

508283

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ
ИНСТИТУТ НАРКОМЗДРАВА УКРАИНЫ в г. ОДЕССЕ

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ
ВОПРОСЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

21.11
132

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ
ИНСТИТУТ НАРКОМЗДРАВА УКРАИНЫ в г. ОДЕССЕ

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

СБОРНИК РАБОТ

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ
Я. И. РОЗЕНБЛИТА
Д. Л. МЕЕРСОНА и
В. А. СУКЕННИКОВА



ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВА
БІБЛІОТЕКА

ОДЕССА—1933

Библиографическое описание этого издания
помещено в "Литописку Українського Друку",
"Картонний репертуар" и других указателях
Української Книжної Палати

„УКРПОЛИГРАФТРЕСТ“

Четвертая гостипография
имени Карла Маркса
Одесса, Стурдзовский пер. 3а
Тел. 13-64, 13-65

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
<i>В. А. Сукенников и Ам. П. Розенблат.</i> Опыт анализа туберкулезной пораженности в социально-классовом разрезе	1
<i>А. С. Фельдбаум.</i> О выживаемости больных с открытой формой туберкулеза легких в социально-классовом разрезе	13
<i>В. А. Сукенников и Ам. П. Розенблат.</i> Движение смертности от туберкулеза в г. Одессе за годы 1877-1931 и ее помесячные (сезонные) колебания за годы 1897-1931	24
<i>А. М. Глузман, Е. Р. Кричевская, Н. М. Меламуд, С. И. Цесарская</i> Бригадир—А. М. Глузман. Методика и практика работы туб. диспансера	35
1 <i>А. М. Глузман.</i> Туберкулезная смертность в диспансерном освещен и	36
2 <i>А. М. Глузман.</i> Осведомленность туберкулезного диспансера как критерий охвата им туб. больных района	42
3 <i>Е. Р. Кричевская и Н. М. Меламуд.</i> Клиентура диспансера под контролем рентгена	48
4 <i>Е. Р. Кричевская и Н. М. Меламуд.</i> К вопросу о бацилловыделителях	55
5 <i>С. И. Цесарская.</i> Дети в семьях бацилловыделителей	62
6 <i>С. И. Цесарская.</i> Опыт работы педиатра-фтизиатра вне диспансера и ее значение для охвата и оздоровления рабочей семьи	68
<i>А. Н. Великанов и С. А. Ройzman.</i> Дети до 3-х лет в туберкулезных очагах	76
<i>С. И. Цесарская.</i> К вопросу о возникновении туберкулезных менингитов в раннем детском возрасте и о борьбе с ними	81
<i>А. М. Глузман.</i> Открытый туберкулез в юношеском возрасте	92
<i>Е. Ф. Гурфинк, Я. И. Розенблит, В. А. Сукенников, С. М. Фельдман</i> Бригадир—В. А. Сукенников. Туберкулез на селе и борьба с ним.	123
1 <i>В. А. Сукенников и С. М. Фельдман.</i> К эпидемиологии туберкулеза на селе	124
2 <i>С. М. Фельдман.</i> Причины преимущественной пораженности туберкулезом крестьянской женщины и анализ возможных изменений в этом отношении в усл. вях социально-экономического переустройства нашего села	145
3 <i>Е. Ф. Гурфинк.</i> Анализ туберкулезной пораженности и план оздоровления с.-хоз. артели им. Ленина в с. Стояново Фрунзовского района	160
4 <i>Я. И. Розенблит.</i> Борьба с туберкулезом в условиях коллективизированного села	180
<i>Е. Р. Кричевская, Р. З. Лялина, А. С. Ляпис, В. А. Сукенников, А. С. Фельдбаум, С. И. Цесарская.</i> Бригадир В. А. Сукенников. Опыт борьбы с туберкулезом на производстве	194

1. <i>Е. Р. Кричевская</i> . Туберкулез среди рабочих завода им. Октябрьск и эволюция, его значение для производства, борьба с ним и меры к поднятию производственной ценности туберкулезных рабочих	195
2. <i>А. С. Фельдбаум</i> . Опыт изучения производственной ценности больных туберкулезом рабочих завода им. Петровского в Херсоне и меры к ее повышению	205
3. <i>Р. З. Лялина</i> . Туберкулез на заводе им. А. Марти в г. Одессе, его значение для производства, борьба с ним и меры к поднятию производственной ценности туберкулезных больных рабочих	214
4. <i>А. С. Ляпис</i> . Туберкулез на заводе А. Марти в г. Николаеве и борьба с ним	224
5. <i>Е. Р. Кричевская</i> . Изучение производственной ценности больных туберкулезом II-й Гособувной фабрики и мер к поднятию к ее поднятию путем коррективов к быту на производстве и на дому	233
6. <i>С. И. Цесарская</i> . Активная диспансеризация рабочего подростка, как один из методов предупреждения тбк на производстве	238
Инструкция по борьбе с туберкулезом на производстве от отдела социальной гигиены Одесского туберкулезного института	243
<i>Е. Р. Кричевская, Я. И. Розенблит, Р. Ф. Розенцвит, Б. А. Шаццлло, Ф. Л. Шпачир</i> . Бригадир— <i>Я. И. Розенблит</i> , К проблеме о перемене профессии больных туберкулезом рабочих металлообрабатывающей промышленности	248
1. <i>Б. А. Шаццлло, Ф. Л. Шпачир, и Р. Ф. Розенцвит</i> . О влиянии металлических пылей на экспериментальный туберкулез	249
2. <i>Е. Р. Кричевская</i> . Формы проявления туберкулеза у рабочих г. Одессы по стационарным материалам	272
3. <i>Е. Р. Кричевская</i> . Истоки туберкулезного процесса у рабочих, занятых холодной обработкой металла с фиксацией внимания на возможные различия в формах проявления и течения процесса у рабочих по обработке меди и железа	276

ОПЫТ АНАЛИЗА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОРАЖЕННОСТИ В СОЦИАЛЬНО-КЛАССОВОМ РАЗРЕЗЕ

Приступая к этой работе, мы отдавали себе отчет в трудностях взятой на себя задачи.

