

НКЗ РСФСР

ВОЛОГОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В ПОМОЩЬ СЕЛЬСКОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ ВТОРОГО СЪЕЗДА СЕЛЬСКИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

5 — 8 июля 1944 года

Издание Вологодского областного отдела
здравоохранения

Вологда 1944

Издание сборника материалов второго съезда сельских медработников имеет своей целью широкое ознакомление сельских медработников области с задачами, стоящими перед ними в деле дальнейшего улучшения медицинского обслуживания сельского населения.

В связи с тем, что Облздравотдел лишен возможности обеспечить все сельские врачебные участки медицинской литературой по вопросам клиники, диагностики, профилактики и лечения отдельных заболеваний, мы решили напечатать в настоящем сборнике прочитанные на съезде лекции, которые, несомненно, окажут большую помощь сельским медработникам в их практической работе.

Зав. Вологодским Облздравотделом **М. Горшков.**

Участники Съезда внесли предложение послать приветственное письмо товарищу СТАЛИНУ И. В.

Москва, Кремль, тов. СТАЛИНУ И. В.

Дорогой Носиф Виссарионович!

Медицинские работники сельских лечебных учреждений Вологодской области, собравшись на областной съезд для обсуждения мероприятий по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания сельского населения, шлют Вам, дорогому учителю и великому полководцу, свой пламенный привет.

Мы переживаем сейчас радостные дни. Советское информбюро ежедневно сообщает нам о все новых подвигах нашей родной Красной Армии, которая под Вашим мудрым командованием беспощадно изгоняет фашистских разбойников с нашей территории.

Вдохновленные победами Красной Армии, медицинские работники работают не покладая рук над тем, чтобы оградить наших людей в тылу и Красную Армию от эпидемических заболеваний.

Мы прилагаем все усилия к тому, чтобы колхозники, колхозницы и все трудящиеся нашей области, работающие в тылу, были здоровы и могли с честью выполнить возложенные на них задачи по снабжению нашей армии оружием, снаряжением и продовольствием.

Эту почетную задачу, возложенную на нас, мы с честью выполним.

Высокая оценка, данная Вами советской интеллигенции в Вашем приказе, вдохновила нас на еще большие подвиги в нашей повседневной работе.

Постоянная Ваша забота о медицинских работниках еще больше вдохновляет нас на самоотверженный труд.

Все наши мысли и воля направлены сейчас на то, чтобы не допустить на четвертом году войны на территории нашей области эпи-

лечических заболеваний, чтобы как можно лучше оказывать лечебную помощь нашим колхозникам, колхозницам, рабочим артелей и лесной промышленности,

Мы заверяем Вас, дорогой Писпф Виссарионович, что сельские медицинские работники не пожалеют своих сил для того, чтобы ускорить разгром и окончательное изгнание с нашей земли немецких бандитов.

Мы уверены, что под Вашим мудрым руководством наша героическая Красная Армия и Военно-Морской Флот, опираясь на поддержку советского тыла, добьются в ближайшее время полной победы над немецкими захватчиками.

Да здравствует наша любимая Родина, да здравствует героическая Красная Армия!

Да здравствует наш любимый друг, учитель, вождь и мудрый полководец тов. СТАЛИН!

РЕШЕНИЕ СЪЕЗДА СЕЛЬСКИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

6 июля 1944 года

Областной съезд сельских медицинских работников, заслушав доклад заведующего Облаздравотделом тов. Горинкова «О мероприятиях по улучшению медицинского обслуживания сельского населения», отмечает, что за три года Отечественной войны улучшилось медико-санитарное обслуживание сельского населения.

Увеличивающаяся с каждым годом ассигнования на здравоохранение позволили расширить коопную сеть, увеличить число амбулаторных учреждений, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Значительно увеличилось количество врачебных и средних медицинских работников, что дало возможность полностью укомплектовать все сельские врачебные участки врачами и средними медицинскими кадрами.

Выросла сеть детских консультаций, молочных кухонь и детских яслей.

За время войны подготовлено значительное количество дезинфекторов, дезинструкторов, бонификаторов, покрывающих потребность в этих кадрах.

Расширилась сеть санитарно-эпидемических станций.

Указанные мероприятия дали возможность районным отделам здравоохранения справиться с возложенной на них задачей по медико-санитарному обслуживанию населения и снижению всех инфекционных заболеваний.

Наряду с достигнутыми успехами в деле медико-санитарного обслуживания съезд считает, что в работе районных отделов здравоохранения и руководителей лечебных учреждений на селе имеет место ряд существенных недостатков в деле медицинского обслуживания населения, а именно:

За последнее время снижилось качество медицинской помощи населению.

Ухудшилась диагностическая работа. Рентгеновские кабинеты и лаборатории используются не полностью.

— Обратилась специализированная помощь населению — по болезням уха, горла, носа, глазным болезням.

Снизилось качество зубоврачебной помощи.

В некоторых амбулаториях отсутствуют элементарный порядок и уют. Обследование больных в больницах производится несвоевременно.

Ослаблен врачебный контроль за выполнением назначений средним медицинским персоналом.

Снижено качество ухода за больными.

Лечебное питание во многих больницах поставлено крайне неудовлетворительно.

Съезд одобряет постановление Совета Народных Комиссаров от 3 марта 1944 года «О мероприятиях по медицинскому обслуживанию населения» и призывает всех медицинских работников на безусловное его выполнение.

1. В целях устранения отмеченных недостатков в деле обслуживания сельского населения съезд считает необходимым:

а) возложить персональную ответственность в районе за качество лечебной помощи населению на главного врача районной больницы;

б) обязать главного врача районной больницы не реже 1 раза в 3 месяца детально знакомиться с постановкой лечебной работы на каждом сельском врачебном участке;

в) установить, как правило, чтобы все больные, направленные на консультацию в районную больницу или амбулаторию врачом участка или фельдшером, получили на руки заключение с указанием диагноза и необходимого лечения;

г) созывать ежемесячно конференции врачей амбулаторий, сельских врачебных участков, а врачам сельских врачебных участков ежемесячно созывать конференции зав. фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, средних медицинских работников больниц и амбулаторий.

На конференциях заслушивать доклады отдельных врачей и фельдшеров, с детальным разбором и демонстрацией больных, представляющих интерес в смысле диагностики и лечения, а также на этих конференциях разбирать новейшие методы лечения и медицинские статьи в журналах и газете «Медицинский работник».

2. Обязать зав. сельскими врачебными участками не реже одного раза в две недели выезжать на фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты для ознакомления и проверки фельдшера и ведения совместного приема больных.

3. Привести в полный порядок в районных больницах и на сельских врачебных участках имеющиеся клиничко-диагностические лаборатории. Пополнить клиничко-диагностические лаборатории необходимой посудой и реактивами.

Широко практиковать производство лабораторных исследований стационарных и амбулаторных больных.

4. Потребовать от заведующих Устюженским, Тотемским, Кадушским, Кирилловским райздравотделами в двухмесячный срок пустить в эксплуатацию рентгеновские установки.

5. Установить, как правило, чтобы поступающие в больницу больные обследовались в первый день поступления и окончательный диагноз ставился не позже трех дней.

6. Повседневно контролировать своевременное и правильное выполнение врачебных назначений средним медицинским персоналом.

7. Ввести с 1 сентября сего года во всех районных и сельских больницах диетическое питание больных; заведующим сельскими врачебными участками главным врачам районных больниц вменить в обязанность лично разрабатывать меню для больных.

8. Улучшить обслуживание больных в амбулаториях, для чего:

а) в случае наличия на месте врачей запретить самостоятельный прием больных фельдшером в районных и сельских амбулаториях;

б) четко организовать прием больных, предельно сократить время, затрачиваемое на регистрацию и ожидание приема у врача; обеспечить прием на дому в день вызова;

в) обеспечить проведение во всех показанных случаях необходимых лечебных процедур (инъекций, массажа, аутогемотерапии);

г) обеспечить выявление не позднее третьего дня заболевания и госпитализацию в тот же срок больных острыми инфекциями; не допускать появления контактных случаев заболевания;

д) выявить всех больных малярией, взять их на учет и добиться излечения; не допускать в этом году массовых заболеваний малярией;

е) обеспечить правильную своевременную госпитализацию всех бациллярных туберкулезных больных в стадии обострения.

9. Улучшить медицинское наблюдение за детьми в детских домах, детских садах, детских яслях. Своевременно выявлять ослабленных детей, подвергать их госпитализации и лечению.

В целях сокращения детской смертности от пневмонии практиковать широкую госпитализацию детей больных пневмонией, ослабленных детей раннего возраста и обязательную 100% госпитализацию больных корью. Использовать в целях широкой госпитализации детей незанятые инфекционные койки.

10. Улучшить роль и ответственность районного педиатра, как организатора медико-санитарного обслуживания детского населения.

Потребовать от районного педиатра периодически выезжать на сельские врачебные участки и фельдшерско-акушерские пункты для инструктажа и организации медико-санитарного обслуживания детей.

Практиковать созыв совещаний медицинских работников по вопросам обслуживания детства.

11. Улучшить оказание зубоврачебной и зубопротезной помощи населению, для чего:

а) потребовать от Областного Аптекоуправления в течение 3-го квартала завезти в область для зубных кабинетов медикаменты, пломбирочный материал;

б) собрать и отремонтировать инструментарий, наконечники, рукава и др.;

в) вменить в обязанность зубным врачам, работающим в районных и сельских амбулаториях, производить санацию полости рта детей в школах, интернатах, детских домах;

г) установить контроль за работой хозрасчетных зубоврачебных мастерских, установить порядок и очередность нуждающихся в первую очередь пириатидов (Отечественной войны, семей военнослужащих);

д) оказать практическую помощь зубоврачебным мастерским в снабжении зубопротезным материалом.

12. Провести решительную борьбу с незаконной выдачей больничных листов, справок. Строжайше контролировать и хранить больничные листы.

13. Улучшить работу женских консультаций, родильных и гинекологических отделений, для чего:

а) в тех районах, где нет женских консультаций, оборудовать специальный кабинет при районной амбулатории и отвести специальные часы для приема гинекологических больных; установить также отдельные специальные часы приема в сельских участковых амбулаториях;

б) выявить всех больных, нуждающихся в оперативном лечении, и направить их на специальное хирургическое лечение;

в) привести в полный порядок и доукомплектовать мягким инвентарем и медицинским оборудованием родильные отделения больниц и колхозные родильные дома;

г) расследовать каждый отдельный случай смерти рожениц и новорожденных детей и в каждом отдельном случае материал направлять в Облаздравотдел.

14. Организовать в районных и сельских больницах лечение инвалидов Отечественной войны, принимать все необходимые меры, обеспечивающие их трудоспособность.

В показанных случаях при невозможности оказания необходимой помощи на месте направлять инвалидов Отечественной войны для лечения в хирургические отделения городских больниц.

Организовать во всех районных больницах торфо- и грязелечение, лечебную физкультуру, массаж и другие виды лечения.

15. Навести должный санитарный порядок в больницах, амбулаториях, добиться через райисполкомы изготовления в промартелях недостающего твердого инвентаря и предметов ухода за больными.

16. Считать основными показателями лечебной работы:

а) сокращение сроков лечения больных от момента госпитализации до выздоровления и восстановления трудоспособности;

б) низкую летальность;

в) снижение анатомо-клинических расхождений;

г) полное использование коечной сети.

17. Потребовать от районных отделов здравоохранения, руководителей лечебных учреждений качественного ухода за посевными площадями, своевременной прополки, окучивания, поливки, уборки и полной сохранности урожая.

В 1945 году увеличить на 50% посевную площадь в каждом лечебно-профилактическом учреждении, для чего обеспечить засынку семян из урожая 1944 года.

Увеличить в 1945 году поголовье птиц в два раза, овец в два раза, крупного рогатого скота (молочных коров) до полной потребности обеспечения больных.

18. Съезд требует от всех медицинских работников не ослаблять внимания к предотвращению инфекционных заболеваний: быть всегда подготовленными для немедленной ликвидации появившихся вспышек. Умело использовать четырехтысячный коллектив подготовленных санитарных инспекторов, повседневно руководить ими и с помощью их обеспечить широкое проведение санитарно-профилактических мероприятий и санитарно-просветительной работы.

Съезд призывает всех руководителей лечебных учреждений и медицинских работников сплотиться вокруг партийных и советских организаций и под их руководством обеспечить резкое улучшение медицинского обслуживания сельского населения.

Съезд выражает уверенность, что все медицинские работники под руководством партии Ленина — Сталина сделают все необходимое для быстрого разгрома гитлеровских захватчиков.

РЕШЕНИЕ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА ВОЛОГОДСКОГО ОБЛАСТНОГО СОВЕТА ДЕПУТАТОВ ТРУДЯЩИХСЯ

3 августа 1944 года

Об итогах работы Областного съезда сельских медицинских работников

(Докладчик: тов. Горшков, зав. Облаздравотделом)

Облаздравотдел отмечает, что за время Великой Отечественной войны здравоохранение на селе значительно улучшилось.

Укомплектованы врачами сельские врачебные участки. Большинство районов обеспечено врачами госсанитарными. Расширилась сеть санитарно-эпидемических станций, укомплектованных полностью дезинфекторами, помощниками санитарных врачей. Увеличилась кожная сеть, что обеспечило широкую госпитализацию.

Расширилась ясельная сеть на 3000 мест, что также позволило лучше удовлетворить нужды рабочих, служащих и семей военнослужащих в устройстве детей. Проводимые широкие мероприятия по лечебно-профилактической помощи детям обеспечили снижение детской смертности по сравнению с 1940 годом. Снижена инфекционная заболеваемость.

Такие сельские врачебные участки, как Ивачинский, Харовского района (зав. врач Попова), Абакановский, Череповецкого района (зав. врач Куснец), райбольницы: Устюженская (главврач Адрянцова), Мягницкая (главврач Чекалов), Кубинноозерская (главврач Иванова) и др., добились значительных успехов в постановке лечебно-профилактической работы по обслуживанию населения.

В результате правильно поставленной лечебно-профилактической работы многие сельские врачебные участки в течение двух лет не имели инфекционных заболеваний (Ковжинский, Шольского района, Марьинский, Вожегодского района, Смердомский, Чагодошенского района, Моденский, Устюженского района, Нефедовский, Кубинноозерского района, и др.).

Сельские лечебные учреждения успешно разрешают вопрос организации подсобных хозяйств. Посевная площадь их хозяйств увеличилась по сравнению с 1941 годом на 600 га. Увеличилось поголовье скота.

Лечебные учреждения Кубинского, Мышенского, Черновенского и других районов обеспечивают полностью нужды лечебных учреждений в овощах, картофеле и молочных продуктах.

Вместе с тем, выступления на съезде показали, что население многих районов не обеспечено специализированной медицинской помощью особенно по таким заболеваниям, как глазные, уха, горла, носа, нервным и хирургическим.

Некоторые районные и сельские больницы находятся в запущенном состоянии, требуют ремонта и оснащения, слабо поставлена лечебная помощь, особенно страдает диагностика в Лужском, Усть-Алексеевском, Сямженском и Чебарском районах.

Со стороны Чагодощенского, Кадуйского, Тотемского, Бабушкинского райисполкомов отсутствует должное внимание к нуждам лечебных учреждений и медицинских работников.

Облсполком р е ш и л:

1. Одобрить работу съезда участковых врачей, обобщившего опыт сельских медицинских работников и ознакомившего их с новейшими методами диагностики и лечения различных заболеваний. Установить созыв съездов участковых врачей ежегодно.

2. В целях дальнейшего укрепления сельских врачебных участков и улучшения качества медицинской работы обязать председателей районных комитетов провести следующие мероприятия:

а) созвать в течение сентября-октября совещание сельских медицинских работников совместно с активом санитарных инспекторов, на котором подвести итоги выполнения лечебными учреждениями решения областного съезда сельских медработников;

б) оказать практическую помощь руководителям лечебных учреждений в производстве, необходимого ремонта сельских больниц и амбулаторий; оказать им помощь в приобретении строительных материалов из местных ресурсов, привлечь к выполнению ремонтных работ лечебных учреждений колхозы и общественность;

в) до 1 сентября с. г. за счет производства летних лесозаготовок обеспечить районные и сельские больницы, амбулатории и фельдшерские пункты топливом на полную годовую потребность и подвести топливо к больницам колхозным транспортом к 1 октября на трехмесячную потребность, а к 1 января 1945 года на полную годовую потребность в топливе;

г) в целях укрепления и дальнейшего развития подсобных хозяйств при больничных и детских яслях до 1 сентября 1944 года обеспечить выполнение решения Облисполкома от 30 марта 1944 года о выделении подсобным хозяйствам лечебных учреждений 100 коров, 100 лошадей и 600 овец; заместителю председателя Облисполкома тов. Голышеву проконтролировать и доложить Облисполкому о выполнении данного решения;

д) закрепить за лечебными учреждениями на 1945 год отведенные им земельные участки в 1944 году;

е) запретить мобилизацию сельских медицинских работников: врачей, сестер, фельдшеров, санитарок на работы, не связанные с медицинским обслуживанием населения.

3. В связи с тем, что Черновыцкая межрайонная больница занята под госпиталь, а имеющиеся помещения не обеспечивают развертывания специализированных коек для обслуживания сельского населения, -- просить народного комиссара здравоохранения тов. Третьякова разрешить Облздравотделу перевести больных в другие госпитали, ликвидировать номер госпитали, а здание и оборудование передать больнице.

Облздравотделу развернуть в межрайонной больнице отделения: глазное на 20 коек, уха, горла, носа на 10 коек, первое на 20 коек, расширить количество коек в хирургическом отделении на 20 коек, ночной туберкулезный санаторий на 20 коек и для открытого детского туберкулеза 16 коек.

4. Обязать заведующего Облздравотделом тов. Горшкова:

а) открыть санаторий на 50 коек для ослабленных подростков с туберкулезной интоксикацией;

б) организовать в 1944 году на базе межрайонных санитарно-эпидемических станций санитарно-бактериологические лаборатории;

в) в целях бесперебойного снабжения медикаментами и перевязочным материалом отдаленных от железной дороги районов, обеспечить заброску медикаментов и перевязочного материала в течение сентября до полной их потребности на все время закрытия навигации;

г) в течение августа-сентября 1944 года проверить состояние здравоохранения Чагодощенского, Кирилловского, Усть-Кубинского районов, а также практику руководства делом здравоохранения со стороны райисполкомов указанных районов с постановкой вопроса на Облкомздрав.

5. Предложить начальнику Областного Управления Связи тов. Подосиновскому обеспечить беспрепятственный прием посылок с медика-

монтаж и перевязочным материалом, а также приютом посылок районными отделениями связи с лексиром для районов, отдаленных от железнодорожных и водных путей.

6. В связи с тем, что существующие межколхозные детские санатории оправдали свое назначение в деле укрепления здоровья детей, предложить председателям райисполкомов и зав. Облздравотделом тов. Горшкову в течение августа-сентября развернуть широкую разъяснительную работу в колхозах по вопросу организации детских пионерских межколхозных санаториев в каждом районе.

7. В связи с тем, что женщины-колхозницы являются рабочей силой в колхозах не только летом, но и зимой, обязать председателей райисполкомов, зав. Облздравотделом тов. Горшкова, зав. ОблОНО тов. Завалова, зав. ОблЗО тов. Анисимова провести широкую разъяснительную работу среди колхозников о переводе сезонных детских яслей и пионеров в постоянно действующие.

8. Обязать зав. Облторготделом тов. Сазонова, председателя Облпотребсоюза тов. Балашова:

а) бесперебойно снабжать лечебные учреждения керосином, зав. Нефтебазой тов. Седова — обеспечивать выделение фондов керосина;

б) приравнивать врачей и средних медицинских работников с законченным средним медицинским образованием по снабжению продовольственными и промышленными товарами к учителям и другим специалистам сельской местности;

в) в течение сентября и октября 1944 года выделить для медработников 500 пар кожаной обуви.

9. Просить народного комиссара здравоохранения РСФСР тов. Третьякова:

а) выделить лечебным учреждениям в IV квартале 1944 года: одеял 1000, халатов для больных 500, тапочек 2000 пар, носков и чулков 2000 пар, хлопчатки для белья и медицинских халатов на 100 тыс. рублей и кухонной посуды на 15 — 20 тыс. рублей;

б) санкционировать, вновь развертываемую сеть и койки, указанные в пп. 3 и 4, за счет не используемых ассигнований по здравоохранению с последующим включением в бюджет в 1945 году.

10. Облсполком обязывает председателей райисполкомов повседневно заниматься нуждами здравоохранения и оказывать конкретную помощь сельским лечебным учреждениям в деле дальнейшего улучшения лечебной работы, расширения подсобных хозяйств и хозяйственного укрепления всех лечебных учреждений.

Облсполком требует от райисполкомов **стать** ближе к нуждам здравоохранения на селе, сплотить вокруг себя сельских врачей и средних медицинских работников для выполнения важнейшего государственного дела, дела охраны здоровья колхозников и трудящихся села.

Председатель Облсполкома В. Дербинов.

Секретарь Облсполкома Е. Васильева.

ПРИКАЗ НАРОДНОГО КОМИССАРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

№ 28

г. Москва

31 марта 1944 г.

О мероприятиях по улучшению качества медицинского обслуживания населения

Всероссийское совещание по здравоохранению вскрыло крупные недочеты в медицинском обслуживании населения РСФСР и в особенности в оказании лечебной помощи.

Совет Народных Комиссаров РСФСР в своем постановлении от 3 марта 1944 года № 177 «Об улучшении медицинского обслуживания населения» отметил, что в результате ослабления руководства лечебной работой больниц, поликлиник и амбулаторий за последнее время снизилось качество медицинской помощи населению. Ухудшилась диагностическая работа. Рентгеновские кабинеты и лаборатории используются не полностью. Сократилась специализированная помощь населению по болезням уха, горла и носа, глазным болезням, снизилось качество зубоврачебной помощи. Резко сократились, а местами полностью прекращены консультации профессоров в поликлиниках. В ряде поликлиник ликвидированы процедурные кабинеты, в них работают малоквалифицированные медицинские сестры. Во многих поликлиниках и амбулаториях отсутствуют элементарный порядок и уют, больные часами ожидают приема врача, гардеробы не работают. Вызовы врачей для оказания помощи на дому выполняются несвоевременно, нередко на вторые-третьи сутки.

Во многих больницах ухудшился уход за больными, мытье больных и смена белья производятся нерегулярно. Ослабло внимание к обеспечению питания больных. Снижены требования, не контролируются сроки, качество и результаты лечения, точность исполнения назначений врачей.

Во многих городах ухудшилась работа станций скорой и неотложной помощи — санитарные машины в запущенном состоянии, не ремонтируются, конным транспортом не укомплектованы.

Ухудшилось в ряде мест снабжение лечебных учреждений и населения предметами ухода за больными и медикаментами.

Совнарком РСФСР отметил, что органы здравоохранения ослабили контроль за качеством работы лечебно-профилактических учреждений, что совнаркомы автономных республик, краевые, областные, городские и районные исполкомы уделяют недостаточное внимание делу лечебной помощи населению, не заслушивают отчетов отделов здравоохранения о состоянии лечебной помощи, комиссии здравоохранения во многих городах и районах не проверяют работу лечебных учреждений, не принимают мер к улучшению их состояния.

Совет Народных Комиссаров РСФСР своим постановлением обязывает органы здравоохранения:

— привести порядок во всех лечебно-профилактических учреждениях, привести их в должное санитарное состояние;

— обеспечить внимательное и чуткое отношение к больным, создать для них необходимый уют;

— провести ряд конкретных мероприятий для повышения качества медицинского обслуживания больных (связь больниц с поликлиниками, правильное и полное использование лечебно-диагностической аппаратуры и оборудования, обеспечение нормальной работы лабораторий, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов; привлечение профессоров и научных работников к консультативной помощи в лечебных учреждениях и на дому; специализация и повышение квалификации врачей и фельдшеров и т. д.);

— укрепить руководство работой лечебных учреждений путем утверждения в городах главных терапевтов, главных хирургов и главных акушеров-гинекологов, а в сельских местностях — возложив на главврачей районных больниц руководство работой сельских лечебных участков и фельдшерских пунктов;

— улучшить снабжение населения медикаментами, а лечебных учреждений — медицинским оборудованием, хозяйственным инвентарем и медикаментами.

Совет Народных Комиссаров обязал совнаркомы АССР, краевые и областные исполкомы:

— проводить систематическую проверку работы лечебных учреждений постоянными комиссиями здравоохранения городских и районных советов, регулярно заслушивать отчеты руководителей лечебных учреждений;

— установить первоочередное снабжение больниц, родильных домов, санаторных и детских учреждений продуктами питания, бесперебойное снабжение лечебно-профилактических учреждений топливом, своевременное производство ремонта помещений;

выделить для прибольничных хозяйств близко расположенные земельные участки, семенной материал, сельскохозяйственный инвентарь и оказать им помощь в приобретении лошадей, коров, коз, овец, свиней, домашней птицы;

улучшить материально-бытовые условия медицинских работников, обеспечить обслуживающие их столовыми, полноточными ма-стерскими, оказать помощь в снабжении продуктами питания, одеждой и обувью, в обзаведении индивидуальными огородами.

Во исполнение постановления Совета Народных Комиссаров РСФСР и в целях устранения имеющихся недочетов в медицинском обслуживании населения и повышения качества лечебной помощи населению, **п р и к а з ы в а ю:**

1. Народным комиссарам здравоохранения АССР, заведующим краевыми, областными, городскими и районными отделами здравоохранения:

В целях укрепления руководства работой лечебно-профилактических учреждений:

1. В месячный срок укомплектовать квалифицированными врачами лечебную инспектуру отделов здравоохранения: руководство лечебным делом в АССР, крае, области возложить на первого заместителя наркома здравоохранения АССР, зав. обл(край)здравотделом.

2. Для обеспечения высококвалифицированного научно-методического руководства лечебным делом — создать при наркомздравах АССР, край(обл)здравотделах медицинские советы в составе наиболее квалифицированных специалистов республики, края, области.

3. В месячный срок утвердить во всех городах главного терапевта, главного хирурга и главного акушера-гинеколога; в городах с районным делением утвердить также старших районных терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов.

4. Руководство лечебной работой сельских врачебных участков и фельдшерских пунктов возложить на главных врачей районных больниц.

5. Организационно-методическое руководство клинико-диагностическими лабораториями в АССР, крае, области возложить на одного из наиболее опытных врачей-лаборантов областного, краевого, республиканского центра.

6. Систематически, не реже одного раза в квартал проводить в городах и районах специальные совещания врачей для обсуждения вопросов по повышению качества медицинского обслуживания населения.

Не реже одного раза в 6 месяцев созывать областные (краевые, республиканские) совещания заведующих городскими и районными здравоохранениями с обсуждением на этих совещаниях отчетов о работе по медицинскому обслуживанию населения и планов мероприятий по дальнейшему повышению качества лечебной помощи.

В целях улучшения амбулаторно-поликлинического обслуживания населения:

1. В месячный срок восстановить в полном объеме работу всех лабораторий, рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов, для чего: проверить работу клинико-диагностических лабораторий, укомплектовать их лаборантами, принять меры к обеспечению их посудой и реактивами.

— Ввести двусменную работу рентгеновских и физиотерапевтических кабинетов; установить достойный контроль за полным и правильным использованием физиотерапевтической и рентгеновской аппаратуры.

2. Усилить со стороны заведующих терапевтическими отделениями руководство и контроль за качеством работы участковых врачей как на приеме в поликлинике, так, в особенности, при оказании ими медицинской помощи на дому.

3. Восстановить работу поликлинических конференций, на которых систематически разбирать вопросы качества диагностики и лечения; сделать конференции органами, контролирующими по существу качество лечебной работы поликлиники.

4. Ввести строгий порядок в работе регистратуры, обеспечить ликвидацию очередей в поликлинике и выполнение посещений врача в день вызова.

Строго соблюдать установленное расписание приемов врачей и порядок приема повторных больных в заранее назначенные лечащим врачом часы.

5. Восстановить работу процедурных кабинетов и обеспечить их квалифицированными сестрами и необходимым оборудованием; обеспечить оказание в этих кабинетах всех лечебных мероприятий (инъекции, клизмы, банки, массаж и др.).

6. Ввести во всех поликлиниках и крупных отделениях поликлиники должность старшей медицинской сестры. Возложить на старшую медицинскую сестру ответственность за порядок приема больных, за работу процедурных кабинетов, за санитарное состояние поликлиники (отделения), за обеспечение необходимого уюта в помещении и внимательного отношения к каждому больному.

7. Обеспечить действительную и конкретную связь поликлиники с больницей. Установить за правило, что поликлинические врачи рабо-

тают в больницах, а больничные и клинические ординаторы — в поликлиниках, — как в порядке постоянного совместительства, так и путем временного прикомандирования на рабочие места. Регулярно проводить совместные конференции врачей больниц и поликлиник с разбором на них ошибок в диагностике и лечении больных и для обсуждения мероприятий по улучшению лечебно-диагностической работы в больнице и поликлинике.

8. Обеспечить конкретное руководство и контроль за лечебной работой экстренных предприятий со стороны врачей-специалистов (хирургов, терапевтов, дерматологов, гинекологов и др.) прикрепленных поликлиник.

9. Принять меры к расширению и улучшению работы станций скорой помощи в городах. Для рассредоточения и приближения к населению скорой и неотложной помощи в крупных городах организовать на базе поликлиник районные пункты скорой и неотложной помощи. Добиться в местных советах систематического и внеочередного ремонта санитарных машин скорой помощи, а при недостатке машин — выделения необходимого количества лошадей.

