» производств, которым должно выдаваться молоко (в тот период молоко неправильно рассматривалось как специфическое профилактическое средство и даже в некотором роде как противоядие против профессиональных отравлений).

30.VI.1922 был издан перечень профессий, которым должно было выдаваться дополнительно мыло в размере 1 фунта в месяц.

Начиная с 1920 г., отдел охраны труда начал издавать по отдельным профсоюзам и производствам перечни профессий, которым предприятия обязаны выдавать определенные виды спецодежды и спецобуви.

Наряду с разработкой ряда списков вредных производств и профессий, дающих право на получение различных «компенсаций», отдел охраны труда вскоре стал разрабатывать также и ряд мероприятий, носящих непосредственно оздоровительный характер. Особое значение имело издание ряда обязательных постановлений в области промышленной санитарии и техники безопасности по отдельным производствам.

Первым законодательным актом этого рода было обязательное постановление по чугунолитейным мастерским, изданное 26.II.1919.

23.II.1920 были изданы первые общие обязательные постановления по устройству и содержанию промышленных предприятий, распространившиеся на всю промышленность в целом. 18.XI.1920 было издано постановление об условиях труда при работах на открытом воздухе при сильных морозах 4.XII.1921 было издано постановление о предельных нормах переноски и передвижения тяжестей женщинами и подростками.

Таким образом, уже в первое пятилетие после Октябрьской революции был разработан и издан ряд серьезных законодательных актов в области санитарной охраны труда, были заложены твердые и прочные основы для дальнейшего развития законодательства в этой области, хотя условия гражданской войны и послевоенной разрухи еще не представляли возможности действительной реализации в практической жизни широких оздоровительных мероприятий, и приходилось ограничиваться преимущественно осуществлением ряда мероприятий по правовой охране труда и всевозможного рода «компенсациями».

К этому времени были заложены уже и первые основы санитарно-промышленного надзора. Как уже указывалось выше, советская Россия не получила в этой области никакого наследства. Приходилось создавать все заново. Постановлением СНК РСФСР от 18.II.1919 в составе органов охраны труда, помимо инспекции труда (организованной 18.V.1918), и технической инспекции труда (организованной 8.VIII.1918), была учреждена также и санитарная инспекция труда, избираемая советами профсоюзов

Включение санитарной инспекции труда в тот период в общую систему органов охраны труда имело большое политическое значение в смысле приближения этого органа к рабочим массам под общим руководством рабочих инспекторов труда.

Необходимо было вовлечь в работу по оздоровлению условий труда новые, свежие кадры врачей, желающих влиться в социалистическое строительство и могущих установить тесный контакт с рабочими организациями. Положение усугублялось еще тем, что среди обладавших сравнительно большим опытом в области промышленной гигиены бывших большевиков врачей (впоследствии врачей страховых касс) было много меньшевиков или меньшевистски настроенных «страховиков». И по этой причине, а также из-за ничтожного вообще количества санитарных и лечебных врачей в стране, компетентных в области гигиены труда и интересующихся промышленной санитарией, создание санитарной инспекции затянулось по сравнению с другими видами надзора в области охраны труда.

Значение, которое придавалось в тот период санитарной инспекции труда, ясно видно из того, что в программе РКП(б), принятой на VIII Съезде в марте 1918 г., в разделе «Охрана труда и социальное обеспечение» при перечислении уже достигнутого специально говорится о «создании инспекции труда и санитарной инспекции, избираемых советами профсоюзов» (Партиздат, 1936 г., стр. 73).

Первые два года после организации этого нового института к работе в качестве санитарных инспекторов частично привлекались местные санитарные врачи на основе соглашений между местными отделами труда и санитарными подотделами губздравов. Однако опыт показал, что подобного рода соглашения плохо прививаются в жизни, и вскоре стали создаваться самостоятельные кадры врачей, специально посвятивших себя делу санитарно-промышленного надзора, достаточно сложной, ответственной и весьма увлекательной новой отрасли специализированного санитарного надзора. Темпы развития санитарной инспекции труда видны из следующих цифр: на 1.I.1920 работало 17 санитарных инспекторов, на 1.I.1921 — 120, а на 1.I.1922 — 291.

На международном совещании по промышленно-санитарному надзору в Дюссельдорфе в 1926 г. представителями всех участвовавших на совещании стран было единодушно признано, что подобной организации ни по характеру работы, ни по ее размаху, ни по глубине поставленных задач не существует ни в одной другой стране мира.

В период гражданской войны и военной интервенции закладывались первые камни величественного здания охраны труда. Было положено начало широкому социальному и санитарно-промышленному законодательству, были созданы кадры органов надзора по общеправовой, санитарной и технической охране труда. Однако проведение сколько-нибудь серьезных мероприятий санитарно-технического порядка в то время наталкивалось на непреодолимые затруднения.

Поэтому основная практическая работа органов санитарной инспекции в тот период заключалась в сравнительно элементарном санитарном надзоре на производстве, в проведении простейших оздоровительных мероприятий и главным образом в осуществлении контроля за так называемыми «компенсациями на вредность» (сокращенный рабочий день, дополнительные отпуска, индивидуальные защитные приспособления, молоко и мыло).

Однако задачи санитарной инспекции мыслились с самого начала гораздо шире, а главное глубже.

В весьма кратком первом издании наказа санитарным инспекторам указывалось, что целью их надзора является прежде всего «возможно более полное исследование условий труда, могущих влиять на жизнь и здоровье рабочего, и накопление всех и не-

необходимых научных, статистических и прочих материалов для широкой и планомерной борьбы с профессиональными и производственными вредностями», затем «непосредственное принятие мер к улучшению санитарно-гигиенических условий труда рабочих» и, наконец, «контроль за проведением в жизнь всех законоположений и обязательных постановлений в области профессиональной гигиены и фабричной санитарии». Таким образом, с самого начала организации санитарной инспекции во главу угла работы были поставлены углубленные исследовательские задачи, далее следовало творческое осуществление необходимых оздоровительных мероприятий и лишь на последнем месте стояли функции контроля за санитарно-промышленным законодательством (тогда, естественно, еще весьма мизерным).

На первое место выдвигался вовсе не текущий повседневный надзор, а гораздо более глубокие задачи, связанные, в частности, с изучением здоровья рабочих методами медосмотров, изучением санитарно-статистических материалов и т. д.

Далее, необходимо подчеркнуть в историческом аспекте, что уже в колыбели санитарной инспекции труда намечался самый тесный контакт между промышленно-санитарным надзором в собственном смысле слова и профессиональной патологией и физиологией труда. Так, еще на первом совещании по организации санитарной инспекции (28—30.X.1919 г.) в тезисах, разработанных секцией профгигиены отдела охраны труда НКТруда РСФСР, говорилось о необходимости изучения влияния режимов труда на заболеваемость и были выдвинуты задачи создания Института труда и Центральной клиники по изучению профессиональных болезней.

Начиная с конца 1919 г., по всей России прокатилась широкая волна массовых периодических обследований здоровья рабочих определенных производств. Однако, вследствие недостаточной подготовленности врачей, отсутствия достаточно четких целевых установок, единого плана и методического руководства со стороны научных учреждений, накапливаемые в большом масштабе материалы этих медосмотров большей частью не давали возможности делать серьезные научные и практические выводы. Поэтому через 3—4 года увлечения этими осмотрами и серьезной критики этого направления работы эти массовые медосмотры были прекращены (через некоторое время в несколько иной форме они возродились в московской и некоторых других организациях здравоохранения, но вскоре и там столь же бесславно прекратились).

Наконец, следует отметить, что уже в период зарождения санитарной инспекции труда вовсе не мыслилось ограничить задачи промсаннадзора одной только гигиеной труда, а на нее возлагались и отдельные функции по другим отраслям санитарии. Так, наказ возлагает на санинспекцию надзор «за общим санитарно-гигиеническим состоянием промышленных и торговых предприятий и общественных учреждений, как, например, водоснабжением, удалением и обезвреживанием отходов и нечистот и т. п.» (п. 8б), «наблюдение за жилищными условиями рабочих, за пользованием банями и прачечными, а также за санитарным состоянием последних» (п. 11), «обследование состояния питания рабочих и принятие мер к соответствующему качественному и количественному изменению продовольственного пайка в особо вредных производствах и для рабочих, труд которых сопровождается особой тротой физической энергией» (п. 12), «наблюдение за рациональной постановкой подачи медицинской помощи рабочим и служащим и их семьям (п. 13) и «содействие врачебно-санитарной организации местных отделов здравоохранения в установлении и проведении мероприятий против распространения в среде рабочих эпидемических заболеваний и ближайшее участие в организации борьбы с социальными болезнями, в особенности туберкулезом» (п. 14).

Особо следует отметить, что в число функций санинспекции труда включалась тогда уже несправедливо забытая в дальнейшем важнейшая задача борьбы с туберкулезом, проводимая непосредственно на предприятиях, на что вновь обратил внимание своим последним приказом (31.VIII.1942) т. Митерев.

С самого начала работы по охране труда серьезное внимание уделялось привлечению общественности как основной массовой опоры органов надзора и организации самодеятельности рабочих в охране своего здоровья.

Вместе с тем в задачи санитарной инспекции сразу было включено и санитарное просвещение. В первом же наказе в п. 15 перед санинспек-

цией ставилась специальная задача «участия в распространении гигиенических знаний среди рабочих путем устройства систематических лекций и показательных чтений с использованием для этого как специальных органов Наркомтрудсобеса и Наркомздрава (музей труда, музей социальной гигиены, популярные передвижные выставки и т. п.), так и всех общепросветительных организаций Наркомпроса».



Восстановительный период существенно изменил задачи, стоящие перед санитарной охраной труда, и соответственно изменились и методы работы в области промышленной санитарии.

Был создан крепкий основной костяк молодых специалистов — санитарно-промышленных врачей, партия и правительство обеспечили максимум благоприятных условий для развития научной деятельности, для подготовки квалифицированных кадров во всех отраслях социалистического строительства. Взамен первого кодекса законов о труде (изданного 10.XII.1918 и целиком отразившего основные установки периода военного коммунизма) было опубликовано 2-е издание кодекса законов о труде (9.XI.1922 г.). Крупнейшее значение этого кодекса подчеркнул в своем докладе на 4-й сессии ВЦИК девятого созыва товарищ Ленин: «Это огромное завоевание советской власти, что в такое время, когда все страны ополчаются на рабочий класс, мы выступаем с кодексом, который прочно устанавливает законы рабочего законодательства» (т. XXVII, стр. 318).

В кодексе 1922 г. имеется ряд пунктов, непосредственно относящихся к вопросам санитарной охраны труда:

Серьезнейшее значение имел прежде всего п. 138, которым начиналась глава «Охрана труда». Впервые в авторитетнейшем законодательном акте закрепились право органов охраны труда в области предварительного надзора, к тому же с обязательным привлечением промышленно-санитарной компетенции. В развитие этого пункта были изданы детальные постановления СНК РСФСР от 24.IV.1924 и ЭКОСО РСФСР от 13.VI.1925 о сокращенном рабочем дне по специальному списку и нормам, устанавливаемым НКТ (до того такого списка не было). Далее, вопросам гигиены труда были посвящены: статья 115 о дополнительных отпусках; статья 129 о запрещении труда женщин и подростков моложе 18 лет в особо тяжелых и вредных для здоровья производствах и подземных работах; статья 150 о возложении наблюдения за точным применением и исполнением распоряжений, правил и обязательных постановлений по профессиональной гигиене, фабричной санитарии и технике безопасности на санитарных и технических инспекторов НКТруда.

Большое принципиальное значение имела статья 139, согласно которой «все предприятия и учреждения должны принимать необходимые меры к устранению или уменьшению вредных условий работы, предупреждению несчастных случаев и содержанию места работ в надлежащем санитарно-гигиеническом состоянии, согласно общим и специальным обязательным постановлениям по отдельным производствам, издаваемым Народным комиссариатом труда».