Прежде всего, материал, которым мы располагали накопился не в старом пролетарском центре, а в городе Одессе в период его коренного переустройства из торгово-портового в город промышленный. Во-вторых материал никогда не собирался под углом зрения выставляемой нами темы и для его использования нужно было найти и новые соответствующие методы разработки. Наконец, наше исследование должно было выявить и эффективность мероприятий советского здравоохранения.

Из методов научно-исследовательских работ в области заболеваемости рабочих, авторы больше всего пользовались методом статистическим. Несовершенство статистического метода для решения этого вопроса привело к тем противоречивым выводам, которыми так богата современная литература. Наша санитарная статистика болезненности строится на обращаемости и несет в себе все ошибки самоотчета и амбулаторного однократного осмотра. Статистика причин смерти не отражает болезненного состояния при жизни, не говоря о целом ряде других неточностей. Стационарные материалы характеризуют ту или другую систему отбора, а не заболеваемость охваченных групп населения и т. д.

Все эти условности учета еще с большей резкостью проявляются при специальном изучении отдельных болезненных форм, например, туберкулеза.

Широкая волна массовых обследований в первый период диспансеризации должна была внести некоторую плановость в собирании материалов болезненности рабочих масс. Но и здесь стремление к осмотру многими специалистами, к тому же возможно большего количества людей, не дало желанных результатов. Накопилось бесчисленное количество патологических отклонений у практически здоровых работоспособных людей, диагностированных также в результате однократных, хотя и более

квалифицированных осмотров. Вполне естественно было искание иных форм учета, построенных на более длительном наблюдении. Эту задачу должны были выполнить специальные учреждения—диспансеры.

Длительность наблюдения положена в основу системы единого диспансера. Длительность наблюдения создала базу для новых форм учета (динамика пораженности, выживание и вымирание, кривая накопления), преимущество которых мы достаточно обосновали в предыдущих работах нашего института. Наконец длительность наблюдения позволяет нам учитывать влияния внешней социальной среды.

Среди социальных условий, наряду с факторами отягчающими, мы всегда выдвигали значение факторов благоприятствующих санитарной культуре. К анализу их мы однако не подходили, останавливаясь лишь на социальных периодах. В настоящей работе мы пытаемся конкретизировать влияние благоприятствующих факторов. Здесь мы биологическим законам и вредностям быта и труда противопоставляем комплекс преимуществ, созданных для рабочего класса государственным здравоохранением и охраной труда в нашем социалистическом государстве.

Рост промышленности в г. Одессе определил и состав ее рабочей силы.

Таблица № 1. Рост рабочей силы с 1923—1931 г.г.

На I/I 1923	9.001	На I/I 1928	28.658
" " 1924	11.417	" " 1929	32.703
" " 1925	17.263	" " 1930	40.171
" " 1926	23.765	" " 1931	61.664
" " 1927	25.974	На I/IV 1931	87.391

В настоящее время эта цифра превысила 100.000.
Население г. Одессы увеличивалось менее интенсивно.

Таблица № 2. Население г. Одессы с 1923—1931 г.г.

Перепись 1923	299.148	На I/I 1928	400.925
На I/I 1925	334.788	" " 1929	416.214
" " 1926	351.219	" " 1930	431.426
" " 1927	394.898	" " 1931	446.737

Сопоставляя обе таблицы мы видим, что с I/I 1930 г. число занятых в промышленности рабочих возросло на 47.000, в то время как население города, включая и естественный прирост, увеличилось всего на 20.000. Таким образом укомплектование предприятий рабочей силой в г. Одессе происходило еще в значительной мере за счет местного населения и уже в начале 1931 г. с фабриками и заводами было связано около 20% населения вместо 5—6% в прошлом. Мы отмечаем это, как обстоятельство высокого социально-гигиенического значения.

Рабочая сила фабрик и заводов является в настоящее время уже основным ядром всех работающих в Одессе по найму—58%.

Группа работников железнодорожного, водного и других видов транспорта, коммунальщики, рабочие нарпита и нарсвязи составляют меньшую группу, всего 22,2%. Рабис, работники здравоохранения, просвещенцы и служащие остальных учреждений—остальные 19,8%.

Помимо 150.000 человек рабочих и служащих, связанных с фабриками, заводами и учреждениями (организованных) в городе Одессе насчитывается около 70.000 самостоятельного населения, вне фабрик, заводов и учреждений (кустарей в артелях, мелких хозяев, работающих с членами семьи, ремесленников—одиночек и т. д.).

Еще два явления следует нам отметить: 1) участие женщин в производстве, в частности в металло-обрабатывающей промышленности, 2) изменение возрастного состава рабочих в сторону более молодых возрастов, для туберкулеза наиболее уязвимых. Оба эти явления можно характеризовать следующими цифрами:

Таблица № 3. Женщины—работницы на фабриках и заводах г. Одессы

	Всего	в т. ч. в металлообр. промышл.
На I/I 1927	7067	586
" " 1928	7946	717
" " 1929	9165	844
" " 1930	11138	965
" " 1931	17292	3199
На I/IV 1931	24567	5724

Таблица № 4. Рабочие до 22-х летнего возраста

а) на фабриках и заводах г. Одессы

	На I/I 1930	На I/I 1931
Всего (абс. число)	9405	17386
% к общ. кол. рабочих	26,6%	31,1%
среди мужчин рабочих	24,8%	29,4%
среди женщин работниц	31,4%	41,3%

б) в металло-обрабатывающей промышленности

% среди мужчин рабочих	27,6%	33,5%
% среди женщин работниц	42,9%	56,0%

Вышеприведенные данные достаточно рисуют общий фон для нашего анализа. В наших разработках мы придерживались следующей схемы: всю массу рабочих мы разделили на 2 группы: в первую группу—преимущественно производственную—входят рабочие добывающие, обрабатывающие, строящие, ремонтирующие; во вторую группу—рабочие подсобные (вспомогательные), обслуживающие и охраняющие. Характерным для первой группы является также непосредственное воздействие на предметы обработки. И в одной и в другой группе мы выделяем особо организованных рабочих, т. е. рабочих, связанных с фабриками, заводами, учреждениями.