В целях улучшения специализированной медицинской помощи населению:

1. Немедленно направить для работы в поликлиниках специалистов из больниц, госпиталей и клиник медицинских институтов как в порядке совместительства, так и за счет частичного сокращения рабочего дня в указанных учреждениях.

2. Восстановить специальные кабинеты в поликлиниках и обеспечить в них приемы больных по узким специальностям — глазным болезням, болезням уха, горла и носа, нервным болезням.

3. Восстановить в поликлиниках консультативный прием высококвалифицированных специалистов, для чего привлечь к этой работе профессоров и научных работников медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, крупных специалистов больниц и эвакогоспиталей.

Директорам медицинских и научно-исследовательских институтов обсудить на ученых советах план практической помощи органам здравоохранения в повышении качества лечебной помощи населению в поликлиниках и больницах и в деле повышения квалификации врачей поликлиник и больниц без отрыва от работы.

4. Усилить руководство туберкулезной и венерологической помощью в АССР, крае, области со стороны областных, краевых, республиканских туберкулезных и венерологических диспансеров. Систематически заслушивать в Медицинском Совете при Наркомздраве АССР,

край(обл)здравотделе отчеты заведующих диспансерами о ходе заболевания, о мероприятиях по борьбе с ней.

5. Широко использовать местные возможности для изготовления зубоорачебных материалов и их заменителей в целях повышения качества зубоорачебной помощи и расширения работы зубопротезных лабораторий.

В целях улучшения обслуживания больных в городских больницах:

1. Установить постоянный и квалифицированный контроль за качеством лечения в больницах со стороны лечебных отделов Наркомздрава АССР, край(обл)госздравотделов, со стороны главных терапевтов, хирургов и акушеров-гинекологов.

2. Обеспечить в практике работы городских больниц:

— ранний, не позднее третьего дня с момента поступления больного, диагноз заболевания с проведением лабораторных исследований, рентгеновского контроля, консультации (в необходимых случаях) специалистов;

— своевременное применение активных методов лечения: оперативного вмешательства, переливания крови, рентгено- и физиотерапии (в особенности — грязе-глино-торфолечения), лечебной физкультуры, бактериальных препаратов, раннего назначения лечебных препаратов;

— правильную постановку учета эффективности лечения, строгий контроль со стороны врача за выполнением лечебных назначений, правильное ведение историй болезней, систематическое обсуждение качества диагностической и лечебной работы на больничных конференциях, систематический анализ статистических отчетов больниц;

— контроль за сроками лечения больных и за правильным использованием больничных коек; обеспечивать использование каждой больничной койки 340 дней в году. Не допускать простоя коек в инфекционных и родильных отделениях, используя свободные койки (при отсутствии больных соответствующего профиля) для терапевтических и гинекологических больных.

3. В кратчайший срок добиться значительного улучшения питания больных, для этого:

— всемерно расширить и укрепить, а где нет — вновь создать подсобное хозяйство достаточной мощности при каждой больнице;

— обеспечить полное отоваривание установленных для больных фондов продуктов питания: в каждом случае невыполнения постановления Совнаркома РСФСР о первоочередном снабжении, полном и равномерном отоваривании установленных норм продовольственного снабжения больницы немедленно доводить до сведения СНК АССР, край(обл)исполкома, а в необходимых случаях — до Совета Народных Комиссаров РСФСР;

— строго следить за правильной организацией и постановкой питания больных, рациональным составлением меню, добиваясь максимального использования дополнительных пищевых ресурсов (дрожжи, кровь животных, витаминоносители и пр.); систематически проверять доведение до каждого больного установленных норм питания.

4. Поднять культуру ухода за больными, обеспечить индивидуальное дежурство сестер и санитарок у тяжелобольных, нуждающихся в особом уходе, улучшить обслуживание больных в ночное время.

5. Повысить требования к главным врачам и ко всему персоналу больницы за санитарное состояние помещений, за соблюдение санитарного режима в них. За нарушение санитарного режима, несвоевременную и плохую санитарную обработку больных и антисанитарное содержание помещений — виновных привлекать к строгой ответственности.

6. Внести совместно с плановыми комиссиями на утверждение СНК АССР и исполкомов областных, краевых, городских и районных советов план производства предметов ухода за больными, хозяйственных и инвентаря (кухонная и столовая посуда, мебель и т. д.), медикаментов и лекарств, необходимых для нормальной работы лечебных, санитарных и детских учреждений.

В целях улучшения лечебной помощи сельскому населению:

1. К 1 мая с. г. укомплектовать все сельские врачебные участки врачами и в дальнейшем не допускать отрыва врачей без замены их.

2. Обязать всех врачей сельских участков лично проводить прием в амбулаториях, допуская прием фельдшеров и медицинских сестер только в случаях отсутствия врача.

3. Строго требовать от заведующих сельскими врачебными участками систематического контроля и руководства работой фельдшерских и акушерских пунктов.

4. Провести в течение 1944 года необходимые мероприятия по повышению качества лечебной помощи населению в районных и межрайонных больницах, добиться, чтобы каждая районная больница действительно руководила и направляла лечебную работу сельских врачебных участков и фельдшерских пунктов.

5. Внести на утверждение совнаркома АССР, край(обл)исполкомов список межрайонных больниц и поликлиник.

Укомплектовать эти больницы и поликлиники в первую очередь квалифицированными врачами и оснастить их необходимым медицинским и хозяйственным инвентарем.

В целях обеспечения полной реализации постановления Совета Народных Комиссаров РСФСР от 3 марта 1944 года «Об улучшении медицинского обслуживания населения»:

1. Наркомам здравоохранения АССР, заведующим обл-, край-, гор- и райздравотделами разработать специальный план практических мероприятий во исполнение постановления Совнаркома РСФСР и настоящего приказа.

2. Провести в городах и районах РСФСР специальные собрания врачей, на которых доложить о постановлении Совнаркома РСФСР, настоящем приказе и решении исполкома местного совета, обсудив план конкретных мероприятий по повышению качества медицинского обслуживания населения.

3. Ежеквартально подводить итоги работы по выполнению постановления Совнаркома РСФСР, обращения Всероссийского Совещания по здравоохранению и настоящего приказа с участием актива медицинских работников, комиссий по здравоохранению исполкомов, профсоюзных организаций.

4. В целях достижения лучшей организации труда медицинских работников и максимального использования оборудования в лечебных учреждениях совместно с профсоюзными организациями проводить общественные смотры организации труда и использования специального оборудования, строго следить за превращением руководителем учреждений в жизнь рационализаторских предложений, выдвинутых в результате общественного смотра.

I. К 1 июля с. г. представить отчет Наркомздраву РСФСР о выполнении постановления Совнаркома РСФСР от 3 марта 1944 г.

II. Росмедснабу Наркомздрава РСФСР (тов. Годосевичу) обеспечить в соответствии с постановлением Совнаркома РСФСР от 3 марта:

— получение и направление до 1 июля с. г. на оснащение городских больниц и родильных домов 4 млн. метров мануфактуры;

— получение и направление для станций скорой помощи 200 комплектов автопокрышек и 200 тонн бензина ежеквартально, распределяя их в соответствии с количеством санитарных машин.

III. Главному Антеничному Управлению Наркомздрава РСФСР (тов. Петриченко):

— направить до конца 1944 года на сельские врачебные участки 200 клинических лабораторий и 500 зубоврачебных кабинетов;

— организовать в 1944 году в системе местных антекоуправлений новые мастерские по ремонту медицинского инструментария и оборудования в гг. Грозном, Ставрополе, Краснодаре, Сталинграде и галеновые лаборатории в гг. Челябинске, Орле и Смоленске.

IV. Начальникам управлений и отделов Наркомздрава РСФСР:

— в планах своей работы особо предусматривать мероприятия по выполнению постановления Совнаркома РСФСР от 3 марта 1944 года и настоящего приказа;

— установить в течение всего 1944 года специальный контроль за выполнением указанного постановления Совнаркома и настоящего приказа руководителями местных органов здравоохранения;

— установить контроль за работой медицинских и научно-исследовательских институтов по оказанию помощи органам здравоохранения в улучшении качества медицинской помощи населению в соответствии с постановлением Совнаркома РСФСР и настоящим приказом;

— регулярно освещать в газете «Медицинский работник» лучший опыт работы местных органов здравоохранения и лечебных учреждений в борьбе за качество медицинской помощи населению.

V. Командировать сроком на один месяц руководящих работников Наркомздрава РСФСР в помощь местным органам здравоохранения для организации работы по выполнению постановления Совнаркома РСФСР и настоящего приказа.

VI. Начиная с 1 мая систематически вызывать на коллегию Наркомздрава РСФСР наркомов здравоохранения АССР и заведующих обл-, край-, горздравотделами с отчетами о выполнении постановления Совнаркома РСФСР и настоящего приказа.

Заместителю Наркома Здравоохранения РСФСР тов. Курашеву установить особый контроль за выполнением постановления Совнаркома РСФСР от 3 марта с. г. и настоящего приказа.

Народный Комиссар Здравоохранения РСФСР А. Третьяков.

ИНСТРУКЦИЯ О РАБОТЕ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ ПО РУКОВОДСТВУ ЛЕЧЕБНОЙ РАБОТОЙ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ УЧАСТКОВ И ФЕЛЬДШЕРСКИХ ПУНКТОВ

Постановлением Совета Народных Комиссаров РСФСР от 3 марта 1944 года № 177 на главных врачей районных больниц возложено руководство лечебной работой сельских врачебных участков и фельдшерских пунктов.

В соответствии с этим, на главного врача районной больницы возлагается:

1. Систематический контроль за лечебной работой сельских больниц, поликлиник, амбулаторий, фельдшерских, фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов, туберкулезных, венерологических и трахоматозных пунктов и других лечебных учреждений в районе.

2. Систематический инструктаж руководителей и медицинских работников перечисленных в пункте 1 учреждений как на местах, так и путем вызова работников в районную больницу.

3. Обобщение передового опыта лечебной работы сельских лечебных учреждений и организация обмена этим опытом в районе.

4. Систематический анализ деятельности лечебных учреждений района на основе отчетов этих учреждений и данных обследования их работы; разработка на основе анализа деятельности лечебных учреждений мероприятий по улучшению качества их работы.

5. Организация и проведение мероприятий по повышению квалификации работников лечебных учреждений района.

В целях осуществления возложенных на него обязанностей по руководству лечебной работой лечебных учреждений в районе, главный врач районной больницы:

а) периодически, не реже одного раза в квартал, посещает каждое из лечебных учреждений района и знакомится с его санитарным состоянием, поставкой лечебно-диагностической работы, ведением историй болезни, организацией труда медицинских работников, использованием медицинского оборудования и пр.;

б) на основании ознакомления с работой лечебных учреждений дает необходимые указания и распоряжения по вопросам лечебной работы и по устранению выявленных недочетов;

в) вызывает руководителей лечебных учреждений района и заслушивает их отчеты о лечебной работе учреждения;

г) периодически проводит конференции врачей и фельдшеров с постановкой докладов по актуальным вопросам медицины и с обсуждением вопросов организации лечебной работы в лечебно-учреждениях района;

д) привлекает специалистов, работающих в районной больнице, к руководству лечебной работой в районе по соответствующей специальности; организует периодические выезды этих специалистов на врачебные участки и фельдшерские пункты для оказания консультативной и практической помощи на местах;

е) дает заключение райздравотделу при назначении и освобождении заведующих сельскими врачебными участками и самостоятельными фельдшерскими пунктами;

ж) организует проведение на базе районной больницы декадов и семинаров для врачей;

з) периодически вызывает участковых врачей, не реже 1 раза в месяц на 1—2 дня в районную больницу для участия в операциях, обходах, разборах больных и конференциях;

и) организует работу по повышению квалификации среднего медицинского персонала сельских учреждений на базе районной больницы;

к) добывается через обл(край)здравотдел ЦКЗ АССР снабжения сельских участков необходимой медицинской литературой и учебными пособиями.

Главный врач районной больницы непосредственно подчиняется заведующему райздравотделом. По вопросам руководства лечебной работой в районе он получает необходимые методические указания от лечебно-фот.фла ЦКЗ АССР, край(обл)здравотдела и периодически отчитывается перед последним о состоянии лечебной работы в районе.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ РАНЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Уже три года длится небывалая по своим размерам война — травматическая эпидемия, по выражению Н. И. Пирогова. Множество инвалидов Отечественной войны и временно уволенных в отпуск попадает в сельские местности. На долю сельского врача, помимо сложной и многообразной работы по обеспечению здоровья местного населения, возлагается еще и оказание медицинской помощи этим инвалидам и получившим временный отпуск. Задача лучшего обслуживания их — дело чести и долга сельского врача.

Здесь я хочу высказать несколько соображений, которые могут облегчить врачу выполнение его высокопатриотического долга. В первую очередь я посоветовал бы наладить учет инвалидов типа диспансеризации.

Весьма справедливо будет, если мы, врачи, первыми придем к инвалидам с предложением нужных им помощи или совета, не дожидаясь с их стороны формального обращения в амбулаторию или больницу. Не менее важно включить в сферу нашего внимания и временно уволенных в отпуск, заботясь об их целесообразном лечении и скорейшем возвращении в строй в качестве полноценных бойцов. Из статьи и выступлений начальника Главвоенсанупра генерал-полковника Смирнова видно, что на первом месте среди причин увольнения из Красной Армии стоят остеомиелит, контрактуры и ранения периферических нервов. Особую группу составляют ампутированные.

Остеомиелит — весьма частое и серьезное осложнение огнестрельных переломов. В среднем около половины случаев огнестрельных переломов в дальнейшем своем течении осложняется остеомиелитом. Конечно, в сферу вашего внимания будет попадать не острый остеомиелит, а его хронические формы, кстати сказать, склонные к периодическим обострениям.

Что такое огнестрельный остеомиелит? Это страдание, по своему патогенезу отличное от известного вам гематогенного остеомиелита,

но в хронических фазах своего развития весьма сходное с последним как по патологоанатомическим изменениям, так и по их клиническому проявлению, а стало быть и методы лечения обоих видов остеомиелита будут одинаковыми.

Огнестрельный остеомиелит — это инфекционный процесс некролизации, протекающий с отхождением инфицированных костных отломков и секвестров. Сепсис — неотъемлемая особенность такого незавершенного процесса.

Задача лечения — способствовать скорейшему отхождению всего омертвевшего и усилению в кости репаративных процессов, направленных к сращению перелома. Обычно этот процесс в хронической стадии течет при общем хорошем состоянии больного, при нормальной температуре и нормальной картине крови. Только в периоды закрытия свищей и скопления гнойного отделяемого наблюдается обострение со всеми его симптомами: местным припуханием, краснотой, болезненностью и повышением температуры. В подобных случаях раскрытие свища и удаление скопившегося гноя ликвидируют обострение.

Часто повторяющиеся обострения, обильное отделение гноя, несклонность к убыванию его и к закрытию свищей без obvious явлений говорят о возможной необходимости оперативного лечения. В данном случае решающее указание дает рентгенограмма. Если на ней обнаружатся обширное поражение, крупные секвестры, множество инфицированных осколков, то для скорейшей ликвидации процесса и предотвращения более тяжелых осложнений рекомендуется оперативное лечение. Последнее должно заключаться в радикальном удалении всего пораженного в пределах здоровой костной ткани. Обычно при этих формах хронического остеомиелита процесс уже ограничен зоной некроза, которая и служит своего рода демаркацией, указывающей путь для хода и ложи хирурга.

Особенностью огнестрельного остеомиелита в ряде случаев являются обширные костные дефекты типа ложного сустава. Иногда в области этих дефектов происходит образование новой кости, заполняющей недостающее. Кость образуется и остеобластически и путем метаморфоза. Иногда эта репаративная способность проявляется на большом протяжении, иногда остаются и большие дефекты. Здесь современная хирургия может помочь инвалиду или путем снабжения его специальным фиксирующим ортопедическим аппаратом, восстанавливающим в значительной степени функцию пострадавшей конечности, или производится остеопластическая операция пересадки кости. Однако для успеха этой операции требуется подготовка, состоящая в ликвидации всех последствий остеомиелита, так как остаточная инфекция может свести на-нет результаты пластической операции.

О консервативном лечении я буду говорить в конце изложения, касаясь не только остеомиелита, но и других, вышеупомянутых форм, так как для всех них лечение одно и то же.

Вторая частая причина инвалидности и отбоя из армии — контрактура — ограниченность движений, причиняемая изменениями в мягких тканях. Этим отличается контрактура от анкилоза, при котором уже полностью отсутствуют движения вследствие сращения костей в области сустава. Различаются контрактуры дерматогенные — кожные, десмогенные — соединительнотканые, мышечные — мышечные, неврогенные — поражение центральной и периферической нервной системы и, наконец, артрогенные — суставные.

Громадное, большинство этих контрактур с успехом уступает механическому лечению, равносильному растяжению тканей, препятствующих движению в полном их объеме. Лечение физкультурой и механическими приспособлениями в виде шин в подавляющем большинстве случаев ведет к уменьшению контрактур. Но здесь требуются исключительная настойчивость, систематическое применение гимнастики и механических воздействий и, самое главное, активное участие самого больного, заинтересованного в конечном успехе лечебных мероприятий.

Прибинтовывание согнутой в коленном суставе ноги или согнутой в локтевом суставе руки к прямой доске с постепенным увеличением силы давления на выступающий сустав, повторяемое по нескольку раз в день и продолжающееся от получаса до часа, сравнительно быстро дает значительный успех. Наоборот, при разгибательных контрактурах необходимо выпрямленные конечности прибинтовывать к шинам, согнутым под углом. При сгибательной форме контрактуры пальцев необходимо использовать деревянный конус или цилиндр, вводимый пальцем в кисть, сжатую в кулак. Постепенное увеличение размеров конуса способствует распрямлению кисти. Можно использовать эластическую тягу дренажных трубок, оттягивающих пальцы к крамеровской шине, прибинтованной к предплечью и обходящей вокруг кисти.

При разгибательной контрактуре пальцев рекомендуется бинтовать кисть и пальцы в положении максимально осуществленного сгибания.

Большую роль в лечении контрактур имеет физиотерапия, направленная, главным образом, к улучшению кровообращения в пораженных сегментах.

Еще раз следует подчеркнуть значение лечебной физкультуры, заключающейся в сеансах активно проводимых упражнений, повторяемых по нескольку раз в день. Движения эти должны быть усиленными, но не болезненными. Их следует осуществлять, как принято говорить, до «границы боли».

Разрезы и параличи являются, главным образом, последствием ранений периферической нервной системы. В половине случаев эти поражения имеют склонность к восстановлению, так как не сопровождаются перерывом нервного ствола. В этих случаях задача лечения — способствовать рассасыванию рубцов как следствий эндо- и экстра-неврального кровоизлияний и восстановлению проводимости. Одновременно следует заботиться и о восстановлении силы пораженных мышц посредством массажа и возможных активных движений.

При стойких разрывах и параличах, происходящих уже вследствие сдавления или перерыва нервов, успех может быть достигнут только оперативным путем. Производят либо нейротизию — освобождение нерва из рубцов, либо нейрорафию — зашивание нерва. В последнем случае результатов операции приходится ждать довольно долго, иногда до года. И здесь также лечение, заключающееся в гиперемии пораженного отдела, в укреплении заинтересованных мышц, будет способствовать скорейшему выявлению результатов произведенной операции.

Чтобы предотвратить развитие контрактур, нередко сопутствующих подобным параличам и разрывам, необходимо применять съемные гипсовые или деревянные шины, фиксирующие пораженную конечность в положении гиперкоррекции. Так, например, при ранении лучевого нерва получается свисающая кисть. Ее нужно фиксировать в положении максимально тыльного разгибания, захватывая одновременно и основные фаланги пальцев.

При поражении седалищного и малоберцового нервов возможно образование так называемой конской или отвисающей стопы. Такую стопу на ночь следует укладывать в шинку, удерживающую ее под прямым углом, а днем прибинтовывать восьмьюобразным ходом бинта к голени.

В случаях необратимых параличей, когда операция на нервных стволах невозможна или не дала результата, можно либо снабдить подобных больных специальным фиксирующим ортопедическим приспособлением для руки и обувью для ноги, либо прибегнуть к оперативным вмешательствам ортопедического порядка.

В лечении всех вышеперечисленных страданий может оказаться весьма полезным средство, незаслуженно мало применяемое и однако же легко осуществимое, даже при самых ограниченных возможностях. Прежде всего речь идет об использовании так называемых «пеллоидов» — грязеподобных веществ: иловых грязей, торфа, глины. Эти природные грязеподобные образования обладают высокой пластичностью, большой теплоемкостью, малой теплопроводностью и незначительной конвекционной способностью. Благодаря этим свойствам возможно применение таких высоких температур, которые при водных процедурах не переносимы.

Глиная грязь добывается со дна минеральных и пресных озер. Очитив посредством сита от не разложившихся частей растений, ракушек, камней, ее можно непосредственно применять для лечения.

Торф извлекается из нижних слоев торфяников и представляет собой однородную черную или темную массу. Коричневый мало разложившийся торф не годен. Торф нарезают пластами и кладут под навес, где он под действием солнца окисляется и высыхает. Зимой можно сушить его в печи. Высушенный торф размалывают и просеивают сквозь мелкое сито с отверстиями в 2—3 мм.

Глину также высушивают и просеивают. Предпочтительно пользоваться красно-желтой, жирной пластической глиной.

Перед употреблением торф или глину смачивают в ведре с водой или рассолом (100 граммов соли на ведро воды) до консистенции густой сметаны, равномерно размешивают деревянной палкой и нагревают несколько выше требуемой температуры в расчете на некоторое остывание. Нагревание грязи, торфа или глины производят по принципу паровой бани. В сосуд с нагреваемой водой, на дно которого помещена решетка, ставят ведро с применяемым пеллоидом. Выше 60° нагревать не следует, так как изменятся биохимические свойства грязи и торфа.

Уложив на клеенку, поверх одеяла, большую конечность освобождают от повязки и со всех сторон непосредственно обкладывают нужным участком ее грязевой массой толщиной в 3—5 см. Клеенку и одеяло заворачивают вокруг аппликации и поверх них кладут еще подушку для лучшего сохранения тепла. Летом такие процедуры можно проводить на воздухе, используя солнечные лучи для подогрева массы и сохранения тепла во время сеансов.

Из многих вариантов применения этих процедур, я позволяю себе рекомендовать методику, вполне оправдавшую себя в мирное время на практике, под нашим руководством в клинике и в эвакогоспиталях ГЭП-95 за время войны.

Мы начинаем применять пеллоиды с температурой в 44°. Первый сеанс длится 20 минут. Ежедневно прибавляем температуру на 2° и время — на 2 минуты, доводя таким образом, температуру до 52° и длительность сеанса до 30 минут. Эту температуру и время сохраняем в продолжение 10—12 сеансов, после чего постепенно снижаем температуру и сокращаем время до исходных цифр, чем и заканчивается курс лечения. После 1—3 месяцев перерыва возможно, в случае необходимости, повторить курс. Лицам ослабленным можно давать сеансы через день, и максимальная температура для них должна быть не выше 46—48°. Очень ценно, что простота и доступность изложенного метода позволяют в подходящих случаях рекомендовать

больным самостоятельное проведение его на дому. Что, как показал наш опыт мирного времени, осуществимо с успехом.

Другим природным источником целебной силы является солнце. Его ошибочно считают неотъемлемой привилегией юга; в средней полосе нашего Союза, с мая по сентябрь, также удастся ряд дней использовать для солнцелечения. Мы охотно пользуемся суррогатом солнца — кварцевой лампой, которая не может полностью заменить эффекта солнцелечения. Лучшее время для солнцелечения с 9 до 11 и с 13 до 16 часов.

На открытом месте, защищенном забором или ширмой от ветра, обнаженный больной укладывается на скамейку. Не следует принимать солнечную ванну натощак или ранее 1 часа после еды. Голова должна быть в тени или закрыта шляпой.

Примерная схема солнцелечения, которая может быть изменена применительно к местным условиям, такова: в первый сеанс больному облучают только ноги до колен, все остальное тело закрыто простыней. Во второй сеанс — до паха, в третий — туловище до пупка, в четвертый — до сосков, и, наконец, в пятый сеанс облучается весь больной. Первые пять сеансов длятся до 10 минут, а затем в каждый следующий сеанс экспозицию продляют еще на 10 минут и доводят облучение до полутора часа. Во время сеанса больной должен поворачиваться так, чтобы тело его равномерно освещалось со всех сторон. Сеансы можно повторять дважды в день. Таким образом больной может получить ежедневно до 3 часов солнцелечения. Курс определяется в среднем в 30 сеансов.

Следует помнить о противопоказаниях к применению грязи, торфа, глин и солнцелечению: это септические процессы, туберкулез легких, заболевания почек, анемия, артериальные заболевания, злокачественное малокровие, эндо- и миокардиты и гипертония с максимальным давлением свыше 160.

Те же методы лечения должны применяться и при остеомиелите, и при контрактурах, и при последствиях расстройств периферической нервной системы.

При остеомиелите применение пеллоидов и солнцелечение способствуют быстрейшему отторжению некротически пораженной костной ткани и ограничению процесса. Рубцевание также происходит быстрее. Не следует смущаться усилением гнойного отделяемого. Небольшое повышение температуры также не служит противопоказанием к продолжению лечения. Только подъемы температуры выше 38° являются поводом к перерыву в сеансах до наступления нормы.

При контрактурах торфа-, глино- и илолечение особенно эффективно в сочетании с лечебной физкультурой и применением механических приспособлений.

Гиперемия, являющаяся результатом этого лечения, способствует развитию эластичности сморщенных тканей, и уступчивости их механическим воздействиям.

При лечении контрактур следует помнить, что одновременно с растяжением рубцово измененных тканей нужно заботиться об укреплении мышц-антагонистов, обычно от бездействия ослабленных. Укрепление этих мышц служит лучшей гарантией от рецидива контрактуры.

Эти же методы лечения при последствиях ранений периферических нервов способствуют ускорению регенеративных процессов. Особенно хорошо эти процессы текут при одновременном применении массажа, гимнастики и, если есть возможность, электролечения.

Пеллоидотерапия и солнцелечение весьма полезны при отморожениях. При отморожениях 4-й степени, заканчивающихся ампутацией или экзартикуляцией, в сохранившихся отделах конечности надолго остаются сосудистые и нейротрофические изменения, сопровождаемые болевыми ощущениями и повышенной чувствительностью к холоду. Все эти последствия значительно быстрее ликвидируются под влиянием тепловых процедур. Эти же методы лечения весьма полезны для укрепления легко изъязвляющихся рубцов, расположенных на периферических отделах культей.

С большим успехом применяется грязе-торфо-глинолечение в сочетании с солнцелечением при переломах с не окрепшими и болезненными мозолями, при их консолидации. Также показано это лечение при артритах, миозитах, фасциитах и при длительно не заживающих ранах и язвах.

При парезах и параличах, являющихся следствием кровоизлияний в спинной мозг и его оболочки, иногда положительные результаты получаются от применения ило-, торфо-, глинолечения пострадавшей области.

Ампутация — одна из древнейших операций — связана с техникой и показаниями к этой операции, а также снабжением ампутированных протезами и их трудоустройством. В нашей стране каждый из таких инвалидов должен найти полноценное использование своей остаточной трудоспособности, размер которой зависит не только от характера ампутации, но и от снабжения соответствующим протезом и умения им пользоваться. К сожалению, многие из получивших протезы не умеют ими пользоваться. У них возникает ряд вопросов, с которыми они могут обращаться не только к своему врачу в надежде получить от него исчерпывающее указание и помощь.

Современное протезирование различает опорные и неопорные культы. Первые культы выносят полностью нагрузку тяжести тела на свой конец, и поэтому должны быть снабжены протезом более

совершенной конструкции. Ходьба на этих протезах менее утомительна и сопровождается меньшей хромотой.

При неопорных культих протез упирается не в конец культи, а в костный выступ и мягкие ткани. При ампутации бедра упор приходится в седалищный бугор и всю поверхность культи, а при ампутации голени — преимущественно в мышцы большеберцовой кости.

После некоторых ампутаций получают неопорные культи. Однако и на таких неопорных культих ампутированные научаются хорошо ходить.

Значительная часть культих, полученных в результате военных ампутаций, заживает срубко, концы их покрыты болезненным рубцом, препятствующим пользованию протезом. Иногда на концах культи прощупываются весьма болезненные невралгии, препятствующие пользованию протезом. Причиной невозможности носить протез бывает и костное разрастание на месте отрыва кости. Во всех этих случаях приходится прибегать к реампутациям, при осуществлении которых иногда целесообразно производить костнопластическую операцию с целью получения опорной культи. Однако вопрос о реампутации подлежит в каждом отдельном случае консультации специалиста.

Ампутированный, получивший впервые протез, обычно предъявляет много жалоб, иногда затрудняясь их даже точно формулировать. Испытываемые в первое время неудобства, зависящие в основном от непривычки, многих из них побуждают забрасывать протез и предпочитать хождение на костылях. Таким товарищам следует объяснить, что ходьба на протезе требует настойчивой тренировки и постепенного привыкания.

СОВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВОПРОСА О НЕВРОЗАХ

Неврозы, — все эти наши неврастения, истерии и психастении, — весьма часты. Несмотря на их кажущуюся безобидность, они в состоянии в высшей степени снижать производственную ценность человека и — что еще хуже — ложатся тяжким бременем на семью невротика и на его окружение, а дети, растущие в нервной атмосфере, лишь редко имеют шансы на выработку организованной и хорошо дисциплинированной нервной системы. Все это подчеркивает громадное социальное значение неврозов, почему о них никогда не мешает поговорить лишний раз.