Наконец, принципиально новым явилось содержание статьи 143, согласно которой «Народному комиссариату труда и его местным органам предоставляется право устанавливать в особо вредных производствах или предприятиях обязательный предварительный осмотр всех поступающих на работу или отдельных групп рабочих (женщин и подростков), а также периодическое их переосвидетельствование». На основе последнего из указанных пунктов кодекса 9.II.1923 г. была издана инструкция НКЗдрава, НКТруда, ВСНХ, ВЦСПС и ЦК РКСМ о медицинском освидетельствовании работающих подростков.

В развитие кодекса законов о труде 26.VI и 7.VIII.1923 были изданы списки производств и профессий, для которых был установлен сокращенный рабочий день от 7 и до 3 часов.

Помимо продолжения разработки обязательных постановлений по промышленной санитарии и технике безопасности в ряде производств, после опубликования кодекса НКТруд стал издавать отдельные постановления, специально направленные на оздоровление особо вредных производств, связанных с опасностью профессиональных отравлений.

Особое значение имели постановления от 16.XII.1924 о запрещении производства, продажи и потребления свинцовых белил, от 18.VII.1924 об устройстве и содержа-

нии предприятий по изготовлению фетровых шляп и валенок, запрещающие пользование ртутными соединениями, от 19.IX.1924 о применении мышьяка на производстве, от 8.V.1924 и от 20.II.1925 по предупреждению производственных заражений сибирской язвой и др.

Возможности, созданные успехами социалистического строительства в реконструктивный период, вскоре привели к тому, что во главу угла работы по санитарной охране труда были поставлены уже не паллиативные мероприятия в отношении уменьшения влияния различных профессиональных вредностей на здоровье рабочих, а задачи коренного оздоровления условий труда путем проведения серьезных улучшений санитарно-технической обстановки производства.

В результате изменившейся обстановки в 1923—1924 гг. намечается и новая линия во взаимоотношениях между инспекцией и хозорганами. Помимо предписаний администрации предприятия (которые в период военного коммунизма часто делались всеми видами инспекции без серьезного продумывания их реальной выполнимости и поэтому большей частью оставались на бумаге), инспектора (в том числе и санитарные) стали намечать более серьезные мероприятия «фундаментального», если можно так выразиться, характера, связанные с коренным оздоровлением условий труда (новое строительство, реконструкция цехов, новые дорогостоящие вентиляционные системы, замена одних методов производства другими и т. д.), требующие иногда серьезных капиталовложений. Подобные требования тщательно обсуждались совместно с соответствующими профсоюзами и хозяйственными объединениями, согласовывались с последними и затем, уже после договоренности с ними (отсюда и возник получивший тогда широкое распространение термин «договорная практика»), предъявлялись каждому отдельному предприятию. Таким образом достигалась уверенность в том, что действительно полностью обеспечена реализация намеченных мероприятий.

Изменение характера работы по охране труда с перенесением центра тяжести от законодательства в области социально-правовых вопросов и «компенсации вредностей» на реальное оздоровление условий труда привело к значительному углублению всей работы по санитарно-промышленному надзору. В ряде мест организуются научно-консультативные секции или консультативные бюро (с привлечением солидных технических сил из производственников, а также научных работников — врачей и инженеров), рассматривающие в порядке предварительного надзора проекты реконструкции, а иногда и нового строительства предприятий и руководящие углубленной работой отдельных санинспекторов по изучению производства и разработке оздоровительных мероприятий. Особенно хорошо поставлена была эта работа в Москве, Ленинграде, Харькове и других городах Украины. Переход к «договорной практике», связанной с разработкой серьезных оздоровительных мероприятий в перспективном разрезе, потребовал также плановой работы по углубленному обследованию более крупных мероприятий с производством необходимых инструментальных обследований производственной обстановки и химических анализов воздушной среды в цехах. (Материалы 2-го Всесоюзного совещания санитарных и технических инспекторов 1925 г.) Подобного рода углубленные обследования предприятий и санитарное изучение отдельных производств начались впервые довольно широко на Украине, где уже с 1923 г. выходили специальные сборники работ Украинской санинспекции труда.

Санитарные врачи овладевают профпатологическими методами исследования, в частности, новыми для того времени методами кататермометрии, эффективных температур и счетного метода определения запыленности. Началось изготовление в СССР соответствующего инструментария и снабжение им периферических санинспекторов труда.

В целом ряде городов были организованы специальные лаборатории

промышленно-санитарной химии, разворачивались новые методы исследования воздуха на содержание в нем токсических веществ и пыли.

Углубленной работе санинспекции, к тому же еще с большим приближением к профпатологии, способствовало также постановление НКТруда и НКЗдрава от I.III.1924 об обязательной регистрации всех профотравлений и профзаболеваний, а также постановление НКТруда и НКЗдрава о периодических медицинских осмотрах рабочих вредных производств и профессий от 24.IX.1925. Примерно с 1923 г. начинается мощный расцвет советской гигиены труда, характеризующийся целым рядом фактов.

В 1923 г. начал выходить ежемесячный журнал «Гигиена труда» (существовавший до 1937 г. включительно), в котором широко публиковались результаты углубленных исследований, наблюдений, а иной раз и специальных исследований многочисленных санитарных инспекторов. Осенью 1924 г. был созван I Всесоюзный съезд по гигиене труда и технике безопасности. Специальные секции гигиены труда были организованы на IX и X съездах санитарных врачей и эпидемиологов. В 1925 и 1926 гг. вопросы гигиены труда, физиологии труда и профпатологии ставились на съездах фтизиологов, терапевтов, гинекологов, ото-ларингологов, светотехников и на III Съезде санитарных врачей транспортников в 1925 г.

Вопросы гигиены труда начали внедряться и в систему подготовки врачей. В начале 1922 г. впервые в Москве в только что введенной на медфаке I МГУ кафедре социальной гигиены (профессор кафедры Н. А. Семашко) включается раздел по гигиене и санитарной охране труда (читал С. И. Каплун). В 1923 г. в Харькове и в 1924 г. в Москве (во II МГУ) впервые создаются самостоятельные кафедры гигиены труда, а с 1926 г. этот предмет был введен в качестве обязательного в учебные планы медвузов.

Наконец, к середине и к концу восстановительного периода начали создаваться первые научные учреждения в области гигиены труда (в 1922 г. клиника социальных и профессиональных болезней при кафедре социальной гигиены I МГУ, в 1923 г. Институт по изучению профессиональных болезней Мосздрава, в 1924 г. Всеукраинский институт рабочей медицины и Ленинградский институт профзаболеваний горздрава, в 1925 г. Институт охраны труда НКТруда, НКЗдрава и ВСНХ и Центральная лаборатория по изучению профзаболеваний на транспорте).

Организация указанных выше первых кафедр и первых институтов способствовала подъему санитарно-промышленной работы на несравненно более высокую ступень и созданию оформленной советской гигиены труда как науки, принципиально коренным образом отличающейся от капиталистической. Ее первой и коренной особенностью является тесная и неразрывная связь с практикой промышленно-санитарного надзора и всем медико-профилактическим обслуживанием рабочих на производстве, постановка в широком масштабе сочетанных и взаимно увязанных исследований. Не случайно в СССР истоки преподавания гигиены труда приводят к социальной гигиене. Социально-гигиенические проблемы также (особенно в первый период) были довольно широко представлены в тематике наших институтов, в которых изучались, в частности, проблемы женского труда, труда подростков, статистики заболеваемости рабочих, инвалидности и экспертизы нетрудоспособности и использования остаточной трудоспособности, продолжительности рабочего дня, режима труда, профотбора и профконсультации, санитарного просвещения и пропаганды и т. д.

Наконец, следующей характерной особенностью советской гигиены труда является ее исключительная разносторонность и комплексность в постановке исследовательских проблем с включением в нее в качестве «дочерних дисциплин» всех отраслей теоретических и прикладных наук, могущих быть использованными для научной разработки мероприятий по оздоровлению условий труда и улучшению медико-санитарного обслуживания рабочих.

Соответственно строилась и программа преподавания, и структура научных институтов. Институты с самого начала своего зарождения сделались опорными базами руководящих государственных органов и активно участвуют в подготовке санитарно-промышленного законодательства, повышении квалификации специальных санитарных кадров и лечащих врачей, разработке ряда организационных вопросов по медобслуживанию рабочих, санитарной охране труда и социальному страхованию, а также в сани-

тарном просвещении и санитарной пропаганде, в частности, путем издания популярных брошюр, листовок, плакатов, информационных писем, инструкций для врачей и т. д.

В первые годы существования институтов закладывались основы методики изучения профессиональных вредностей и профзаболеваний как в условиях эксперимента (разнообразные камеры), так и на производстве (кататермометрия, актинометрия, кониметрия, методы определения различных ядовитых газов и паров, методы определения эффективности вентиляционных установок и др.). Вместе с тем экспериментально и клинически начали изучаться различные профессиональные интоксикации (в первую очередь давно известными «классическими» профессиональными ядами — свинцом, окисью углерода, бензином, анилином и др.), воздействие на организм метеорологического фактора, пневмокониозы (преимущественно в украинских институтах), воздействие на организм шума и сотрясения (Институт им. Обука), различные профессиональные заболевания кожи и др. Наряду с этим впервые на основе научных исследований были разработаны некоторые практические оздоровительные мероприятия (солевой питьевой режим в горячих цехах, безосколочное стекло, смазка против запотевания стекол в защитных очках, различные типы спецодежды применительно к отдельным профвредностям, первые советские типы защитных очков, респираторов и промышленных противогазов, рациональные системы искусственного освещения в ряде производств и др.). Широкое распространение получило в этот период изучение вопросов физиологии труда в связи с вопросами организации труда (режим труда), организации рабочего места, гигиенической рационализации рабочей мебели, рабочего инструмента и производственного оборудования.

Широко обсуждались вопросы гигиены труда в этот период и в ряде медицинских обществ, и прежде всего в созданном в 1923 г. обществе социальной и экспериментальной гигиены и секции профпатологии терапевтического общества.

(Окончание следует)

Засл. деят. науки проф. А. В. МОЛЬКОВ

25 лет школьно-санитарного дела в СССР

До Октябрьской революции школьно-санитарное дело в России, как и дело народного образования, находилось в зачаточном состоянии. Не существовало какой-либо единой системы его организации. В городах, особенно столичных и крупных, руководство им осуществлялось различными ведомствами, которым принадлежали средние школы (министерство просвещения и военное, ведомство императрицы Марии и пр.), но в большинстве случаев было формальным. Врачи «приписывались» к различным средним школам, большей частью не получая оплаты за свою работу, ради получения чинов и орденов. Решительно ничем и никем врачи эти не были объединены. Лишь в Москве и Петербурге городскими самоуправлениями были созданы организации школьных врачей. В 1906 г. в Петербурге было 48 школьных врачей, в Москве — 12, а к началу империалистической войны школьные врачи имелись в 50 городах России. В нескольких передовых земствах участковые врачи под руководством насчитывавшихся немногими единицами санитарных врачей проводили санитарный надзор за начальными школами, но, конечно, в далеко не достаточном масштабе.

Пироговские съезды уделяли школьной гигиене много внимания. При правлении общества была организована комиссия по школьной гигиене и распространению гигиенических знаний. Из научных работников и видных санитарных врачей работали в области школьной санитарии профессор Эрисман и Хлопин, врачи Бекарюков, Никитин, Михайлов, Касторский, Моляков, Лебедев, Дурново и некоторые другие. Известная книга Бекарюкова «Основы школьной гигиены» сохраняет и теперь свое значение. Д-р Никитин под руководством проф. Хлопина положил начало школьному гигиеническому музею и издал первую «Справочную книгу для школьных врачей» с инструктивно-методическими материалами. Под их же редакцией был переведен на русский язык ряд

руководств, в том числе универсальное руководство по школьной гигиене проф. Лео Бургерштейна и д-ра А. Нетолицкого.

Таковы были первые слабые зачатки школьной гигиены в царской России.