О туберкулезной пораженности рабочего населения г. Одессы, мы можем судить по данным туберкулезных диспансеров и отд. соц. гигиены тубинститута.

Одесская туберкулезная организация, сформировавшаяся уже в 1924—1925 г., во все последующие годы особенно активно диспансеризовала больных открытыми формами туберкулеза. Поэтому сведения о ежегодно обнаруживаемых по городу больных о. ф. можно считать более или менее верными.

Так было установлено новых больных о. ф. туберкулеза:

Таблица № 5. Вновь обнаруженные по г. Одессе больные о. ф.

В 1925	544	или	15,8	на	10.000	населения
" 1926	581	"	15,6	"	"	"
" 1927	643	"	16,2	"	"	"
" 1928	681	"	16,9	"	"	"
" 1929	662	"	15,6	"	"	"
" 1930	762	"	17,4	"	"	"

Это заметное увеличение коэффициентов новой заболеваемости мы склонны приписать лучшему охвату болеющего туберкулезом населения лишь отчасти.

Количество открытых форм туберкулеза, установленных за те же годы среди рабочего населения г. Одессы, как связанного с фабриками и заводами, так и несвязанного, составляло:

Таблица № 8. Вновь обнаруженные о. ф. в рабочем классе

1925 г. 290	или	53,3	общ. колич.	вновь обнаруж.	о. ф.			
1926 г. 270	"	46,4	"	"	"	"	"	"
1927 г. 276	"	42,9	"	"	"	"	"	"
1928 г. 292	"	42,8	"	"	"	"	"	"
1929 г. 296	"	44,7	"	"	"	"	"	"
1930 г. 290	"	33,0	"	"	"	"	"	"

Другими словами и в абсолютных числах и в отношении к общему количеству вновь обнаруженных больных о. ф. туберкулеза, мы отмечаем среди рабочего населения г. Одессы снижение количества новых заболеваний. Это снижение находит себе подтверждение если сравнивать заболеваемость рабочих о. ф. не со всем населением, а только с группой молодого рабочего возраста (от 15-ти до 39-ти лет).

Ослабление туберкулезной пораженности еще рельефнее проявляется в группе рабочих, связанных с фабриками и заводами. Здесь мы можем дать и коэффициенты пораженности. В 1925 г. рабочие фабрик и заводов г. Одессы дали 110 новых больных о. ф. туберкулеза, а в 1926 г.—101. По отношению к количеству рабочей силы того времени эти цифры означали более 50 вновь обнаруженных о. ф. туберкулеза на 10.000 рабочих. В 1929 и 1930 г.г. когда рабочая сила фабрик и заводов г. Одессы удвоилась и утроилась, цифры вновь обнаруженных о. ф. туберкулеза среди них равнялись всего 21,6 на 10.000 рабочих. Это снижение произошло несмотря на то, что основную массу рабочих сейчас соста-

вляет молодняк и широкий пересмотр его обеспечивается классовым здравоохранением.

Самым показательным моментом для оценки оздоравливающего влияния социалистической индустриализации был бы проведенный на большом материале анализ туберкулезной пораженности женщин—работниц.

Мы можем пока сказать следующее: по гор. Одессе заметное вовлечение женщин в производство мы наблюдаем лишь в последние 2 года. Времени для заключений конечно недостаточно, но все же диспансерные наблюдения последних лет выявили, что низкие показатели новой заболеваемости туберкулезом женщин всех возрастов за последние годы не изменились (10,8 на 10.000), а для группы женщин молодого рабочего возраста (15—39 лет) даже снизились (1927—1929 г.г.—20,0⁰/₀₀₀), в 1930 г.—(17,4⁰/₀₀₀ женщин этого же возраста).

Длительность наблюдения обогатила нас такими методами учета, которые являются лучшим критерием эффективности наших мероприятий и положительных или отрицательных влияний внешней среды. Мы говорим здесь о выживании и о вымирании или о течении и исходах туберкулезных заболеваний. Чтобы применить этот метод в нашем исследовании мы остановились на группе впервые обнаруженных о. ф. туберкулеза в 1925 и в 1926 г.г. и проследили их до начала 1931 г. Пять—шесть лет наблюдения туберкулезного процесса являются вполне достаточными для заключения. Так, из 1125 больных, у которых о. ф. легочного процесса были установлены впервые в 1925—1926 г.г. в последующие годы умерло 542 человека, т. е. 48,2%, осталось в живых к началу 1931 г.—583 человека, иными словами коэффициент выживания для всех вновь обнаруженных в 1925-26 г.г. больных равнялся 51,8. В дальнейшем изложении, чтобы не загромождать работы обилием цифр, мы будем приводить лишь коэффициенты выживания, % вымерших будут понятны сами собой.

В числе тех же 1125 больных было 743 мужчин и 382 женщины. Коэффициенты выживания обеих групп немногим отличаются друг от друга: коэффициент выживания для мужчин 52,5, для женщин 50,6.

В числе 1125 больных было 560 рабочих и кустарей,—организованных и неорганизованных. % выживания всей этой группы (51,6) мало чем отличался от коэффициента выживания для всего населения, опять же с некоторым преимуществом в пользу мужчин. Совершенно иную картину рисуют нам коэффициенты выживания для организованного (связанного с предприятиями и учреждениями) и неорганизованного рабочего населения г. Одессы—для каждой группы отдельно. В то время как коэффициенты выживания для туберкулезных рабочих, будь то производственные или обслуживающие, но связанные с фабриками, заводами и учреждениями равняется 63,5, % же выживания для неорга-

низованных рабочих (вне фабрик, заводов и учреждений) равен лишь 44,4. Для группы же исключительно производственной—по нашей схеме—рабочих добывающих, обрабатывающих, ремонтирующих, рабочих фабрик и заводов, коэффициент выживания подымается до 65,8%. Интересным является то обстоятельство, что в этой организованной производственной группе совершенно нет различия в коэффициентах выживания для мужчин—рабочих и женщин—работниц.