Тем более это уместно здесь, у нас, что проблема неврозов столь долго, занимавшая умы врачей и давшая повод для построения многочисленных и противоречивых теорий, лишь за последнее время получила, наконец, строго научное разрешение в работах нашего великого соотечественника И. П. Павлова, поделиться с вами этой новой, павловской физиологической трактовкой неврозов я, естественно, считал бы своим долгом.

И, наконец, правильное понимание этой проблемы имеет крупное практическое значение, так как для ее разрешения в любых врачебных условиях не требуется ни специальной диагностической аппаратуры, ни специального терапевтического оборудования, ни даже особых лекарственных возможностей, а требуется единственно только наличие у врача правильных сведений о сущности неврозов и элементарного терапевтического такта.

Свое изложение мне придется начать со сжатого определения того, что представляют собою эти «неврозы», т. е. какие патологические состояния следует понимать под этим названием. Этот вопрос не лишеш интереса, так как в свое время предлагалось немало различных определений, постоянно отпадавших в дальншем.

Одно время говорили: неврозы — это «нарушение функции центральной нервной системы без видимых в ней анатомических изменений», т. е. при морфологической целостности головного мозга. Это было, пожалуй, для своего времени не плохо, хотя логически было бы,

конечно, правильнее не принимать определения по одному только отрицательному признаку (неврозы — не органические заболевания), но теперь такой критерий нас уже удовлетворить не может, так как он всецело зависит от степени совершенства или, вернее, несовершенства нашей микроскопической техники, и у нас нет никакой уверенности, что морфологический субстрат невротических изменений, скрытый от нас в настоящее время, останется таким навсегда.

Позже, когда выяснилось, что в основе неврозов лежат какие-то изменения психики, предлагалось такое определение: «неврозы — это такие изменения психики, которые не доходят еще до степени настоящего психического расстройства». снова отрицательный признак (неврозы — не психозы), который нас, естественно, удовлетворить не может.

Но вот в поисках уже не за отрицательными, а за положительными признаками предложено было следующее определение: «неврозы — это всегда реактивные состояния». — и такое определение может быть нами принято, так как оно на самом деле соответствует существу дела. Оно означает точно так же, что всегда при распознавании невроза нам надлежит постараться добраться до непосредственного повода, вызвавшего заболевание, до сущности того срыва, который вывел из равновесия нервную систему. Иногда к этому определению «неврозы — это всегда реактивное состояние» прибавляют «у предрасположенной личности», подчеркивая этим, что для того, чтобы быть сорванной в результате какой-либо неблагоприятной ситуации, нервная система уже до этого должна быть чем-то ослабленной. И это дополнение подтверждается клинической практикой. Из всего этого может быть сделан и еще один очень интересный для нас вывод: если невроз есть всегда реакция личности, то очевидно, что различных неврозов должно быть столько же, сколько различных индивидуальностей, а стало быть, в этой области заранее следует признать обреченными на неуспех попытки всяких точных позитивских классификаций. И, действительно, все те формы, о которых мы будем говорить ниже, являются вовсе не какими-либо обособленными болезнями, а скорее своеобразными типами, по которым в разных случаях может срываться нервная система.

Лишь с этой последней поправкой позвольте предложить вам современное деление неврозов на три большие группы, которые мы называем: **неврастения, истерия и психастения.**

Все врачи, конечно, хорошо знают клинику этих форм, и я лишь кратко напомню вам их главнейшую характеристику.

Для неврастения, или нервной слабости, типична быстрая истощаемость, слабость нервной системы. Очень характерны быстрое умственное утомление, раздражительность, господствующее унылое,

безрадостное настроение: всем вам понятны и жалобы неврастенника: у него часты сердцебиение, дрожание рук, он легко потеет и краснеет, плохо спит, испытывает головокружение и в особенности головные боли, часто в виде своеобразного давления, вроде тяжелой шапки, падающей на голову; как правило, расстраивается половое влечение; своеобразная деталь: по утрам, после сна, неврастенник чувствует себя особенно плохо, все его раздражает, и он едва в состоянии заставить себя встать и взяться за опротивевший ему труд; вечером, особенно при искусственном свете, ему делается лучше, часто он вечером не хочет спать и засыпается поздно в сравнительно приятном состоянии, с тем, чтобы утром снова встать с тяжелой головой и в состоянии сильнейшей депрессии. Вы исследуете такого больного, и за исключением слегка оживленных рефлексов, дрожания рук и общей вегетативной неустойчивости не определяете у него никаких других более серьезных изменений. Но зато вам не трудно обнаружить в анамнезе и причины этой нервной дисфункции: то это напряженная работа, проводимая в ненормальном темпе, то тяжелая, обычно затянувшаяся жизненная ситуация, иногда — однократная острая психическая травма. Интересно, что эта последняя наблюдается сравнительно редко, — не странно ли, что такое крупное горе, как смерть близкого человека, в меньшей степени способно привести к развитию невроза, чем, например, долго длящиеся мелкие уколы самолюбия в результате какой-нибудь ненормальной семейной обстановки? Таких поводов для невротических срывов можно найти множество, и я не буду их всех перечислять. Укажу, однако, на один, очень вредный, о котором врачи часто забывают: это — хроническое недосыпание, крайне вредное для нервной системы. Врачи не замечают его потому, что на этом не фиксируют внимания сами больные и не оценивают вредности этого, так как при длительном недосыпании постепенно привыкают к этому режиму и подчас не в состоянии спать больше своей привычной скудной нормы, даже когда они это сделать могли бы. Нерегулярная еда, недостаток свежего воздуха и усиленное курение относятся также к весьма распространенным современным вредностям, с которыми нам приходится бороться.

Понятно, что для лечения этих состояний надо ликвидировать вредную причину, приведшую нервную систему к срыву. Так, иногда надо дать больному временную разгрузку. Врачу приходится в этих случаях даже обнаруживать известную настойчивость, убеждая больного в необходимости изменить свой режим.

Но, как это ни страшно, в таком простом виде эта неврастенность наблюдается сравнительно редко, а гораздо чаще она предельно выдаетнейшую эволюцию в одном из двух следующих направлений.

Одно из этих направлений сводится к развитию болезненной мнительности и к фиксации внимания на своих болезненных ощущениях. Вот, к примеру, как происходит такое развитие.

Человек, вследствие случайной вредности выпавший из своего нормального равновесия, начинает ощущать все то, что характеризует описанную выше неврастению. Но, наряду с тем, он всегда был субъектом несколько тревожным, неуверенным в себе, постоянно опасавшимся всевозможных несчастий, склонным к преувеличениям и т. п., то-есть, был носителем того, что мы называем «тревожно-мнительным характером». И теперь, испытывая ряд неприятных ощущений, вроде головной боли, головокружений, ослабления полового влечения, ослабления памяти и пр., он начинает относиться к этим, в общем невинным симптомам, как к проявлению какой-то серьезной болезни, быстро привыкает прислушиваться к своим ощущениям, считает свой пульс, разглядывает в зеркало язык, меряет кровяное давление и т. п. Так образуется тип ипохондрически настроенного неврастечика, погруженного в самонаблюдение и опасющегося то порока сердца, то опухоли мозга, то психического заболевания и т. п. Такое болезненное самонаблюдение не дает возможности внутренним органам работать бесперебойно и гладко, а это в свою очередь создает новые неприятные субъективные ощущения, привлекающие к себе внимание. Получается нечто в роде замкнутого порочного круга, — и при этом виде развития болезненных симптомов неврастеники могут доходить до весьма тяжелых состояний, идущих по типу навязчивости и самовнушаемых симптомов.

Замечательно, что чем больше лечится такой больной, тем хуже он себя чувствует, конечно, потому, что при всех этих леченьях больной взволнованно следит за беспокоящим его симптомом, а вследствие этого самонаблюдения болезненный симптом не в состоянии исчезнуть. Пример: страдающий бессонницей неврастеник получает отпуск для поездки в дом отдыха или на курорт; у него перспектива за эти три недели восстановить свой сон, но и естественное опасение, что это ему может быть и не удастся? Вместо спокойного отдыха, он следит за длительностью сна и вследствие этого, конечно, не может во-время заснуть, тревожно спит и просыпается рано. К концу лечения он спит еще хуже, чем в начале. Дом отдыха или курорт не помогли, но больной делает отсюда другой вывод: его по ошибке направили не на тот курорт, ему нужен был Кисловодск, а не Магеста, или души, а не электризация и т. п., и он продолжает свою ипохондрическую карьеру, несколько не извлекая уроков из своих ошибок.

Вот тут-то, при состояниях этого рода, исключительно важной оказывается роль врача. Его поведение должно быть здесь прямо про-

тивоположно тому, о котором мы, выше говорили. Он должен терпеливо и ясно объяснить больному, в чем дело, доказать ему, что ему не угрожает ни одна из пугающих его болезней. И ввести его в работу, длительное отсутствие которой может быть ему только вредно.

Особенно важно здесь подчеркнуть, что неумелое поведение врача сплошь и рядом ответственно за эти психонетрические представления больного. Это даже носит особое название: «аггровения» — «симптом, обусловленный деятельностью врача». К сожалению, жизнь показывает нам множество примеров такого рода. То врач, неизвестно зачем, начинает объяснять больному значение всевозможных патолого-анатомических терминов, вроде «склероза мозговых артерий», то каким-нибудь неосторожным словом, или даже жестом во время исследования больного пугает его, а иногда даже интонацией своего голоса, вроде того случая, когда врач, выслушавший сердце больного, покачал головой и промывчал неодобрительно «гм-гм» после чего уже нельзя избавиться больного от убеждения, что у него найдено тяжелое заболевание сердца, и что все последующие разубеждения основаны только на том, что врачи не желают говорить ему правду. Одному из моих больных с довольно сложным неврозом врач, чтобы его успокоить, сказал: «не волнуйтесь, это еще не психоз», из чего больной естественно сделал вывод, что значит психоз у него еще будет. Я знаю случай, когда больная ряд месяцев провела в постели, избегая делать какие-либо движения даже руками, после того как врач, позванный ею во время «сердечного приступа», сказал ей неосторожно, что она должна соблюдать полный покой, так как всякое движение может оказаться для нее роковым. Аналогичных примеров можно было бы привести, к сожалению, множество. Врач никогда не должен забывать, что больной ничего не понимает в медицинских терминах. Как часто я видел результаты того, что врач, пытаясь успокоить больного, говорил ему, что у него «невроз сердца»! Врач хотел сказать этим, что у больного нет какого-либо органического заболевания сердца, а всего только невроз. В представлении же больного этот непонятный термин означал какую-то особую болезнь, кроме того, очевидно, очень опасную, так как ее, оказывается, надо лечить весьма сложными способами, вроде громоздких электрических машин в специальных флюотерапевтических кабинетах. И даже само это невинное слово «неврастения» для людей часто означает какое-то сложное, подчас неизлечимое заболевание, а когда, больному говорят, что у него «психастения», он в результате часто окончательно теряет бодрость духа и уверенность в себе.

Вы видите, как легко врачи могут навредить в этом процессе психоразовообразования. Пусть это будет лишним напоминанием вам о том, что в наших общениях с больными нам всегда надо соблюдать очень

хорошо выдержанный такт. К первоначальному всегда должен быть подход очень обдуманный, очень спокойный, очень внимательный, без тени недоверия ни тем более насмешки, но в то же время очень авторитетный и твердый. Больному надо действительно объяснить сущность его жалоб, объяснить ему роль болезненного самонаблюдения и самовнушения. В этом и заключается та рациональная психотерапия, которую в какой-то степени неизбежно должен владеть каждый лечащий врач.

Но наряду с этим инхондрическим развитием нерастенического синдрома, а иногда и одновременно с ним, может иметь место и другой тип развития, не менее практически важный. — это так называемый «уход в невроз», или лучше «извлечение выгоды из невроза». Дело в том, что невроз часто может быть в известном смысле выгодным, как всякая болезнь. Он может создать человеку какие-то мелкие бытовые преимущества, лишний отпуск, поездку на курорт, освобождение от дополнительной нагрузки, а подчас явиться и настоящим выходом из сложной жизненной ситуации. Быть признанным больным — это значит иметь право на какую-то уменьшенную ответственность за свои поступки и на усиленное внимание со стороны окружающих. А, кроме того, перенесенной может даже, по мнению многих — освобождаться от каких-либо государственных обязанностей, в роде трудовой повинности или даже военной службы. Все это делает для многих неустойчивых субъектов диагноз невращения чем-то заманчивым, каким-то трусливым выходом из осложненной жизненной обстановки. В болезнь проникает так называемый «установочный элемент», и с этими больными справиться бывает обычно еще труднее.

Все эти невращенические симптомы могут тесно переплетаться с рядом других симптомов, которые мы называем истерическими, а иногда эти последние выступают в более чистом виде, и мы говорим тогда об «истерии».

Мне нет надобности говорить вам о симптомах этой истерии, прекрасно известных всем практическим врачам и сводящихся, главным образом, к всевозможным вынужденным или самовнушенным параличам или судорогам. Большей частью очень нестойким и изменчивым, ясно отличающимся от аналогичных расстройств органической природы. Общим для всех этих симптомов является то, что по своему внешнему проявлению они ничем не отличаются от симптомов, которые всякий человек сможет воспроизвести произвольно, нарочно. Наиболее отличителен для всей этой группы общий характерологический фон, на котором развиваются все эти расстройства. Это люди эмоционально неустойчивые, эгоцентричные, склонные к театральности и к позе, часто лживые и большей частью недостаточно умные, в противоположность невращеникам, которые, как общее правило, от-

личаются интеллектом не ниже среднего. Именно эта последняя черта, свойственная истерической личности, делает то, что здесь часто не оказывает эффекта рациональная психотерапия, и приходится прибегать к более грубым приемам психотерапии в виде даже прямого внушения, которого вообще следовало бы избегать, так как если мы можем посредством прямого внушения снять психогенный симптом, то во всяком случае не сможем дисциплинировать первую систему и поднять уверенность больного в своих собственных силах, — основное правило для преодоления невроза.

Третью группу невротических расстройств представляет собою так называемая психастения. Это более редкий синдром, сущность которого, по Жане и Павлову, сводится к резкой утрате чувства реального, когда невротик оказывается очень плохо приспособленным для конкретной практической жизни, компенсируя свою недостаточность усиленным умствованием и бесплодной рассудочностью, которые ему, впрочем, ни в малейшей степени не помогают.

На одной интересной особенности всех этих трех основных типов невроза позволю кратко остановиться, именно на так называемом «синдроме навязчивости», который, не представляя собою особого заболевания, может быть нередким спутником и неврастения, и истерии, и психастении.

Под навязчивостью мы понимаем стереотипное возобновление определенного переживания, как бы паразитически внедряющегося в наше сознание, несмотря на то, что в отношении этого переживания большей частью сохраняется полная критика, и больной отлично сознает его ненужность и нецелесообразность. Сюда относятся самые разнообразные навязчивые страхи (боязнь высоты, мостов, одиночества, улиц, площадей, заражения сифилисом, загрязнения рук, чужого взгляда, боязнь покраснения и т. п.), навязчивые мысли (потребность считать шаги, плиты тротуара, окна домов, составлять определенные слова и пр.), и навязчивые действия (потребность определенным условным образом складывать вещи, прикасаться к предметам, чистить и т. п.).

Пример навязчивых опасений уже был разобран нами выше, когда мы говорили об инхондрических опасениях неврастеников. Эти расстройства развиваются большей частью на фоне тревожно-мнительного характера. Они очень упорны, длятся часто годами и среди других проявлений невроза представляют собой состояние весьма трудное для лечения. Как раз эти состояния послужили одним из основных материалов для построения И. П. Павловым учения о физиологическом понимании неврозов, — вам, конечно, известно, что в последние годы своей жизни Иван Петрович уделял много внимания неврозам человека, которые он научился понимать, исходя из данных физиологической лаборатории.

Эти павловские трактовки пришли на смену целой серии когда-то модных, идеалистических, психологических построений, из которых наиболее распространенной была теория Фрейда, стремившегося в самых разнообразных формах невроза усматривать сдвинутую символику, построенную на сексуальных влечениях. Выявление этих влечений — так называемый «психоанализ» — превратилось в целую систему, долгое время казавшуюся многим наиболее современным достижением в этой области.

Павлов подошел к проблеме, исходя из совершенно других отправных позиций, именно из долголетнего и исключительно точного изучения высшей нервной деятельности собаки с помощью разработанного им метода условных рефлексов. Вы знаете, конечно, сущность этого учения. Именно с помощью метода условных рефлексов Павлову и его сотрудникам удалось установить основные физиологические принципы, которым подчиняется деятельность клеток коры больших полушарий.

Однако, в течение этой работы начали выясняться некоторые очень интересные новые обстоятельства. Оказалось, что не всегда работа корковых клеток собаки происходит с той точностью, которая наблюдается обычно. В известных условиях эксперимента, большей частью трудных для опытного животного, неожиданно могут появляться состояния своеобразного срыва всей высшей нервной деятельности, когда все условные рефлексы разрушаются, новые не могут быть образованы, а само животное начинает «нервничать», не ест, становится агрессивным и т. п. Эти состояния и получили название «экспериментальных неврозов» и сразу же привлекли к себе внимание Ивана Петровича, а также его сотрудников, из которых больше всего потрудились в изучении этих новых фактов постоянная сотрудница Ивана Петровича — проф. М. К. Петрова, добившаяся у одной из своих собак даже реализации симптома, вполне аналогичного человеческой «боязни высоты».

На одном из примеров я покажу вам, как образуются эти неврозы. Представьте себе собаку, у которой воспитаны два условных рефлекса: положительный на показывание круга и отрицательный, тормозный, на показывание эллипса, т. е. каждый раз, что ей показывают круг, это вызывает выделение слюны, а каждый раз, что ей показывают эллипс, слюноотделение гаснет. Все идет гладко, и условные рефлексы работают с большой точностью. Но вот экспериментатор начинает заменять эллипсы фигурами, все больше похожими на круг. Условные рефлексы некоторое время идут еще правильно, но, наконец, наступает момент, когда различение этих двух уже очень похожих фигур становится слишком трудным, и у собаки происходит

«срыв» всей ее высшей нервной деятельности, выражающийся в том, что расстраивается вся система выработанных у нее условных рефлексов.

В этой работе над экспериментальным неврозом были обнаружены ряд фактов, имеющих определенное значение и для понимания сущности неврозов человека. Лишь кратко я упомяну о важнейших.

Так оказалось, что собачьи неврозы удается получать самыми разнообразными условиями экспериментов, лишь бы они касались перенапряжения одной из трех основных функций высшей нервной деятельности:

Именно, неврозы получаются, при срыве раздражительного процесса, т. е. при применении таких сверхсильных раздражителей, которые вызывают сразу состояние так называемого запредельного торможения. Раздражение может оказаться не под силу данной нервной системе, и тогда животное расплачивается за это тяжелой невротической реакцией.

В других случаях эксперимент может предъявить чрезмерные требования к тормозному процессу, например, если ставится опыт таким образом, что тормозный процесс затягивается на слишком долгий срок. Это будет то, что можно было бы назвать срывом или перенапряжением тормозного процесса.

И, наконец, в ряде случаев именно перенапряжение подвижности, т. е. способности нервной клетки быстро менять состояние раздражения на торможение и наоборот, может быть причиной невроза, например, когда в поставленном опыте, почти одновременно даются положительный и отрицательный раздражители, то, что в павловских лабораториях получило название «сшибки».

И вот оказалось, что, как ни различно устроена центральная нервная система собаки и человека, и, сколько качественно ни отличается психика человека от условных рефлексов собаки, все же такие-то основные физиологические закономерности, свойственные нервной клетке, удается проследить в обоих этих образованиях. В частности, и в происхождении неврозов человека нетрудно усмотреть в основном те же виды нервного срыва: сверхсильные раздражители, перенапряжение тормозного процесса или перенапряжение подвижности.

Вы, конечно, понимаете, что если мы о каком-нибудь раздражителе вынуждены говорить, как о «сверхсильном», невыносимом для данной нервной системы, это естественно следует понимать в том смысле, что именно данная нервная система оказалась не в состоянии справиться с задачей. Понятно, что слабая или чем-нибудь (кастрацией) ослабленная нервная система сорвется раньше, чем нервная система сильная и уравновешенная. Отсюда возникла необходимость учитывать в каждом отдельном случае и «тип» нервной системы. Вам известно,

что это учение о типах нервной системы, долгое время занимавшее мыслителей и врачей, лишь благодаря работам Павлова встало, наконец, на почву точного научного эксперимента.

Может быть, одним из лучших примеров, допускающих здесь аналогию, является экстремное нарушение стереотипа, способное вызвать нееротический срыв у человека, так же как и у экспериментальных животных. Если у опытной собаки серия выработанных рефлексов вызывается всегда в определенном порядке, быстрое изменение этого привычного порядка, особенно если имеется дело с относительно мало-подвижным типом нервной системы, в состоянии вызвать длительное заболевание. Сходные явления мы наблюдаем у человека. Измена привычной обстановки, переезд в новый город, переход на новую работу и т. п., отлично компенсируемые у достаточно подвижных людей, у людей более инертных нередко служат поводом для длительных неврозов. Патологическая «тоска по родине» является этому одним из лучших примеров. Студент моей кафедры д-р Гастев опубликовал недавно серию наблюдений, весьма демонстративных в этом отношении. Он видел также тяжелый невроз у очень инертной девочки, стоявший в связи единственно с переводом в другую школу, к которой она, оказывается, никак не могла привыкнуть.

При различных гипноидных состояниях, оказывается, теряется нормальная пропорциональность между интенсивностью раздражения и интенсивностью реакций. Так, слабые раздражители могут в этих условиях сопровождаться значительным эффектом, тогда как сильные, наоборот, могут оставаться без эффекта. И эта закономерность отлично подтверждается при наблюдениях над многими невротиками. Вспомните переутомленного невротика, не выносящего шороха газетной бумаги или тиканья карманных часов.

Весьма разнообразны также явления положительной и отрицательной индукции, столь отчетливые в эксперименте, а также при человеческих неврозах.

Но особенно интересны аналогии между вышеописанным синдромом навязчивости и теми явлениями, которые были изучены Павловым под названием «застойности» или «патологической инертности раздражительного или тормозного процессов». Сущность дела сводится здесь к тому, что если какой-нибудь центр будет «сорван» вследствие перенапряжения его подвижности, в соответствующих клетках нередко удастся наблюдать состояние патологической инертности, когда клетки эти начинают реагировать всегда одинаковым способом, например, всегда своей работой, или, наоборот, всегда своим торможением, в ответ на любое протекающее или нет раздражение, причем теперь уже никакая выработка новых условных рефлексов на этих больных клетках становится невозможной. В виде примера приведу

знит, когда у собаки выработаны два рефлекса на звук метронома различной частоты: редкий метроном гонит слюну, частый — ее тормозит; так дело продолжается, пока внезапно раздражители не меняют в эксперименте своего значения; теперь начинает подкрепляться наиболее частый метроном, бывший раньше тормозным, а без подкрепления остается редкий, бывший раньше положительным раздражителем. Собака должна, таким образом, экстренно переделать систему своих условных рефлексов. Мало-мальски инертное животное впадет при этом в состояние невроза, очевидно, в результате перенапряжения подвижности нервных клеток. И тогда обнаруживается, что этот сорванный центр начинает работать стереотипно, при любом раздражении всегда отвечая совершенно одинаковым способом, при чем он оказывается уже неспособным на какое-либо дальнейшее воспитание. Не то же ли самое мы наблюдаем при навязчивых состояниях, когда, например, определенная ситуация всякий раз сопровождается стереотипным чувством страха, причем это возобновляется в совершенно одинаковой форме и не поддается в дальнейшем уже никакому выравнивающему вмешательству критики?

И не могу множить эти примеры, хорошо известные каждому, кто знаком с клиникой неврозов. Скажу лишь, что общим выводом из этих сопоставлений является убеждение, что в основе всех наших невротических состояний лежат определенные физиологические закономерности. В области неврозов мы легко научились теперь усматривать и явления запредельного торможения, и явления положительной и отрицательной индукции, и явления патологической застойности нервных процессов, и многие другие интересные физиопатологические факты, впервые выясненные на собаке в опытах с условными рефлексами.

Вы, конечно, прекрасно понимаете, что все это ни в малейшей степени не снимает субъективного, психологического содержания неврозов. Но сознание — это качественно совершенно новое свойство головного мозга — все же является функцией жизнедеятельности клеток больших полушарий, а эти последние работают по определенным физиологическим закономерностям, и поэтому неудивительно, что в сложной области неврозов человека оказываются вполне оправданными аналогии с неизмеримо более простой областью условных рефлексов животных.

Что дает нам на практике, это новое понимание невроза? Мы боялись первое время, как бы широкое распространение этих точек зрения не послужило для невротиков как бы некоторым недопустимым самооправданием: у меня, дескать, имеется «физиологически обусловленный срыв» высшей нервной деятельности», а потому я воззе

не ответствен за свое невротическое поведение! Однако это опасение оказалось неосновательным. Ответственность за свое поведение полностью остается за человеком, и это нам постоянно надлежит объяснять нашим больным, которые, впрочем, сами это прекрасно понимают. Так, сон есть торможение нервных клеток, распространяющееся по коре больших полушарий, следуя совершенно определенным, установленным в павловских лабораториях, закономерностям. И тем не менее весь этот процесс все же остается в нашей власти, и если часовой, заснувший на посту, все-таки попадает под суд, то это, конечно, совершенно справедливо. Когда невротик обнаруживает патологическую взрывчатость и несдержанность, это, конечно, означает с точки зрения физиологического понимания, что у него имеется «потеря равновесия тормозного и раздражительного процессов с явным ослаблением первого». Но спросите такого вспыльчивого и несдержанного неврастеника, также ли он несдержан в кабинете своего начальника, как, например, в своей домашней обстановке, где он может безнаказанно терроризировать свою жену? Очевидно, стало быть, что поведение невротика все-таки остается в зависимости от его воли и сознания, и я не могу не вспомнить по этому поводу афоризма одного известного клинициста, который сказал: «всякий человек имеет право быть психопатом, но ни один человек не имеет права вести себя, как психопат».

С другой стороны, больные чувствуют часто определенное облегчение, если им в понятной и вразумительной форме врач объяснит сущность их жалоб. Я имею в своем распоряжении уже немало наблюдений, когда — правда, у довольно рассудительных больных — мне удавалось справляться с подчас тяжелыми проявлениями невроза только посредством такого рода психотерапевтических бесед. Кстати же физиологическое понимание невроза дает в руки врача и более рациональный способ воздействия, когда, например, приходится объяснять больному, что он должен тренировать свой тормозный процесс, и организованно помочь ему в этом самоперевоспитании.

Вы видите, таким образом, что из самого понимания сущности неврозов вытекает, что рациональная психотерапия является единственным путем лечения, а правильное их понимание — единственным путем их профилактики, в которой, конечно, роль педагога в будущем должна будет значительно превышать роль врача. Вы видите также, что всякие другие попытки лечения, если они минуют психотерапевтическое воздействие, могут часто только больше укрепить уверенность больного в своей болезни, и поэтому часто не достигают цели. Это не значит, конечно, что вы должны будете ограничиваться только моральным воздействием. Но последнее является необходимым

условием, чтобы все эти остальные попытки поднять силы больного другими способами (организация отдыха, режима, витаминного хозяйства, физиотерапии и пр.) не дали противояжного эффекта. И может быть, впрочем, подчеркнута значимость и некоторых лекарственных веществ, прямо влияющих на высшую нервную деятельность. Так, препараты брома, обычно в крайне малых дозировках, обладают способностью, так это выяснилось в павловских лабораториях, — концентрировать тормозный процесс. Особенно это последнее замечание касается неврозов детского возраста.

В заключение этого обзора я должен остановиться еще на двух вопросах, поскольку они часто неправильно расцениваются практикующими врачами.

Первый вопрос касается так называемых неврозов органов: сердца, желудка, кишечника и т. п. Я думаю, что для вас не будет теперь совершенно странным мое утверждение о том, что таких неврозов вообще не существует. Что же имеет место на самом деле? Одно из двух: либо имеется настоящий невроз, большей частью неврастения, с неосновательными опасениями больного по поводу своего сердца, желудка и т. п., причем на первый план выступают местные жалобы (сердцебиение, чувство тяжести в животе и пр.), но тогда это будет обычным общим неврозом, который, если уже мы захотели бы называть его по органной локализации, следовало бы называть «неврозом коры головного мозга», но уже никак не «неврозом сердца» или «неврозом желудка», тем более, что в таких названиях заключается и определенный вред. своеобразная ирония: представляющая больного считать больным тот орган, который у него на самом деле здоров. Либо же имеется диффузия внутренних органов под влиянием их неправильной иннервации, но в этих случаях мы имеем дело либо

гуморальными синдромами, либо с вегетативными невритами или ганглионевритами, часто в результате бывших инфекций, а никак не с неврозами в том смысле, как мы выше условились понимать этот термин. И здесь неправильная терминология оказывается вредной, останавливая врача в его поисках за настоящей причиной заболевания.