Резкий перелом в заботе о детях определился тотчас же после перехода власти в руки советов. Несмотря на наличие громадных продовольственных трудностей, В. И. Ленин распорядился предоставлять детям лучшие продукты из имевшихся тогда скудных запасов. По его инициативе был издан ряд законов, имевших громадное оздоровительное значение для детей, в том числе закон об обязательном оспопрививании. Колоссальна непосредственная роль Ленина в организации ряда воспитательно-оздоровительных учреждений, в создании пионерского движения, в определении роли и задач комсомола в области воспитания и оздоровления детей, в организации пионерлагерей и т. д.

Привлечение медицинских сил к сложному и ответственному делу школьного воспитания получило организационное оформление первоначально в системе НКПроса, где под руководством ныне покойной В. М. Бонч-Бруевич (Величкиной) были ясно намечены пути развития связей между медициной и педагогикой. Были учреждены должности школьных врачей; создан был ряд показательных профилактических поликлиник, задача которых заключалась во всестороннем изучении ребенка для правильного построения педагогического процесса.

Эти поликлиники и опирающиеся на них школьные врачи НКПроса не выполняли лечебных и профилактических функций, что входило уже в компетенцию органов НКЗдрава. Образовавшийся таким образом разрыв между врачебным изучением и врачебным обслуживанием ребенка сохранился в течение некоторого времени и после того, как врачебные учреждения НКПроса перешли к НКЗдраву (1918 г.).

Здесь на первых порах работа шла под неправильным лозунгом «Старый школьно-санитарный врач нам не нужен; советской школе нужен совсем новый врач — педагог-педолог». Представители этого течения (Радин, Залкинд, Гельфер, Тутьшкин и др.) добились даже открытия для подготовки таких «новых» работников особого медико-педологического вуза, просуществовавшего, правда, недолго. Борьба с этим течением была тогда же начата представителями Государственного института социальной гигиены и опиравшихся на него кафедр школьной гигиены московских мединститутков.

Решительный и резкий поворот на правильный путь развития школьно-санитарное дело получило после исторического решения ЦК ВКП(б) в 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов». Это решение, ликвидировавшее лженаучную «теорию» и практику «педологии» в органах народного образования, вызвало реорганизацию постановки школьно-санитарного дела и в системе НКЗдрава. Было установлено, что школьный врач должен считать главной своей задачей оказание лечебной помощи и создание благоприятных санитарных условий для роста и развития каждого советского ребенка. Это привело к созданию ныне проводимой в жизнь стройной системы лечебно-профилактической помощи детям и подросткам, при которой до конца ликвидирован отрыв изучения ребенка от оказания ему лечебной и санитарной помощи.

В основу этой системы были положены три основных организационных принципа: исчерпывающий охват всей многомиллионной массы детей и подростков страны высококвалифицированной лечебной и профилактической помощью; тесная связь лечебно-профилактического обслуживания учащихся, осуществляемого в учебно-образовательных учреждениях (ясли, детские сады, школы, интернаты и пр.), с их медицинским обслуживанием поликлиниками, участковыми педиатрами, больницами, санаториями и т. д.; теснейшая увязка мероприятий оздоровительных с воспитательно-образовательными.

Ведущую роль во всестороннем медицинском обслуживании детей и подростков в каждом районе, городе, области, т. е. вообще в каждом обособленном территориальном районе, должны играть детские поликлиники, в состав которых были включены и школьные врачи, и участковые педиатры, а в ряде случаев и «единые педиатры», обслуживающие ребенка и в школе (вообще в детских учреждениях), и на дому.

Наряду с обширным кругом разнообразных лечебно-профилактических задач на педиатров детских учреждений была возложена и текущая повседневная санитарная работа, которую они осуществляют в городах с помощью среднего медицинского персонала и при содействии школьного госсанинспектора. В сельских местностях все перечисленные функции были возложены на участковых врачей, районных педиатров и районных госсанинспекторов.

Число врачей, обслуживающих школы и детские учреждения, возросло с нескольких сотен в 1918 г. до 1 500 в 1924 г. и свыше 3 500 в 1940 г. С 1936 г. эта сеть ежегодно пополнялась за счет специальных выпусков педиатрических факультетов (26 факультетов, дававших ежегодно до 2 000 врачей). Из числа оканчивающих санитарные факультеты, начиная с 1935 г., выделено было в городах около 300 госсанинспекторов для руководства школьно-санитарным надзором.

Школьная госсанинспекция — одна из самостоятельных отраслей государственного санитарного контроля, установленного постановлением СНК РСФСР 20.III.1934, — была организована в системе Главной госсанинспекции и госсанинспекций Москвы и Ленинграда с конца 1934 г., а в системе областных (краевых) горсанинспекций — с января 1935 г. До 1937 г. основным объектом школьного госконтроля являлись школы, детские дома, детские сады. В дальнейшем круг их деятельности расширился, так как в него вошли сначала внешкольные учреждения (пioneрлагери, детские парки, кино и т. д.), затем и учреждения раннего детства (ясли, детские консультации и т. д.), а с 1940 г. также и школы подготовки трудовых резервов.

Таким образом, на ответственности госсанинспекции в настоящее время лежит работа о санитарном благоустройстве всех детских учреждений страны, а следовательно, о санитарном состоянии не только школьников, но и всех детей и подростков. Само название «школьно-санитарный надзор» является теперь исторически сложившимся и условным.

Более сложные объекты обслуживаются коллективом госсанинспекторов. Так, например, ремесленные и железнодорожные училища, находящиеся в обособленных зданиях, а также общежития для учащихся находятся в ведении школьного госконтроля, цехи на производстве — в ведении промышленного госсанинспектора, пищевые предприятия, столовые, буфеты, кухни — в ведении госсанинспектора-пищевика. По отношению к санитарным функциям школьных и «единых» педиатров (см. выше) школьный госсанинспектор, кроме организационных и контрольных задач, осуществляет учет эффективности проводимых им мероприятий и разрабатывает собираемый им антропометрический и другой санитарно-статистический материал. В необходимых случаях школьный госсанинспектор организует сложные комплексные санитарно-гигиенические исследования, для чего создает специальные лаборатории, разрабатывает соответствующие материалы и делает из них практические выводы.

Основные направления в практической и теоретической деятельности по школьно-санитарному надзору за 25 лет заключались в разработке законодательных нормативных материалов по вопросам строительства, оборудования и санитарного благоустройства школ и детских учреждений, гигиенических обоснований режима и питания детей и подростков и организации учета социальных факторов здоровья и физического развития детского населения. Разработка вопросов санитарного благоустройства детских учреждений началась в 1923 г. с изучения наилучших

образцов строительства школ и детских учреждений в зарубежных странах, для чего, помимо получения специальной литературы, были командированы за границу работники НКЗдрава и НКПроса (впоследствии, в начале первой пятилетки, были вызваны среди других иностранных архитекторов и инженеров также некоторые авторы проектов зданий детских учреждений, осуществленных в ряде городов на Западе).

Составление нормативных указаний для строительства детских учреждений производилось в 1924—1928 гг. в научных институтах НКЗдрава (главным образом Институт социальной гигиены и Институт охраны материнства и младенчества) специально выделенными комиссиями с приглашением представителей заинтересованных ведомств. В результате работ этого периода были изданы первые сборники материалов — НКПросом по строительству школ и детских садов и НКЗдравом по строительству яслей.

Следующим этапом в этой работе было детальное изучение выстроенных в 1928—1935 гг. в городах новых зданий школ и детских учреждений. На базе этих объектов был проверен и уточнен ряд гигиенических норм путем применения инструментального изучения искусственного освещения, вентиляции, запыленности воздуха и т. д. Одновременно были начаты работы по гигиеническому обоснованию школьной мебели, одежды, учебных книг, игрушек и пособий. Так, на основе детального изучения размеров пропорций тела детей и подростков, путем применения специальных антропометрических методик были выработаны стандарты размеров мебели (М. Корсунская) и одежды (Краснобаева, Назарова и др.) для детей всех возрастов. Проработанные с участием врачей и педагогов типы детской мебели и одежды были проверены на практике детских учреждений и легли в основу массового изготовления этих предметов. Эти работы были широко освещены в печати и в специальных инструктивных материалах НКПроса и НКЗдрава.

В связи с массовыми изданиями детских книг и учебников были заново экспериментально проверены гигиенические требования к их внешнему оформлению (Шапиро, Фредгейм, Громбах), то же было сделано в отношении детских игрушек (Ляхович, Бадалов и др.).

Все эти и другие материалы послужили основой для санитарных требований к школьному строительству, содержанию и оборудованию детских учреждений, получивших грандиозный размах во второй и третьей пятилетках.

Госсанинспекция повсеместно принимала активное участие в развитии сети детских учреждений путем осуществления предупредительного санитарного контроля за строительством этих учреждений. Основными документами в этой области являются совместные указания госсанинспекции и НКПроса РСФСР «О согласовании вопросов строительства и санитарного благоустройства школ и детских учреждений в центре и на местах», инструкции госсанинспекции «О приемке зданий школ и детских учреждений», «О контроле за строительством» и др. С организацией сети учреждений по подготовке трудовых резервов были издачу совместно с Главным управлением трудовых резервов при СНК СССР Положение о медико-санитарном обслуживании ремесленных училищ и школ ФЗО, Инструкция о порядке открытия, устройства и оборудования общежитий и ряд других, являющихся обязательными для работников этой сети. С участием работников школьно-санитарного надзора ежегодно разрабатываются тематические указания: по вывозу детей в пионерлагери и колонии, по проведению зимних каникул, по организации завтраков в школах и многие другие, имеющие местное значение. В центре общие гигиенические указания по линии НКПроса внесены в уставы и положения школ, детских садов, детских домов, школьных интернатов и других детских учреждений.

В целях осуществления текущего санитарного надзора были разра-

ботаны и изданы санитарные правила для всех основных стационарных типов детских учреждений (школ, детских садов, детских домов, пионерлагерей), а также и впервые разработаны санитарные требования для внешкольной сети: школьные столовые, детские театры и кино, детские библиотеки, катки и зимние спортивные учреждения.

Эти материалы служат основными руководящими указаниями для практической работы.

В третьей пятилетке, наряду с элементарными массовыми обследованиями, проводимыми госсанинспекторами, которые сами по себе представляют ценность для учета динамики санитарного состояния сети детских учреждений, начала проводиться также инструментальная и лабораторная проверка различных сторон санитарного режима в школах и детских учреждениях. С этой целью госсанинспектора начали широко привлекать к работе научные институты и санитарные станции, а в Ленинграде в 1939 г. была организована первая школьно-гигиеническая лаборатория, объединявшая всю городскую работу в этой области (руководитель — проф. Гуткин); в Москве в 1940 г. такая же работа была начата при двух районных санитарных станциях, в одной из них (Кировский район) был организован также городской кабинет по школьной гигиене. Для работников периферии в 1937 г. были впервые изготовлены портативные лаборатории для проведения основных санитарных исследований.

Из вопросов санитарного режима в детских учреждениях в течение второй и третьей пятилеток наиболее полно разработаны вопросы освещения и воздухообмена, учтенные при выработке проектов норм искусственного освещения, кубатуры и площади для вновь проектируемых зданий.

Особо надо отметить работу, проведенную за эти годы по вопросам детского питания. На основании детального изучения физиологических потребностей детского организма, проведенного специальными отделениями институтов питания, и условий конкретной организации питания в воспитательных и лечебных детских учреждениях под руководством тех же институтов были разработаны нормы питания для здоровых и больных детей всех возрастных групп (проф. Молчанова, Маслов, Тур, доц. Балинская и др.). Были разработаны также вопросы организации общественного детского питания в санитарно-оздоровительных учреждениях, в специальных детских столовых, а также и в практике массовых детских учреждений.

На основе учета всей деятельности по школьно-санитарному надзору за советский период был составлен в 1939 г. специальной комиссией НКЗдрава СССР проект санитарного законодательства для школ и детских учреждений.

Наряду с санитарным изучением и оздоровлением детских учреждений и усовершенствованием форм и методов медицинского обслуживания детей в них уделялось известное внимание изучению динамики здоровья и физического развития детского населения и, в частности, организованных детских коллективов.