В нашу задачу не входит изучение исходов туберкулезных заболеваний в группах рабочих отдельных профессий. Мы выдвигаем здесь социально-гигиеническое значение организованности рабочих коллективов и их преимущественного обслуживания. Остановимся для сравнения лишь на нескольких крупных промышленных группах. В г. Одессе мы имеем прочно укоренившиеся и развивающиеся 2 рода промышленности: 1) обработку металла и машиностроение и 2) обработку джута и пеньки. В обеих отраслях мы констатируем еще более высокие коэффициенты выживания их туберкулезных рабочих: в металло-обрабатывающей промышленности и машиностроении коэффициент выживания туберкулезных больных равен 69,6, в обработке джута и пеньки—70,9.

Значение организованности в ее влиянии на степень выживания особенно хорошо видна в группе туберкулезных чернорабочих. В то время как заболевшие в 1925—1926 г. чернорабочие фабрик и заводов выжили в 62,2% заболевшие в те же годы чернорабочие неорганизованные дали коэффициент выживания лишь 30%.

Только две профессиональные группы—деревообделочники и грузчики, отличавшиеся сравнительно низким коэффициентом выживания (деревообделочники—46,2, грузчики—35,3) не дали заметных различий в выживании их организованных и неорганизованных частей. Наш материал не дал нам возможность детальнее проанализировать это явление. Не без влияния, повидимому, было то обстоятельство, что учреждения обработки дерева еще не так давно в значительной части были артельными и кустарными. Их переход, как и переход погрузочно-разгрузочных работ в ведение государства еще не закончился. Учреждения же для обработки металла и машиностроение и обработки джута и пеньки являются уже много лет государственными.

Мы хотели бы предостеречь товарищей от возможных ошибок при пользовании методом выживания и вымирания. Мы все время подчеркиваем, что наши наблюдения относятся ко вновь обнаруженным больным, другими словами, к группам больных более или менее однородных по давности процесса. Совершенно другую картину с еще более высокими коэффициентами выживания, доходящими до 75—80% мы бы получили, если бы исходили не от вновь обнаруженных больных о. ф., а от наличного их количества

в те же годы. Дело в том, что перед вновь определившимися о. ф. лежит опасность вымирания в первые 2—3 года после учета (острые формы). Наличное же количество о. ф. составляется из больных с остро протекающими процессами, а также и из хроников учета прежних лет, переживших остроту периода вымирания. Вымирание этой сохранившейся группы идет уже медленно, отсюда и высокие показатели их выживания. Строгий отбор однородного материала, каким являются лишь вновь обнаруженные о. ф. предупреждает возможную ошибку.

Естественным следствием выживания больных о. ф. туберкулеза является их накопление.

Несколько лет тому назад мы отметили это обстоятельство и продемонстрировали кривую накопления в виде названной нами тогда „кривой туберкулезной опасности“. Мы понимали под этим—движение наличного количества больных о. ф. туберкулеза=эпидемических туберкулезных очагов.

Наличное количество больных зависит от нескольких причин: прежде всего от числа больных выживших, т. е., перешедших на учет живыми с предыдущего года, во вторых от вновь обнаруженных в текущем году, затем от числа умерших из группы тех и других, от выздоровлений, от убыли вследствие отъезда или иных причин.

Учитывать выздоровление от туберкулеза мы еще не научились. Отъезд и другие причины убыли составляют сравнительно небольшой %. Таким образом, в кривой накопления или туберкулезной опасности есть три движущихся элемента: элемент выживания, элемент роста (новые больные) и элемент вымирания. Сила каждого из элементов определяется на нашем материале в среднем таким соотношением:

10—11%	вымирания
22—23%	роста
67—68%	выживания

Таким образом, в нашей кривой, наряду с отрицательным качеством накапливающейся опасности, есть явно противоположное—благоприятное качество—выживание.

Какова же динамика каждого из элементов кривой, прослеженных в их взаимоотношении в течении ряда лет? Нет ли здесь заметных отличий в кривой накопления для рабочего класса? Движение кривой и ее элементов мы можем иллюстрировать таблицей, построенной для всего населения г. Одессы.

К началу 1925 г. по г. Одессе числилось 1043 больных открытой формой туберкулеза. В течении года вновь было обнаружено 544 больных, из которых в том же 1925 г. умерло 48 человек. Из числа же больных, перешедших из предыдущих лет умерло 88.

Таким образом, к началу 1926 г. числилось по г. Одессе 1451 больной. В течении 1926 г. вновь обнаружено 581, из них

умерло в том же году 68. Из группы перешедших с 1925 г. умерло в 1926 г. 165 и т. д. и т. д.

1925 г. = 1048	+	(544 — 48)	—	88 =
1926 г. = 1451	+	(581 — 68)	—	165 =
1927 г. = 1799	+	(643 — 81)	—	204 =
1928 г. = 2157	+	(681 — 85)	—	236 =
1929 г. = 2517	+	(662 — 87)	—	269 =
1930 г. = 2823	+	(762 — 136)	—	227 =
нач. 1931 г. = 3222				

Отсюда следует, что в течении 1925 г. перебивало на учете 1587 больных о. ф. в состав которых входило 955 оставшихся в живых больных прежних лет, 496 оставшихся в живых из новых больных учета 1925 г. и 136 умерших. Для 1926 г. последующих лет цифры будут следующие:

	1926	1927	1928	1929	1930
В его на учете за год	2032	2442	2838	3179	3585
Оставш. в жив. больн. пр лет	1286	1595	1921	2248	2596
Оставш. в жив. больн. уч. тек. года	513	562	596	575	626
Умершие за год	233	285	321	356	363

На основании этих рядов мы вычисляем силу элементов выживания, роста и вымирания для каждого года.

Таблица № 7. Взаимоотношение элементов кривой накопления

	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Выживание	60.2	63.3	65.3	67.7	70.7	72.4
Рост	31.2	25.2	23.0	21.0	18.1	17.5
Вымирание	8.6	11.5	11.7	11.3	11.2	10.1

Мы не будем повторять хода вычислений для определения силы элементов выживания, роста и вымирания в кривых накопления для всего рабочего населения г. Одессы и организованной его части.