Второй вопрос связан с переживаемой нами эпохой и касается неврозов, стоящих в связи с прохождением военной службы. Когда-то говорили о «военных неврозах», «травматических неврозах» и т. п. Я думаю, вам точно так же не покажется странным, если я скажу вам, что никаких ни «военных» ни «травматических» неврозов вообще не существует, а на войне, включая последствия боевых травм, мы имеем совершенно те же неврастения и истерию, как и в мирное время. Неподобно, что они требуют совершенно тех же терапевтических и

профессиональную черепно-мозговую травму. Единственное, что накладывает своеобразный отпечаток на неврозы военного времени, это то, что они часто комбинируются с органическими последствиями травмы, в результате чего получаются сложные картины, не всегда легкие для их точного распознавания. Так, сотрясение головного мозга после разрыва артснаряда, с его явно органической микросимптоматикой, подчас комбинируется с глухонемой или с немой истерического, т. е. соматического происхождения. Двойное происхождение этих симптомов подтверждается их дальнейшей судьбой: истерические наслоения, например, глухонемой, снимаются в результате одновременной психотерапии, в то время как симптомы органического порядка проходят лишь медленно и постепенно.

Не переоценивайте также неврозы и в отношении экспертизы. Ограниченно-трудоспособными или даже нетрудоспособными вовсе являются лишь те, у кого дисротические симптомы развились на тяжелой психопатической почве. Не забывайте, что труд не создает невроза (как может быть думали когда-то), а, наоборот, излечивает от невроза, как и все другие факторы, дисциплинирующие нервную систему, вроде рационального воспитания, физкультуры, здорового коллектива и сознательного участия в общественной жизни.

ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГКИХ

Последние десятилетия знаменуются прогрессом в вопросах этиологии, клиники и лечения больных воспалением легких. Обязаны мы этим в основном двум моментам: 1) типизации пневмококков и 2) введению в практику сульфидинотерапии.

Выделение четырех основных типов пневмококков (типы I, II, III и тип IV или тип X) дало возможность изучить варианты клинического течения пневмонии в зависимости от характера возбудителя и позволило применить сывороточное лечение, специфичное для каждой типа пневмококков.

Сульфидинотерапия произвела переворот в методике лечения больных пневмонией, но если прежние методы не аннулированы, оставаясь вспомогательными, то сульфидинотерапия в настоящее время является специфическим методом лечения.

С точки зрения анатомической принято различать два типа пневмонии — крупозную (долевую) и катаральную (бронхопневмонию). Клинически не всегда удается их строго дифференцировать, потому что крупозная пневмония очень часто протекает не как долевая, а как катаральная, давая сливные формы, может занимать целую долю. Имеется, следовательно, немало вариантов воспаленного состояния легких, и эти варианты зависят, с одной стороны, от разнообразия реактивного состояния организма, от его иммунно-биологических особенностей, в частности — от разнообразия реактивной способности самой легочной ткани, а с другой это зависит от неодинаковых особенностей, от различной вирулентности типов пневмококков. Из других возбудителей пневмонии следует назвать палочку Фрилендера (при которой может развиваться и долевая пневмония), затем — стрептококк.

До установления типизации пневмококков считалось, что пневмония возникает как аутоинфекция. В настоящее время известно, что пневмонии, вызванные типами I и II, контагиозны, так как у окружающих больного лиц часто можно выделить I и II типы пневмококка. Но нужно отметить, что, несмотря на контагиозность пневмонии при этих

типах, заболеваемость вследствие заражения встречается редко, разве только у лиц ослабленных или пожилых.

Разумеется, возникновение пневмонии обусловлено не только инвазией микроорганизмов. Значение имеют также состояние макроорганизма, его реактивные особенности, перенесенные ранее заболевания, особенно легочные, а также истощающие болезни, переутомление, охлаждение, недостаточное питание.

То обстоятельство, что при пневмониях в одних случаях захватывается сразу целая доля, а в других — небольшие участки легочной ткани, говорит о том, что как возникновение пневмонии, так и морфология процесса и его течение определяются не только типом пневмококка, но и иммунно-биологическими особенностями заболевшего.

При пневмонии, помимо местного, в самом легком процессе, имеется ряд расстройств общего порядка и, в частности, функций других органов. Эти расстройства не являются первичными, а возникают в результате заболевания самой легочной ткани, особенно в результате токсемии, свойственной этой инфекции. К симптомам общего порядка, помимо лихорадочного состояния, относится прежде всего гипоксемия: кровь не насыщена полностью кислородом, его недостает до 15% (в норме процент насыщения равен 95—96).

Причиной этого является выключение части дышащей поверхности легкого. Но не менее, а может быть даже более важна здесь степень токсемии. Токсины повреждают легочную мембрану, в ней происходят не грубые анатомические изменения, а изменяются ее биохимические свойства (то, что в настоящее время называется дистрофией). Развивается так называемый пневмонос. В результате расстраивается газообмен в легком. Необходимо отметить, что, если даже захвачен небольшой участок легкого, процент недонасыщения может быть большим, и наоборот, бывает выключено много легочной ткани, а насыщение крови кислородом оказывается достаточным. Все зависит от степени токсемии, т. е. от вирулентности микроорганизма.

Сама гипоксемия отрицательно влияет на окислительные процессы в организме, в частности, вызывает возбуждение дыхательного центра, отсюда учащенность дыхательных движений, кроме того, показателем прогрессирующей гипоксемии является нарастание цианоза.

При пневмониях происходит ряд расстройств в аппарате кровообращения. Исследования нашей клиники показывают, что чаще всего реакция со стороны сердечно-сосудистой системы имеет место при пневмониях, вызванных типами II и III. Возникают тахикардия, приглушение тонов сердца, может появиться систолический шумок, акцент на втором тоне легочной артерии. Электрокардиограмма открывает ряд изменений в миокарде, правда, нестойких, обратимых, порядка биохим.

Боль в груди, обычно на стороне поражения, может быть очень сильной, но вскоре стихает. Часто — герпетическая сыпь на губах, носу, подбородке.

В первые дни болезни не всегда удается выявить характерные для инфильтрации легочной ткани клинические симптомы: притупляется звук, голос дрожит, дыхание изменяется в сторону бронхиального.

Объясняется это тем, что крупозная пневмония не всегда течет, как уже было отмечено, типично, процесс может захватить не целую долю, может локализоваться у корня легкого, либо над куполом диафрагмы, или занять небольшой участок верхней доли, где условия для перкуссии и аускультации не так благоприятны, как в нижней или средней долях легкого.

Я обращаю в таких случаях внимание на внеслегочные симптомы при возникновении пневмонии: тахикардия, тахипное, цианоз слизистых при одновременном повышении температуры являются синдромом, при котором должно возникнуть подозрение на пневмонию. Тут большую помощь может оказать рентгеновский снимок легких.

В начале крупозной пневмонии, до появления притупленности в области пораженной доли, межреберья несколько сглажены из-за увеличения объема легкого, при перкуссии в самом начале процесса слышится тимпанический тон, дыхание становится жестким (стадия прилива). В дальнейшем — тупой звук, бронхиальное дыхание, крепитация, которая позже (стадия опеченения) исчезает, остается бронхиальное дыхание. В стадии разрешения — вновь крепитация, потом — влажные мелкопузырчатые хрипы при вдохе и выдохе. В дальнейшем тупость постепенно сменяется нормальным легочным тоном, дыхание становится жестким, позже — везикулярным.

Описанные местные симптомы со стороны легкого наблюдаются при типичной долево́й пневмонии. Чаще имеет место не типичное течение процесса, потому что не захватывается целая доля, локализация процесса может быть такой, что перкуссия и аускультация, также и голосовое дрожание не дают описанных типичных изменений.

Надение температуры в типичных случаях наступает критически к концу недели и позже. Больше чем в половине случаев крупозной пневмонии надение температуры литическое.

Подъем температуры в виде новой волны заставляет искать новую локализацию воспаления; в части случаев, где не удастся клинически обнаружить нового участка инфильтрации легкого, приходится трактовать новое повышение температуры как реакцию на рассасывание экссудата в легочных альвеолах.

Со стороны сердца может наблюдаться учащение его работы соответственно температуре, тоны становятся глуховатыми, на легочной

артерий наблюдается акцент. Ритм обычно правильный. В случаях значительного токсикоза, в особенности перед кризисом, может значительно снизиться артериальное давление, развиться — коллапс, иногда при нормальной уже температуре.

Следует отметить тахипное, величина которой соответствует степени токсикоза (состояние возбуждения, беспокойство, спутанность сознания, бессонница, иногда бессознательное состояние, объективно — цианоз, иногда желтушность, тахикардия, не соответствующая температуре). Мокрота при крупозной пневмонии вязкая, прилипает к стенкам сосуда, ржавого цвета; в начале может быть кровянистой.

Мы отметили уже, что при крупозной пневмонии может поражаться печень: она увеличивается, появляется желтушность.

В связи с расстройством водно-солевого обмена происходит задержка в тканях воды и поваренной соли, отсюда уменьшение количества мочи. Появление в моче следов белка и гвализовых цилиндров не следует трактовать, как нефрит; это результат токсикоза, высокой лихорадки и проходит с окончанием болезни. В редких случаях при пневмониях может развиваться нефрит. Тогда почками белка и цилиндров в моче появляются эритроциты. Кроме того, возникают и внепочечные симптомы нефрита — выраженные отеки, гипертония. Наличия двух признаков из трех (гематурия, отек, гипертония) достаточно для постановки диагноза нефрита.

Со стороны крови — лейкоцитоз нейтрофильный. Повышение лейкоцитов до 35—40 тысяч — признак тяжелого токсикоза. РОЭ обычно ускорена.

Течение пневмонии в большинстве случаев благоприятное. В части случаев (по Тушинскому — в 2%) наступает осложнение в виде гнойного плеврита, развивающегося метапневмонически, т. е. после пневмонии.

В разгар болезни может развиваться параневмоническая эмпиома плевры; она обычно имеет благоприятное течение и подвергается обратному развитию, согласно основному процессу в легких.

Иногда случается неблагоприятный исход пневмонии: может развиться абсцесс, реже гангрена легкого. У лиц ослабленных, у стариков, где можно предполагать понижение общей реактивности, а также реактивности местной (самой легочной ткани), не происходит полного рассасывания экссудата, который в большем или меньшем объеме организуется; развивается местный пневмоклероз.

При всех перечисленных осложнениях болезнь не заканчивается падением температуры, исчезновением симптомов интоксикации, ликвидацией местных изменений со стороны пораженного участка легкого. Клиническое обследование (в частности пункция плевры, рентгеноскопия) обнаруживает наличие того или иного осложнения.

Дифференциальный диагноз. Практически наиболее важна дифференциация между обычной пневмонией и пневмонией казеозной (туберкулез).

Физические признаки со стороны легкого могут быть одинаковыми, лейкоцитоз в некоторых случаях может быть и при казеозной пневмонии. Палочки Коха при казеозной пневмонии в начале болезни обычно отсутствуют. В таких случаях прекрасным способом дифференциации является назначение сульфидина, который при казеозной пневмонии не дает положительного эффекта.

В некоторых случаях пневмония (обычно правой нижней или средней доли) начинается, как острый аппендицит. Об этом следует не забывать и при всяком аппендиците тщательно обследовать легкие. При таком ложном аппендиците при продвижении руки вглубь боли не усиливается, а при настоящем аппендиците она нарастает.

При локализации пневмонии в области верхних долей, где данные перкуссии и аускультации не столь четки, как в других отделах легкого, заболевание может протекать, как менингит. В таких случаях необходимо особенно тщательно обследовать легкие! Большое значение приобретают здесь рентгеноскопия и спинномозговая пункция: при менингите спинномозговая жидкость вытекает над повышенным давлением, имеется плеоцитоз, белковые реакции положительны.

Атипичное течение пневмонии наблюдается у пожилых людей, у истощенных, у диабетиков: температурная реакция может быть незначительной, лейкоцитоза может не быть. У истощенных пневмония может протекать при лейкопении.

У алкоголиков при пневмонии возможно возбуждение, бред, буйство, также адинамия, коллапс.

Лечение. При пневмониях в основе лежит инфекция; имеют место явления интоксикации с расстройством газообмена, падение тонуса сосудов, может развиться сердечная слабость. Все это определяет наши терапевтические мероприятия.

На первом плане — воздействие на инфекционное начало, борьба с интоксикацией. В настоящее время сульфидин представляет собой могущее в этом направлении средство. Чем раньше будет предпринято лечение, тем лучше результат. Лечение успешно лишь в том случае, если оно проведено правильно, по испытанной и установленной схеме. Отступление от этой схемы дает непрочный эффект (падение температуры, исчезновение симптомов интоксикации и т. п.).

Дозировка сульфидина:

в первые сутки — каждые четыре часа $2 \div 1 \div 1 \div 1 \div 1 \div 1$, всего 7 граммов;

со второй и третьей суток — каждые четыре часа $1 \div 1 \div 1 \div 1 \div 1 \div 1$, всего 6 граммов;

в четвертые сутки — каждые шесть часов или по 1 грамму, всего 4 грамма, или по 0,5 грамма, всего 2 грамма, смотря по тяжести случая;

в пятые сутки — либо как в четвертые сутки, либо по 0,5 каждые шесть часов;

в шестые сутки — как в пятые, или сульфидин отменяется.

Можно вместо сульфидина давать сумфазол (дозировка несколько большая: 1,25 сумфазола соответствует 1,0 сульфидина).

Наблюдаемые при сульфидине тошнота и рвота не должны служить препятствием к продолжению лечения. Сумфазол не вызывает обычных диспептических явлений. Чтобы не отлагался в канальцах кристаллы (производные сульфидина), больной должен выпивать за сутки 2—2,5 литра воды, чая.

Сульфидин действует бактериостатически — приостанавливает рост пневмококков; сама снимается интоксикация. Через 18—36 часов температура падает до нормы, становятся нормальными частота дыхания и пульс.

Согласно данным рентгена, — сульфидинотерапия приостанавливает распространение процесса в легком, ускоряет рассасывание инфильтрата. Сульфидин следует применять при любой пневмонии (катаральной или крупозной), так как в подавляющем числе случаев пневмония (около 95 %) имеет пневмококковую этиологию.

Если же сульфидин не даст положительного эффекта и на 2—3-й день, значит этиология воспалительного заболевания легкого не пневмококковая. В таких случаях имеет место либо туберкулез, либо патологический процесс в легком (эмпиема плевры, абсцесс легкого). Лечение сульфидином в таком случае должно быть прервано.

Какие встречаются ошибки при назначении сульфидина?

1) ранняя отмена: сто: едва лишь падет температура, на 2—3-й день, сульфидин отменяют, в результате — рецидив болезни;

2) недостаточная дозировка: дают с первых дней по 0,5 грамма 4—5 раз в сутки, в результате — отсутствие эффекта;

3) при отсутствии эффекта продолжают назначение сульфидина дальше; в результате — ненужная нагрузка организма сульфидином, поскольку отсутствием эффекта отрицается пневмококковая этиология заболевания.

Следует отметить, что неэффективность сульфидина описана в иностранной литературе при вирусных пневмониях, с которыми мы пока незнакомы.

Сульфидин надо назначать не только, когда точно установлена пневмония: уже при подозрении на пневмонию следует безотлагательно давать сульфидин, так как неэффективность его с достоверностью исключает пневмококковую этиологию патологического процесса в легком, а

при положительном эффекте — результат лечения будет особо благоприятным так как в настоящее время твердо установлено, что чем раньше начато лечение, тем благоприятнее течение заболевания, тем меньше осложнений, тем ниже процент смертности.

Остановлюсь на показаниях к применению сульфидина при лейкопениях, нефритах, гепатитах.

По литературным данным сульфидин понижает количество лейкоцитов, а через 8 или более дней после начала приема может вести к агранулоцитозу.

Нам не пришлось видеть от сульфидина стойкого убывания лейкоцитов. Если даже оно и наблюдается на 1—2 дня, то в дальнейшем, при продолжении приема препарата лейкопения выравнивается.

Если у больного еще до приема сульфидина уже наблюдается лейкопения, что бывает нередко у истощенных, то и тут в дальнейшем наступают рост количества лейкоцитов. Видимому, сульфидин снимает тормозящее влияние на костный мозг инвермококкового токсикоза. Мы поэтому рекомендуем и при лейкопении продолжать давать больному сульфидин, контролируя состав белой крови.

При наличии нефрита и необходимости применять сульфидин (из-за одновременной пневмонии) нужно руководствоваться следующим: если имеется анурия или олигурия, лучше воздержаться от сульфидина из-за опасности отложения его кристаллов в канальцах почек. Но если анурия уже имеется или нарастает, сульфидин можно назначить, при этом количество выпитой жидкости должно быть равным количеству выделенной за сутки мочи или несколько его превышать.

При желтушных пневмониях не следует отказываться от сульфидинотерапии, так как сульфидин, снимая токсимию, тем самым улучшает состояние печени, поскольку гепатит основан на пневмококковой интоксикации.

Лечение сульфидином не исключает симптоматических методов терапии. Подкожно по 2—3 куб. см 20% масляного раствора камфоры, кофеин внутрь или подкожно следует назначать при частом пульсе и гипотонии.

Показана наперстянка, но не каждому больному пневмонией, а только тем, кто до пневмонии имел то или иное органическое поражение сердца: клапанный порок, кардиосклероз, легочное сердце при эмфиземе или кифосколиозе, сердце в пожилом возрасте. Назначается наперстянка потому, что под влиянием пневмонии у таких больных может развиваться декомпенсация. Дается наперстянка в виде *pulv. fol. digitalis* по 0,1 три раза с первого дня заболевания и 2—3 дня после падения температуры.

При пневмонии не следует шаблонно, с первого дня, назначать отхаркивающие. Они показаны только в начале разрешения процесса,

т. е. могла есть что отхаркивать. Дают настой аптекарюны, отвар алтея, шалочи.

Если боли мешают дыханию, не следует опасаться морфина или пентопона; назначают по 1 куб. см 1% морфина или 2% пентопона, особенно на ночь.

В целях борьбы с гипоксемией показано систематическое вдыхание кислорода через катетер, введенный в нос, по 5—20 минут в течение каждого часа.

Благоприятно действие внутривенных вливаний 40% раствора глюкозы по 40—50 куб. см ежедневно; можно ввести и подкожно 5% раствор глюкозы в количестве 300—400 куб. см.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть: опасность при пневмонии заключается в токсикозе, т. е. в возбуждении; отсюда важность раннего применения сульфидинотерапии и в достаточной дозировке.

Врач, имеющий возможность пользоваться сульфидином при пневмониях и не делающий этого, совершает большую терапевтическую ошибку.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ

«Вся сущность современной борьбы с туберкулезом теснейшим образом связана с задачами раннего выявления его» (Ворок). В самом деле, если туберкулез выявлен в начальной стадии, когда болезнь еще не запущена, то правильным лечением можно предотвратить переход закрытого доброкачественного туберкулеза в открытый с прогрессирующим течением. И даже при открытом, рано выявленном туберкулезе легких своевременное рациональное лечение дает хороший результат, больной перестает выделять БК и делается безопасным для окружающих, что имеет исключительное значение в деле профилактики туберкулеза. На диспансерном и больничном материале видно, что большинство являемых необратимых больных — это жертвы позднего распознавания болезни.

Какую стадию туберкулеза легких можно назвать начальной?

Раньше полагали, что легочный туберкулез, как правило, начинается с верхушки, как части легкого, особенно предрасположенной к этому заболеванию. Верхушечные очаги, обостряясь, являются источником дальнейшего распространения туберкулеза сверху вниз, бронхогенным путем. Исходя из этого положения, внимание клиницистов естественно направлялось к диагностированию и лечению больных с верхушечными изменениями, «чтобы захватить болезнь вовремя». Однако многочисленными клинико-рентгенологическими и патологоанатомическими исследованиями было доказано, что у большинства людей верхушечные изменения являются не начальными, а уже поздними, старыми остатками закончившихся процессов, частью зарубцевавшихся и, потому, в большинстве случаев, не опасными в смысле развития туберкулеза. Люди со старыми фиброзно измененными очагами на верхушках считаются здоровыми и не требуют лечения. По данным Рубинштейна, свежий процесс на верхушках представляет не более 1% всех верхушечных форм, и на основе большого личного опыта и литературного материала он отвергает возможность частого перехода верхушечного процесса в чахотку. Так, за срок наблюдения от 2 до 8 лет это

итмечной им лишь в 7% случаев. Одного наряду с таким благоприятным взглядом на точность старых верхушечных очагов, в последние годы у нас в Союзе появились работы крупных исследователей (Хмельницкий, Штефко, Кузин), которые доказывают, что обызвестленные очаги, в которых, как известно, десятилетиями сохраняются вирулентные ТБ и остатки казеоза, при соответствующих обстоятельствах могут служить исходным пунктом прогрессирования туберкулеза и вести к чахотке. Прививка морским свинкам содержимого таких очагов дает генерализованный туберкулез. Штефко и Струков на секционном материале обнаружили в 12% прогрессирующий туберкулез, имеющий во всем легочником ометворенные очаги верхушки.

Таким образом, понятие «верхушечный туберкулез» охватывает изменение различного характера. В одних случаях это неактивные излеченные очаги, неопасные для будущего; в других — активные формы, угрожающие распространением туберкулеза и требующие раннего лечения. На практике большие затруднения возникают в каждом отдельном случае при распознавании истинного характера верхушечного очага и степени его активности. Правильное клиническое обследование, а главное — наблюдение за больным могут дать ответ на этот вопрос.

В противоположность долго господствовавшему взгляду, что развитие легочного туберкулеза идет из верхушки, лет-15 тому назад, с широким введением в практику рентгеновского метода исследования, возникло новое учение, по которому одним из самых важных начальных проявлений туберкулеза легких, имеющих исключительное значение для развития фтизы взрослых, являются легочные процессы инфильтративно-воспалительного характера, так называемые легочные инфильтраты. «Под легочным инфильтратом понимают развитие перифокального воспаления вокруг вновь образовавшегося или испугнутого старого очага» (Рубинштейн). Инфильтрат возникает на любом участке легкого, но чаще в подключичной области. Инфильтрат — это выпинка и развивается не только эндогенным путем из старых туберкулезных очагов, бронхогенным или лимфогенным путем, но допускается его возникновение у взрослых экзогенно, вследствие суперинфекции, свежего заражения туберкулезными палочками. С появлением инфильтрата наступает поворот в состоянии больного: процесс становится активным, больной вступает в начальную фазу чахотки. От дальнейшего течения инфильтрата зависит судьба больного, что привлекает к нему особое внимание врача в этот период болезни отпосительно применения срочных мероприятий.

Дело в том, что ранние инфильтраты, даже и при наличии распада, приблизительно в половине случаев, имеют мало заметное и спокойное начало. Болезнь протекает почти бессимптомно, жалобы носят стертый характер, вследствие чего заболевание долго остается не распознан-

ным. В случаях же острого начала, с повышением температуры, симптоматология возникшего инфильтрата бывает сходна с «гриппозным заболеванием», и при скудности физикальных данных, что характерно для начальных свежих форм туберкулеза, болезнь, чаще всего, протекает под диагнозом «гриппа». С этим диагнозом больной выписывается на работу, но возвращается через более или менее длительный срок с выраженными туберкулезными изменениями в легких, вполне доступными для амбулаторной диагностики. Иногда ранние инфильтраты, атипично расположенные, протекают под диагнозом бронхопневмонии. Следует обратить внимание на отдельные признаки заболевания туберкулезом: потовое, слабость, ночные поты, нерезкие боли в груди, исхудание. Кашель не всегда бывает. При исследовании скудной, почти слизистой мокроты часто удается обнаружить БК. Большое значение в диагностике ранних инфильтратов имеет появление кровохаркания и кровотечения, независимо от его величины. Этот симптом нередко бывает первым и своевременно приводит больного к врачу. Из объективных признаков, заставляющих врача фиксировать внимание на легочном заболевании, являются длительно субфебрильная температура, высокая РОЭ и иногда изменения гемограммы со сдвигом влево. Для диагностики ранних инфильтратов решающее значение имеет рентген.

Исход ранних инфильтратов различный. Иногда они полностью бесследно рассасываются. В других случаях наблюдается обратное развитие путем фиброзного перерождения, и на месте инфильтрата остается изменение, обозначаемое при рентгеноскопии как «индурационное поле». Только у части больных ранний инфильтрат имеет такой хороший исход, у большинства наблюдается злое течение, вследствие склонности инфильтрата к казеозному распаду с развитием свежей каверны. С появлением каверны наступает опасный период в жизни больного. Если в начале распад не диагностируется, а, следовательно, не применяется своевременно радикальное лечение (коллинолечение), предотвращающее прогрессирование процесса, то почти всегда болезнь идет вперед со всеми свойственными ей осложнениями. Надо отметить, что распознавание ранней каверны иногда бывает невозможно из-за отсутствия стетакустических данных. Подобные каверны носят название «немых». В диагностике таких каверн неоценимую услугу оказывает рентгеновский метод исследования.

В чем опасность каверны? Из каверны идет бронхогенное обсеменение легких туберкулезными очагами с исходом, чаще всего, в фиброкавернозный туберкулез. Каверна постоянно угрожает возможностью больших легочных кровотечений, которые нередко осложняются развитием аспирационных неспецифических и казеозных бронхопневмоний, что само по себе опасно для больного. Каверна, расположенная близко к висцеральной плевре, может прорваться в плевральную щель, в ре-

удитате чего возникает одно из самых грозных осложнений легочного туберкулеза - спонтанный пневмоторакс. II. наконец, каверны есть достоянием неосыкаемый источник рассейвания инфекции.

Естественно, что своевременное распознавание и своевременное лечение каверны имеет самое важное, самое актуальное значение во всей проблеме борьбы с туберкулезом, и понятно то большое внимание, которое уделяет диспансер кавернозному больному. Среди всех профилактических мероприятий, направленных к предупреждению заражения туберкулезом, первое место занимает изоляция больного. Не меньшее значение имеет наблюдение искусственного пневмоторакса, который является не только могучим лечебным профилактическим мероприятием - в случае эффективности лечения больной становится абацилярным и безопасным для окружающих.

Кроме раннего инфильтрата, источником развития чахотки у взрослых часто служит начальная форма хронического гематогенного туберкулеза легких, так называемый диссеминированный туберкулез. Под диссеминированным туберкулезом легких понимают ограниченные или более или менее распространенные мелкоочаговые высыпания чаще двусторонние, возникающие как последствие заноса туберкулезной палочки кровеносным путем. Любой казеозный очаг в организме может быть исходным местом гематогенного туберкулеза. Однако большинство придерживается взгляда, что гематогенная диссеминация туберкулеза идет, главным образом, из внутригрудных желез. Интересно отметить, что железы, играющие такую большую роль в рассейвании туберкулезной инфекции, прижизненно в ряде случаев не дают о себе знать. И, как показывают секции, они могут даже не быть увеличенными, иметь старые изменения, среди которых находятся участки казеоза.

Для хронического гематогенного туберкулеза легких характерно торпидное, доброкачественное течение. Долгие месяцы процесс протекает скрытно, отсутствуют типичные жалобы. На первый план выступают расстройства вегетативного характера - недомогание, сердцебиение, возбудимость, плохой сон, субфебрилитет. Создается неопределенная клиническая картина. Эти симптомы обычно долго предшествуют изменениям в легких, что бывает причиной длительного нераспознавания болезни, которая протекает под диагнозом «эндокардит», «простудное заболевание», «вегетационный невроз», «хроническая малярия» и т. д. Нередки случаи, когда больные, удрученные своим болезненным состоянием, подозревая у себя туберкулез, обращаются к специалистам. Но даже крупные врачи на основании отрицательных клинико - рентгенологических данных отвергают диагноз туберкулеза. И правильный диагноз устанавливается через месяцы, а иногда и годы, когда в легком или другом органе разовьются изменения, характерные для туберкулеза. Постановка диа-

гноза гематогенного туберкулеза легких помогает развитие внелегочных метастазов, и в настоящее время левосторонний узловой эритемный флюк-тен и туберкулоиды считаются указанием на начало гематогенного ту-беркулеза. Эпизоды их прямо называют сигналами гематогенного туберку-леза. В других случаях гематогенного туберкулеза начало острое, при-чем у ряда больных в легких или в другом каком-либо органе долго не удается определить изменения, характерные для туберкулеза. Рентге-новское исследование легких в этот период также может быть отрица-тельным. Остроинфекционный вид больного, головная боль, иногда обло-женный язык и мягкая увеличенная селезенка создают впечатление тифозного состояния, и эти больные направляются в инфекционное от-деление. Отрицательные серологические данные, а главное углубленное клинико-рентгенологическое наблюдение постепенно выявляют природу болезни. Диагностика начальных форм гематогенного туберкулеза выяс-ня-ется всегда путем рентгеновского исследования.

Своеобразное течение начальных форм гематогенного туберкулеза, как мы уже говорили, делает затруднительным ранний диагноз, а между тем эти формы уже с самого начала часто протекают с бактериемией, чем создается опасность для окружающих. Требуется особен-ная наблюдательность врача, чтобы по мелким симптомам заподозрить туберкулез и его истинность в проведении всех специальных мето-дов исследования, подтверждающих или опровергающих диагноз. Нельзя отвергать диагноз туберкулеза, если больной не подвергся рентгеноско-пии легких и не исследована его мокрота. Если же больной не вы-деляет мокроты, то нужно исследовать мазки из гортани на БК. В по-следние годы вводится в практику, главным образом, у детей (загла-тывают мокроту), исследование на БК промывных вод желудка нато-пиком. Высокая РОЗ при отрицательных лабораторных и рентгенологи-ческих данных заставляет врача продолжать наблюдение за больным в отношении туберкулеза.