Разработка вопросов учета физического развития детского населения была начата еще в 1924 г. в Институте социальной гигиены [в специальном кабинете и центральном антропометрическом бюро (ЦАБ)]. Затем по унифицированной методике были разработаны стандарты физического развития детей и подростков во всех республиках Советского Союза. Повторными обследованиями, проведенными в ряде мест, показана положительная динамика физического развития за такой относительно короткий срок. В 1932 г. были разработаны основные установки по организации конъюнктурных наблюдений и таковые были проведены затем в ряде городов через детские поликлиники при активном участии школьно-санитарных работников.

В годы Великой Отечественной войны усилились все санитарные мероприятия.

Огромная забота была проявлена в отношении организованных детских коллективов, эвакуированных из прифронтовой полосы и размещенных в глубинных районах страны. От санитарной службы дорог, от сопровождавших эшелоны с детьми медицинских работников и от местных отделов здравоохранения потребовалось умение быстро применять профилактические меры по предупреждению разноса детских инфекций — госпитализация больных и проведение прививок контактным детям, иногда в весьма сложных путевых условиях.

Сельская медицинская сеть и районные госсанинспектора включили детские интернаты в число объектов первоочередного медико-санитарного обслуживания. С помощью местных советских и партийных организаций детские интернаты получили возможность продолжать воспитание детей в относительно нормальных условиях. Подробные указания по медико-санитарному обслуживанию интернатов вошли в «Положения» об интернатах для детей школьного и дошкольного возраста, изданные НКПросом по согласованию с НКЗдравом.

Текущее санитарное обслуживание школ и детских учреждений перешло по преимуществу к среднему медицинскому персоналу; поэтому госсанинспекция значительно повысила требования к администрации и педагогам по сохранению должного санитарного содержания школ и детских учреждений и усилила работу по организации общественного санитарного актива; с 1941 г. организован институт общественных санитарных инспекторов. Поддержание санитарного режима и организация питания детей проводятся главным образом при активном участии общественности детских учреждений.

В соответствии с указаниями НКЗдрава и НКПроса в 1941/42 г. проводятся в ряде городов курсы по повышению квалификации педагогов в области гигиены детства и борьбы с инфекциями; из числа педагогов школ и детских учреждений, в соответствии с указаниями ВГСИ, комплектуются общественные санитарные инспектора, проводящие санитарную работу под руководством прикрепленного к школам медицинского персонала или госсанинспектора.

Новые формы работы учащихся — массовое участие в сельскохозяйственном труде, работа в учебно-производственных мастерских и значительно расширенный объем профилей специальной подготовки трудовых резервов — поставили перед школьно-санитарным надзором новые задачи по санитарному надзору за условиями труда и быта подростков. Разработаны основные указания по отбору учащихся и осуществлению санитарного надзора в школах ФЗО и РУ.

Массовое вовлечение женщин в производство вызвало значительный рост сети детских учреждений для детей раннего возраста (детские ясли, сады и площадки). В организации этих учреждений произошли значительные изменения — введена сменность групп в течение дня, круглосуточное пребывание детей и т. д. Все это вызвало усиление санитарного надзора за ними с обращением особого внимания на профилактику детских инфекций.

Научно-методическое руководство школьно-санитарной деятельностью работников всех специальностей (начиная педиатрами и кончая представителями госсанинспекции) в СССР всегда проводилось системой научных институтов, кафедр, вузов, а также научно-методическими центрами — опытно-показательными станциями и поликлиниками.

Первым научно-методическим республиканским центром школьной гигиены после Октябрьской революции явился Государственный институт социальной гигиены, собравший в своих музеях обширный школьно-гигиенический материал. Вопросы физического воспитания подрастающих поколений разрабатывались в Институте физической культуры, при

котором была открыта опытно-показательная школа. Проблемы морфологии и физиологии ребенка, педиатрической клиники, нейропсихиатрии, организационные вопросы построения дела медицинского обслуживания детей изучались в институтах охраны здоровья детей и подростков, существовавших в ряде крупных центров СССР. При центральных институтах охраны здоровья детей и подростков (ныне педиатрических институтах) существуют опытно-показательные учреждения — школы, физкультурно-оздоровительные, детские санатории и т. д. Значение методических центров приобрели и некоторые оперативные учреждения, проводящие опытные работы и научные исследования, организованные частью НКПросом, частью НКЗдравом. Из них следует назвать школу им. Тимирязева в Ногинске, изучавшую вопросы физического воспитания детей и подростков, туберкулезный диспансер в Москве, туберкулезный санаторий «Красная роза» под Москвой, алушкинский детский санаторий им. проф. Боброва и др.

В высшей медицинской школе с 1922 г. оформляется система преподавания школьной гигиены — сначала в Москве в форме доцентуры при кафедре социальной гигиены, руководимой проф. Н. А. Семашко. Преподавание «гигиены воспитания» было поручено ассистенту А. В. Молькову. С 1925 г. доцентура была в I ММИ преобразована в самостоятельную кафедру гигиены воспитания. Такие же кафедры были организованы на ряде медицинских факультетов СССР, а с открытием санитарных и педиатрических факультетов в них были созданы кафедры «школьной гигиены».

Соответствующая кафедра учреждается также при Центральном институте усовершенствования врачей. Вводится преподавание школьной гигиены в медицинских и педагогических техникумах (Н. И. Соколов, С. Н. Малов, проф. Емельянов и др.).

Кадры преподавателей школьной гигиены в высшей и средней медицинской школе на первых порах формировались из числа врачей, работавших по этим вопросам еще до революции, позднее — из числа школьно-санитарных практических работников, а затем, с учреждением аспирантуры, — из числа молодых работников, прошедших аспирантуру при кафедрах школьной гигиены. Дело школьно-санитарного надзора в СССР возглавили научные работники: М. И. Корсунская (НКЗдрав СССР), Л. Н. Заглухинская (Москва), А. Я. Гуткин (Ленинград), т. Гудков (Горький), А. И. Баландин (Омск) и т. д.

Научные институты, кафедры школьной гигиены, отдельные диссертанты, а также практические работники за обозреваемый период провели большое количество научно-исследовательских работ, из которых многие опубликованы в сжатом виде или в форме тезисов в периодических изданиях, другие — в сборниках или вышли отдельными монографиями. Из периодических органов разделы школьной гигиены вели журналы: «Социальная гигиена», «Советская педиатрия», «Профилактическая медицина», «Гигиена и санитария», «Гигиена и здоровье», «Охрана здоровья детей и подростков».

Практические достижения в области охраны здоровья детей и подростков за истекший 25-летний период колоссальны. Реальным выражением этого факта служат десятки тысяч великолепно оформленных зданий детских учреждений, специально выстроенных не только в крупных городских центрах, но и в менее значительных населенных пунктах и в сельских местностях.

На первых этапах развертывания различного типа детских учреждений советская власть использовала особняки и роскошные здания буржуазии, расположенные в городах и поместьях, но этот фонд в результате громадного масштаба развертывания разного типа детских учреждений оказался быстро исчерпанным. Создалась острая потребность в помещениях, особенно для школ в связи с введением всеобщей

го обязательного образования в объеме семилетки. Пришлось перейти на двусменные, а местами и трехсменные занятия в школах, что затруднило проведение правильного санитарного режима.

Широкое новое специальное строительство школ и детских учреждений началось вместе со строительством новых городов и поселков. В реконструктивный период в городах началась интенсивная постройка специальных школьных зданий, часто крупных не только по масштабу (на 1 500, 2 000 и более учащихся), но и по сложности структуры, требовавшей большой площади и кубатуры. В них значительное число помещений отводилось под разные вспомогательные устройства: кабинеты, лаборатории, мастерские, музеи, рекреационные и физкультурные залы, кухни, столовые и т. п. Одновременно развернулось строительство дошкольных учреждений. Однако повышенные требования к набору помещений и объединение в этих учреждениях большого числа детей не отвечали массовой потребности в развитии сети этих учреждений. Поэтому особым постановлением ЦК ВКП(б) и СНК СССР в 1935 г. «О строительстве школ» были даны указания о предельных нормах вспомогательных помещений и лимите площади и кубатуры на одного учащегося и установлены типы строительства школ. Аналогичное постановление было принято в 1936 г. и для детских садов и яслей.

При консультативном участии врачей (П. М. Ивановский, М. И. Корсунская, А. Я. Гуткин, Л. Н. Заглухинская и др.) были разработаны группой архитекторов типовые планы школ и других детских учреждений. В течение второй и третьей пятилеток построено было около 24 тысяч школ и свыше 5,5 тысяч детских учреждений. В этих светлых, просторных зданиях созданы все основные условия для успешного проведения учебно-воспитательной работы и укрепления здоровья и физического развития детей.

Накопленные за последние годы многочисленные данные о физическом развитии детей и подростков убедительно показывают благотворное влияние созданных советской властью условий на состояние жизненных сил нашей молодежи.

Резко изменился к лучшему физический облик детей и подростков всех возрастных категорий, что отмечено всюду, где производились сравнительные антропометрические исследования. Большие работы, проведенные Институтом социальной гигиены и кафедрой школьной гигиены под руководством проф. Л. А. Сыркина в Москве, в Богородске, в Туле, в Осташковском подмосковном районе, всюду одинаково обнаружили, что такие показатели, как высота роста, вес и величина окружности груди у школьников, оказались в 1927 г. гораздо более высокими, чем установленные обширными исследованиями проф. Эрисмана и его учеников в 1885 г. Работы, повторенные проф. Сыркиным через 8—10 лет, выявили дальнейшее увеличение веса, роста и окружности грудной клетки у детей и подростков всех возрастов. Аналогичные данные получены и другими исследователями.

Но всего убедительнее об этом говорят слова т. Ворошилова, прозвучавшие на VII Съезде советов СССР: «Врачебное освидетельствование призываемых в армию рабочих показало по Москве, Ленинграду, Московской, Ленинградской и Ивановской областям, Горьковскому краю и Украине, что средний вес за последние 6—7 лет повысился на полтора, два килограмма, а окружность грудной клетки стала больше от полутора до двух сантиметров». Это характеризует физическое состояние героических защитников нашей родины и налагает на органы, которые должны заботиться о подрастающих кадрах, в том числе и на работников школьно-санитарного дела, в наступившие трудные времена Великой Отечественной войны сугубую ответственность за сохранение для подрастающей смены условий, позволяющих сохранить наши трудовые и боевые резервы на достигнутом ими высоком уровне физического развития.

Санитарная работа на селе за 25 лет

В области санитарной работы на сельском врачебном участке советская власть получила тяжелое наследство. Как известно, земские заправила вообще недружелюбно относились к санитарной организации. Если они еще признавали необходимость оказания некоторой лечебной помощи крестьянину, в труде которого они нуждались, то санитарное обслуживание крестьянства они считали излишней роскошью. Лишь отдельные земства (например, Московское), благодаря настойчивости таких санитарных деятелей, как проф. Эрисман, д-р Осипов, д-р Куркин и др., создали крепко сколоченную и авторитетную санитарную организацию. Можно сказать без преувеличения, что земская санитарная организация там, где она успешно работала, создавалась энтузиазмом передовых земских врачей, настойчиво преодолевавших все препятствия на путях ее деятельности.

Империалистическая война в корне разрушила сельскую медицинскую организацию. Д-р Куркин писал, что уже после первого года войны «участковая земская медицинская организация может быть признана с полным правом находящейся в состоянии глубокого и тяжелого расстройств». Если так обстояло дело с лечебной участковой медициной, то в еще худшем положении находилась санитарная организация, обслуживавшая участки, — ее почти не осталось. В неземских губерниях (т. е. в половине губерний царской России) картина была еще более печальной.

Советской власти приходилось заново налаживать обслуживание сельского населения лечебной и санитарной работой. К чести оставшихся тогда участковых врачей надо отметить, что они не присоединились к тому саботажу против советской власти, который был довольно широко распространен в первое время после Октябрьской социалистической революции среди городских врачей: близость участковых врачей к крестьянским массам позволяла им лучше разглядеть народный характер молодой советской власти.