Приведем результативные данные:

Таблица № 8. Элементы кривой накопления в рабочем классе
а) все рабочее население

	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Выживание	60,2	66,3	69,3	70,7	72,3	76,1
Рост	31,5	23,2	21,3	18,5	17,1	13,8
Вымирание	8,3	10,5	9,3	10,8	10,5	10,1

б) организованные рабочие

	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Выживание	49,4	59,2	67,8	68,4	70,1	73,8
Рост	44,0	32,0	20,8	20,1	18,3	16,5
Вымирание	6,6	8,6	11,3	11,3	11,5	9,5

На последних двух таблицах мы видим, как резко снижается участие элемента роста в кривых для рабочего класса, как сравнительно низкие цифры выживания первых лет, прогрессивно увеличиваются и своей интенсивностью положительных элементов отличают кривую накопления для рабочего класса, особенно рабочих организованных, от кривой накопления для всего населения.

Для нас нет сомнения в том, что туберкулезная пораженность рабочего класса в г. Одессе столь высокая еще недавно, идет сейчас на убыль и, что это убывающее движение поддерживается не столько уменьшением количества новых заболеваний, сколько тенденцией к выживанию заболевших.

Перед нашими глазами проходит яркий социально-гигиенический пример, когда индустриализация не сопровождается обычным для капиталистических стран, в первом ее периоде, подъемом туберкулезной пораженности. Дело в том, что только социалистическое государство создает для рабочих такую обстановку труда, которая парализует вредности, связанные с производством. Правовое положение, 7-ми часовый рабочий день, отпуска и дома отдыха, санаторное и курортное лечение, урегулирование деторождения и охрана материнства работниц, общественное питание, спорт, физкультура, туризм, культурное обслуживание, санитарное просвещение рабочих масс и др.— вот оздоравливающие факторы социалистической индустриализации.

Таким образом социалистическая индустриализация создает базу для творческой работы медико-санитарной организации, как в области обще-гигиенической, так и для специальных методов

борьбы с туберкулезом в рабочем классе. Остановим наше внимание на состоянии некоторых из них: 1) на полноте обнаружения больных о. ф. туберкулеза среди рабочих; 2) на осведомленности туберкулезной организации о рабочих, умерших от туберкулеза и 3) на диспансеризации рабочей семьи.

В части обнаружения больных, вот уже несколько лет мы отмечаем тот факт, что огромное большинство больных, у которых впервые обнаруживается о. ф. туберкулеза попадают под наблюдение диспансера уже с выраженным процессом и палочками в мокроте (в среднем 77,0%). Это обстоятельство не случайное и поразительно тем более, что массовый врачебный пересмотр со стороны диспансера и поликлинической сети должен был бы обеспечить вылавливание больных с начальными формами задолго до появления палочек у них в мокроте.

О тяжести процесса у больных о. ф. ранее не находившихся под наблюдением диспансеров свидетельствует то обстоятельство, что в среднем 16,2% из них умирают в том же году. В какой же мере это явление находит себе отражение в рабочем классе, где плановое обслуживание противопоставлено амбулаторному самотеку? К сожалению и в рабочем классе процент больных открытыми формами среди впервые учтенных диспансерами, хотя и ниже средних величин для всего населения, но все же еще очень велик — 71—72%, а умирающие в том же году составляют 15,7% из впервые учтенных.

Характерную картину в этом отношении рисуют данные за 1930 г.

Таблица № 9. Процент о. ф., обнаруженных среди впервые учтенных

	Всего обнаружено о. ф.	В т. ч. среди впервые учтенных	%	Из впервые учтенных умерло в том же году
Рабочих	290	213	73,4	44
Иждивенцев всех	143	121	84,6	4
В т. ч. иждив. раб.	62	51	82,3	10

Неравенство величин для различных групп населения и, в то же время, все еще высокий % для рабочего класса, хотя и говорят о влиянии преимущественного обслуживания рабочих, но в то же время видягают перед нами вопрос не имеем ли мы дела с острыми формами туберкулезного процесса.

Другое явление, заслуживающее нашего внимания, это осведомленность диспансеров о больных, умирающих от туберкулеза. В г. Одессе мы можем характеризовать осведомленность диспансеров величинами: 46,8 и 41,1,—в 1927 и 1928 г.г., и 54,1 и 54,3,—в 1929 и 1930 г.г. Эти проценты осведомленности диспансеров об умерших от туберкулеза больных относятся ко все-

му населению города и к умершим от всех форм, включая и острые внелегочные формы туберкулеза в детском возрасте. Процент осведомленности диспансерной организации увеличивается для взрослого населения, умирающего, главным образом от легочных форм. Для всей массы взрослого рабочего населения он равнялся 60.9 и 61.0 в 1927 и 1928 г.г. и 63.7 и 68.9 в 1929 и 1930 г.г. Если же мы и здесь разделим всю массу рабочих на связанных с предприятиями (организованных) и не находящихся в связи с предприятиями, то установим резкую разницу в процентах осведомленности диспансерной организации об обеих группах. Проценты осведомленности за годы 1927—1930 в группе организованных рабочих равнялись:

г.г.	1927	1928	1929	1930
% %	77.8	70.9	82.2	74.3

в группе неорганизованных:

% %	54.7	56.9	58.6	62.7
-----	------	------	------	------

Максимальный процент осведомленности диспансерной организации относится к производственным рабочим фабрик и заводов.

% %	82.1	71.8	92.0	81.8
-----	------	------	------	------

И здесь мы констатируем преимущественность в отношении рабочего класса, особенно производственной группы наших фабрик и заводов; но нельзя не оговориться, что эта преимущественность не доведена до конца.

Среди производственных рабочих умерших от туберкулеза в 1930 г. о болезни и смерти которых диспансеры не знали, мы находим и 19-ти летнего стерженщика станкостроительного завода и 20-ти летнего баночника стекольного завода и 60-ти летнего ткача суконной фабрики и 68-ми летнего столяра завода с.-х. машин. Но на ряду с начинающими и стариками есть не бывшие на учете диспансеров и 86-тилетний зольщик кожевенного завода и 34-х летний слесарь крупного матааллического завода и др. Эта неполнота охвата требует и своего анализа и исправления.