На внелегочных формах туберкулеза у взрослых заслуживает внима-ния нередко наблюдаемый активный туберкулез внутригрудных желез (бронхоаденоит), который является частым источником диссеминации туберкулеза в другие органы. Распознать туберкулез бронхальных же-лез у взрослого не всегда удается, так как клиническая картина его не ясна, а рентгеновское обследование при этих формах не всегда об-наруживает увеличенные железы. Нельзя забывать и о возможности развития у взрослых туберкулеза мезентериальных желез, часто диа-гностируемых как острый аппендицит.

Раннее выявление начальных форм легочного туберкулеза в связи с их бесчисленным течением требует от врача активного, энергичного обследования отдельных групп населения по различным признакам.

Какие контингенты населения должны считаться подозрительными на наличие туберкулеза? И какие группы населения подлежат первичному обследованию?

Наиболее эффективным считается искание ранних форм туберкулеза среди тех, кто находится в непосредственном контакте с бацилловыделителем. Поголовному обследованию подлежат семьи, детские и юношеские коллективы, общешколы, в среде которых был выявлен открытый или кавернозный туберкулез легких.

Подозрительными в отношении туберкулеза должны считаться люди, постоянно кашляющие, лица с хроническими заболеваниями дыхательных путей, часто болеющие, с неясным диагнозом, длительные субфебрилитеты. Особое внимание следует уделять больным с повторными и затяжными гриппами, а также болеющим часто пневмониями. Исследование больных «затяжным гриппом» показало у них в большом проценте случаев активный туберкулез, и не всегда свежий. Необходимо помнить, что случаи, протекающие клинически, как неспецифическая пневмония, но при которых правильно примененная сульфидинотерапия эффекта не дает, подозрительны на туберкулез. Дальнейшее течение болезни уточняет диагноз. Внимание врача должны также привлекать больные сухими плевритами, тем более лица, перенесшие экссудативный плеврит, который в подавляющем большинстве считается проявлением гематогенного туберкулеза легких. В 10--20% (Зубин) больные, перенесшие экссудативный плеврит, умирают впоследствии от мочечной ноточки. Надо еще иметь в виду, что туберкулезная инфекция может проявиться и со стороны суставов (ревматизм Гонсе), симулирующий ревматический подтаритрит, от которого его отличают менее острое течение и безуспешность лечения салициловым натром.

В центре нашего внимания должно стоять и выявление открытого туберкулеза среди старых людей, что имеет эпидемиологическое значение, так как на долю стариков выпадает воспитание детей. Принято считать, что старикам, как эмфизематикам, полагается кашлять и выделять мокроту, и между тем нередко под эмфиземой скрываются обострившийся старый хронический туберкулез или свежие казеозные очаги. Обнаруживается это случайно, когда обследуются контакты, обычно по поводу заболевания ребенка в этой же семье. Как правило, старикам, страдающим кашлем, надо исследовать мокроту на БК и, где возможно, подвергать их рентгенокопии.

Под особой охраной противотуберкулезной организации должна находиться женщина во время беременности и в послеродовом периоде. Известно, что беременность, роды и лактация снижают резистентность организма к туберкулезу в связи с измененной корреляцией эндокринных желез. Часто наблюдаются случаи обострения старых очагов

и выявление свежего туберкулеза у лиц, до беременности клинически бывших здоровыми. Выявление свежего туберкулеза легких во время беременности делает необходимыми срочные лечебные мероприятия, и там, где имеются показания, обязательно налагать искусственный пневмоторакс. Этим путем удается предотвратить острое течение туберкулеза, часто отмечаемое у беременных женщин.

В настоящее время не приходится доказывать необходимость регулярных профилактических обследований учителей, служащих в детских учреждениях, работников яслей, всех лиц, ухаживающих за детьми. В случае выявления открытого туберкулеза они опасны и безусловно должны быть переведены на другую работу. То же относится к работникам пищеблока и к парикмахерам — при наличии открытого туберкулеза они к работе не допускаются. Под наблюдением должны находиться и лица, контактирующие с рогатым скотом (в первую очередь дояльщицы), так как доказана возможность заражения человека палочкой бычьего туберкулеза.

Во всей проблеме борьбы с туберкулезом взрослых самое основное и исключительное значение имеет диагностическая и профилактическая работа среди «здоровых» детей и юношей. У детей существует, главным образом, туберкулез лимфатических желез, наличие бронхальных, туберкулезной интоксикации (Кисель) и форма первичного комплекса.

По существующему учению, первичное заражение туберкулезом происходит в детстве. Первичный комплекс (первичный очаг и регионарная железа) протекает у многих со слабо выраженными клиническими проявлениями, у других — как острая пневмоническая вспышка. Считается, что дети обладают естественной сопротивляемостью в отношении туберкулеза и большей частью справляются с первичной инфекцией, вырабатывая еще большую устойчивость и специфический иммунитет. При благоприятном исходе первичные очаги имеют обратное развитие, обызвествляются, оставляя после себя (года через два-три) плотный очаг — очаг Гопа, который на всю жизнь остается свидетелем угрозившей катастрофы. В регионарной железе изменения имеют затяжное течение и служат причиной обострения туберкулеза, в дальнейшем вплоть до взрослого состояния. При неблагоприятном течении первичного комплекса дети погибают, это наблюдается часто в грудном возрасте. Обязательным диагностическим методом для выявления заражаемости детского населения служит производство кожных туберкулиновых реакций (Ширке и Манту). Через 2—3 недели после первичного заражения кожные реакции становятся положительными. К 10—12 годам процент инфицированных туберкулезом детей достигает 75 — 80 (Ойфебах).

Существующая концепция, что заражение туберкулезом происходит в детстве, но клиническое его проявление наблюдается в более

поздние годы, принимая у взрослых характер чахотки, в последние годы поколеблено новыми изысканиями (Хмельницкий, Иванова, Глязберг).

Оказывается, что часть населения заражается не в детстве, а уже в зрелом возрасте. Особенное предрасположение к заражению создается в переходном возрасте в связи с эндокринной перестройкой организма, свойственной этому периоду жизни. По данным Хмельницкого, среди учеников ФЗУ в возрасте 14-19 лет выявлено 21,2% не зараженных туберкулезом юношей. Еще больше не зараженных в сельских местностях, а также в национальных республиках. Автор, наблюдая 4 года за студентами, выявил заболевание туберкулезом среди инфицированных в 2,6 раз больше, чем среди той группы, которая была уже инфицирована при первичном обследовании.

Изложенное убеждает в возможности частого возникновения первичной туберкулезной инфекции и в юношеском возрасте. Если это так, то чахотка взрослых должна быть связана с заражением в юности, а не только в детстве. Первичный туберкулез у взрослого имеет так же, как у детей, различное течение — от спящего с заживлением очагов до острой экссудативной вспышки. Хмельницкий указывает, что у взрослых чахотка ведет свое начало от метастатических очагов верхушки, развивающихся эндогенным путем из первичного комплекса.

Новые данные подчеркивают роль и значение экзогенной инфекции и ее связь с развитием чахотки у взрослых в противовес старому воззрению об эндогенном развитии легочного туберкулеза из латентных очагов. С этим связан и характер противотуберкулезных мероприятий. Не только у детей, но и у юношей надо искать действительно свежие формы туберкулеза — первичное заражение. С этой точки зрения приобретает особую важность работа среди молодежи, цель которой предупредить туберкулез взрослых.

Необходимо подчеркнуть, что новые углубленные знания о развитии чахотки у взрослых с переключением внимания на юношей отнюдь не уменьшают значения всех противотуберкулезных мероприятий, применяемых до сих пор среди детского населения. Надо всегда помнить, что заражение туберкулезом в подавляющем большинстве происходит в детстве, и что оно играет большую роль в заболевании взрослых туберкулезом легких.

При обследовании детских и юношеских коллективов (ясли, консултация, детсады, школы ФЗУ) необходимо ввести в практику массовую туберкулинодиагностику и определение реакции оседания эритроцитов. Юноши, не реагирующие на туберкулин, должны быть взяты под особое клинико-рентгенологическое наблюдение.

В борьбе с туберкулезом успешно применяется вакцинация новорожденных по Кальметту (БЦЖ) видоизмененными туберкулезными

малочислен бычьего типа. Имеются данные, что смертность детей от бациллярных матерей, подвергнутых вакцинации, вдвое меньше, чем среди не вакцинируемых. Существует мнение, что не только новорожденные, но также дети и юноши, отрицательно реагирующие на туберкулин, должны быть подвергнуты вакцинации по Кальметту для выработки специфического иммунитета. Необходимо еще упомянуть, что для профилактики туберкулеза неопределимое значение имеет широкое проведение в детских и юношеских учреждениях общих оздоровительных, санитарно-гигиенических мероприятий (чистота, свежий воздух, правильная вентиляция, режим, питание, физкультура и т. д.). Все это оздоравливает организм, повышает его резистентность и тем самым способствует наилучшим образом борьбе с туберкулезом. Прекрасное действие оказывает пребывание детей в детских колониях, пионерских и санаторных лагерях. Перед войной был проделан опыт, имеющий еще и профилактическое значение: дети, больные туберкулезом, выделялись в специальные ясли, детсады и школы с соответствующим режимом.

Таким образом, в настоящее время мерами борьбы с туберкулезом служат:

1) Раннее выявление начальных форм легочного туберкулеза и диагностирование открытого туберкулеза легких, независимо от его давности. Надо постоянно помнить и о возможности возникновения первичного туберкулеза у взрослых. Правильная диагностика туберкулеза связана с широким использованием рентгеновского и лабораторных методов исследования больного. В детской практике обязательно применение туберкулинодиагностики, которая помогает выделить инфицированных детей для наблюдения. Особое значение имеет периодическое производство кожных туберкулиновых реакций в переходном возрасте. Переход отрицательной кожной туберкулиновой реакции в положительную указывает на первичное заражение. Для выявления активных форм туберкулеза большое значение имеет работа врачей общей сети здравоохранения, они впервые сталкиваются с контингентом больных, среди которых выявляются ранние формы туберкулеза легких. Существенно важно не забывать, что выявляется туберкулез ради его лечения. Полезно надо прервать своевременно и не допускать развития неизлечимых форм. Открытый туберкулез необходимо превратить в закрытый. В колликопелотерапии мы имеем могучее, не превзойденное до сих пор средство для закрытия каверн и предотвращения дальнейшего распространения туберкулеза. Велико и профилактическое значение эффективного пневмоторакса. Прекрасным лечебным фактором в периоде вспышки туберкулеза, особенно при закрытых формах, а иногда и при начинающемся распаде, служит санаторное лечение.

2) Оздоровление эпидемических очагов, главным образом, путем санитарно-профилактических мероприятий, проводимых систематически участковой сестрой. Самая важная мера оздоровления очага — это сжигание или кипячение мокроты, а также дезинфекция жилища. Нельзя оставлять в общежитии и в детских и юношеских коллективах больных с открытым туберкулезом легких.

3) Оздоровление детского и юношеского населения путем повышения естественной и специфической сопротивляемости туберкулезу. В этом отношении особое значение приобретает противотуберкулезная вакцинация новорожденных по Кальметту, применяемая с успехом в нашем Союзе с 1927 года. Стоит вопрос о расширении показаний к профилактической вакцинации среди еще не инфицированных детей и юношей.

Все противотуберкулезные мероприятия, как лечебно-диагностические, так и предупредительные, вполне осуществимы в городах, где имеются оснащенный диспансер и специальные кадры. Возникает вопрос, возможно ли в сельской обстановке, где эти условия отсутствуют, осуществлять задачу раннего выявления туберкулеза и его лечение? Эти вопросы приобретают особую значимость в связи с тем, что во время и после войны обычно растет заболеваемость туберкулезом, а следовательно можно ожидать и увеличения контингента туберкулезных больных в селах. Мы считаем, что и в настоящее время на селе, где созданы условия для широкой оздоровительной и санитарной работы среди населения, ряд важных мероприятий по выявлению начальных форм раннего туберкулеза может с успехом проводиться.

Во главе тубпункта, организующего противотуберкулезную работу на селе, должен стоять врач, знакомый с диагностикой и современными методами лечения туберкулезного больного. Выявленных больных, подозрительных на туберкулез, должны систематически направлять в ближайший диспансер для уточнения диагноза. В сельских условиях доступно наладить и широко проводить исследование мокроты на БК, исследование крови на реакцию оседания эритроцитов поможет выявить активность процесса. Туберкулинодиагностика детского населения и профилактическая вакцинация новорожденных должны внедряться в практику и иметь широкое применение на селе. Техника их проста. К этой работе надо привлечь сестринские и акушерские кадры, обучив их технике проведения туберкулиновых проб и вакцинации. В участковых больницах следует выделять специальные койки, главным образом для наложения искусственного пневмоторакса. Само собой понятно, что на селе имеются условия для организации санаторий, хотя бы упрощенного типа, для взрослых и детей.

Советское здравоохранение всегда придавало особое значение борьбе с туберкулезом. Широко развернутая сеть диспансеров, где большая профилактическая работа сочетается с углубленной лечебной, со зна-

чительным усилением борьбы с туберкулезом детского возраста и с воспитанием кадров, сыграла большую роль в оздоровлении нашей страны. В Великую Отечественную войну врачи и сестры с энтузиазмом продолжают служить делу снижения заболеваемости туберкулезом среди населения. И теперь, когда можно ожидать умножения туберкулезных больных, необходимо еще усерднее мобилизовать все силы и средства на проведение всевозможных мероприятий предупредительного и лечебного характера для решительной борьбы с туберкулезом во время и после войны.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА

Возбудителем сифилиса является бледная спирохета, открытая в 1905 году Шаудином и Гофманом. Этот паразит, относящийся к классу протозоя, имеет вид спирали длиной от 6 до 14 микронов. На затемненном поле зрения в объективе микроскопа можно наблюдать разнообразие активных движений бледной спирохеты в течение часов. Бледная спирохета, обработанная по способу Гимза, окрашивается в розовый цвет — это ее дифференциально-диагностический признак, так как другие разновидности спирохет в таком случае принимают фиолетовую окраску.

Методика окраски по Гимза такова: одну каплю краски Гимза разбавляют 1 куб. см дистиллированной воды нейтральной реакции. Этим раствором поливают препарат и через несколько часов смывают, высушивают проницательной бумагой и наносят каплю ксерового масла для исследования иммерсией. Очень прост способ окраски по Бурри: материал, полученный из твердой язвы, смешивают с китайской тушью, и тогда на фоне туши спирохета выделяется в виде блестящей спирали.

В твердом шанкре или в сопутствующем ему бубоне обычно содержится большое количество спирохет. Чтобы получить отделяемое из первичного поражения, нужно, протерев поверхность физиологическим раствором, раздражать его проволоочной петлей, пропущенной сначала через огонь, и полученный серум нанести на предметное стекло для исследования.

Если язва инфицирована вторично, то необходимо в течение одного-двух дней обрабатывать ее примочками из стерильной дистиллированной воды и физиологического раствора. Купировав наклонившиеся вторичные явления, берут отделяемое язвы по вышеуказанному способу.

При наличии фимоза, для получения необходимой жидкости прибегают к пункции регионарных желез.

Течение сифилиса подчинено известным законам. После внутреннего возбудителя сифилиса в организм наступает первичный инкубационный период, длившийся в среднем 3 недели. Возможны отклонения до 15, 60 и даже 90 дней.

На месте проникновения инфекции появляется язва или чзв, а обычно на 7—10-й день развивается сопутствующий бубон. Это первичный период сифилиса, который делит на серонегативную и серопозитивную стадии. Первичный, серонегативный период длится до трех недель, после чего наступает серопозитивный период. Таким образом, первичный период сифилиса характеризуется наличием твердого шанкра и сопутствующего бубона. Вторая инкубация длится от появления твердого шанкра и сопутствующего бубона до развития вторичных эфлоресценций, в среднем 45 дней. В конце второго инкубационного периода обычно развивается универсальный полиаденит.

Вторично проявляется сифилис на коже и слизистых оболочках, отличаясь большим морфологическим разнообразием и свойством самопроизвольно исчезать и вновь появляться в течение месяца, а иногда двух, трех лет и даже больше. Так называемые поздние рецидивы обычно бывают, если болезнь предоставлена собственному течению или имело место неполноценное лечение. Далее, начиная с четвертого года от начала заболевания, иногда и раньше, могут наступить третичные явления.

Вторичная сыпь при свежих проявлениях обычно бывает обильной и занимает обширный участок кожи, тогда как третичные проявления в большинстве случаев располагаются отдельными группами. В третичном периоде сифилис может вовлечь в процесс любой орган, любую ткань. Особенно опасно поражение сосудистой и нервной систем. Наиболее поздние проявления сифилиса — сухотка спинного мозга и прогрессирующий паралич.

Таким образом, схематически течение сифилиса может быть представлено следующим образом: первый, инкубационный период длится три недели, первичный период — вторая инкубация — пять недель, вторичный период — два-три года, затем идут третичный и четвертый периоды.

Наиболее заразителен сифилис в первичный и вторичный периоды. Социальная опасность третичной формы его несравненно меньше, и заражение может произойти лишь при особых условиях и в исключительно редких случаях.

В связи с этим и кровь сифилитиков в первых двух стадиях должна считаться заразной, в третичном же периоде — не всегда.

Твердый шанкр. Первичное поражение развивается на месте проникновения инфекции, для этого достаточно самого незначительного на-

рушения целостности эпидермиса. Маловероятно, чтобы спирохета обладала свойством проникать через неповрежденную ткань кожи, но допустимо, что неповрежденная слизистая оболочка может служить воротами для инфекции. Чаще всего заражение передается при половом акте, значительно реже при профессиональном соприкосновении, и также редок в наше время бытовой сифилис.

Твердый шанкр давностью до 4—5 дней представляет собой эрозию круглой или овальной формы, резко отграниченную от окружающей ткани, без воспалительных явлений. При пальпации чувствуется отграниченное уплотнение, отделяется серозная жидкость. Субъективных ощущений нет. При более длительном сроке эрозии или язвы следующие девять признаков (по Фурнье) изобличают наличие твердого шанкра:

- 1) отграниченность поражения; 2) круглая или овальная его форма; 3) эрозия или, реже, язва; 4) пологие края; 5) гладкое, ровное дно; 6) мясокрасный цвет или цвет испорченного сала; 7) малое нагноение; 8) плотное дно; 9) безболезненность.

Есть несколько разновидностей твердого шанкра, но чаще всего встречается его классическая форма. Обратное развитие эрозии сопровождается полным восстановлением. При наличии язвы процесс заканчивается образованием рубца, полностью покрывающего всю язвенную поверхность.

Уплотнение не всегда исчезает к моменту образования рубца, инфильтрат может существовать еще долго, иногда месяцы, и, таким образом, служить дифференциально-диагностическим признаком. Такова схема первичного поражения.

К атипическим формам твердого шанкра относятся:

I. Индуративный отек встречается, главным образом, у женщин в области половых губ. Обычно губа увеличена против нормы в два-четыре раза, темнокрасного цвета, иногда с синюшным оттенком. По направлению от центра к периферии интенсивность окраски слабеет и без резкой границы постепенно переходит в нормальный цвет кожи. При этом отеке от надавливания следов обычно не бывает. Наиболее характерный признак неподатливо-плотный твердый участок поражения, напоминающий собою давно существующий отек кожи.

II. Так называемый шанкр-панариций: в области пястной фаланги, чаще всего указательного пальца, развиваются краснота и опухоль. Фаланга приобретает сходство с луковицей. Язва, расположенная на том или ином участке кожи фаланги, нередко несколько не похожа на обычную язвенную первичную сифилему. Сходство с панарицием усиливают и самопроизвольные боли. Течение шанкра-панариция обычно длится неделями и даже месяцами.

III. Третья атипичная форма: твердый шанкр, расположенный на миндалинах. Характерны для него односторонность поражения, плот-

ясть при дотрагивании шпатель или зондом, незначительность восстановительных явлений, увеличение регионарных желез.

Довольно часто твердый шанкр осложняется образованием фимоза. Половой орган принимает форму языка колокола. Пальпацией определяется ограниченное уплотнение хрящевой консистенции. Наличие желез помогает постановке диагноза. Однако диагноз должен быть подтвержден получением бледной спирохеты из пункта соприкасающегося бубона или серореакцией. Несклько реже наблюдается парафимоз с наличием вторично инфицированного твердого шанкра. По локализации наслоившейся вторичной инфекции путем применения индифферентных примочек, в выделяемом изъязвлении обычно удается выявить наличие бледной спирохеты.

При осложнении твердого шанкра гангренной диагностическое решение дается дальнейшим наблюдением, исследованием пункта железы, повторными серореакциями.

Обычен для твердого шанкра так называемый регионарный отсутствующий бубон. Это группа желез, плотных, безболезненных, подвижных, выдающихся над уровнем кожи. Железа, расположенная ближе к первичному поражению, бывает крупнее прочих.

Бубон появляется на 7—10-й дни обнаружения твердого шанкра и существует длительно, иногда месяц. (смотря по локализации твердого шанкра поражаются и близлежащие железы. Так, например, при локализации склероза на половых органах увеличиваются паховые железы. При локализации склероза на губе подчелюстные железы и т. д.

После вторичной инкубации, продолжающейся в среднем от 40 до 60 дней, наступает вторичный период сифилиса. Обычно незадолго до появления вторичных эффоресценций часто проявляется множественное поражение желез. Специфический позадикант развивается во многих доступных непосредственному пальпированию участках, одновременно замечается увеличение глубоких ретроперитонеальных, медиастинальных желез и т. д.

Сифилитический позадикант представляет собой реакцию на проникновение сифилитического вируса в лимфатическую сеть. К этому времени обычно уже наступает и положительная реакция Вассермана.

Вторичный период характерен появлением на коже и видимых слизистых оболочках высыпаний типа пятен, папул, пустул.

Несмотря на разнообразие морфологических элементов сыпи, все они имеют нечто общее в развитии, течении и исходе. Эта общность выражается в следующем: 1) высыпание вторичного периода в подавляющем большинстве случаев доброкачественно по течению и исходу; 2) при обратном развитии наступает полное восстановление, за исключением некоторых пустулезных форм, которые после себя оставляют рубцы; 3) высыпание протекает обычно без лихорадки, мед-

давно и хронически; 4) элементы не вызывают никаких субъективных ощущений; 5) быстро наступает обратное развитие после применения специфической терапии; 6) реакция Вассермана, как правило, положительная.

Проявления вторичного сифилиса в основном по своим морфологическим особенностям могут быть распределены на четыре группы: макулезные, папулезные, везикулезные и пустулезные.

К макулезной форме относится сифилитическая розеола — обычно самое раннее проявление сифилиса. Розеола располагается на боковых поверхностях груди, на коже живота, на сгибах верхних конечностей. Розеола представляет собой вначале бледнорозовое пятно неправильнокруглое, с неясными контурами, лежит на уровне кожи без признаков шелушения, не вызывая никаких субъективных ощущений. В ранних формах своего существования исчезает при надавливании. Пятна не обладают склонностью к сливанию. Величина розеолы — от малой чечевички при свежих высыпаниях до гривенника при рецидивах. В отдельных случаях пятна несколько возвышаются над уровнем кожи, напоминая собой уртикарные элементы. При рецидиве розеолезные высыпания отличаются от свежих только своим расположением кругами и величиной отдельных пятен, иногда достигающих 10—20-копеечной монеты. При обратном развитии розеола не оставляет никаких следов.

Папулезный сифилис — наиболее частая форма проявления вторичного сифилиса вследствие его склонности к частым рецидивам. Основным элементом здесь является узелок, плотный на ощупь, резко отграниченный, округлый, диаметром $1\frac{1}{2}$, $1\frac{1}{3}$ см. медно-красный, скудно шелушащийся, не вызывающий никаких субъективных ощущений, склонный к бесследному самопроизвольному обратному развитию.

Папулезный сифилис локализуется на туловище, в естественных складках (паховая область, промежность, вокруг заднего прохода и т. д.), на сгибах верхних конечностей. При первичном высыпании папулы располагаются беспорядочно, при рецидивах группируются кольцами, дугами, отдельными группами. Иногда папулы сливаясь, занимают поверхность с ладонь, — это так называемые папулы площадкой.

Широкие кондиломы развиваются в результате воздействия какого-либо раздражителя (бели, механическое трение в естественных складках и т. д.). Папула гипертрофируется за счет кожных сосочков и представляет собой сильно разросшееся по периферии и в высоту образование в виде опухоли с мокнущей эрозированной или изъязвленной поверхностью. Наиболее частой локализацией широких кондилом служат область гениталий, анальная складка, кожа мошонки, паховые складки. Обратное развитие широких кондилом такое же, как и обыч-

ных папулезных элементов. Эрозивные папулы располагаются также на соприкасающихся поверхностях кожи, например на наружных половых органах, на внутренних поверхностях бедер, подмышечных впадинах, промежуточных складках пальцев ног. Влажная поверхность их выделяет значительное количество секрета, в котором содержится много бледных спирохет. Эрозивные папулы и широкие кондиломы — наиболее социально опасны, так как при этих формах на поверхность выделяется огромное количество бледных спирохет.

К пустулезным сифилидам относится импетигиозная форма, при которой на коже развивается инфильтрат без заметных воспалительных явлений на периферии. На фоне инфильтрата развиваются пустулы, высыхающие в корки желтого цвета и насаивающиеся одна на другую. Создается как бы пористая корка. При ее удалении обнаруживается поверхностное изъязвление, с ясно инфильтрированным основанием его. Обычная локализация этой формы — волосистая часть головы, борода, брови, лобок, носогубная складка, но возможно расположение и на любом другом участке.

Сифилитическая эктима отличается от вышеуказанной формы несколько более крупными размерами, толстой коркой, глубоко заложенным инфильтратом, наличием язвы с крутыми, как бы выеденными краями. Язва заживает, оставляя после себя рубец правильно круглой или овальной формы, вокруг которого образуется пигментный ободок. Эта форма поражения бывает при позднем вторичном сифилисе.

Сифилитическая рупия — образующаяся на фоне инфильтрата глубокая пустула, которая быстро вскрывается и в центре поражения подсыхает в корку, вокруг которой остаются пустулезные элементы. Инфильтрат периферический увеличивается, постепенно распадается, и корка превращается в массивное образование конической формы, похожее на устричную раковину. Под коркой остается глубокая язва с крутыми краями, как бы пробитыми долотом. Образуется по преимуществу на разгибательных поверхностях конечностей, туловища, лица. Исходом язвы является рубец. Наличие рупии и эктимы указывает на тяжело протекающую форму, которую приято обозначать как злокачественный сифилис. Обычно эктима и рупия комбинируются с другими проявлениями сифилиса, чем значительно облегчается диагноз.

Для всех высыпаний вторичного периода сифилиса характерен их полиморфизм. Элементы появляются высыпками и в разное время; таким образом, одновременно наблюдается высыпание в различных периодах его развития, как, например, вновь появившаяся папула, развивающаяся обратно, пигментация на месте бывшего элемента и т. д.

При рецидивах обычно имеется монотропность, группировка крупных, ограниченность локализаций, незначительное количество эле-

Пигментные сифилиды вторичного периода — лейкодерма, лейко-меланодерма — представляют собой депигментированные пятна правильной круглой формы, величиной с ноготь мизинца, разделенные между собой прослойками гиперпигментированной кожи. Лейкодерма появляется в конце первой половины или в начале второй половины первого года болезни обычно на боковых и задней поверхностях шеи, иногда на коже у подмышечных впадин. Значительно реже бывает на других участках.

Пятна при лейкодерме не выступают над уровнем кожи, не сливаются никогда, поверхность их не изменена, не шелушится. Существует пигментный сифилид от 8 до 14 месяцев, иногда и больше. Независимо от лечения иногда самопроизвольно исчезает. Субъективное ощущение отсутствует. Существует мнение, что лейкодерма представляет впоследствии специфическое поражение центральной нервной системы. Проявление сифилиса на слизистых оболочках во вторичном периоде наблюдается всего чаще. Почти каждый больной, если только он не был подвергнут рациональной специфической терапии, неизбежно страдает поражением слизистых оболочек. На них обычно развиваются папулезные элементы эрозивного язвенного характера, выделяющие огромное количество бледных спирохет. Таким образом, поражение слизистых оболочек чрезвычайно социальноопасное проявление сифилиса.

Клиническая картина сифилидов на слизистых имеет очень много общего с идентичными проявлениями сифилиса на коже.

К наиболее частым проявлениям сифилиса на слизистых оболочках относится папулезные элементы. Морфологические папулы ничем не отличаются от дермальных папул. Однако, вначале насыщенно-красные, папулы вскоре принимают опалово-белый, серовато-белый цвет вследствие разрушения и мацерации покрывающего ее эпителия. Папулы слизистых оболочек развиваются без всяких воспалительных явлений на периферии, нередко едва возвышаясь над уровнем здоровых участков слизистых, имеют овальную форму. Обратное развитие папул на слизистых оболочках происходит бесследно, что указывает на то, что инфильтрат заложен очень поверхностно.

Папулезный сифилид обычно локализуется на слизистых оболочках зева, языка, губ, области женских гениталий, заднего прохода.

Для вторичного периода сифилиса патогномична плешивость, причем поредение волос особенно выражено на темени и висках, или же наблюдается так называемая гнездовая плешивость: волосистая часть головы, в таких случаях, покрыта множеством беспорядочно разбросанных плешинок величиной с ноготь и меньше. Волосные сосочки при этой гнездовой плешивости не погибают, и волосы отрастают вновь.

Третичный период сифилиса при рациональной своевременно примененной терапии не является обязательным. Почти общепринята сле-

дущая морфологическая классификация сифилидов: 1) поверхностный бугорковый сифилид; 2) глубокий узловый сифилид или подкожная гумма.