В первые годы существования советской власти, в годы ожесточенной войны против интервентов и белогвардейцев, в годы массового распространения эпидемических заболеваний (особенно сыпного тифа), естественно, усилия участковой медицины были направлены прежде всего на противоэпидемическую борьбу. «Или вши победят социализм, или социализм победит вшей!», провозгласил В. И. Ленин на VII Съезде Советов в 1919 г.¹ В тяжелых условиях блокады, недостатка медикаментов и дезинфекционных средств, недостатка медицинского персонала, призванного в ряды Красной Армии, в полуразрушенных больницах и амбулаториях советские сельские врачи самоотверженно боролись с эпидемиями. Организация НКЗдрава как единого органа, взявшего в свои руки управление всем делом здравоохранения, создала центр руководства и сельской медициной. Уже 7.VIII.1918 НКЗдрав в целях учета эпидемических заболеваний издает распоряжение «Об обязательном извещении врачами о случаях заболеваний заразными болезнями».

Декрет СНК о мероприятиях против сыпного тифа, изданный еще 28.I.1919, наметил конкретные пути борьбы с этой эпидемией. Верная лозунгу «Охрана здоровья трудящихся — дело самих трудящихся» советская медицина сумела и на селе развернуть широкое санитарное просвещение, организовать сельскую общественность на борьбу с эпидемиями. В результате «социализм победил вшей». Эпидемии резко пошли на убыль. С 3 354 656 случаев в 1920 г. сыпной тиф снижается до 1 141 175 случаев в 1922 г. и до 122 121 случая в 1924 г. Проведение в жизнь де-

¹ Ленин, Собр. соч., изд. 2, т. XXIV, стр. 608.

решения СНК от 10.V.1919 об обязательном оспопрививании полностью ликвидировало оспу.

С окончанием гражданской войны и победами на противоэпидемическом фронте начинает разворачиваться санитарная работа на сельских участках. Первым законодательным актом, наметившим веки санитарной работы в стране, был декрет СНК от 15.IX.1922 «О санитарных органах в республике». В этом законе впервые в нашей стране установлены были основы санитарной организации, указаны виды, порядок и формы осуществления санитарного надзора. В этом же законе были установлены нормы санитарных органов, правда, очень скромные по условиям того времени (в каждом уезде с населением не свыше 200 000 — один уездный санитарный врач, а свыше 200 000 — два санитарных врача). Хотя этот закон имел в виду главным образом городскую санитарную организацию (дифференцированный санитарный надзор), но он все же впервые наметил основные направления санитарного обслуживания населения. В развитие этого закона НКЗдравом в целях организации обмена опытом в новом деле санитарной работы на селе издаются положения о санитарных советах — губернских, уездных и волостных. НКЗдравом был издан 13.XII.1923 циркуляр «О местных санитарных учреждениях», в котором регламентировались нормы и функции основных санитарных органов (санитарные лаборатории, дезинфекционные станции, пастеровские станции, эпидемические отряды, дома санпросвета и т. п.).

Большое оживление в участковой работе вообще и в санитарно-эпидемической на участке в частности вызвал I Всесоюзный съезд участковых врачей, состоявшийся в Москве 8—15.XII.1925. На съезде было 1 032 делегата, из которых 949 прибыли с мест. Вопросы профилактической работы на селе подверглись на съезде тщательному обсуждению.

Сельская сеть, хотя и очень медленно, начинает оправляться от ран, нанесенных империалистической и гражданской войной, и даже имеется значительный рост ее, особенно в национальных республиках и областях. В корне изменилась обстановка для профилактической работы: вместо рогаatok, которые ставило царское правительство, открылись широчайшие возможности для санитарно-просветительной и профилактической работы на пользу трудящегося сельского населения.

Однако положение сельской сети все еще продолжало оставаться очень тяжелым: 21,3% волостей совсем не имели врачебных пунктов, а 42,3% (т. е. почти половина) не имели больниц. Но рост сети, хотя и медленный, продолжался из года в год. В 1925 г. число врачебных участков увеличилось на 12%, число больничных участков — на 8%, количество коек в сельских больницах — на 9% по сравнению с 1924 г. В 1925 г. в РСФСР насчитывалось всего 4 098 врачебных участков и 646 сельских санитарных врачей.

По вопросу об улучшении сельской медицины неоднократно выносились решения съездов советов и сессий ВЦИК. Так, XII Всероссийский съезд советов (1925 г.) по докладу НКЗдрава, между прочим, постановил: «Залогом успешной борьбы с эпидемиями является правильное построение санитарного аппарата. Съезд считает неотложной задачей осуществление установленных норм государственной и местной санитарной организации, а также улучшение материального положения санитарных врачей и усиление подготовки их». XVI Всероссийский съезд советов (1935 г.) по докладу НКЗдрава постановил: «Решительно поднять здравоохранение в деревне, добиваясь того, чтобы в 1935—1936 гг. не было ни одного больничного или амбулаторного участка без врача».

Коллективизация сельского хозяйства открыла новые широкие перспективы для оздоровления колхозников. Колхозный строй представляет несравненно большие возможности для проведения санитарных мероприятий, чем строй, основанный на единоличном землевладении: обеспе-

чить колхоз доброкачественной водой, лечебно-профилактическими и просветительными учреждениями гораздо легче, чем разбросанные индивидуальными хозяйствами. Повышение материального благосостояния колхозников ведет к улучшению санитарно-бытовых условий их жизни: растет новое жилищное строительство, улучшается питание, поднимается культурность деревни. Товарищ Сталин на XVII Съезде партии в 1934 г. указал: «Изменился облик наших крупных городов и промышленных центров... Еще больше изменился облик деревни. Старая деревня с ее церковью на самом видном месте, с ее лучшими домами урядника, попа, кулака на первом плане, с ее полуразваленными избами крестьян на заднем плане — начинает исчезать. На ее место выступает новая деревня с ее общественно-хозяйственными постройками, с ее клубами, радио, кино, школами, библиотеками и яслями, с ее тракторами, комбайнами, молотилками, автомобилями»¹.

Все это в совокупности представляет собой твердую почву для проведения санитарно-оздоровительных мероприятий в деревне.

Декабрьское (1930 г.) постановление ЦК ВКП(б) среди других указаний по линии здравоохранения подчеркнуло также необходимость обратить особое внимание на обслуживание колхозного крестьянства и деревенской бедноты. Однако, как видно из упомянутого постановления XVI Всероссийского съезда советов, положение сельской медицины, а следовательно, и качество санитарного обслуживания колхозного крестьянства продолжали оставаться неудовлетворительными.

Значительным стимулом к развертыванию санитарной работы вообще и улучшению санитарного обслуживания сельского населения в частности послужили постановления правительства Союза от 23.XII.1933 об организации Государственной санитарной инспекции и от 5.VIII.1935 об организации Всесоюзной санитарной инспекции при СНК СССР, а также постановление ЦИК и СНК СССР от 20.VIII.1936 о передаче Всесоюзной государственной санитарной инспекции в ведение вновь организованного НКЗдрава СССР. Эти законы положили основание важнейшей деятельности санитарной организации — санитарному надзору и контролю. Независимости этого контроля много содействовало и содействует «вертикальное» подчинение всех звеньев госсанинспекции вышестоящему санитарному инспектору. Районные санитарные инспектора, подчиняясь в оперативном отношении местным органам здравоохранения, проводят предупредительный и текущий санитарный надзор независимо от местных влияний, руководствуясь лишь указаниями вышестоящего санитарного инспектора, и являясь подлинными органами государственного санитарного надзора и контроля.

XVI Всероссийский съезд советов поручил ВСИ дать каждому крупному предприятию, каждой новой стройке, сельсовету, совхозу и колхозу непосредственный план-задание по санитарному благоустройству; таким образом, декретирована была плановость в организации и проведении санитарных мероприятий на селе.

Решительный перелом в положении сельской медицины, а следовательно, и в санитарной работе на селе обеспечило постановление СНК СССР от 23.IV.1938 «Об укреплении сельского врачебного участка». Этим постановлением утверждено было на 1938 г. 11 785 сельских врачебных участков, из них по РСФСР — 6 890, по УССР — 2 290, по БССР — 453 и т. д. Предписывалось развернуть на селе в 1938 г. по СССР 11 000 фельдшерских пунктов. НКЗдрав СССР обязывался снабдить в 1938 г. 800 сельских участков лабораториями и 1 000 врачебных участков библиотеками. Значительно улучшилось положение участкового врачебного персонала: повысилась заработная плата, врачи обеспечивались квартирами и транспортными средствами, они получали командировки для на-

¹ «Вопросы ленинизма», изд. 10, стр. 571.

учного усовершенствования. Наконец, НКЗдрав обязывался направить в 1938 г. для работы в сельских местностях 4 500 врачей.

3-й пленум Больничного совета при Управлении сельских лечебных учреждений НКЗдрава СССР (5—7.I.1941 г.) мог констатировать следующие результаты выполнения этого исторического постановления правительства. Значительно улучшилась постановка здравоохранения на селе. Сеть сельских врачебных участков выросла с 12 072 в 1938 г. до 13 364 в 1940 г. Фельдшерских, фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов в 1940 г. уже было 32 387 вместо 23 006 в 1938 г. Намного расширилась сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, здравпунктов на предприятиях, женских и детских консультаций, противотуберкулезных учреждений, диспансеров и других видов специальной помощи сельскому населению. Увеличился и коечный фонд на селе. Так, в 1938 г. количество коек составляло 153 129, а в 1940 г.— 164 964, из них 35 495 родильных коек и 18 246 инфекционных. Кроме того, развернуто было в колхозных родильных домах и при фельдшерско-акушерских пунктах 30 789 родильных коек против 26 482, имевшихся в 1938 г. В сельских постоянных яслях было 314 570 коек вместо 270 188 коек в 1938 г. Проведена большая работа и по оснащению сельских врачебных участков. С 1938 по 1940 г. село получило 3 778 диагностических лабораторий и 9 000 библиотечек, из них 4 000 фельдшерских. Почти все сельские районные центры и многие врачебные участки обеспечены были дезкамерами и дезсредствами.

1940 г. явился переломным в отношении переброски врачей в сельские врачебные участки и районные центры. На 1.I.1940 г. на селе работало 14 297 врачей, а на 1.I.1941 г.— 22 123.

Снизилась эпидемические заболевания по сравнению с 1939 г.: по скарлатине на 40%, по сыпному тифу на 20%, по дифтерии примерно на столько же и по кори приблизительно на 10%.

Заболеемость с временной нетрудоспособностью упала на лесозаготовках на 25,9%, на торфоразработках на 30%, по зерносовхозам на 21,8%, по мясосовхозам на 25,9%. Значительно снизилась заболеваемость трахомой и кожно-венерическими болезнями.

Таблица 1. Количество сельских врачебных участков (по данным годовых отчетов статотдела НКЗдрава СССР)

Название республики	Количество сельских врачебных участков			Количество сельских врачебных участков, предусмотренных постановлением СНК СССР от 23.IV.1938 г.
	На 1.I. 1939 г.	На 1.I. 1940 г.	На 1.I. 1941 г.	
РСФСР	7 372	7 794	7 953	6 891
УССР	2 322	2 424	2 445	2 290
БССР	416	540	539	455
Азербайджанская ССР	422	411	409	405
Грузинская ССР	618	701	712	645
Армянская ССР	95	104	112	100
Туркменская ССР	42	93	120	55
Узбекская ССР	301	415	401	400
Таджикская ССР	86	97	111	110
Казахская ССР	352	411	415	335
Киргизская ССР	84	100	104	100
	12 162	13 090	13 361	11 785

Рост сельской сети по союзным республикам за 3 года после упомянутого постановления СНК СССР иллюстрируется табл. 1.

В развитие постановления правительства от 23.IV.1938 НКЗдрав

5.VI.1938 опубликовал «Положение о сельском врачебном участке». В качестве основных задач в области санитарно-эпидемиологической работы в положении указывалось: а) по линии противоэпидемической — выявление и учет острозаразных заболеваний, проведение ранней диагностики их, применение мер по предупреждению распространения инфекционных заболеваний, эпидемиологическое обследование и обработка очага; б) по линии общесанитарной — наблюдение за санитарным состоянием и содержанием источников водоснабжения, пищевых предприятий, школ, яслей и других детских учреждений, территорий колхозов, совхозов, МТС, наблюдение за санитарным состоянием бань. Указывалось, что противоэпидемические и санитарные мероприятия должны проводиться под руководством районного санитарного инспектора и эпидемиолога на основе районного плана с учетом особенностей участка.