Уже в таблице № 9 бросается в глаза, что среди обнаруженных о. ф. впервые учтенных в 1930 г., группа иждивенцев отличалась наивысшим процентом (84.6), попавших под наблюдение уже с выраженным открытым процессом; в группе иждивенцев рабочих этот процент снижается незначительно, всего до 82.3%.

О неблагополучии в смысле обслуживания и охвата иждивенцев еще резче свидетельствуют низкие проценты осведомленности диспансеров об умерших в этой группе. Процент осведомленности о болевших и умерших от туберкулеза иждивенцах

недопустимо низок: 36.1 (в 1927 г.), 25.7 (в 1928 г.), 37.9 (в 1929 г.), 38,8 (в 1930 г.). В группе иждивенцев рабочих они равнялись: 35,7; 27,6; 38,1; 42,5 (1930 г.). Некоторый под'ем процента осведомленности об умерших иждивенцах рабочих также далек от сколько-нибудь нормального охвата рабочей семьи, что мы вправе это обстоятельство признать наиболее слабым местом в работе туберкулезной организации.

Приведенные примеры из практики Одесской туберкулезной организации наглядно рисуют успехи и недочеты в обслуживании рабочего и его семьи.

Подводя итоги нашему анализу, мы возвращаемся к тому факту, что наш материал относится к переходному периоду начавшейся индустриализации, когда мобилизация рабочей силы шла главным образом еще за счет ресурсов города.

На основании анализа, мы считаем себя вправе сделать следующий вывод: „социалистическая индустриализация с самого же начала несет рабочему классу снижение туберкулезной пораженности и повышенную выживаемость заболевших. В таких условиях туберкулез в рабочем классе может быть окончательно ликвидирован четкой и плановой работой органов советского здравоохранения“.

Этим исследованием мы закончили первый этап нашей работы.

Тема следующего этапа напрашивается сама собой: мы должны проследить выжившего туберкулезного больного в условиях его труда и определить ценность его в производстве.

О ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В СОЦИАЛЬНО-КЛАССОВОМ РАЗРЕЗЕ

По материалам Херсонского Тубдиспансера

Недостаточность и подчас неполноценность цифровых данных о движении различных слоев населения г. Херсона вообще и рабочего населения в частности чрезвычайно затрудняет изучение вопроса о выживаемости больных с открытой формой туберкулеза легких в полном объеме. Тем не менее уже имеющиеся данные позволяют делать кое-какие выводы по интересующему нас вопросу. Вопрос о выживаемости туббольных по г. Херсону можно изучать по материалам Херсонского тубдиспансера, деятельность которого началась в 1923 г. Херсонский тубдиспансер начал свою работу в то время, когда г. Херсон только стал выходить из полосы войн, эпидемий и голода. Численность населения его оказалась сильно сокращенной. Если в 1920 году Херсон насчитывал 74483 душ населения, из коих 32748 мужчин и 41735 женщин, то в 1923 г. населения всего было 41296, из них 17938 мужчин и 23358 женщин. С 1923 г. количество населения Херсона неизменно нарастает (см. таблицу № 1) и на 1 января 1932 года превышает 87000 душ.

Таблица № 1. Движение населения г. Херсона с 1923 до 1931 г. вкл.

На 1 января	Всего населения	Мужчин	Женщин
1923	41296	17938	23358
1924	42820	19126	23694
1925	46230	20100	26130
1926	55225	25533	29692
1927	59097	27414	31683
1928	62682	29144	33538
1929	66289	30873	35416
1930	68307	31964	36343
1931	75346	36059	39287

Промышленность Херсона в 1923 г. находится в зачаточном состоянии. Она представлена рядом небольших предприятий с ограниченным количеством рабочих. Речь идет о маленьком заводе сельскохозяйственных машин им. Петровского, о скромных размерах судоремонтных мастерских им. Коминтерна, о таких же мастерских им. Шмидта, электростанции, водопроводе, типографии им. Ленина, о зачатке швейной фабрики и о незначительной обувной фабрике.

Но могучая волна индустриализации всей страны коснулась Херсона. За последние 3—4 года Херсон находится под знаком большого экономического сдвига. Значительно разросся завод сельскохозяйственных машин им. Петровского, переходящий на изготовление хлопкоуборочных машин. Стали расти судоремонтные мастерские им. Коминтерна, имеющие превратиться по окончании постройки новых 8 корпусов на Карантинном Острове в большой судоремонтный завод. Выстроен гигантский элеватор. Выстроена консервная фабрика. Строится новый гигантский консервный завод. Строятся паро-турбинная станция, хлопчатобумажная фабрика. Заложено начало текстильного комбината. Разрослась швейная и обувная фабрики. Возникло много предприятий пищевой промышленности. Наряду с этим значительно увеличилось количество рабочего населения в Херсоне. Если взять один только завод имени Петровского, то увидим, что насчитывая в 1922 году всего 70 рабочих, в 1923 г.—114, в 1924 г.—472, в 1925 г.—578, в 1926 г.—1179, в 1927 г.—1454, в 1928 г.—1966, в 1929 г.—2869, он дошел до таких цифр, как 6092 в 1930 г. и 5992 в 1931 году. Рост рабочего населения, особенно отмечаемый за последние два года, иллюстрирует таблица № 2.

Таблица № 2. Рост рабочего населения

Год	Количество населения	Количество рабочих	% рабочих к населению
1923	41296	4121	9,9
1926 (конец)	58801	5617	9,5
1930	68307	17569	25,7
1931	75346	20667	29,3
1932	87076	21461	24,6

Эта таблица показывает, что рабочее население, составляя в 1923 и в 1926 г. 9,9 и даже 9,5% всего населения, составляет в 1930 г.—25,7% и в 1931 г.—29,3% числа всего населения. Этот рост является прямым последствием быстрой индустриализации города. Индустриализация же приводит к быстрому вовлечению женщин в производство, как это видно из таблицы № 3.