Признаки бугоркового сифилида таковы: 1) плотная консистенция и относительно большая величина бугорков (с вишневую косточку и крупнее); 2) форма шара; 3) темнокрасный, нередко ветчиныподобный цвет; 4) склонность бугорков располагаться группами, так называемая «фокусность» расположения. Клинические проявления этой формы сифилиса различны. Чаще всего бывает так называемый «сгруппированный бугорковый сифилид». При этой форме характерна фокусность расположения элементов, фестончатость краев, образующаяся вследствие слияния отдельных бугорков. Сгруппированный бугорковый сифилид иногда серпигинировать, и тогда он носит название серпигинирующего бугоркового сифилида. В этих случаях свежее бугорковое высыпание развивается по периферии, а центрально расположенное рубцуется. Рубец часто отражает форму отдельных элементов и имеет фасетчатый вид: рубцы расположены в разных плоскостях соответственно глубине залегания инфильтрата в начале развития процесса.

Подкожная гумма исходным пунктом имеет подкожную жировую клетчатку. В начале развития гумма представляет собой узел величиной с кедровый орех. Узел постепенно увеличивается и, созрев, представляет собой опухоль, спаянную с кожей, окрашенной в багрово-красный цвет. Эта опухоль, величиной от лесного ореха до куриного яйца, резко отграничена от окружающей ткани, плотна на ощупь. Субъективных ощущений или вовсе нет, или они выражены слабо. Независимо от большого объема опухоли, при вскрытии ее выделяется очень немного гноя. Обратное разрешение гumm может произойти: 1) путем рассасывания опухоли без перехода в нагноение, что бывает при своевременной рациональной терапии; 2) путем творожистого перерождения, опухоль пропитывается солями и инкапсулируется соединительной тканью; такое обратное развитие гumm бывает редко; 3) наиболее частый вид разрешения гumm — ее размягчение с последующим распадом ткани и образованием гуммозной язвы, иногда правильно-круглой, иногда овальной. Наиболее характерно дно гumm, покрытое остатками распавшегося инфильтрата, так называемого «гуммозного стержня». Дно грязножелтого цвета, плотно на ощупь, спаяно с основанием язвы, нечувствительно к прикосновению или уколу. Края язвы приподняты в виде вала, синюшно-красны, плотны, резко отграничены от окружающей здоровой ткани, отвесны. На слизистых оболочках наиболее частой локализацией гumm является небная занавеска, слизистая носа. Имеет место разлитая гуммозная инфильтрация. Слизистая синюшна, при

распаде часто образуется перфорация, причем язва имеет все характерные черты обычных подкожных гумм.

Поражение костей в третичном периоде проявляется в виде периоститов и остеопероститов. Эти процессы вызываются отложением инфильтрата вначале на внутренней листке надкостницы, а затем на самой кости. Кость разрежается, и образуются углубления, хорошо определяемые при пальпации. В дальнейшем инфильтрат может рассосаться, но дефект пораженных тканей остается. Для специфического поражения костей характерны боли, в особенности по ночам.

Для терапии сифилиса в настоящее время применяют следующие специфические препараты: ртуть, под. висмут и органические соединения мышьяка (новарсенол, мафарсен, осарсел).

Ртуть, энергичное антилюитическое средство, может быть применена в виде фрикций по следующей методике: ежедневно в течение получаса ее втирают ладонью в первый день — в одну руку, во второй день — в другую, в третий — в правое бедро, в четвертый — в левое бедро, в пятый — в правую боковую поверхность грудной клетки, в шестой — в левую боковую поверхность грудной клетки. Затем больному рекомендуется ванна с мылом и суточный отдых от фрикций. На волосистой части нельзя втирать ртуть против волос, иначе возможно развитие фолликулита. Втирание должно быть произведено так, чтобы при энергичном проведении пальцем по обработанной поверхности мазь не стиралась и цвет кожи оставался грязносерым. Для фрикций применяют Hydrarg. cinerei simpl. 4,0 в день, на курс 42 втирания. В течение курса фрикций следует тщательно следить за полостью рта (чистить зубы, массировать зубной щеткой десны, полоскать рот раствором борной кислоты или марганцовокислого калия и т. д.).

Противопоказанием для фрикций являются распространенные эрозивно-язвенные сифилиды или поражения кожи, которые в результате втираний ртути могут обостряться, например: экзема, фолликулиты, универсальный псориаз и т. д.

Ртуть можно давать и внутрь, однако эта методика по силе действия уступает всем другим способам введения ртути и влечет за собой побочные явления, главным образом, со стороны желудочно-кишечного тракта. Ртуть применяется в виде пилюль в течение 7—8 недель по следующей прописи:

Rp. Hydrarg. bichlor. corros. 0,6
Extr. opii aq. 0,45
Glycerini
Talc. pulv. an. q. s.
ut f. pilul. N-60
D. по 1—3 пил. в день

Rp. Hydrarg. oxydulatum tannicum 4,0
Extr. opii 0,3 (сиѣ 0,6)
Pulv. rad. et succi liquir.
q. s. ut f. pil. N 60
D. по 3—5 пил. ежедневно

В третичном периоде сифилиса при поражении внутренних органов иногда применяется микстура Биетта:

Rp. Sol. Kalii jodati 3% 200,0
Hydrarg. bijod. rubri 0,1
MDS по стол. ложке 3 раза
в день после еды

Общепринят в настоящее время способ внутримышечных инъекций в виде растворимых или нерастворимых соединений ртути. Наиболее активной из растворимых ртутных препаратов является сулема, содержащая 74% ртути.

Сулему применяют в следующей прописи:

Rp. Hydrarg. bichlor. corrosivi
Natr. chlorati aa 0,3
Spiriti vini rectif. gtt. V
MDS для внутримышечных
инъекций по 1,0 стерильно

При ежедневном выпрыскивании однопроцентного раствора сулемы курс лечения состоит из 40 инъекций; при двухпроцентном растворе выпрыскивание производят через день, и курс состоит из 20 инъекций.

Применяется также и двуокислая ртуть, которая выпрыскивается по следующей прописи:

Rp. Hydrarg. bijodati rubri
Natr. jodati puri aa 1,0
Aq. destill. 50,0
Natr. chlor. chem. puri 0,4
Ster.!

MDS по 1 грамму ежедневно
или по 2 грамма через день.

Рекомендуется двубромистая ртуть, содержащая 55,5% ртути:

Rp. Hydrarg. bibromati 2% 30,0
(cum natr. bromati 0,7)
Ster.!

Всего 30 инъекций по 1 куб. см через день.

Из нерастворимых препаратов применяется салциловая ртуть в виде 10% взвеси:

Rp. Hydrarg. salicyl. 3,0
Ol. amygdal. 30,0
(sive Ol. olivar. sive Ol. vaselini)
Ster.!

по 1 грамму 1 раз в 5-7 дней
или по 0,5 через 3 дня.

Курс лечения состоит в среднем из 12—15 инъекций.

Инъекции ртутных препаратов производятся внутримышечно попеременно то в правую, то в левую ягодицу, в верхненаружный ее квадрант, нижняя граница которого определяется линией, соединяющей большой вертел с вершиной межъягодичной складки, а внутренняя — перпендикуляром к середине этой линии. Этот участок наиболее удобен для инъекции потому, что в нем нет крупных венозных сплетений, и всасывание происходит легко. Для инъекции применяется один или двухграммовый шприц с иглой в 5—8 см длины, игла не вводится до конца, дабы при полойке ее можно было легко извлечь.

При инъекциях ртути возможны следующие побочные явления: раздражение слизистых полости рта, протекающее по типу гингивита или стоматита, а также раздражение почек в виде легкой альбуминурии. Для предупреждения ртутного гингивита и стоматита следует тщательно следить за полостью рта (чистить зубы, массировать десны, полоскать рот, лечить кариозные зубы и т. д.).

Наиболее тяжелое осложнение при инъекциях ртути — это гангрена, которая развивается вследствие закупорки капилляров жидкостью, попавшей в них при ранении сосуда иглой.

В этих случаях пораженный участок кожи краснеет, покрывается синеватыми пятнами, больной испытывает легкую боль при высокой температуре. Образующиеся гангренозные струпа постепенно отпадают, на их месте открывается чрезвычайно вяло протекающая язва, обычно лишь через несколько месяцев заживающая глубоким втянутым рубцом.

Из препаратов висмута широко применяется биохиноль путем внутримышечных инъекций по 2 куб. см через день, 40—50 граммов на курс. Допускаются инъекции биохиноля в течение 5 дней по 1 грамму препарата в день. Перед инъекцией следует флакон с биохинолем, предварительно подогрет в горячей воде, встряхнуть, чтобы получилась равномерная взвесь без осадка на дне флакона. Висмут можно давать во все периоды сифилиса, в комбинации с новарсенолом.

Нодистые препараты хорошо действуют на все проявления третичного сифилиса кожи, слизистых оболочек, внутренних органов и центральной нервной системы. Наибольшим терапевтическим действием обладают нодистые щелочи, назначаемые обычно внутрь: нодистый калий (76,5 % мода), нодистый натрий (86 % мода).

Противопоказана нодистая терапия при Базедовой болезни и нефроэтического порядка, при сифилитических стенозах.

Наиболее активными специфическими средствами против сифилиса служат препараты салварсана: новарсенол, инарсенол, осарсенол. Их можно применять для всех форм сифилиса при отсутствии противопоказаний. Абсолютными противопоказаниями для применения пре-

препаратов салварсана считаются острожелудочные и кишечные заболевания, круглая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, тяжелые сифилитические заболевания центральной нервной системы, почек, печени, сопровождаемые понижением функциональных способностей. Тяжелые формы диабета и туберкулеза легких, болезни сердца в стадии декомпенсации, выраженные формы Базедовой болезни, острые инфекционные заболевания.

Новарсенол растворяют из расчета 1 куб. см свеже-приготовленной стерильной дистиллированной воды на 0,1 препарата (т. е. на 0,3 новарсенола 3 кубика воды, на 0,45 новарсенола 4,5 кубика воды и т. д.). Взбалтывать раствор нельзя. Растворы салварсанных препаратов вводят медленно, за одну-две минуты. Ммарсенол, независимо от дозы, растворяют в 2—3 куб. см воды. Препарат следует растворять отдельно для каждого больного и немедленно вводить в вену. При заигнувшемся, по техническим условиям, внутривенном вливании введение раствора новарсенола дольше 15 минут воспрещается. Внутривенное вливание препаратов салварсана надлежит производить через 3 часа после завтрака, прием пищи — через 3 часа после введения препарата. Новарсенол вводить внутривенно, ммарсенол — внутримышечно, в верхние наружные квадранты ягодицы. Допускается одновременное введение новарсенола и висмута или ртути, причем вначале вводят препарат салварсана, а через час, при отсутствии побочных явлений, — биохиноль или ртуть. Начальная дозировка салварсана для мужчин 0,3, для женщин 0,15. При последующих вливаниях дозы повышаются на 0,15. Предельная разовая доза для мужчин 0,6, для женщин 0,45. На курс лечения при первичном и вторичном сифилисе общая доза для мужчин может быть доведена до 5—6 граммов, для женщин — 4,5 и 5,0. Число дней между вливаниями, если они хорошо переносятся, должно равняться числу примененных дециграммов новарсенола. Например: после введения новарсенола в дозе 0,3 промежуток равняется 3 дням, после дозы в 0,56 должно пройти 5 дней и т. д.

Вливание салварсана может повлечь за собой побочные явления, которые схематически можно распределить на три группы: первая группа осложнения появляется во время самого вливания и в ближайшие после него часы, вторая — в ближайшие дни и в первые две недели, и третья возникает через длительные промежутки.

К первой группе осложнений относятся: тошнота, рвота во время вливаний, повышение температуры, кожный зуд с высыпанием скоропроходящей сыпи типа крапивницы. Конгестивные или нитритодные кризы, выражающиеся покраснением лица, отеком губ, языка, чувством стеснения в груди. Иногда это состояние быстро сменяется резкой бледностью и обморочным состоянием. Ко второй группе отно-

сятся эритемы типа скарлатинозной или кореподобной, развивающиеся на 1—15-й день после вливания. В некоторых случаях появление сыпи предшествуют повышение температуры до 40°, головная боль, ангина; сыпь держится два-три дня и затем бесследно исчезает, в этих случаях в крови отмечается эозинофилия, в моче — уробилинурия.

Дерматиты, иногда осложненные инодермией. Раздражение почек, выражающееся, главным образом, появлением белка и цилиндров, геморрагический энцефалит — относительно редкое осложнение, развивающееся через 3—5 дней после вливания. Сопровождается высокой температурой, резкой головной болью, эпилептиформными судорогами; обычным последствием этого осложнения является смерть к концу второго или третьего дня от начала заболевания.

Третья группа осложнений, возникающая спустя длительное время после вливания: желтуха, дерматит и полиовирус. При обнаружении побочных явлений специфическое лечение немедленно должно быть прекращено. После исчезновения всех признаков интоксикаций лечение возобновляется с пониженных доз: 0,05 новарсенола или мнарсенола, разведенных с профилактической целью в 10-процентном растворе хлористого кальция.

В случае повторения побочных явлений лечение новарсенолом прекращают. При нитритондных кризах немедленно вводят под кожу раствор адреналина в разведении 1:1000, а при упадке сердечной деятельности делают инъекцию камфоры. При геморрагическом энцефалите показано введение адреналина в такой же дозировке, как и при конгестивном кризе.

Рекомендуется обильное кровопускание — двести пятьдесят, триста граммов и больше с последующим вливанием физиологического раствора. Показана спинномозговая пункция. При дерматитах рекомендуется внутривенное вливание 10% хлористого кальция, по 10 кубиков ежедневно, в тяжелых случаях трансфузия крови.

Осарсол, аналог эрлиховского спироцида, предназначен для внутреннего употребления. Применяется по следующей схеме:

В 1-й день 1 таблетка 0,3 × 5 порошок

В 2-й день 2 таблетки 0,25 × 2

В 3-й день тоже

В 4-й день утром 2 таблетки 0,25 × 3

В 5-й день 4 таблетки 0,09 2,5

2 таблетки и три

Затем перерыв три дня, в последующие пятидневки — две таблетки утром натощак и две вечером спустя 2—3 часа после приема пищи. После каждой пятидневки перерыв 3 дня.

Общая доза на курс 30—40 граммов осарсола.

ГНОЙНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

По данным профессора Саввантова (1930 г.), слепота у 43 % всех больных с я в СССР происходит от бельма, явившихся последствием язвенного поражения роговой оболочки: болезни роговицы 8,4, при трахоме 20,5, при бленнорее 3,5, при оспе 10,0.

Ясно, что это тяжелое заболевание глаз представляет собою значительное социальное зло и поэтому должно привлекать к себе внимание не только окулиста, но и врачей, работающих в сельской местности, так как своевременное принятие мер в большинстве спасает глаз от гибели.

Необходимо помнить, что язвенное поражение роговой оболочки может возникнуть вследствие не только экзогенных — местных причин, но также и внутренних — эндотенных влияний. К последним следует отнести язвы роговицы, возникающие в результате нарушений трофики, авитамиозов и как тяжелое осложнение при общих инфекционных заболеваниях (дифтерия, корь, оспа и т. д.).

Всякая болезнь, ведущая к истощению, ослаблению организма, может создать благоприятные условия для возникновения язвенного поражения роговицы, ибо в конъюнктивальном мешке всегда имеется патогенная флора, которая при благоприятных для себя условиях быстро начинает свое разрушительное дело.

При общем нормальном состоянии организма язва роговицы может возникнуть в том случае, если роговице нанесена хотя бы легкая травма в виде нежной царапины, и в то же время через эту царапину на эпителии, как через входные ворота, проникла инфекция. При отсутствии инфекции царапина на эпителии — эрозия роговицы — обладает свойством быстро, иногда через несколько часов закрыться, но если конъюнктивальное веко воспалено, если имеется язвенное поражение кожи краев века — блефарит, если слезно-носовые пути не в порядке, слизистая полости носа воспалена, то инфицирование ничтожной ранки в эпителии роговицы обеспечено, и на этом месте появляется инфильтрат.

Уже одно появление инфильтрата является грозным, так как следует помнить, что роговая оболочка имеет всего лишь 0,8 мм толщины в своей центральной части и 1—1,1 мм толщины по периферии, вследствие чего весь патогистологический процесс может быстро захватить всю толщину роговой оболочки.

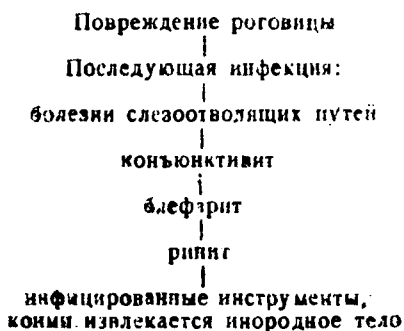
При благоприятных условиях и правильном лечении этот инфильтрат может ограничиться зоной первичного поражения и, постепенно регрессируя, закончиться образованием нежного помутнения (pupula, macula).

Но в случаях его прогрессирования и при так называемой ползучей язве роговицы гнойная инфильтрация роговицы захватывает каквширь, так и вглубь ткань роговой оболочки, и тогда уже после затухания острых явлений оставляет после себя плотное, грубое белое, которое нередко, в зависимости от его величины, может совершенно лишить человека колпчественного зрения.

Распространение инфильтрата в глубину нередко ведет к прободению роговой оболочки с последующим выпадением радужки — этому тяжелому осложнению.

Упомянутая выше ползучая язва роговой оболочки (ulcus corneae serpens) представляет собой самое частое из всех ведущих к слепоте заболеваний роговицы, поэтому я более подробно останавлиюсь на этом глубоко серьезном поражении органа зрения. Ползучая язва роговой оболочки всегда возникает в результате нанесенной роговице травмы: хотя бы и самой ничтожной, с обязательной последующей инфекцией.

Этиология ползучей язвы роговицы:



Большую опасность представляет собой извлечение попавших на роговицу инородных тел нестерильным инструментом, бумажкой, пальцем, языком и т. д.

Дворжец дает следующее клиническое описание ползучей язвы роговой оболочки: «Вначале появляется эрозия роговицы, в огромном большинстве случаев после травмы: на месте эрозии роговица мут-

вет, через 3 - 4 дня образуется кольцо, имеющее сначала серую окраску, а затем приобретающее желтый цвет. Теперь мы уже имеем дело не с эрозией, а с язвой, которая быстро распространяется по поверхности и вглубь, причем распространение ее неодинаково интенсивно во все стороны: с одной какой-нибудь стороны подрывный и поднимающийся валиком край язвы инфильтруется и принимает желтый цвет. Параллельно с распространением язвы в одну какую-нибудь сторону дно остальной части язвы очищается и эпителизируется. Такая тенденция язвы распространяться очень часто ведет к тому, что язва захватывает большую часть роговицы, а иногда и всю роговицу».

Это гнойное язвенное поражение роговой оболочки одновременно сопровождается воспалением радужки, вследствие диффузии из роговицы токсинов. Этот токсический ирит (воспаление радужки) может быть весьма сильным, может сопровождаться задними синехиями (сращениями зрачкового края с передней капсулой хрусталика), помутнением влаги передней камеры, образованием гипопиона (скопление гноя в передней камере, который оседает на дне передней камеры, но может менять место вследствие перемены положения больного). Нередко процесс быстро пропикает вглубь, роговица вся гнойно инфильтруется, перфорируется, вслед за чем может наступить выпадение радужки, хрусталика, стекловидное тело гнойно инфильтруется, и глаз окончательно гибнет из-за панопталмита (гнойное воспаление всех внутренних оболочек глаза). Клиническую картину язвенного поражения роговицы дополняют следующие явления:

1) светобоязнь; 2) слезотечение; 3) утолщение и гиперемия кожи краев век; 4) на краях век небольшое количество слизистого отделяемого; 5) нередко при надавливании области слезного мешка из слезных точек появляется гнойная жидкость (источник инфекции при хроническом дакриоцистите; 6) гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока; 7) различной степени интенсивности перикорнеальная инъекция — гиперемия глазного яблока.

Возбудителем ползучей язвы роговой оболочки по данным Шмеллера и Дворжеца (1936 г.) является (в процентах): пневмококк 60, стрептококк 20, диплобацилла 13, стафилококк 4, другие 3.

Состояние конъюнктивального мешка и слезоотводящих путей играет преимущественную роль в возникновении ползучей язвы роговой оболочки. Поэтому при всяком попадании в глаз самой ничтожной соринки необходимо обратить серьезное внимание на состояние слезного мешка и конъюнктивы и немедленно приступить к их лечению, ибо из воспаленного слезного мешка через слезные каналы в конъюнктивальный мешок поступает громадное количество патогенных микробов, которые прививаются на поврежденной роговице и вызывают ползучую язву.

Помимо указанных выше возбудителей гнойной инфекции поврежденной роговицы, следует упомянуть о выделенном проф. Дворженом зоо-злаков ржи особом микроорганизме «В», который, по его данным, вызывает при ранении роговицы колосьями злаков ползучую язву роговой оболочки у рабочих, занятых на сельскохозяйственных работах.

Коллективизация сельского хозяйства с широким внедрением технических методов обработки полей и сбора жатвы резко уменьшает эту опасность, но, несмотря на это, наше внимание к травмам и своевременному оказанию медицинской помощи при «засорении» глаза не должно ослабляться.

Ввиду быстрого прогрессирования язвенного поражения роговицы, а особенно ползучей язвы роговой оболочки, борьба с этим заболеванием является достаточно сложной и серьезной. Цель врача — добиться, чтобы рубец после язвы не занял всю роговицу, оказался возможно менее грубым, насыщенным и свободным от сращения с радужкой. Для достижения этой цели наши мероприятия направлены как на лечение самой язвы, так и на стимуляцию защитных свойств организма в целом. Поэтому в тяжелых случаях полноценное витаминное питание необходимо дополнить протеинотерапией, гемотерапией, парентеральным введением пастеризованного рыбьего жира, физиотерапией — общим облучением кварцем.

Местное лечение при язвенном поражении роговой оболочки требует прежде всего устранения источника инфекции, поэтому лечение воспаленного слезного мешка и конъюнктивы является первым условием. — при этом, если терапевтическое лечение дакриоцистита не дает эффекта, необходимо прибегнуть к его удалению хирургическим путем (или же операции наложения соустья между слезным мешком и слезной железой — дакриоцисториностомия по Тоту).

Непосредственное влияние терапевтических мероприятий на язву роговой оболочки преследует цель ослабить, убить патогенных возбудителей, разрушающих роговицу, поэтому здесь может быть рекомендован весь арсенал доступных нам в данное время бактерицидных и дезинфицирующих средств. При наличии значительного количества слизисто-гнойного отделяемого рекомендуется обильное орошение слабым раствором цинкислой ртути (1,0 : 5000,0), раствором марганцовокислого калия (1,0 : 5000,0 — 10000,0) или легкое прижигание конъюнктивы вывернутых век 2% раствором ляписа с последующим обильным промыванием физиологическим раствором или 2% раствором хлористого натрия. Эту манипуляцию следует делать осторожно, не надавливая на глазное яблоко и не при глубоких язвах, иначе легко получить перфорацию язвы со всеми могущими быть неприятными последствиями, из которых упоминалось выше. Хорошо переносится большими властями в конъюнктивальный мешок 1% раствора оптохина, 6% рас-

гвозя колларгола, 0,5 % сернисто-цинкового раствора, три-пять раз в сутки. Гнойный инфильтрированный участок язвы можно иногда с большим успехом тушировать тонким тампонишком, смоченным в 10 % водной настойке или в 10 % сернисто-цинковом растворе, или в растворе 1 % брильянтовой зелени в 70° спирте, или в 10 % пиктоктанзе; при этом обязательно следить за тем, чтобы прижигающий раствор не растекался по неповрежденному эпителию роговицы. После соответствующей анестезии 0,5 % раствором дикаина или 3 % раствором кокаина можно инфильтрированную язву прижигать раскаленным наконечником Пакелена, гальванокаутера или просто раскаленной иглой от обычного шприца, только острие такой иглы следует затупить. В таких прижиганиях язвы мы почти не прибегаем, так как после них получается очень грубый, плотный рубец роговицы, резко снижающий остроту зрения. В 1935 году мною предложено для лечения язв роговицы многократное в течение суток орошение «серебряной водой», получаемой от настоя серебряного песка на дистиллированной воде (препарат проф. Моисеева). Благоприятный эффект такого лечения в последующие годы в клинике Белорусского государственного университета получили проф. Дворжак и в Ленинградском Офтальмологическом Институте д-р Рибущ.

Если гипопион (скопление гноя) в передней камере велик и внутриглазное давление повышено, а язва прогрессирует, — необходимо вскрыть язву и выпустить гипопион из передней камеры. Это хирургическое вмешательство можно произвести маленьким острым скальпелем, держа острие лезвия обязательно впереди, а еще лучше сделать пункцию роговицы склерно накаленной на огне затупленной иглой от шприца. Пункцию делать осторожно, чтобы концом инструмента не повредить капсулы хрусталика, — иначе неизбежна травматическая катаракта.

Вскрытие роговицы и удаление гипопиона весьма эффективный метод, так как, с одной стороны, вследствие уменьшения напряжения в роговице наступают лучшие условия для ее питания, а поэтому и лучшие условия для борьбы с инфекцией, с другой — в обнаженной влаге передней камеры появляется множество оптокинов, гемолизированных эритроцитов, специфических антигенов, необходимых для борьбы с инфекцией.

Следует отметить, что лечение наиболее встречающихся пневмококковых язв очень трудно, так как доказано, что обнаруживаемый при ползучей язве роговицы пневмококк типа IV принадлежит к гетерогенной группе, не дающей агглютинации с какой-либо из существующих сывороток, поэтому никаким введением антипневмококковых сывороток процесс остановить не удастся.

За последние годы самым эффективным методом лечения при стрептококкке является применение стрептоцида по обычным нормам внутри-

• местного в виде опыления язвы 4—5 раз в день растертым в пудру порошком стрептоцида. При пневмококке получаются хорошие результаты от местного применения сульфидиновой пудры 4—5 раз в день, а только в особо тяжелых случаях мы применяем ее комбинацию с приемами сульфидина внутрь.

К сожалению, мы еще не располагаем новейшим препаратом — альбунидом, который даст прекрасный результат в борьбе с пневмококковой инфекцией; он применяется местно так же, как и сульфидин, только его следует закладывать раз 6—7 в сутки. Эта терапия в наши дни позволяет сохранять от гибели много глаз.

Одновременно с применением антисептиков и сильных бактерицидных средств необходимо следить за состоянием радужной оболочки. Изменения ирита при центрально расположенной язве и отсутствии повышенного внутриглазного давления требуют применения 1% раствора атропина до расширения зрачка (не злоупотреблять атропином). Но, если язва заняла обширный участок роговицы и внутриглазное давление повышено, тогда необходимо вкапывать 1% Sol. Eserini salicyl. два раза в день; это снижает давление, улучшает питание роговицы и ее сопротивление патогенным микробам. При глубокой краевой язве (частое явление при тяжелых фликтенулезных поражениях глаз у детей) с атропином необходимо быть особенно осторожным, иначе в таких случаях легко получить прободение язвы с выпадением радужки.

Как уже мною упомянуто, язвенное поражение роговой оболочки возможно при оспе, дифтерии, кори и других инфекциях. Оспа, прежде дававшая, по Саввантову, 10% всех ослепнувших от бельма, в настоящее время весьма редкое явление в Советском Союзе, поэтому и язвенные поражения роговицы при оспе перестают быть причиной тяжелой слепоты. Лечение такой язвы ведется по общим правилам: тщательный уход, очищение глаза, антисептики.

Язвенное поражение роговицы при дифтерии возникает в результате проникновения инфекции в ткань роговицы через разрыхленный дифтерийным токсином эпителий роговой оболочки. Ввиду смешанной инфекции, применение антидифтерийной сыворотки не оказывает благоприятного эффекта на течение язвы. Так же, как и при кори, мы получаем хороший эффект от местного применения сульфидина в пудре, которое отнюдь не исключает введения антидифтерийной сыворотки при дифтерии.

Необходимо напомнить, что при гонорройном заболевании конъюнктивы все обязательно самое энергичное лечение, так как обильное отделение гноя с массой гонококков Нейссера вызывает мацерацию эпителия роговицы и последующее инфицирование роговой оболочки. Возможность такого поражения глаза диктует врачу самые срочные

мероприятия: методически точное и тщательное механическое удаление из конъюнктивального мешка гнойного отделяемого путем орошения глаза обильной струей любых антисептиков — 1,0 : 5000,0 раствором марганцевокислого калия, 1,0 : 5000,0 раствором цинкистой ртути, 3 % раствором борной кислоты, «серебряной водой», слабым раствором брильянтовой зелени (голубое окрашивание воды) или в крайнем случае обычной прокипяченной водой. После удаления гноя впускать в конъюнктивальный мешок три раза в день антисептики и обязательно при малейшем поражении роговицы 1 % раствор Эзерина один раз в день. В настоящее время отличный эффект дает местное применение ульфидина. Надо не забывать об обязательной протениотерапии с первого дня обращения к врачу. У новорожденных для протениотерапии следует пользоваться грудным молоком матери, которое после сцеживания первой струи набирают сразу в стерильный шприц.