Фактически санитарная и противоэпидемическая работа на сельских участках СССР в основном проводилась по указанным здесь линиям. Она сопровождалась широким санитарным просвещением и активным участием самих трудящихся в деле оздоровления колхозной деревни. При этом санитарное просвещение за последние годы получило особую целеустремленность: от санитарного просвещения в ограниченном понимании этого слова, т. е. от простого распространения гигиенических знаний, оно поднялось до санитарной агитации и пропаганды, т. е. до вовлечения населения, на основе распространения санитарных знаний, в практическую работу по оздоровлению его. Лучшими образцами такой санитарной агитации явилось знаменитое так называемое геокчайское движение, оздоровительная работа в Дмитровском районе Московской области, в Рогачевском районе Белорусской ССР и в ряде других мест Союза. Самым замечательным в этом движении было, во-первых, то, что в оздоровительной работе действительно принимало участие само население: органы здравоохранения и медицинские работники дружно взаимодействовали с партийными, профсоюзными и советскими организациями, и, во-вторых, вся работа проводилась по плану.

Ввиду исключительного значения опыта геокчайцев, рогачевцев, дмитровцев и др. приведем в качестве примера более подробное описание хода работ по санитарному благоустройству Рогачевского района.

Инициатором движения явился заслуженный врач Белорусской ССР Георгий Петрович Шароваров. На одном из открытых партийных собраний райздравотдела он выступил с предложением использовать опыт геокчайцев в Рогачеве. «Наш район должен стать чистым и мы сделаем все, что в наших силах» — решло собрание. Секретарь райкома С. М. Свердлов одобрил эту инициативу и подчеркнул, что здесь нельзя действовать методами голого администрирования, а надо пробудить инициативу самого населения; в этом деле не должно быть никакой шумихи, никакой парадности; борьба за чистоту — не очередная кампания, а результат длительного воспитания населения; борьба за чистоту — борьба за здоровый, крепкий тыл.

Было составлен план организационных мероприятий. Решено было начать с города, чтобы потом на конкретных образцах показать колхозникам, что и как нужно делать.

Город разделили на 40 кварталов и к каждому из них прикрепляли определенных медицинских работников и депутатов горсовета. Райком предложил включиться в работу всем первичным партийным организациям. Для начала решено было подмести улицы, вывезти грязь и мусор, засыпать лужи и выбоины, починить тротуары, привести в порядок колодцы, осмотреть и привести в санитарное состояние учреждения города (школы, столовые, бани, общежития, магазины, театры, парикмахерские, клубы, предприятия), озеленить город. Вывоз мусора и нечистот охотно взяли на себя соседние колхозы в целях удобрения своих полей. Город преобразился. Вскоре улицы, дороги, учреждения, жилища стали неузнаваемы.

От города перешли к колхозам. Опять глубокая, кропотливая санитарная агитация и пропаганда среди населения. Инициатором был колхоз «Волна» в отдаленном от районного центра Крушинковском сельсовете. И здесь депутаты сельсовета под руководством медицинских работников и партийных организаций мобилизовали колхозную общественность на борьбу за чистоту. Во всех колхозах этого сельсовета дожди выравняли, расширили и укатаны; по краям их вырыты глубокие канавы для стока воды, а через них устроены мостики для пешеходов. У каждой избы посажены молодые деревья, за которыми ухаживали школьники. Очищены, обгорожены и покрыты кровлей колодцы, у каждого из них повешена общественная бадья. Во дворах по-

строены индивидуальные уборные, дома выгнаны, проведена борьба с насекомыми. Бани отремонтированы, и колхозники регулярно ими пользовались. В каждой деревне появились кружки ГСО. В районе работало 1500 общественных санитарных инструкторов.

Геокчайцы, рогацевцы и дмитровцы использовали испытанный метод социалистического соревнования: они вызывали на соревнование другие города республики, колхозы соревновались друг с другом.

Фашистские варвары, временно захватившие цветущие города и села Белоруссии и Украины, конечно, не пощадили и этих достижений санитарной культуры. Город Рогачев и район его превращены в стойло фашистских скотов. Но опыт геокчайцев и рогацевцев уже вошел в историю культуры нашей страны.

Огромная работа, проделанная геокчайцами и рогацевцами, наглядно показала, чего можно достигнуть, умея использовать инициативу широчайших масс трудящихся, и притом достигнуть в кратчайшие сроки. По этому пути должны идти наши города и села, выполняя приказ товарища Сталина об укреплении тыла. По этому пути быстро пойдут все населенные пункты Советского Союза, когда доблестная Красная Армия очистит нашу землю от фашистских извергов.

За последние годы выявился ряд врачебных участков (д-ров Бережного, Киселева, Тер-Багдасарова, Приходько и др.), в которых образцово была поставлена работа. Так, д-р Киселев, заведующий Благотатным врачебным участком Рязанской области, прекрасно провел противэпидемическую работу. Сыпного тифа на его участке не было ни одного случая ни в 1939 г., ни в 1940 г.; дифтерии отмечен 1 случай в 1939 г. и ни одного в 1940 г.; скарлатины в 1939 г. не было, в 1940 г. зарегистрировано 2 случая; детские поносы — 48 случаев в 1939 г., 22 — в 1940 г., причем в последнем году не было ни одного случая токсического детского поноса и т. д. Так же успешно ликвидировал эпидемии и даже отдельные случаи эпидемических заболеваний д-р Бережной (Украинская ССР). Замечательно, что на участке д-ра Бережного детская смертность понизилась до 6%, т. е. до уровня самой низкой детской смертности в государствах земного шара.

И тот, и другой врачи единодушно объясняют успех своей оздоровительной деятельности, помимо правильных медицинских мероприятий и добросовестной работы медперсонала, незаменимой помощью санитарного актива из среды самого населения. Общественные санитарные уполномоченные под руководством медперсонала тщательно следили за санитарным состоянием своего района (особенно за источниками водоснабжения) и за появлением первых случаев, подозрительных на эпидемические заболевания. Общественные уполномоченные доносили д-ру Бережному: «В мое село прибыл из другого района или другой области гражданин Н. Я. подверг его санитарной обработке и установил наблюдение за его здоровьем». В случае подозрения на инфекцию сейчас же вызывался медперсонал.

Большим достижением в работе сельских участков (правда, далеко не всегда и не везде) является плановость. Так, в Башкирской АССР проф. Н. А. Шерстенников составил календарный план работы сельского участка: зимой — меры борьбы с паразитарными инфекциями и прививочная кампания, весной — подготовка к борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями и к уборочной кампании, летом — в первую очередь борьба с желудочно-кишечными инфекциями и т. д. НКЗдрав Башкирской АССР принял этот календарный план для проведения в сельских участках республики.

Однако, несмотря на эти достижения, в работе сельских врачебных участков все еще есть недочеты, на которых остановил свое внимание 3-й пленум Больничного совета при Управлении сельскими лечебными учреждениями НКЗдрава СССР. Основные из них следующие.

1. Недостаточная плановость в санитарно-эпидемической и профи-

лактической работе многих сельских врачебных участков. В «Положении о сельском врачебном участке» и в неоднократных указаниях НКЗдрав СССР говорилось, что каждый сельский участок должен иметь план своей работы, построенный на основе районного плана с учетом местных особенностей данного участка. Между тем ни районные отделы здравоохранения, ни заведующие участками часто не заботятся о планировании своей работы и ведут ее «от случая к случаю». Ясно, что при таких условиях нельзя ожидать большого оздоровительного эффекта. В упомянутой работе проф. Шерстенников предлагает участковым врачам с осени приступать к составлению плана на следующий год, чтобы заранее обеспечить возможность его осуществления с начала года.

2. Недостаточно обращается внимание на качество работы. Даже отчеты медицинских участков содержат лишь количественные данные, но не дают представления о том, как и какими путями достигнут тот или другой результат. Естественно, что при обмене опытом на районных конференциях или советах такие отчеты мало говорят уму и сердцу слушателей, мало вооружают их на достижение тех или других результатов. Мы уже не говорим о том, что часто эти количественные показатели бывают неудовлетворительны.

Вопрос о качественных показателях работы сельского врачебного участка — решающий для оценки его деятельности. Количество койко-дней в году, оборот койки, процент летальности, эпидемическая заболеваемость, количество прививок, демографические показатели и в особенности показатель детской смертности, общесанитарная деятельность — все это в конечном итоге определяет качество работы врачебного участка. В отчетах надо приводить не только голые цифры, но и указывать, как именно организована была работа, каким путем достигнут тот или другой эффект.

3. Недостаточное руководство участками со стороны районных санитарных врачей и районных эпидемиологов. Участковый врач, часто молодой работник, только что окончивший вуз, должен чувствовать постоянное руководство в своей довольно сложной санитарной работе.

4. Недостаточная оснащенность сельских врачебных участков, отражающаяся на качестве и лечебной, и санитарной работы. В этом прежде всего вина самих участковых врачей: после постановления СНК об укреплении сельского врачебного участка НКЗдравом СССР направлено на участки до 1942 г. 18 000 библиотечек (8 000 врачебных и 10 000 фельдшерских) и 4 778 лабораторий. Между тем многие лаборатории не используются, а некоторые даже не получены со станций. Библиотеки нередко содержатся неряшливо: книги «пропадают», из них вырываются страницы, рисунки, иногда целые главы. НКЗдрав СССР издал 12.VI.1942 г. приказ за № 309, согласно которому участковые врачи обязаны «завести инвентарный учет всех получаемых книг, журналов и брошюр по мере их поступления на участок. При передаче участка от одного врача другому принимающий участок обязан наравне с прочим инвентарем принять и библиотеку, проверить наличие книг по инвентарной тетради». Лаборатории и библиотеки — оружие в руках участкового врача, и, как всякое оружие, оно должно находиться в сохранности и в «боевой готовности».

5. Недостаточно организован обмен опытом в участковой работе и показ лучших образцов работы. Мы научились — и притом недурно — критиковать работу. И это правильно: без критики не может быть движения вперед. Но мы еще не умеем учиться на лучших образцах работы, потому что не умеем показывать их. И в преподавании, и в своей практической деятельности мы больше говорим, каких ошибок надо избежать и что «вообще говоря» пужно делать. Поэтому и отчеты получаются, как указывалось выше, сухие, «цифирные», как выражался товарищ Ленин, мало назидательные. Между тем отчет на районной

научной конференции, на районном санитарном совете должен вооружать слушателей, учить, как надо работать. А для этого надо уметь показать образец хорошей работы, объяснить, как достигнуты положительные результаты. Не только «что», но и «как» должно быть освещено в отчете, докладе, лекции. Таких образцов работы мы имеем уже очень много, и на них полезно учиться.

6. Хотя для привлечения общественности к санитарно-оздоровительной работе на участке сделано немало, все же исключительная важность этого дела требует особого к нему внимания. Как мы уже указывали, передовые участковые врачи единогласно свидетельствуют, что привлечение санитарного актива — основное условие успешности санитарной работы. Значит, санитарное просвещение в сельских местностях требует особой заботы.

Таковы наиболее актуальные организационные вопросы санитарно-профилактической работы на сельских врачебных участках. Мы не говорим о ряде частных больных вопросов, которые при настойчивости легко устранить. Так, многие жалуются на недостаток дезаппаратуры на участке. Помимо усиления работы органов здравоохранения в помощь участкам в этом деле, надо самим участковым врачам следить за тем, чтобы имеющаяся аппаратура не стояла в бездействии, что, к сожалению, нередко имеет место. Надо с ней бережно обращаться, своевременно ее ремонтировать. Наконец, в крайних случаях можно прибегать к простейшим методам дезинфекции и дезинсекции — серничковым камерам, земляным вошебойкам и т. д. Но, конечно, прежде всего должна полностью использоваться дезинсекционная аппаратура.