Таблица № 3. Рост женского труда

Годы	Общее число рабочих	Из них мужчин	Из них женщин	% муж- чин	% жен- щин	% мужчин к общему мужск. насе- лению	% женщин к общему женскому населению
1926	5617	4338	1279	77,1	22,9	16,0	4
1930	17569	13907	3662	79	21,0	43,5	10
1931	20687	15856	4811	76,7	23,3	44,0	12
1932	21461	16241	4929	75,7	24,3	—	—

По мере развития промышленности и роста пролетариата, становится весьма заметной численность рабочих молодых возрастов, как это видно из распределения рабочего населения по возрастам на 1/I 1930 г. (см. табл. № 4).

Таблица № 4. Возрастной состав рабочих г. Херсона на 1/I 1930 г.

Возрасты	Всех рабочих	Из них мужчин	Из них женщин
До 17 л. вкл.	898	599	299
18—22	4569	3170	1399
23 и ст.	12102	10138	1964
Всего	17569	13907	3662

Таким образом Херсон является городом, где промышленность еще весьма недавно находилась в зачаточном состоянии, и где она стала развиваться лишь за самые последние годы. Соответственно с этим рабочая часть населения, мало заметная до последнего времени, только с 1929—1930 г. становится внушительной частью населения Херсона.

Вот на этом-то социально-экономическом фоне мы постараемся проследить движение открытых форм туберкулеза легких и изучить вопросы, связанные с их обнаружением, смертностью, выживаемостью и накоплением по материалам нашего тубдиспансера. Прилагаемая при сем таблица № 5 дает представление о движении больных открытыми формами туберкулеза легких среди всего населения Херсона за время с 1923 года до 1931 г. включительно.

Таблица построена так, что на среднее количество населения за каждый год дается абсолютное количество вновь обнаруженных в соответствующем году тубдиспансером новых открытых форм, число смертей о. ф., имевших место в том году, и количество открытых форм, остающихся в городе после прибавления вновь обнаруженных о. ф. и вычета умерших больных с о. ф. Параллельно с этим даются в таблице соответствующие коэффициенты (на 10.000 населения) новых о. ф., смертей о. ф. и коэффициент наличного количества больных с о. ф., т. называемый коэффициент накопления о. ф. (Сукенников).

Таблица № 5. Движение больных открытыми формами тбк легких среди всего населения г. Херсона

Годы	Количество всего насе- ления	Число но- вых о. ф.	Кэфф. но- вых о. ф. 1:10000	Число смертн. о. ф.	Кэфф. смертн. о. ф. на 10000 населения	Налич. ко- лич. о. ф.	Кэф. на- копления о. ф. на 10000 нас.
1923	42008	94	22,4	22	5,2	72	17,1
1924	44525	96	21,5	32	7,2	136	30,6
1925	50727	81	15,9	27	5,3	190	37,4
1926	57161	72	12,6	34	5,9	228	39,8
1927	60890	58	9,0	37	6,1	249	40,1
1928	64186	69	10,7	62	9,6	256	39,9
1929	67298	112	16,6	53	7,8	315	46,8
1930	71926	77	10,7	48	6,7	344	47,9
1931	81211	101	12,4	55	6,7	390	48,0

Накопление открытых форм среди всего населения с годами все более увеличивается, доходя с 72 в 1923 г. и 136 в 1924 г. до 390 в 1931 г.—в абсолютных числах. Коэффициент накопления о. ф. неизменно возрастает. В 1923 г.—этот коэффициент составляет $17,1^{0}/_{000}$, в 1924 г.— $30,6^{0}/_{000}$, в 1931 г.— $48^{0}/_{000}$. За последние 3 года коэффициент накопления приблизительно одинаков: 46,8—47,9—48,0.

Если отдельно рассмотреть движение о. ф. среди мужского и женского населения (см. табл. №№ 6 и 7), то получим следующее:

Таблица № 6. Движение открытых форм тбк легких среди мужского населения

Годы	Количество мужского населения	Число новых о. ф.	Кэфф. нов. о. ф. (1:10000)	Число смертн. о. ф.	Кэфф. смертн. о. ф. на 10000	Наличие колич. о. ф.	Кэф. на- копления о. ф. на 10000
1923	18532	44	23,7	8	4,3	36	19,4
1924	19613	55	28,7	19	9,6	72	36,7
1925	22617	54	23,9	15	6,6	111	49,1
1926	26473	44	16,6	18	6,7	137	51,8
1927	28279	36	12,7	24	8,4	149	52,7
1928	30009	44	14,6	37	12,3	156	51,9
1929	31419	61	19,4	33	10,5	184	58,6
1930	34011	50	14,1	34	9,9	200	58,8
1931	38916	64	16,4	31	7,9	233	59,8

Женское население все время значительно многочисленнее мужского, тем не менее абсолютное количество о. ф. среди мужчин больше, чем среди женщин. Коэффициент новых о. ф. среди мужского населения больше коэффициента новых о. ф.

Таблица № 7. Движение открытых форм ТБК легких среди женского населения

Годы	Количество женского населения	Число новых о. ф.	Коэфф.ц. новых о. ф. (1 : 10000)	Число смертн. о. ф.	Коэфф.ц. смерти о. ф. на 10000	Наличное колич. о. ф.	Коэфф.ц. накопл. о. ф. на 10000
1923	23526	50	21,2	14	5,9	36	15,3
1924	24912	41	16,5	13	5,2	64	25,6
1925	27911	27	9,6	12	4,3	79	28,3
1926	30688	28	9,1	16	5,2	91	29,6
1927	32611	22	6,7	13	3,9	100	30,6
1928	34477	25	7,2	25	7,2	100	28,7
1929	35880	51	14,2	20	5,1	131	36,5
1930	37815	27	7,2	14	3,7	144	38,1
1931	42296	37	8,7	24	5,4	157	37,1

среди женского населения. В то время, как мужское население дает коэффициенты новых о. ф.: 23.7—28.7—23.9—16.6—12.7—14.6—19.4—14.1—16.4, женское население дает для тех же лет значительно более низкие коэффициенты новых о. ф., а именно: 21.2—16.5—9.6—9.1—6.7—7.2—14.2—7.2—8.7

Коэффициенты новых о. ф. как среди мужчин, так и среди женщин с небольшими колебаниями снижаются.