Настойчивое и энергичное применение общих и местных мероприятий позволяет в большинстве ликвидировать инфекцию, при этом клинически мы отмечаем исчезновение гнойной инфильтрации язвы; язва начинает очищаться, с периферии нередко в роговицу проникают респираторные сосуды с конъюнктивы, улучшая тем самым рассасывание воспалительной инфильтрации. Перикорнеальная и конъюнктивальная гиперемия глазного яблока постепенно ослабевают; язва становится меньше, наступает процесс ее регенерации и эпителизации.

В итоге — лейкома, бельмо, величина которого зависит от того, каких размеров успела достигнуть язва роговицы. Эта лейкома может быть настолько небольшой и эксцентрической, что зрение у больного сохраняется, и, наоборот, настолько обширной и центральной, что глаз слепнет; при этом очень важно имеются ли сращения радужки с этими рубцами, так как это осложнение часто является предпосылкой для развития впоследствии вторичной глаукомы.

Обилие рекомендуемых для лечения язвы роговицы средств свидетельствует о ее трудноизлечимости, поэтому и здесь особенное значение приобретает профилактика. Наши предотвращающие мероприятия таковы:

1. Устранение травмирующих глаз моментов — в сельском хозяйстве дальнейшая механизация сельскохозяйственных процессов и отличное знание, овладение техникой, умение управлять машинами; проблемы в этом деле являются частой причиной ранений роговицы.

2. Снабжение защитными очками: отсутствие их дает значительный процент ранений роговицы как на фабриках и заводах, так и в сельском хозяйстве при подаче снопов, при отгребании соломы, при жатве и молотбе.

3. Медицинский осмотр рабочих и особенно работников сельского хозяйства перед началом полевых работ. Необходимо выявить и свое-

временно подвергнуть лечению страдающих острыми конъюнктивитами, хроническим дакриоциститом (гнойное воспаление слезного мешка), воспалительными изменениями слизистой носа и т. д.

4. Внесение инфекции при оказании первой помощи — явление очень частое не только в селах, но и в городах; попавшее на роговицу инородное тело удаляют бумажкой, пальцем, нестерильным инструментом, языком и т. д. Такая практика должна быть категорически осуждена.

Вслед за извлечением инородного тела из роговицы иглой, прокаленной на огне, необходимо промыть глаз одним из вышеуказанных имеющихся под руками антисептиков и заложить за веки 5% кероформную мазь, либо сульфидин в пудре, или закапать 5-6% колларголом.

Своевременная диагностика язвенного поражения роговой оболочки и соблюдение указанных мероприятий резко снизят количество тяжелых, запущенных форм, с которыми больные являются в областной центр, когда в итоге энергичного лечения уже только возможно получить обширный рубец, резко снижающий остроту зрения.

За последнее десятилетие борьба с бельмами стала активной благодаря разработанной академиком Филатовым и доступной многим хирургам-офтальмологам операция пересадки роговой оболочки. Однако это отрадное явление в нашей офтальмологической науке не должно снижать борьбы за сохранение прозрачной роговой оболочки, нашей общей борьбы с причинами слепоты.

Предупредить слепоту, во-время принять все необходимые меры — неотложная задача каждого врача.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МАЛЯРИИ

По общим цифрам заболеваемости на земном шаре малярия занимает первое место среди всех инфекционных заболеваний: ежегодно от нее умирает до трех с половиной миллионов человек. Во время первой мировой войны и в первые годы по ее окончании в нашей стране заболеваемость малярией возрастала, но за все годы советской власти число заболеваний малярией у нас стало непрерывно уменьшаться. В течение войны с немцами захватчиками в ряде районов нашего Союза вновь отмечается некоторое его нарастание, и поэтому к этой болезни должно быть приковано наше особое внимание.

Причины некоторого нарастания малярии за последние годы, в основном, следующие: массовое передвижение населения нашей страны из одних областей в другие, например, жители Ленинградской области, временно поселившиеся в Ташкентской области, заболевают там малярией; военнослужащие Ташкентской области, временно проживающие в областях, где малярия мало распространена, являются причиной вспышки малярии в этих областях. Надо полагать, что по условиям военного времени систематическое лечение больных малярией не всегда и не всегда проводится в должной мере, вследствие чего увеличиваются возможности для заражения населения малярией. Повидимому понижение иммунитета, связанное с переживаниями и трудностями военного времени, имеет известное значение в нарастании заболеваний малярией в военное время. Кроме известных до настоящего времени возбудителей трех клинических форм малярии (трехдневной малярии, четырехдневной малярии и тропической малярии), за последние годы выявлен новый (был известен до сих пор) возбудитель малярии у обезьян. В настоящее время считают, что различные штаммы одного и того же возбудителя малярии дают различные по тяжести заболевания. Как известно, малярийный паразит имеет сложный цикл развития — бесполой, протекающий в крови человека, и половой, протекающий в теле комара рода *Anopheles*. Паразита малярии получают через укусы зараженного комара.

Для распространения в данной местности малярийных заболеваний необходимо наличие вирусного резервуара (в виде маляриков-гаметоносителей) и климатических условий (главным образом достаточно высокой температуры воздуха), обеспечивающих более или менее обильное развитие переносчика — комара анофелес и в комаре развитие малярийного паразита.

Для ликвидации малярии в какой-либо области необходимо уничтожить переносчиков заболеваний и своевременно и систематически лечить маляриков (чтобы ликвидировать резервуар вируса в виде маляриков-гаметоносителей).

За последние годы, в результате наблюдений над «терапевтической малярией» (искусственное заражение малярией больных прогрессивным параличом с терапевтической целью), удалось изучить ряд вопросов патологии малярии. Так узнали, что инкубационный период малярии в среднем равняется 10—14 дням, но бывает и гораздо продолжительнее, до 6—11 месяцев. Неодинаковая его продолжительность повидимому зависит от различных штаммов паразита малярии и от климатических условий. На практике, в ряде случаев, не всегда легко решить, является ли заболевание «первичным» после длительного инкубационного периода или рецидивом малярии. Например, если у больного впервые начались приступы малярии в марте — апреле, то это может быть рецидивом малярии, которую он заразился летом предшествующего года, первые приступы протекали в легкой форме (в виде гриппа), зимой же сами собою прекратились. Но возможно, что это первые приступы малярии после продолжительного инкубационного периода.

Иногда малярия после нескольких приступов, при соответствующем лечении, а бывает и без лечения, прекращается. В большинстве же случаев болезнь затягивается на несколько лет, время от времени давая рецидивы.

Самая тяжелая малярия — тропическая, — продолжается, перемежаясь, около года. Трехдневная — длится около 2 лет. Длительнее всего протекает четырехдневная лихорадка — до 5 лет. Ориентировочные сроки продолжительности малярии важно иметь в виду, так как на практике нередко у больного, имеющего малярию в анамнезе, все проявления настоящей болезни объясняют «хронической малярией». Нередко можно встретить больных начальными формами туберкулеза, эндокардитом и т. д., которые трактуются врачами как хроническая малярия только потому, что в анамнезе их была малярия.

Переболевшие малярией приобретают к ней иммунитет, хотя и неспецифичный: например, перенесшие трехдневную лихорадку могут заболеть другой формой и наоборот.

Малярия во многих случаях подрывает силы организма, в результате чего малярики хуже переносят другие болезни, например, пневмонию, и дают больший процент смертности от нее. Малокровие — один из наиболее характерных признаков активной малярийной инфекции. Наблюдается при малярии лейкопения, как результат угнетения деятельности костного мозга. При малярии отмечается моноцитоз (моноцитов 8—12%); одно время он считался диагностическим признаком малярии, но моноцитоз является не постоянным. РОЭ при малярии обычно ускоренная.

В тех случаях, когда у больного малярией наблюдаются типичные (для малярии) приступы лихорадки, диагноз установить не трудно. Необходимо, однако, иметь в виду, что в начале заболевания малярией температурная кривая не постоянна и может напоминать температуру при гриппе и т. д. Не типичная для малярии температура и вообще температура при малярии как и клиническая картина ее могут быть весьма разнообразными.

Печень и селезенка при малярии, как правило, увеличены, но необходимо иметь в виду, что увеличенная селезенка не всегда легко прощупывается. Самым верным диагностическим признаком малярии служит обнаружение паразитов в крови. Во время приступов малярии а также между приступами можно в крови малярика обнаружить плазмодиев малярии. Там же, где исследование крови на малярию невозможно, приходится довольствоваться клинической картиной. Часто при малярии полезные для диагностики данные получают посредством измерения температуры каждые два часа. При этом важно помнить, что продолжительность лихорадочного приступа трехдневной малярии 0—8 часов, четырехдневной лихорадки 12—24 часа, а тропической малярии 36 часов. Так как приступы тропической малярии возобновляются каждые 48 часов, при длительности лихорадки в 36 часов, то период апирексии продолжается всего 10—12 часов. Измерение же температуры каждые три часа позволяет отметить этот безлихорадочный период между приступами, что является большим подспорьем для диагностики. Дача больному хинина или акрихина в целях диагностики может быть оправдана только там, где невозможно исследовать кровь на малярию, и должна продолжаться не больше двух-трех суток при норме 1,0—1,2 грамма хинина в сутки. Если больной в течение трех суток принимал акрихин, и температура не пришла в норму, нужно искать иную причину лихорадки (тиф, туберкулез и т. д.). Для лечения малярии есть много специфических противомалярийных средств, рекомендуемых в различных комбинациях. Из этих средств лучше всего хинин, акрихин, плазмодид и мышьяковистые препараты — осарсол, новарсенол и др. Наиболее эффективно систематическое лечение малярии в течение около двух лет. Хинин купирует

приступы малярии скорее, чем акрихин. Например, хинин может купировать приступы лихорадки через 1—2 дня, акрихин же — через 3—4 дня после применения. Акрихин в растворе (4%), введенный внутримышечно, скорее купирует приступы, чем принятый внутрь; сводят 7,5 см³ раствора акрихина. Взрослому нужно вводить его медленно в течение 3—5 минут. В случаях, когда больные не могут пить хинина или акрихина, рекомендуется вводить растворы этих медикаментов внутримышечно. Необходимо помнить, что раствор хинина, введенный внутримышечно, может вызвать абсцессы и некрозы тканей. Введение раствора хинина внутривенно в некоторых случаях может вызвать очень тяжелое состояние и даже смертельный исход. Поэтому следует его производить действительно при строгих показаниях к этому (тяжело протекающий приступ лихорадки) и притом медленно. Необходимо отметить, что комбинация акрихина с плазмоцидом дает лучший эффект, чем применение этих препаратов раздельно, но особенно нельзя забывать о том, что плазмоцид, принятый в дозах, превышающих норму, может вызвать поражение зрительных нервов вплоть до слепоты. Плазмоцид действует, главным образом, на гачеты, и поэтому его необходимо применять вместе с акрихином летом с профилактической целью. Зимой же, когда нет комаров, и, следовательно, нет опасности распространения малярии, можно ограничиться одним акрихином. В случаях повышенной невосприимчивости к хинину (вызывающему гемоглинурийную лихорадку) рекомендуется применять один акрихин. При заболеваниях органов брюшной полости лучше применять хинин, чем акрихин. Независимо от того, что приступы лихорадки прекратились, надо продолжать лечение малярии по принятой схеме. Если во время лечения малярии возобновятся приступы малярии, следует вернуться к проведению курса лечения с самого начала. Опыт показывает, что случаев не поддающихся лечению форм малярии крайне мало, если лечение проводится правильно и систематически. Привожу некоторые рекомендуемые схемы лечения малярии:

1) Акрихин 0,1

Плазмоцид 0,02 по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 5 дней
Перерыв 10 дней.

2) Акрихин 0,1

Плазмоцид 0,02 по 1 таблетке 3 раза в день в течение 3 дней.
Перерыв 10 дней.

3) Акрихин 0,1

Плазмоцид 0,02 по 1 таблетке 3 раза в день в течение 3 дней.
Систематическое лечение хинином можно проводить по следующей форме.

Первый цикл хинин дают 3—4 дня, перерыв 4 дня.

Второй цикл — дача хинина 3 дня, перерыв 4 дня.

Третий цикл — тоже 3 дня, перерыв 4 дня.

Четвертый цикл — тоже 3 дня, перерыв 4 дня.

Суточная доза хинина:

1. Взрослым 4,0 — 1,5.

2. Детям от 1 месяца до 1 года нужно давать по 0,01 грамма на месяц жизни (например, шестимесячному ребенку нужно давать 0,06 грамма в сутки).

3. Детям от 1 года до 10 лет — по 1 грамму на год жизни (например, 8-летнему ребенку давать 0,8 грамма в сутки).

Суточную дозу хинина нужно дробить на 4 — 6 приемов.

Эффективнее хинин в порошке, чем в таблетке.

Весной следующего года нужно повторить курс противорецидивного лечения (предупреждение отдаленных рецидивов). Отдаленные рецидивы наступают через 5 — 10 месяцев после первичных острых проявлений.

Предупреждение отдаленных рецидивов в Вологодской области нужно проводить с 1 апреля, так как массовая волна весенних рецидивов наступает здесь в апреле.

Ранние рецидивы наступают обычно через 1,5—2,5 месяца после первичных острых проявлений. А поэтому для их предотвращения нужно через месяц по окончании систематического лечения провести курс противорецидивного лечения по такой же схеме, как систематическое, с той лишь разницей, что при систематическом в день дают три таблетки, а при противорецидивном — две.

КОКЛЮШ

Среди не медицинских работников многие считают коклюш очень легким, неопасным заболеванием. Такой взгляд совершенно не обоснован. Коклюш уносит немало детей, особенно в младшем возрасте; нижеследующая таблица о смертности детей от инфекций в различных государствах (в 1926 году на 1000 родившихся) это подтверждает:

Страна	Коклюш	Корь	Скарлатина	Дизентерия
Англия	2,8	1,2	0,03	0,18
Германия	3,4	1,3	0,04	0,3
Дания	5,5	0,7	0,01	0,2

Коклюш опасен тем, что он ослабляет иммунитет к туберкулезу, а также своими осложнениями, из которых наиболее опасно воспаление легких. Возбудителем коклюша является палочка Борде-Жангу (открытая в 1909 году). Микроб этот нестойкий, поэтому дезинфекция при коклюше достигается мытьем посуды, проветриванием, стиркой одежды и белья больных, 1% раствором формалина или 0,5% раствором гашеной извести (для выделений больного — слизи, мокроты). Восприимчивость к коклюшу весьма высока — особенно детей младшего возраста. Так, по статистике (Колинс), 78% детского населения Америки переболевает коклюшем! Взрослые также иногда болеют коклюшем в стертой форме. Заражение происходит, главным образом, при прямом контакте, капельным путем. Инкубационный период длится 3—11 дней. В течении коклюша различаются три периода — катаральный, продолжительностью в 14 дней, судорожный, до 4—6 недель, и период разрешения, длящийся 2—3 недели. Заболевание начинается повышением температуры до 37,3—39,0° и явлениями катара слизистых оболочек верхних дыхательных путей, — кашлем, насморком, общим недомоганием и головными болями.

Диагностировать коклюш в катаральном периоде не легко, чаще всего тогда смешивают его с гриппом, корью или бронхитом. При вын

мательном осмотре прежде всего обращает на себя внимание упорный характер кашля, не поддающийся обычным терапевтическим воздействиям. Самым лучшим диагностическим методом в катаральном периоде является бактериологический, а также биологический. Биологическая реакция состоит в инъекции под кожу фильтрата палочки Борде-Жангу. При этом у больных коклюшем на месте инъекции появляется папула (небольшой процент здоровых детей реагирует таким же образом). В судорожном периоде диагностика коклюша затруднительна и устанавливается обычно не врачами (родители, ухаживающий персонал и т. д.). Во время судорожного периода могут наблюдаться кровоизлияния в конъюнктиву и в кожу, разрыв барабанных перепонок, развитие гнойного отита, выпадение прямой кишки и пупочные грыжи у грудных детей. Часто наблюдается и развитие эмфиземы легких. Во время судорожного периода могут выступать и явления со стороны нервной системы или в виде общих судорог, или гемиплегий и параличей вследствие мелких мозговых кровоизлияний. Часты осложнения со стороны органов дыхания. Бронхит, почти постоянный спутник коклюша еще в катаральном периоде, может спуститься ниже и вызвать бронхопневмонию, которая часто оказывается смертельной. Так, по статистике Похмана, из 216 детей, умерших от коклюша, в 125 случаях смерть произошла от воспаления легких. Из вторичных инфекций особенно опасны грипп и корь, дающие в комбинации с коклюшем большую смертность. Специфическая терапия коклюша — вакцинаотерапия — дает хорошие результаты. Для лечения вакцину вводят под кожу через 2 дня, начиная с дозы 1 млрд. палочек Борде-Жангу и повышая их количество с каждым впрыскиванием: 2, 4, 6, 8 млрд. Хорошие результаты дает применение сыворотки реконвалесcentов. Большое значение имеет свежий воздух, поэтому больные коклюшем должны проводить много времени на свежем воздухе. Облегчение дает применение наркотиков — препараты брома, хлорал-гидрат, кодеин. Для ослабления катаральных явлений — пертусия: по 1 чайной ложке 3 раза в день.

Для профилактики коклюша весьма важно раннее выявление коклюшных больных и недопущение их в детские коллективы. У нас в СССР заразный период исчисляется в 40 дней от начала заболевания. По истечении этого срока детей можно допускать в детские коллективы. Серопротекция коклюша подобна серопротекции кори. Сыворотка реконвалесcentов берется на 4-й неделе от начала судорожного периода в дозе 3—8 куб. см. Серопротекция, примененная в начале инкубации, или предотвращает заболевание, или значительно облегчает его течение. Облегчает течение болезни введение противокклюшной сыворотки в дозе 30 куб. см.

КОРЬ

Восприимчивость к кори людей всех возрастов чрезвычайно велика. Корь особенно опасна для детей младшего возраста. Возбудитель кори пока неизвестен. Многочисленными исследованиями установлено, что возбудитель кори проходит через бактериальные фильтры, т. е. принадлежит или к фильтрующимся вирусам, или к карликовым микробам. Также установлено, что возбудитель кори находится в крови и на слизистых оболочках больных детей. Возбудитель кори нестойкий, и заражение происходит путем контакта (капельным путем). Передача кори облегчается тем, что заразительными дети становятся уже в последние дни инкубационного периода. Посещая школы и другие детские учреждения, они распространяют корь. Инкубационный период кори длится 10 дней, продромальный период — три дня. От момента инфицирования до появления сыпи проходит 13 дней. Сроки инкубации могут удлиняться до 28 дней и даже больше у лиц, которым профилактически вводилась противокоревая сыворотка. Корь начинается повышением температуры до 38—39° и значительными выраженными явлениями катара верхних дыхательных путей; появляются насморк, кашель, слезотечение, набухают конъюнктивы век. На второй день продрома температура обычно снижается, но на третий день снова дает резкий скачок вверх, и к вечеру этого дня или на следующие сутки появляется коревая сыпь. Кроме перечисленных выше признаков, типичным симптомом кори являются пятна Коплика — Филатова, которые часто появляются еще в первый день продрома, сильнее развиваются на второй день, существуют на третий и обыкновенно исчезают, когда появится экзантема. Коревая сыпь отличается от скарлатинозной своей формой (розеолозно-папулезная с наклонностью к сливанию), а также последовательностью высыпания: в первый день — на лице и кистях рук, во второй день — на туловище и в третий день — на конечностях. Период высыпания сопровождается повышением температуры, которая становится еще выше на следующий день. С третьего дня высыпания температура начинает снижаться и достигает нормы на четвертый день. Это обстоятельство

необходимо иметь в виду, и, если температура продолжает оставаться повышенной, следует заподозрить какое-нибудь осложнение кори — чаще всего воспаление легких. Пневмония — наиболее опасное осложнение кори, и 83% всех умерших от кори погибает вследствие пневмонии. Второе осложнение кори — это катаральное состояние кишок. Начало заболевания корью иногда сопровождается рвотой и поносом, который может длиться во все время высыпания и носит характер энтероколита. Учитывая это осложнение кори, нельзя давать коревым больным слабительных с целью очищения кишечника, чтобы не вызвать неукротимого поноса, который может оказаться смертельным, 4% умирающих от кори относится к острому катару кишок.

Корь понижает иммунитет к туберкулезу различных форм. Иногда через 1—3 месяца после перенесенной кори ребенок погибает от туберкулезного менингита.

Лечение кори симптоматическое, при ее осложнении пневмонией применяется специфическая терапия. В случае осложнения номой весьма полезно внутривенное введение неосальварсана. Профилактика кори за последние годы сделала большие успехи. Ребенку вводят внутримышечно 2—6 см³ сыворотки реконвалесцентов или 60—40 см³ сыворотки взрослых. После седьмого дня контакта с больным серо-профилактика недействительна. Невосприимчивость к кори после введения сыворотки продолжается до 1 месяца, а затем при повторном контакте нужно снова ввести сыворотку.

СКАРЛАТИНА

Скарлатина — весьма распространенное инфекционное заболевание, иногда протекающее в тяжелой форме и дающее большую смертность. В настоящее время скарлатина нередко протекает в более слабой форме. Восприимчивость людей к скарлатине довольно значительная — от 40 до 60 %. С возрастом она уменьшается, хотя нередки случаи заболевания ею пожилых людей. Возбудитель скарлатины неизвестен. По мнению одних авторов это стрептококк, согласно другим — фильтрующийся вирус, стрептококк же считается возбудителем ряда осложнений скарлатины.

Распространение скарлатины происходит капельным путем, причем заражение вследствие прямого контакта повидному преобладает. В связи со стойкостью скарлатинозного возбудителя считается, что скарлатина может передаваться и путем непрямого контакта — через третьих лиц и через всевозможные предметы, находившиеся в соприкосновении с больным.

Свыше 60 % смертности при скарлатине приходится на возраст от 1 до 4 лет, тогда как заболеваемость в этом возрасте составляет около 40 % всех заболевших скарлатиной. Наибольшая же смертность в возрасте до одного года. Инкубационный период скарлатины — от 1 до 12 дней, чаще всего 4—6 дней. В редких случаях инкубационный период может продолжаться 20 дней. Течение и смертность от скарлатины зависят от формы этой болезни. Различают токсически-анергическую и токсически-реактивную формы скарлатины. Токсически-анергическая в свою очередь распадается на три формы — паренхиматозную, экламптическую и молниеносную. Эти формы скарлатины, наиболее тяжелые, дают большую смертность.

Скарлатина начинается повышением температуры, болями при глотании, головной болью, общим недомоганием. В начале заболевания обычно наблюдается рвота. Рвота бывает однократной или непрерывной. Чем выше температура и чаще рвота в начале заболевания, тем тяжелее форма скарлатины и хуже прогноз. Пульс при скарлатине сильно учащен.

Ангина является важнейшим симптомом скарлатины. Возможна скарлатина без сыпи, а также и одна скарлатинозная ангина, но не бывает скарлатины без ангины. Скарлатинозная сыпь обычно появляется в течение первых суток заболевания, но нередки случаи скарлатины без сыпи. Обычно эти формы скарлатины протекают легко. Скарлатинозная ангина сопровождается лимфаденитом. Чаще лимфаденит двусторонний, но на одной стороне железы обычно увеличены сильнее, чем на другой. Железы плотны на ощупь и болезненны. Характер лимфаденита при скарлатине может служить диагностическим признаком, особенно в случаях скарлатины без сыпи, или когда сыпь уже исчезла (до осмотра больного врачом). Язык у скарлатинозного больного в первый день заболевания покрывается белым налетом. На четвертые сутки язык начинает очищаться и принимает характерный малиновый цвет.

Легкая форма скарлатины (токсически-реактивная) протекает благоприятно и на 5—6-й день заканчивается понижением температуры до нормы. Скарлатина может осложниться воспалением среднего уха, это наблюдается в 5—6% всех случаев скарлатины. Осложнение скарлатины первичным нагноительным лимфаденитом развивается обычно между 7-м и 10-м днями заболевания. Когда железы начинают спаяваться с глубоким и поверхностным листками фасции, и появляется флюктуация железы, — необходимо вскрытие. Другое осложнение — синовит — захватывает мелкие суставы (пальцев, кистей рук, лучезапястные и голеностопные). Пораженные суставы припухают, кожа на них гиперемирована. Осложнение скарлатины синовитом обычно сопровождается повышением температуры. Течение обычно благоприятное.

Сердечно-сосудистая система также страдает при скарлатине в зависимости от тяжести инфекции. Уже начиная с 4-го дня болезни наблюдается интерстициальный миокардит, который может пройти бесследно. В более тяжелых случаях бывают расстройства сердечной деятельности. Между 17—23-м днями заболевания скарлатина может осложниться вторичным лимфаденитом и скарлатинозным нефритом. Нефрит — тяжелое осложнение. Частота его при различных эпидемиях скарлатины от 5 до 10%, тяжесть течения при этом не одинаковая.

Диета скарлатинозного больного преимущественно молочно-растительная. При нормальной температуре можно давать ему рыбу, а также белое мясо. Необходимо, чтобы больной получал достаточно калорийную и богатую витаминами пищу.

При легких формах скарлатины нужно симптоматическое лечение, тяжелые формы требуют специфического лечения.

В тяжелых случаях скарлатины рекомендуется внутримышечное введение сыворотки реконвалесцентов. За неимением сыворотки можно ввести 40—50 см³ крови (цельной или дефибрированной) родителей, но результаты менее надежны.

Антитоксическая противоскарлатинозная сыворотка с большим успехом применяется при тяжелых формах скарлатины. Доза 15.000—20.000 АЕ. При стрептококковых осложнениях скарлатины (лимфаденит, отит и т. д.) применяется стрептоцид, который в ряде случаев дает хороший эффект.

Чтобы предотвратить распространение скарлатины, проводят санитарные мероприятия по известной схеме — изоляцию больных на срок в 35—40 дней от начала заболевания. Детей, не болевших скарлатиной, но бывших в контакте с больным, изолируют на 12 суток. Необходима строгая дезинфекция (газовая формалиновая). Активно иммунизируются дети, положительно реагировавшие по Дику (противоскарлатинозные прививки согласно инструкции Наркомздрава)

ОБ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Одной из важных проблем нашей практической медицины является онкологическая помощь. На данном этапе войны, когда партия и правительство проводят мероприятия по улучшению медицинского обслуживания, — помощь онкологическим больным приобретает особое значение.

Наркомздравом СССР решено восстановить все онкологические институты и учреждения и привести онкологическую коечную сеть к довоенному уровню, а приказ № 42 от 15 января 1944 г. обязывает развернуть онкологические стационары в областных и крупных городах на основе больниц.

По инициативе НКЗ РСФСР и Центрального Онкологического Института в июне 1944 года в Москве было созвано совещание онкологов, посвященное организационным мероприятиям по борьбе против раковых заболеваний, диагностике, течению и лечению рака.

Поныне еще смертность от рака остается высокой. Причины этого — запоздалость диагностики и обращаемости больных. Иногда ранняя диагностика затруднительна, например, желудочного рака, который, по разным авторам, составляет 38—43 % числа всех раковых заболеваний, а в ряде случаев медицинские работники рака даже не подозревают и не применяют, например, такого простейшего способа распознавания, как пальцевое обследование больного при заблаговременном приёме прямой кишки, и принимают рак за геморрой, вследствие чего заболевание запускается и становится неоперабельным.

В настоящее время советская медицина разрабатывает вопросы ранней диагностики рака; в частности проф. Медведева (член-корреспондент Укр. Академии Наук) ранним признаком рака считает дезоксидативную карбонурю. Способ диагностики основан на соотношении в моче углерода и азота. В норме оно выражается, примерно, как 10:12 или близко к 1. При раке углерод преобладает, так как реакция расщепления тогда в 4—5 раз больше, чем реакция окисления. Это выясняется раньше клинического проявления рака. Способ этот очень сложен, требует особой аппаратуры и пока, к сожалению,

будет уделом лишь крупных лабораторий. То же нужно сказать и о метагенетическом методе, основанном на изучении кривой крови больного раком.

Таким образом, в познании ракового заболевания, для большинства медицинских работников остаются практические способы, основанные на субъективных жалобах, объективном исследовании, посредством лабораторных и рентгенологических методов, как дополняющих диагноз, а в ряде случаев диагноз устанавливается только рентгенологически, как, например, при раке легкого. В условиях участка, района даже рентгенологическое исследование не всегда доступно.

Работники медпунктов, амбулаторий, поликлиник, принимая больных, при неясных жалобах должны чаще думать о раке, а при подозрении на рак посылать такого больного на консультацию к специалисту. Лучше и правильнее будет, если на консультацию станут посылать больных в 10—15 раз больше, — этим будет спасена лишняя жизнь.

Врачи амбулаторий, поликлиник, больниц, средние медработники участка должны знать важнейшие локализации рака и важнейшие клинические данные.

Кратко укажем на них:

1. **Ножный рак** бывает на лице, близ угла нижнего века, в носогубной складке, спинке носа, на коже лба и реже — на коже спины. Начинается с плотного бугорка, который медленно и постепенно растет, изъязвляется, покрывается корочкой, язва увеличивается в размерах. На конечностях рак возникает на месте старых рубцов, на месте рубцов от волчанки. Течение медленное, безболезненное, больные на него мало обращают внимания, лечатся чем попало, и это приводит только к увеличению раковой язвы.

2. **Рак губы** — чаще нижней и примерно в 10 раз чаще у мужчин. Упорно не заживающая язвочка или трещина начинает увеличиваться, проникает в толщу губы, разрушает слизистую. В запущенных случаях переходит на челюсть. Лимфатические подчелюстные узлы увеличены.