Военное время предъявило ряд новых требований к санитарной организации вообще, к санитарной эпидемической работе на сельских участках в частности. Это отражено в утвержденном наркомом здравоохранения СССР инструктивно-методическом указании от 2.VII.1942 по проведению санитарной и противоэпидемической работы на сельском врачебном участке в военное время.

В этом указании перед сельскими участками поставлены следующие задачи: 1) оказание своевременной квалифицированной медицинской помощи населению; 2) предупреждение, а в случае появления — быстрая ликвидация инфекционных заболеваний и в первую очередь сыпного и брюшного тифов; 3) улучшение санитарного обслуживания граждан, эвакуированных из временно оккупированных районов и прифронтовой полосы; 4) улучшение санитарного состояния территории населенных пунктов; 5) установление санитарной охраны колодцев и других источников водоснабжения; 6) улучшение санитарного состояния пищевых предприятий (молочных заводов, сливных пунктов), расположенных в сельских местностях; 7) организация населения на проведение санитарных и противоэпидемических мероприятий, используя опыт Гелокчайского, Дмитровского районов; 8) организация общественного санитарного актива, руководство его работой и повышение его знаний; 9) внедрение санитарно-гигиенических навыков путем проведения массовой санпросветработы среди населения.

«Инструктивно-методическое указание» намечает конкретные мероприятия по выполнению этих задач. В частности, по линии санитарного надзора предлагается:

1. В области санитарной охраны источников водоснабжения должны быть учтены, паспортизованы, отремонтированы и огорожены все колодцы. Каждый колодец необходимо снабдить общественной бадьей. Для предотвращения возможных загрязнений и диверсионных актов колодцы должны круглые сутки охраняться дежурными из жителей, пользующихся данным колодцем. В дальнейшем медицинские работники с помощью общественных санитарных инспекторов проводят систематическое наблюдение за санитарным состоянием колодцев и принимают меры к их очистке. Такое же наблюдение устанавливается и за другими водоемностями и сооружениями — артезианскими скважинами, каналами, арыками, водоемами и др. При строительстве новых колодцев и других водоемностей медицинские работники указывают наиболее удобное в санитарном отношении место.

2. В области санитарного надзора за банями медицинский персонал участка должен взять на учет все бани как общественного, так и индивидуального пользования в селениях, совхозах, на торфо- и лесоразработках, вести контроль с помощью актива за их нормальной работой, обеспечением топливом и водой, за санитарным содержанием их, добиваться строительства новых бань и т. д.

3. В области санитарной охраны почвы медперсонал участка ведет регулярный надзор за своевременной очисткой территории (усадыбы, площади, рынки и др.), организует население на строительство уборных на каждой усадьбе, принимает участие в планировке и проведении озеленения.

4. Медперсонал организует санактив и население для обеспечения санитарного содержания жилищ, двора, улицы, внедряет опыт геокчайцев и дмитровцев.

5. Медперсонал осуществляет санитарный надзор за школами, интернатами, детдомами, проводит осмотр всех школьников по плану и в установленные сроки, выявляет больных трахомой, чесоткой, стригущим лишаем, паршой, открытыми формами туберкулеза и организует их лечение, а также выявляет завшивленных и обеспечивает их самообработку; привлекает учителей и воспитателей к наблюдению за личной гигиеной школьников, организует школьный санактив и проводит санпросветработу среди школьников. В школьных коллективах, занятых на сельскохозяйственных работах, эти мероприятия должны быть усилены.

6. Медперсонал проводит саннадзор за молочными заводами, маслозаводами, брынзоварочными, сливными пунктами, столовыми, чайханами, уделяя особое внимание приготовлению пищи, хранению продуктов и своевременной уборке территории, мусорных ящиков и помойных ям.

При обнаружении тех или иных предоступов заведующий врачебным участком и другие медицинские работники участка составляют об этом акты и передают их соответствующей организации, которая должна устранять отмеченные в акте санитарные неурядицы. В обусловленные в акте сроки медперсонал или общественные санитарные инспектора проверяют выполнение своих предложений, и, если они не выполнены, заведующий врачебным участком передаст материалы госсанинспектору для привлечения виновных к ответственности.

Такова развернутая программа санитарной работы на сельском врачебном участке в военное время.

Перед санитарной организацией вообще и перед участковыми врачами в частности стоит исключительной важности задача — восстановление санитарного порядка в освобожденных от оккупации областях и районах. Из ноты т. Молотова о зверствах фашистов известно, какие неслыханные злодеяния совершают гитлеровцы в отношении разрушения санитарного благополучия населения временно захваченных ими территорий. Гитлеровские изверги разрушают больницы и амбулатории, санитарные станции и лаборатории, уничтожают и загрязняют колодцы, сваливая туда трупы, чтобы лишить население питьевой воды, сжигают дома и бани, отбирают и уничтожают запасы пищи, сознательно заражают население инфекционными заболеваниями, загрязняют населенные пункты фекалиями, отбросами и нечистотами и т. п.

Как показывает опыт Московской и Калининской областей, советские участковые врачи и санитарные работники упорным трудом ликвидируют последствия варварства и зверства фашистских извергов, восстанавливают санитарную организацию, наводят санитарный порядок, ликвидируют эпидемии. За самоотверженную работу ряд этих работников награжден правительством орденами и медалями (санинспектора Московской области т. Шухман, Калининской области т. Обновленский и др.).

Опыт работы в освобожденных районах в исключительно тяжелых условиях еще и еще раз наглядно показывает, на что способна советская санитарная организация и как могут работать советские сельские участковые врачи.

Окончится война. Фашистские бандиты будут изгнаны с нашей священной земли. Советская санитарная организация и сельские врачи с горячим энтузиазмом, обогащенные опытом 25-летней работы, вместе со всем героическим советским народом восстановят санитарное благополучие населения нашей страны. «Тяжкий млат, дробя стекло, кует булат». Советская организация здравоохранения окрепла в огне Великой отечественной войны и обеспечит народам нашего Союза здоровую, светлую, счастливую жизнь.

25 лет советского санитарного просвещения

Из отдела санитарного просвещения НКЗдрава СССР и Центрального института санитарного просвещения НКЗдрава СССР

Еще в период борьбы с царским самодержавием большевики включали вопросы охраны здоровья в политическую агитацию и пропаганду на страницах легальной и нелегальной печати, при выступлениях в Государственной думе, на ряде съездов (фабрично-заводских врачей, женском, противоалкогольном и др.).

Партия всегда поднимала вопросы охраны здоровья на большую политическую высоту. Большевицкая агитация и пропаганда, нередко исходя из фактов, касающихся как будто только охраны здоровья, делала выводы классового порядка и подводила рабочих к вопросам политической борьбы. Яркие примеры большевицкой агитации и пропаганды по вопросам охраны здоровья мы находим в «Правде», «Звезде» и других большевицких газетах за 1910—1914 гг. и в ряде массовых нелегальных листовок. Большевики разоблачали бумажный, показной характер буржуазного «санитарного просвещения», раскрывали истинный политический смысл «просветительных листков», которыми царское правительство думало заменить необходимые санитарные и противоэпидемические мероприятия. Попытки проводить санитарно-просветительную работу, делавшиеся отдельными лучшими представителями врачебной общественности (комиссия по распространению медицинских знаний в народе Пироговского общества), неизменно наталкивались на всевозможные препоны и рогатки и не могли дать сколько-нибудь ощутимого реального практического результата.

Великая Октябрьская социалистическая революция обусловила широкое развитие самодетельности масс в невиданных и невозможных прежде размерах и разнообразных формах, вызвав гигантский рост культурной работы в нашей стране.

Народные массы, освободившись от гнета царского самодержавия и капиталистического ярма, жадно потянулись к знанию и культуре.

Активное участие масс во всех областях народного хозяйства и культуры явилось основным фактором в создании нового общественного и государственного строя. Охрана здоровья трудящихся стала делом самих трудящихся, а санитарное просвещение с первых же дней существования советского строя явилось неременной отраслью деятельности органов здравоохранения и общекультурной работы.

В годы интервенции и блокады санитарное просвещение призвано было содействовать разрешению двух основных задач: обороны страны и борьбы с эпидемиями, в первую очередь с сыпным тифом. Санитарно-просветительная работа в этот период была теснейшим образом связана с общеполитической агитационно-пропагандистской деятельностью.

Особенно широкое развитие в этот период санитарное просвещение получило в Красной Армии, где ближайшее участие в организации и самом проведении санитарного просвещения принимали, наряду с медицинским персоналом, и политработники армии. Для этого военного периода характерно устройство ударных кампаний — «банных дней», «недель чистоты» и т. п. Тогда же появились первые формы массового актива в виде «рабочих комиссий по борьбе за чистоту», сыгравшие огромную роль в борьбе с эпидемиями.

Ленин в своем известном выступлении на VII Всероссийском съезде советов выдвинул задачу борьбы с сыпным тифом как одну из основных государственных задач того момента: «И третий бич на нас еще надвигается — вошь, сыпной тиф, который косит наши войска... Тут мы говорим: «Товарищи, все внимание этому вопросу. Или вши победят социализм, или социализм победит вшей»¹.

Именно в связи с этой задачей Владимир Ильич подчеркивал значение активного участия рабочей и крестьянской общественности в деле здравоохранения: «Сотрудничество представителей науки и рабочих, — только такое сотрудничество будет в состоянии уничтожить весь гнет нищеты, болезней, грязи. И это будет сделано. Перед союзом представителей науки, пролетариата и техники не устоит никакая темная сила»².

Естественно, что и санитарно-просветительные издания за эти годы выпускались главным образом по вопросам борьбы с заразными болезнями. Так, почти половина изданий (45,3%) за 1918—1922 гг. была выпущена на противоэпидемические темы.

В соответствии с условиями гражданской войны и указанным выше содержанием санитарно-просветительной работы наиболее характерными формами ее были в первую очередь формы агитационные: выступления врачей на митингах, а по линии печати — лозунги, агитационные плакаты, листовки, памятки. На улицах городов, на железнодорожных станциях и речных пристанях в большом количестве вывешивались многокрасочные плакаты, листовки и лозунги, главным образом по борьбе со вшивостью и сыпным тифом. Такие издания, порой на серой оберточной бумаге, выпускались не только в центре, но и в небольших городах. Часто наивные по форме и содержанию или зря запугивающие изображения скелета с косою либо огромных отвратительных вшей, эти плакаты, однако, подкупали своей искренностью и революционным пафосом. Моменты санитарные теснейшим образом связывались в них с актуальными политическими вопросами. Следует отметить участие в тот период в санитарно-просветительной работе некоторых лучших наших художников (Дени, Моор) и писателей (В. Маяковский), давших блестящие образцы политически насыщенной действенной санитарной агитации.

Пришедший на смену гражданской войне восстановительный период значительно обогатил содержание санитарно-просветительной работы. Наряду с сохранением оборонной и противоэпидемической тематики усилилась пропаганда вопросов охраны материнства и детства, борьба с так называемыми социальными болезнями (туберкулез и венерические заболевания), с профессиональными заболеваниями. Укрепилась в системе здравоохранения и сама санпросветорганизация, возросло число домов санитарного просвещения и популярных выставок по охране здоровья.

Пропагандистские формы работы получили преобладание над агитационными. Расширился выпуск популярной санитарно-просветительной литературы и наглядных пособий, изменился и самый характер изданий. Наряду с листовками, лозунгами и агитационными плакатами для более углубленной пропагандистской работы появились альбомы с многокрасочными таблицами («Альбом по туберкулезу», выставка «Венерические болезни и борьба с ними» и др.). В области санитарного просвещения получил значительное развитие метод драматизации. Наряду с характерными для военного периода «санитарными судами» (особенной популярностью пользовался «сансуд над красноармейцем Неряшкиным», агитировавший за борьбу с сыпным тифом и нечистоплотностью) из кружков ири домах санитарного просвещения возникли специальные театры, посвященные санитарной пропаганде. Кино впервые начало давать полно-

¹ Ленин, Собрание сочинений, т. XXIV, стр. 608, изд. 2.

² Ленин, Речь на II Всероссийском съезде работников медико-санитарного труда, Собрание сочинений, т. XXV, стр. 46, изд. 2.

метражные художественные фильмы на темы охраны здоровья («Особняк Голубкиных», «Дорога к счастью» и др.).

Были выпущены периодические сборники по вопросам организации, содержания и методики санитарного просвещения (сборник «Санитарное просвещение» НКЗдрава РСФСР, «Теория и практика санитарного просвещения» Мособлздравотдела, «Методика санитарного просвещения» НКЗдрава УССР и др.). Начали выходить и массовые популярные журналы по охране здоровья («Здоровая деревня» — в Москве, «Гигиена и здоровье рабочей семьи» — в Ленинграде, «Шлях до здоровья» — в Харькове).

Был создан ряд съездов и совещаний по санитарному просвещению. Всероссийские съезды санитарных врачей, эпидемиологов и бактериологов, как правило, выделяли секции по санитарному просвещению, широко обсуждавшие вопросы организации и методики санпросвета. Проблемные доклады по санитарному просвещению выносились на обсуждение пленумов съездов.

Появились также новые формы общественной самодеятельности в области здравоохранения, в частности, в связи с диспансеризацией (прежде всего в Москве): санитарные комиссии, здравячейки, группы содействия здравоохранению на предприятиях, советы социальной помощи при диспансерах, комиссии оздоровления труда и быта («котиб») при лечебных учреждениях; выросло значение секций здравоохранения советов как основной руководящей формы здравактива. Возник дифференцированный общественный здравактив при учреждениях охраны материнства и младенчества, при туберкулезных диспансерах, противомалырийных учреждениях и пр.

Накопившийся опыт практической работы по санитарному просвещению потребовал теоретического обобщения и дальнейшей научной разработки вопросов организации и методики этой работы применительно к различным конкретным условиям и разным группам населения. Возник ряд специальных институтов санитарной культуры (Москва, Одесса, Воронеж), из которых в дальнейшем остался лишь один Московский областной институт санитарной культуры, впоследствии реорганизованный в Центральный институт санитарного просвещения НКЗдрава СССР.

Однако санитарное просвещение в этот период в известной степени утратило свою политическую заостренность. Постановление ЦК ВКП(б) о медицинском обслуживании рабочих и крестьян в 1929 г. указало в числе основных недочетов в работе по здравоохранению на недостаточно четкую классовую линию и недостаточное привлечение общественности. Эти же недочеты тогда были свойственны и работе по санитарному просвещению.

Ряд постановлений партии и правительства в годы первой пятилетки послужил основой для развертывания санитарно-просветительной работы: постановление июньского пленума ЦК ВКП(б) в 1931 г. о городском хозяйстве, постановление ЦК ВКП(б) в августе того же года об улучшении общественного питания, постановление ЦК партии о работе пионерской организации от 21.IV.1932 г., декрет СНК РСФСР от 20.V.1930 г. о санитарном минимуме и ряд других.

Социалистическая перестройка сельского хозяйства, создание новых гигантских промышленных районов (Урало-Кузбасс и др.) и передвижение туда значительных масс населения, равно как и в новые очаги крупного механизированного сельского хозяйства, сопровождалась глубокой перестройкой всего, в частности, санитарного быта огромных масс населения. В связи с этим значительно вырос спрос на санитарно-воспитательную работу и возникли новые требования к ней. Но в то время органы здравоохранения оказались неподготовленными к широкому развороту санитарного просвещения, и оно значительно отставало от требований реконструктивного периода.

Типичными формами санпросветработы в период первой пятилетки были «санкультпоходы», «массовые санкультрейды», «месячники», в известной мере напоминавшие агитационные санитарные кампании периода гражданской войны, но лучше организованные. Новой формой организации общественности явились общественные санитарные инспектора и уличные комитеты в городах и поселках. К этому же периоду относится возникновение систематической санитарной учебы в форме «рабочих санитарных университетов». Эта учеба явилась хорошей подготовкой для общественного актива по здравоохранению.

Новые огромные задачи выросли перед санитарным просвещением во вторую пятилетку. Стахановское движение открыло перспективы колоссального роста производительности труда в СССР и показало реальную возможность подъема культурного уровня рабочего класса до уровня работников инженерно-технического труда. На деле началось преодоление пережитков капитализма в сознании масс. Все это поставило новые ответственные задачи и перед санитарным просвещением. Во вторую пятилетку выдвинулась и получила организационное разрешение задача систематического санитарного обучения производственных рабочих применительно к специфическим особенностям отдельных производств (санитарно-техническая учеба и санитарно-технический инструктаж), в первую очередь на предприятиях пищевой промышленности [постановление ЦК ВКП(б) от 22.XII.1933 г.].

Из новых форм общественного актива в этом периоде следует отметить организацию женщин-общественниц (жен инженерно-технических и хозяйственных работников), оказавших существенную помощь органам здравоохранения в проведении ряда оздоровительных мероприятий, в частности, санитарно-просветительного характера.

В третью пятилетку очень важное место заняли задачи культурного строительства, задачи воспитания. «Пришло время, когда вперед выдвигаются задачи воспитательного характера, задачи коммунистического воспитания трудящихся» [В. М. Молотов, Доклад на XVIII Съезде ВКП(б), Госполитиздат, 1937]. В борьбе с пережитками прошлого, тормозящими быстрый культурный рост масс, немалую роль сыграло санитарное просвещение.

Расцвет национальной по форме и социалистической по содержанию культуры всех многочисленных национальностей, входящих в Советский Союз, обусловил широкое развитие санитарного просвещения среди всех народов СССР. Лишь за три предвоенных года (1938—1940) было издано на 36 языках народов СССР 458 названий книг и брошюр санитарно-просветительного характера с общим тиражем в 3 143 568 экземпляров (по данным «Книжной летописи»).

Повышение материального состояния и культурного уровня населения во всех частях Союза, в том числе и в национальных республиках, сделало возможным развитие широкого народного движения за санитарную культуру, за ликвидацию антисанитарных моментов быта, еще остававшихся от прошлого. Это движение зародилось в Геокчайском районе Азербайджанской ССР и нашло широкий отклик в ряде районов и областей Союза. Особенно широкую известность получило массовое участие населения в проведении санитарно-оздоровительных мероприятий в Рогачевском районе Белорусской ССР. В результате город Рогачев в короткий срок совершенно изменил свой облик и сделался образцовым по чистоте и санитарному благоустройству. Война, навязанная нам фашистами, сорвала эту замечательную культурную работу цветущей советской Белоруссии, попавшей временно под гнет фашистской оккупации.

Вероломное нападение германских фашистов на Советский Союз поставило перед санитарным просвещением новые, ответственные задачи по укреплению санитарной обороны страны и обеспечению санитарного благополучия тыла. Если в условиях мирного строительства санитарное

просвещение понималось в основном как углубленная пропаганда санитарных знаний, направленная на повышение культурного уровня населения. то в условиях войны на первый план выступает широкая санитарная агитация как средство организации масс, мобилизации активности и самодеятельности населения для сохранения санитарного благополучия тыла.

Значение массовой работы в системе советского здравоохранения в условиях военного времени неизмеримо выросло. Потребовалось широкое участие медицинских работников в подготовке населения по линии оказания первой помощи и по санитарно-химической защите. Возросшая угроза эпидемических заболеваний и необходимость преодоления созданных войной трудностей в отношении санитарного благополучия населения сделали особенно необходимым развитие общественной санитарной самодеятельности и работы актива здравоохранения.

Изданиями по санитарному просвещению, характерными для военного времени, являются различные материалы по подготовке населения к первой помощи и к санхимзащите, а также материалы по санитарной подготовке бойцов.

За последние 15 лет непрерывно возрастало количество изданий по вопросам санитарной обороны и гигиены военной службы, особенно в последнее десятилетие. Удельный вес числа названий по санитарной обороне и гигиене военной службы в отношении всех изданий по санитарному просвещению (в процентах) характеризуется следующими цифрами: 1918—1922 гг.—1,5, 1923—1927 гг.—1,6, 1928—1932 гг.—4,3, 1933—1937 гг.—9,4, 1938—1940 гг.—12. Количество популярных книг и брошюр по санитарной обороне и гигиене военной службы, изданных в центре и на местах с 1917 по 1940 г., достигло, по данным «Книжной летописи», 631 с общим тиражем 9 307 950 экземпляров.

В условиях массовой подготовки населения к обороне с первых же дней войны потребовалось срочно разработать и издать новые материалы по санитарной обороне. Эти материалы, в частности, были проработаны и изданы Центральным институтом санитарного просвещения НКЗдрава СССР и частично переиздавались на периферии на некоторых национальных языках (армянском, азербайджанском, киргизском, таджикском, узбекском). Сотни тысяч советских девушек и бойцов всеобщую овладели и овладевают знаниями и навыками по первой помощи, по защите и первой помощи при отравлении боевыми отравляющими веществами.

Энтузиазм советского народа, желание помочь фронту отразились и на резком повышении санитарной самодеятельности населения. За время войны выросли десятки тысяч активистов — общественных санитарных инспекторов, помогающих медицинским работникам бороться за санитарное благополучие тыла.

Замечательны примеры массового участия населения в очистке городов в условиях недостатка транспортных средств. В ряде городов (Москва, Тула, Калуга, Архангельск, Омск и др.) весной этого года сотни тысяч горожан выходили на воскресники и своими руками очищали дворы и улицы от мусора и грязи, тем самым предупреждая распространение кишечных инфекций.

В суровые дни Великой отечественной войны против фашистских оккупантов санитарное просвещение является мощным оружием, мобиливающим массы на охрану санитарного благополучия фронта и тыла.

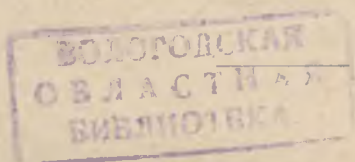
По мере освобождения наших родных городов и сел от фашистских захватчиков мы будем широко пользоваться санитарным просвещением для скорейшей ликвидации тяжелого наследства, оставляемого нам вшивой гитлеровской грабьармией.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Г. А. Митерев. Народное здравоохранение за 25 лет советской власти	1
Проф. А. Н. Сысин. Коммунальная гигиена и жилищно-коммунальная санитария в СССР за 25 лет	11
Проф. Ф. Е. Будагян. Наука и практика в области гигиены питания за 25 лет	21
Проф. С. И. Каплун. Двадцатипятилетие санитарной охраны труда в СССР	31
Заслуж. деят. науки проф. А. В. Мольков. 25 лет школьно-санитарного дела в СССР	39
Проф. Н. А. Семашко. Санитарная работа на селе за 25 лет.	47
Л. О. Каневский и И. С. Соголов. 25 лет советского санитарного просвещения	56

G. A. Miteriev. Care of public health for twenty five years of the Soviet government	1
Prof. A. N. Sysin. Communal hygiene and housing-communal sanitation in the USSR for twenty five years.	11
Prof. F. E. Budagian. Science and practice in the domain of alimentation's hygiene for twenty five years	21
Prof. S. I. Kaplun. Twenty five years of the sanitary protection of the labour in the USSR	31
Prof. A. V. Molkov, honorary promoter of sciences. Twenty five years of the school sanitation in the USSR	39
Prof. N. A. Semashko. Sanitary work at villages for twenty five years	47
L. O. Kanievsky and I. S. Sokolov. Twenty five years of the Soviet sanitary instruction.	56



Адрес редакции: Москва, Орликов пер., 3. Медгиз, комн. 126
По всем вопросам подписки и доставки журнала обращаться в почтовые отделения
и в Союзпечать на местах.

Отв. редактор А. Кузнецов

Год издания 7-й.	Тираж 8200 экз.	Подписано в печать 19/1 1943 г.
19233.	3 ³ / ₄ печ. лст.	5,72 авт. лст.
	Цена 4 руб.	Зн. в 1 п. л. 62 000
		Зак. 807

18-я типография треста «Полиграфкинг», Москва, Шубинский пер., д. 10

7/4 34 обл. дел. № 2.

4 py6.