3. **Рак языка.** Вначале — небольшая язвочка или трещина, упорно не заживающая, очень болезненная. Увеличивается в размерах, становится плотной. С развитием рака вовлекаются в процесс и лимфатические узлы, увеличиваются, становятся плотными и неподвижными.

4. **Рак пищевода** — неприятное ощущение и затруднение при глотании твердой пищи, иногда боль при глотании. Явления нарастают, проходит только полужидкая пища, затем — только жидкая, и, наконец, образуется полная непроходимость.

5. **Рак желудка** — самая частая форма заболевания раком — чаще поражает мужчин. Начальные проявления — легкие диспептические

нарушения, часто смешиваются с катаром желудка. Упадок сил, похудение. Не резко выраженная анемия. В дальнейшем диспептические явления нарастают, появляются тошнота, рвота, потеря аппетита, отвращение к пище, отрыжка тухлым. Нарастает кахексия. Боли под ложечкой. Прощупывается опухоль. Помнить, что иногда в случаях рака бывают лишь жалобы общего порядка: утомляемость, слабость, сонливость и т. п. Длительно болеющий гастритик, язвенник, ахилик с настоящими диспептическими жалобами всегда подлежит направлению на консультацию.

6. Рак кишечника. Колкообразные боли, быстро проходящие. С ростом опухоли — вздутие кишечника, урчание, переливание, нарастание картины непроходимости. Метастазы в лимфатические узлы.

7. Рак прямой кишки. Запоры, периодически сменяющиеся поносами с примесью крови, слизи в испражнениях, боли. Пальцевым исследованием определяется опухоль, а затем увеличение лимфатических паховых узлов.

8. Рак гортани начинается с появления чувства неловкости, неприятных ощущений в гортани. Охриплость голоса, переходящая в хрипоту. Затрудненное дыхание и одышка, с развитием опухоли нарастающие. Возраст этих больных обычно пожилой, но изредка рак гортани наблюдается и в 35—40 лет.

9. Рак легкого. Кашель, иногда с примесью крови в мокроте, часто нормальная температура. Упадок сил, слабость. Заболевают чаще после 50 лет. При развитии опухоли нарастание клинических симптомов, не поддающихся терапевтическому воздействию. Рентгеновское исследование в большинстве случаев дает положительный диагноз. Дальнейшее течение рака может осложниться пневмонией, плевритом, что затрудняет прижизненный диагноз.

10. Рак грудной железы. Вначале больной сам обнаруживает у себя небольшой, твердый, пока безболезненный узелок, в толще железы. Постепенно этот узелок-опухоль увеличивается, сосок втягивается, железа меняет свою форму, но опухоль подвижна. Подмышечные лимфатические узлы плотны, увеличены. Со временем опухоль захватывает всю железу, подлежащие мышцы и кожу грудной клетки. Метастазы прорастают в подключичные и надключичные железы. В запущенных случаях происходят изъязвление опухоли, кровотечение, отдаленные метастазы.

11. Рак матки — наиболее частая форма рака у женщин. Появление кровянистых выделений вне месячных, или в стадии климактерия, обильные бели. При осмотре обнаруживается поражение шейки матки в форме язвы. Дальше, как правило, захватывается в процесс параметральная клетчатка, раковый процесс по ходу цервикального канала поражает тело матки, лимфатические узлы. Оттуда рак пере-

ходят на мочевой пузырь или на прямую кишку, или на наружные половые органы. Рак матки может быть и в более молодом возрасте, 28—30 лет.

12. Рак почки. Появление опухоли, которая растет. Наличие крови в моче, иногда определяемая макроскопически гематурия. На ощупь — опухоль в области почки. Размер и подвижность опухоли определяются в зависимости от времени обращения больного.

13. Рак мочевого пузыря. Кровь в моче, без болей. Повторение кровотечения без особого повода. Моча вскоре становится мутной вследствие язвенного распада ткани. Расстройство мочеиспускания. Боли.

14. Рак простаты. Боли, отдающие в промежность, мочеиспускательный канал, седалищный нерв. Затрудненное мочеиспускание, иногда недержание мочи, гематурия. При пальпации железа бугристая, плотная и болезненная.

15. Рак пениса — в виде раковой язвы, или узловатой раковой опухоли, по форме напоминающей цветную капусту. Часто сопровождается фимозом. При фимозе в пожилом возрасте и зловонных выделениях из отверстий крайней плоти надо предположить рак. При раке метастазы в паховые лимфатические узлы появляются сравнительно рано.

Из всех локализаций, как показывает анализ хирургического материала Вологодской городской больницы за 12 лет, из 572 случаев хирургически оперированного рака (без гинекологического рака) на первом месте стоит рак желудка: 206 случаев или 36%; по данным других статистик, как уже указано выше, раку желудка принадлежит 38—40%.

Второе место занимает рак нижней губы (181 случай или 31,6%).

Третье место — грудная железа (83 случая или 14,5%).

Четвертое — кожный рак (41 случай или 7,1%).

Пятое — прямая кишка (17 случаев или 3%).

Остальные органы поражаются реже. Эти данные примерно соответствуют литературным данным.

Способы лечения рака теперь в основном те же, которые были известны несколько лет назад: хирургический, консервативно-лучевой, лечение лучами Рентгена или радия и комбинированный, когда после удаления опухоли облучают лучами Рентгена, или лечение лучами предшествует оперативному.

В зависимости от локализации рака приведем способы лечения.

1. Рак кожи — широкое иссечение раковой язвы, но лечение лучами Рентгена лучше как в косметическом отношении, так и по отдаленным результатам.

2. Рак нижней губы — оперативное широкое иссечение раковой язвы в пределах здоровой ткани с обязательным вылушением подчелюстных, слюнных желез и лимфатических узлов.

Совсем неправильно иссекать только поверхностно язву губы, оставляя железы: это повлечет повторную, более сложную и тяжелую операцию, а иногда и непоправимые последствия. Приведем несколько примеров.

1. Больной О., 55 лет. Операция по поводу рака нижней губы — только поверхностное иссечение язвы. Рецидив через 2 недели, подчелюстные железы увеличены. Потребовалось широкое иссечение нижней губы с вылушением подчелюстных желез.

2. Больной Ф., 56 лет. Операция ограничилась иссечением раковой язвы. Рецидив через 1,5 месяца. Потребовалось то же, что и в первом случае.

3. Больной С., 70 лет. Операция, сделанная 2 года назад, — только иссечение язвы. Через год пораженные раком железы вызвали разрушение нижней челюсти. Потребовались перевязка наружной сонной артерии и широкая резекция нижней челюсти.

Приведенные случаи убеждают, насколько важно радикально оперировать рак нижней губы. Послеоперационное лечение лучами Рентгена улучшает результаты.

3. Рак языка — резекция языка с вылушением регионарных желез. Лучшие результаты получаются от комбинированного лечения — радио-хирургического.

4. Рак пищевода — самая неблагоприятная локализация раковой опухоли в отношении того или иного способа лечения. В ряде случаев приходится ограничиваться только консервативной лекарственной терапией (наркотики) или применить при полной непроходимости пищевода наложение желудочного свища.

Но лауреатом Сталинской премии проф. А. Г. Саввинных (Томск) открыт новый путь в хирургии пищевода: полное удаление и восстановление пищевода грудного отдела через средостение, что автор блестяще и выполняет. Возможно, в недалеком будущем эта операция будет постоянным более широких кругов хирургов.

5. Рак желудка — только резекция желудка, тотальная или частичная, в зависимости как от локализации опухоли, так и подготовленности оператора.

К сожалению, как показывает анализ нашего материала, — диагностика рака желудка крайне запаздывает: на 206 случаев операций по поводу рака — резекции составляют только 28%, желудочно-кишечный анастомоз 26% и пробные лапаротомии. в силу запущенности случая, 46%.

6. Рак кишок — только оперативное лечение.

7. Раk прямой кишки — оперативное лечение и в комбинации с радиотерапией.

8. Раk легкого — говоря вполне объективно — в наших условиях — консервативно-симптоматическая терапия. В ранних стадиях может быть рекомендована рентгенотерапия.

9. Раk грудной железы — ампутация ее с обязательным вылучением подмышечных желез, с послеоперационной рентгенотерапией. В сильно запущенных случаях — консервативно-медикаментозное лечение.

10. Гинекологический раk — операционное, оперативно-лучевое. При раке шейки матки хорошие результаты дает радиотерапия. Все зависит от распространенности процесса.

11. Злокачественные опухоли почки (раk, саркома и гипернефрома) — только своевременная хирургическая экстирпация пораженной почки.

12. Раk мочевого пузыря — лечение хирургическое, в зависимости от степени распространения: частичная резекция стенки пузыря, предварительная пересадка мочеточников в кишку с последующей тотальной экстирпацией пузыря. Применима и лучевая терапия.

13. Раk пениса — ампутация, с вылучением пораженных регионарных желез и последующим облучением рентгеновыми лучами.

14. Раk гортани — наилучшие результаты дает радиотерапия.

Таким образом, исход лечения ракового заболевания зависит от того, 1) своевременно ли поставлен диагноз, и 2) своевременно ли обратился больной за помощью.

Первое условие решается нашим знанием начальных симптомов и проявлений рака того или иного органа.

Второе условие достигается повышением обращаемости к врачам больных с начальными проявлениями рака или подозрительными на раk процессами. Население должно быть широко осведомлено об основных признаках раковых болезней. Здесь санитарная пропаганда в форме бесед, лекций, выступлений по радио, популярных статей в местных газетах имеет огромное значение.

Очередные задачи в борьбе против рака в настоящее время таковы:

1. Вся медицинская общественность — врачи участков, амбулаторий, поликлиник и больниц, фельдшера, медсестры, независимо от их специальности, — должна быть вовлечена в противораковую борьбу.

2. С целью ранней диагностики вся лечебная сеть обязана повышать свои знания о раковой болезни.

3. Срочно направлять для госпитализации и оперативного лечения курабельных больных.

4. Держать на особом учете больных, подозрительных на раk или с предраковым заболеванием (ахилики, язвенники, с эрозиями шейки матки и т. д.).

5. Во много раз увеличить направление больных на консультации к специалистам.

6. Усилить среди населения санитарное оповещение о признаках рака и этим повысить раннюю обращаемость больных.

7. Со стороны органов здравоохранения должно быть проявлено больше внимания к этой работе и осуществлены надлежащие мероприятия: организация на первых порах онкопунктов в областном центре (г. Вологда), а в дальнейшем — организация таких пунктов в крупных межрайонных центрах (гг. Череповец, Великий-Устюг, Белозерск, Сокол и др.).

ВНЕАППАРАТНАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ В СЕЛЬСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Колхозное крестьянство, в дни Отечественной войны с немецкими захватчиками, с честью выполняет перед страной, перед Красной Армией свои обязательства и в праве получать квалифицированную медицинскую помощь. Значительная часть инвалидов Отечественной войны также зачастую продолжает лечение в сельских больницах и амбулаториях, где сейчас вводятся методы, направленные к восстановлению трудоспособности и боеспособности этих инвалидов.

В числе способов лечения на первом плане стоит внеаппаратная физиотерапия: торфо-глино-грязелечение, парафинотерапия, солнцелечение и врачебный массаж.

Наиболее доступно в сельских условиях лечение торфом. Запасы его только в одной Европейской части СССР превышают тридцать миллиардов тонн. Торфолечение может и должно получить самое широкое распространение.

В местах с не зараженной почвой надо брать торф пресноводных болот в его естественном виде, сырец, не содержащий остатков растений, по виду и цвету похожий на чернозем. Торф, хорошо разложившийся, будучи сжат в руке, обычно не выделяет воды и проскальзывает между пальцами, сильно пачкая руки. Торф с растительными остатками, рыжий, при сжатии выделяющий много почти не окрашенной воды, для лечения не пригоден, как мало разложившийся.

За неимением поблизости торфяных болот, пригоден для лечения фрезерный торф, используемый на предприятиях как топливо. Отличительное физическое свойство торфа — малая теплопроводность, вязкость, пластичность. Действующие начала при лечении торфом — температурное, химическое и механическое (давление, раздражение от мельчайшими частицами торфа).

Добытый на болоте торф-сырец 2—3 дня там же подсушивается, после чего можно его перевезти по назначению. Перед нагреванием его нужно раздробить, просеять через мелкое сито, чтобы вся масса была однородной (оставшийся камешек в дальнейшем может стать причиной ожога).

Очищенный от посторонних примесей торф смешивают с водой до консистенции густой сметаны. Хорошо промешав, его нагревают до 55—60°, проще всего, в лоханях из оцинкованного или простого железа прямо на плите. Чтобы торф не пригорал, нужно при нагреве хорошо промешивать его деревянной лопаткой. Лучше всего нагревать торф по принципу «водяной бани»: кастрюлю с торфом поместить в кастрюлю с водой, нагреваемой на плите. Можно использовать для нагрева кухонный эмалированный котел, на небольшом расстоянии от дна которого вложить деревянную решетку и на нее ставить ведра с торфом. Подогревая воду в котле, быстро нагревают и торф. Котел нужно покрывать деревянной крышкой.

Торф применяется в виде аппликаций, им обмазывают все тело больного, лежащего на койке или на кушетке, обитой клеенкой, оставляя открытой грудь; полуаппликаций — на живот, таз, ноги; местных частичных аппликаций на различные участки тела — поясницу, суставы и т. п.

Чаще всего приходится пользоваться частичными — местными аппликациями. Методика их применения весьма проста: клеенку медицинскую или столовую, размером соответственно больному участку тела, покрывают полотном несколько меньшего размера, на полотно кладут нагретый торф слоем в 4—5 см и на него назначенную к воздействию конечность, либо ее часть, после чего она обертывается рапыше полотном, затем клеенкой, а поверх всего — суконным или же шерстяным одеялом. Общие аппликации отпускаются через день, с температурой 40—46°, продолжительностью 10—20 минут; полуаппликации 40—50° в течение 10—20 минут, через день, частичные 40—55° по 15—30 минут; сеансы через день, или два дня под ряд и день отдыха. Курс лечения: общих аппликаций и полуаппликаций 12—15, частичных 15—25.

Показания к торфолечению: нестойкие контрактуры, фиброзные анкилозы, тугоподвижность суставов, костные переломы, гемартрозы, травматические артриты, бурситы, синовиты (по миновании острых явлений), вытекшие раны без осложнений при наличии бледных, вялых грануляций, задержка эпителизации, раны с осложнениями в виде свищей и язв с затянувшимся течением при наличии медленно рассасывающихся гематом, субхронических или хронических флебитов, хронический огнестрельный остеомиелит, рубцы, ограничивающие функцию, остаточные явления после воспалительных процессов в брюшной полости, после обморожения и ожогов, травматические поражения периферической нервной системы, подострые и хронические заболевания суставов различной этиологии, невралгии, невриты, невромиозиты, полиневриты, плекситы, радикулиты и т. д.

Противопоказания: острые воспалительные процессы, злокачественное малокровие, инфекционные заболевания, наличие анаэробной инфекции, повторные кровотечения различного происхождения, некомпенсированный туберкулез легких, нефриты и нефрозы, органические заболевания центральной нервной системы, психические заболевания, резкое истощение, новообразования и т. п.

Лечение иловыми грязями значительно сложнее, нежели торфолечение. Иловую грязь доставляют с грязевых озер в бочках и либо в этих бочках оставляют, либо из бочек выгружают в специальные ящики или в бассейны.

Во избежание окисления и усыхания, иловую грязь нужно заливать 5% раствором поваренной соли. Грязь должна иметь удельный вес 1,35—1,60. Грязь с очень низким удельным весом расползается, растекается—такая грязь не пригодна для аппликаций; грязь с чрезмерно высоким удельным весом также не годится для аппликаций, так как обладает пониженной липкостью и плохо пристает к коже, что ослабляет действие на кожу содержащихся в грязи химических ингредиентов. Показания к применению иловой грязи, способы ее нагрева и методика применения — те же, что и для торфа.

Из методов внеаппаратной физиотерапии большого внимания заслуживает глинолечение. Для этого наиболее пригодны жирные и пластичные сорта серой или красной глины. Перед употреблением нужно просеять сухую глину через сито с отверстиями в 2—3 мм, что очищает ее от посторонних примесей, разрыхляет и подготавливает к лучшему замешиванию водой. Просеянную глину разводят водой до консистенции жидкого киселя (для ванночек) или более густой пластичной массы, пригодной для отпуска аппликаций. Необходимо, чтобы полученная масса была однородной, без комков и сгустков. Способы нагрева глины такие же, как и для торфа. Лечение глиной воспалительно-травматических поражений и их последствий лучше проводить по методу аппликаций, которые организм переносит легче, чем глинистые ванны.

Аппликации из глины с температурой 44—46° делятся 15—20 минут. Сеансы через день или два под ряд, день отдыха. Курс лечения состоит обычно из 12—16 аппликаций. Местные ванны из глины отпускают в специально сконструированных для этого деревянных ящиках. Начиная с 38°, в процессе лечения постепенно повышают температуру до 42—46°. Курс лечения 10—12 ванночек. Показания для применения глинолечения: воспалительные и травматические процессы подострого или хронического характера, сопровождающиеся ограничением подвижности и выпотом; тугоподвижность суставов; контрактуры (нестойкие). Фиброзные анкилозы, вяло заживающие раны, переломы, не-

артриты, невралгии, миозиты и т. д. Противопоказания те же, что и для торфа и грязелечения, в особенности болезни сердечнососудистой системы (миокардит, пороки сердца, артериосклероз), ангионевроз, гипертрихозы, туберкулез.

Использованная глина (как и торф), в отличие от грязи, регенерированию не подлежит и после употребления выбрасывается.

К группе пелоидов, применяемых для лечения военно-травматических поражений и различных заболеваний, относится также и парафин. Лечение парафином весьма эффективно и доступно. Для лечения применяют белый парафин с точкой плавления $52-55^{\circ}$ (парафин с температурой плавления $44-48^{\circ}$ менее пригоден). Нагревают парафин по принципу «водяной бани», расплавляя его до $55-60^{\circ}$. Расплавленный парафин наносят на участок тела, подлежащий лечению, малярной мягкой кистью, по возможности быстро и равномерно. В результате образуется слой парафина в $0,5-1$ см. Затем этот участок тела обертывают парафиновой или газетной бумагой, вощанкой или клеенкой, а сверху — шерстяным одеялом. Можно поверх первоначального слоя парафина накладывать тонкий слой ваты, который покрывается вновь слоем парафина. Поверх второго слоя парафина кладут еще слой ваты, который забинтовывают фланелевым или марлевым бинтом. Получается парафиновый компресс, который долго (до 12 часов и более) поддерживает высокую температуру. При проведении парафинотерапии ран, язв, заполняют стерильным белым парафином рану путем наложения стерильных марлевых салфеток (сложенных в несколько слоев), пропитанных парафином.

Температура парафина при лечении ран, язв $60-70^{\circ}$. Поверх марлевых салфеток кладут обычную асептическую повязку. Можно применить более простой способ: стерильный парафин, остуженный до $60-70^{\circ}$, налить из баночки или стерильной ложечкой на рану, заполнить парафином всю полость раны до краев. Поверх накладывают асептическую повязку. Обычно парафиновые повязки меняют ежедневно или через день. По нашим наблюдениям, более редкая (один раз в 5-7 дней) смена парафиновой повязки — экономный метод лечения, дающий к тому же лучший терапевтический эффект.

Курс парафиновых аппликаций — от 5 до 25 сеансов в зависимости от данного случая. Парафиновые аппликации начинают с $53-54^{\circ}$ и, постепенно повышая температуру на $1-2^{\circ}$, доводят ее до 60° . Курс лечения парафиновыми повязками зависит от состояния раны: 3-5-10 и более сеансов. Показания к парафинотерапии: травматические повреждения органов движения и опоры (дисторсии, ушибы, разрывы связок, последствия переломов и трещин, анкилозы, контрактуры), подострые и хронические артриты, бурситы, послеоперационные ин-

фильтраты. Рубцы, ограничивающие функции (после ожогов, флегмон и т. д.), вяло гранулирующие раны, ожоги, последствия отморожений, тромбофлебиты (не в остром периоде), хронический огнестрельный остеомиелит, травматический периостит, невриты, невралгии, заболевания суставов ревматического и инфекционного происхождения.

Противопоказания: склонность к кровотечениям, новообразования, острые воспалительные и аллергические заболевания суставов, туберкулез суставов и прочие заболевания, где противопоказана термотерапия.

О РАБОТЕ ВТЭК В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Работа врачебно-трудовых экспертных комиссий в условиях военного времени, когда идет борьба за сохранение рабочих кадров и рациональное их использование, и за сохранение остаточной трудоспособности лиц, частично утративших таковую (инвалиды III группы и часть II), является исключительно важной и ответственной. В связи с этим, Совет Народных Комиссаров СССР 5 декабря 1942 г. утвердил положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях, работа которых должна протекать на базе поликлиник и амбулаторий с предоставлением последними помещения и оборудования для ВТЭК и с закреплением на работе ВТЭК постоянных врачей. До войны было по области около 30 ВТЭК, в настоящее время их имеется 15, кроме госпитальных. Комплекуются ВТЭК врачами гор-и райздоров на местах. Месячное число комиссий в зависимости от величины района — от 3 до 15 в месяц, ежедневные заседания происходят только в Вологодской городской ВТЭК, выполняющей одновременно и функции областной. Работа ВТЭК может быть успешной и с честью выполняться только в том случае, если все врачи, как работающие во ВТЭК, так и не работающие, поймут всю серьезность положения и отнесутся к выполнению своих обязанностей к части трудовой экспертизы с полным сознанием своей ответственности. Особенность работы ВТЭК заключается в том, что трудоспособность того или другого лица определяется не только в зависимости от того или иного заболевания или повреждения, но и, главным образом, в какой степени имеющееся заболевание или повреждение влияет на снижение трудоспособности, а, следовательно, и заработка свидетелюемого, при чем учитываются профессия и квалификация.

Например, лица, выполняющие канцелярский, административно-хозяйственный и иные виды легкого труда, при ряде хирургических дефектов и заболеваниях внутренних органов — группы инвалидности могут и не получить, так как эти заболевания или повреждения не мешают им продолжать работу по занимаемой должности и не снижают заработка. Тогда как при тех же заболеваниях и повреждениях лица, несущие тяжелый физический труд — землекопы, плотники, кузнецы и пр. —

будут проходить по III группе инвалидности. Поскольку эти заболевания снижают их трудоспособность, а, следовательно, и заработок. В положении о трудовых экспертных комиссиях точно указано, кто может быть направлен на ВТЭК, при каких показаниях и с какими документами. Между тем, нередко направляются лица, своевременно не обследованные, с краткими диагнозами — миокардит, туберкулез легких и пр. для перевода на инвалидность. Существует и другая вредная тенденция у некоторых врачей — поскорее снять с больничного листа и перевести на инвалидность того или другого больного, нередко под предлогом как часто болеющего, хотя полученные больным в течение года 3—4 больничных листа с недолгим пребыванием на бюллетене по самым разнообразным заболеваниям ни в какой степени не служат уважительным мотивом для направления на ВТЭК.

И если с подобным положением и в мирное время органы Сосбеса вели борьбу, то в условиях военного времени оно подавно является преступлением перед государством. Когда обстановка страны требует максимального напряжения от всех трудящихся тыла, каждая рабочая единица исключительно ценна, и выводить ее из рабочего строя, не использовав всех имеющихся в нашем распоряжении лечебно-профилактических мероприятий, преступно. Существует у некоторых врачей-лечебников мнение, будто они должны лечить, а ВТЭК — переводить на инвалидность. Такое мнение совершенно неверно и не соответствует практике и положению вещей. Государство возложило на органы здравоохранения и социального обеспечения большую и ответственную задачу охраны здоровья трудящихся и социального обеспечения их на случай болезни и инвалидности. Первую задачу выполняют врачи в своей повседневной работе, освобождая по больничному листу временно нетрудоспособных. Это есть не что иное, как та же трудовая экспертиза, только по временной нетрудоспособности (единолично врачом освобождаются до 10 дней и по ВКК до 2 месяцев). После этого больного направляют на ВТЭК для дальнейшего освобождения, если есть надежда на выздоровление, или для перевода на инвалидность.

При настоящих условиях надо всячески стремиться сохранить работника на производстве, а если и перевести на инвалидность, то по возможности с III группой, сохранив его как рабочую единицу, хотя и с пониженной трудоспособностью. И те и другие врачи ведут работу в одном направлении: одни — по линии отделов здравоохранения, другие — по линии социального обеспечения, стремясь к одной цели.

Следовательно, в конечном счете сохранение и рациональное использование рабочих кадров является делом чести работников здравоохранения и социального обеспечения. Таково требование момента и так должно быть.

Как же обстоит дело в действительности?

К сожалению, не соблюдается циркулярное письмо НКЗ и НКСС от 10 августа 1940 года о направлении на ВТЭК. 10% всех освидетельствованных инвалидности не получает, что составляет по Республике 100 000 человек, теряющих бесцельно время и загружающих комиссии (см. циркулярное письмо НКЗ и НКСС от 10 августа 1940 года).

Освидетельствование инвалидов Отечественной войны проводится преимущественно госпитальными ВТЭК, и некоторая часть оформляется заочно по актам. Затруднение встречается при установлении связи заболевания с прохождением военной службы. По положению ВТЭК в этих случаях должна руководствоваться постановлениями военноврачебных комиссий, каковые в свидетельстве о болезни должны отмечать — находится ли данное заболевание в связи с прохождением военной службы или нет. К сожалению, очень часто в свидетельстве о болезни этот пункт не заполняется и никаких отметок не делается.

При освидетельствовании лиц, уволенных из РККА после кратковременного пребывания и страдающих хроническими заболеваниями и возрастными изменениями, группы инвалидности не определяется, если они были до призыва в РККА заняты сельским хозяйством или другим видом труда, и не теряют квалификации.

В текущем году, в связи с призывом в армию лиц пожилых частей из них военноврачебными комиссиями признана негодными к военной службе, негодными к физическому труду с откомандированием их на работу в промышленность (см. циркуляр № 02-8/102 НКЗ и НКСС и нач. Главного военносанитарного управления от 20 июля 1943 года). Они считаются военнообязанными, но не военнослужащими и пользуются наравне со служащими и рабочими всеми видами социального страхования. Лица, направленные на работы, но не могущие по состоянию здоровья выполнять этой работы, на основании циркуляра НКЗ и НКСС № 01-25/35 от 19 октября 1942 года подлежат освидетельствованию в таком порядке: обращаются через лечащих в ВЕК, которая и решает вопрос о том, на какой работе может быть использован свидетельствуемый. Если состояние свидетельствуемого таково, что он не может выполнять никакой работы и подходит ко II или I группе инвалидности, ВЕК направляет его на ВТЭК, как единственно полномочной для юридического оформления группы инвалидности, согласно разъяснению НКСС от 18 февраля 1942 года № 1-12.

Разумеется, вся эта работа должна протекать в тесном контакте лечащих в ВЕК и ВТЭК именно на базе амбулаторий и поликлиник, как было указано выше правительственным распоряжением от 5 декабря 1942 года.

Предоставляя ВТЭК большие права (постановление ВТЭК обязательно для администрации всех учреждений и предприятий, согласно постановлению Секретариата ВЦСПС от 7 декабря 1933 г., см. бюллетень ВЦСПС 1934 года № 1-2), государство возложило на него большую ответственность. Чтобы с успехом выполнить в условиях военного времени сложную задачу рационального использования трудовых резервов с ограниченной трудоспособностью и максимально сохранить рабочие кадры,—врач трудовой экспертизы должен обладать многими качествами, а именно: широкими познаниями в медицине, практическим опытом в самой экспертизе, знакомством с техническими особенностями того или другого производства и профессий, внимательностью, объективностью и беспристрастием. Врач-эксперт должен уметь наблюдать, подмечать в больном те или другие особенности, кажущиеся иногда незначительными, но могущие в конечном счете при решении вопроса о трудоспособности принести существенную помощь. Только при согласованной совместной и дружной работе ВТЭК и лечебных учреждений может быть с честью выполнена сложная, ответственная и, вместе с тем, почетная задача сохранения и правильного, рационального использования трудящихся тыла для укрепления фронта и помощи нашей родной и славной Красной Армии.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

От редактора	3
Письмо товарищу Сталину И. В.	5
Решение съезда сельских медицинских работников Вологодской области 6 июля 1944 г.	7
Решение Исполнительного Комитета Вологодского Совета депутатов трудящихся 3 августа 1944 г.	12
Приказ Народного Комиссара Здравоохранения РСФСР 31 марта 1944 г.	1
Инструкция о работе районных больниц по руководству лечебной работой сельских врачебных участков и фельдшерских пунктов	26
Проф. М. И. Куслик. Лечение последствий ранений опорнодвигательного аппарата в условиях сельской местности	28
Проф. С. Н. Давиденко. Современное положение вопроса о неврозах	36
Проф. М. Я. Арьев. Воспаление легких	50
О. С. Казарновская. Раннее выявление туберкулеза легких у взрослых	53
Г. С. Брансдорф. Клиника, диагностика и лечение сифилиса	70
Е. В. Александрович. Гнойноязвенные поражения роговой оболочки глаза и их лечение	83
Э. А. Зубер. Клиника, диагностика и лечение малярии	91
Э. А. Зубер. Коклюш	96
Э. А. Зубер. Корь	98
Э. А. Зубер. Скарлатина	100
П. И. Торгованов. Об онкологической помощи	103
И. Б. Рывлин. Внеаппаратная физиотерапия в сельской больнице	110
П. А. Перов. О работе ВТЭК в условиях военного времени . . .	115