Абсолютное число смертей о. ф. среди мужского населения больше абсолютного числа смертей о. ф. среди женского населения. И коэффициенты смертности о. ф. для мужского населения будут: 4.3—9.6—6.6—6.7—8.4—12.3—10.5—9.9—7.9 те же коэффициенты для женщин, а именно: 5.9—5.2—4.3—5.2—3.9—7.2—5.1—3.7—5.4. Сопоставление этих двух родов коэффициентов показывает, что коэффициент смертности о. ф. для мужчин с годами с некоторыми колебаниями немного повысился. В тоже время этот коэффициент для женского населения находится все время почти на одинаковом уровне.

Накопления о. ф. в абсолютных числах среди мужского населения значительно больше, чем среди женского, и коэффициент накопления о. ф. для мужского населения на много выше коэффициента накопления о. ф. для женского населения. Коэффициент накопления о. ф. как для мужчин, так и для женщин неизменно повышается, но не одинаково.

Обращает на себя внимание значительное повышение коэффициента новых о. ф. в 1929 г. Возможно, что это обстоятельство имеет связь с фактом повышения общей смертности среди всего населения, каковой отмечается для 1929 г. на таблице № 8, где сопоставлена смертность среди всего населения г. Херсона от всех причин и от туберкулеза.

Таблица № 8. Общая смертность и смертность от ТБК с 1923 до 1931 г. вкл.

Годы	Среднее колич. населения	Число всех смертей	Коэффиц. об. смерт. на 10000	Число смерт. от тбк	Коэффиц. смертн. от тбк на 10000	Экстен. показат. смертн. от ТБК
1923	42008	724	172,4	108	25,7	14,9
1924	44525	730	164,0	96	21,6	13,2
1925	50727	813	160,3	96	18,9	11,8
1926	57161	919	160,7	116	20,3	12,6
1927	60890	966	158,5	124	20,3	12,8
1928	64186	962	149,8	119	18,5	12,3
1929	67298	1087	161,5	106	15,8	9,8
1930	71826	1090	151,8	83	11,6	7,7
1931	81211	1579	194,4	128	15,7	8,7

По таблице № 8 коэффициент смертности от всех форм туберкулеза постепенно снижается и особенно за последние годы, начиная с 1928 г. В тоже время, как мы видели выше, коэффициент смертности для открытых форм за все время мало меняется.

В течение 1931 года новых о. ф. среди рабочих было 43; число смертей о. ф. среди всех рабочих было 26. Отсюда для рабочих в 1931 году коэффициент новых о. ф. — $22,5 \text{ ‰}$ и коэффициент смертности о. ф. $13,6 \text{ ‰}$. В тоже время для всего населения коэффициент новых о. ф. — $12,4 \text{ ‰}$ и коэффициент смертности $15,7 \text{ ‰}$.

Любопытно тут же рассмотреть движение о. ф. среди организованных рабочих на ведущем предприятии г. Херсона, на заводе сельхозмашиностроения имени Петровского с 1923 г. до настоящего времени. Это интересно еще и потому, что мы знаем движение рабочего состава завода за все эти годы.

Это движение о. ф. на заводе им. Петровского изображено на таблице № 9.

Таблица № 9. Движение открытых форм ТБК среди рабочих завода им. Петровского

Годы	Колич. рабочих	Колич. новых о. ф.	% к числу рабоч.	Число смертей о. ф.	% к числу рабоч.	Наличн. колич. о. ф.	% к числу рабоч.
1923	114	—	—	—	—	—	—
1924	472	8	1,69	1	0,21	7	1,48
1925	578	5	0,86	—	—	12	2,08
1926	1179	5	0,42	1	0,08	16	1,35
1927	1454	3	0,20	—	—	19	1,30
1928	1966	5	0,25	2	0,10	22	1,12
1929	2869	6	0,21	5	0,17	23	0,80
1930	6092	10	0,16	4	0,08	29	0,57
1931	5592	14	0,23	5	0,08	38	0,68

Эта таблица показывает, что коэффициент новых о. ф. и коэффициент смертности о. ф. среди рабочих завода им. Петровского постепенно снижается. Тоже приходится сказать и о коэффициенте накопления о. ф. Тут обращает на себя внимание то обстоятельство, что все эти коэффициенты новых о. ф., смертности о. ф. и накопления о. ф. для рабочих завода им. Петровского несколько выше соответствующих коэффициентов для всего населения нашего города за те же годы. Но это обстоятельство отнюдь не говорит за превалирование о. ф. среди рабочих. Во-первых, коэффициенты для рабочих зав. им. Петровского вычисляются из сравнительно небольшого числа рабочих, какими располагает завод им. Петровского, с ограниченными возрастными контингентами. Во-вторых же, и это очень важно, степень осведомленности тубдиспансера о туберкулезных заболеваниях вообще и открытых формах в частности о туберкулезе среди населения вообще и среди рабочих в частности различна. За последние два года осведомленность нашего тубдиспансера в отношении всего населения равна 50%, в отношении всех рабочих достигает 75%, а в отношении рабочих завода им. Петровского доходит до 100%.

Рост накопления открытых форм среди населения вообще и среди рабочих в частности, будучи с одной стороны отрицательным моментом с точки зрения эпидемиологической, с другой стороны является фактом положительного порядка, свидетельствующем о значительной выживаемости о. ф. Материалы нашего тубдиспансера дают возможность несколько подробнее изучить эту выживаемость в социально-классовом разрезе. Для изучения этой выживаемости мы остановимся на открытых формах, обнаруженных нашим диспансером в течение 1923, 1924, 1925 и 1926 г.г.

Таблицы №№ 10, 11, 12 и 13 дают нам возможность ознакомиться с выживаемостью больных о. ф. среди всего населения, среди всех рабочих и отдельно среди организованных рабочих.

Таблица № 10. Выживаемость больных о. ф. обнаруженных в 1923 г.

	Нов. откр. форм	Всего умер. до 1932 г.	Умер. ло в 1923 г.	Умер- ло в 1924 г.	Умер- ло в 1925 г.	Умер- ло в 1926 г.	Умер- ло в 1927 г.	Умер- ло в 1928 г.	Ум. в 29г	Ум. в 30г	Ум. в 31г
Среди всего на- селения . .	94	77	22	19	7	6	7	10	3	1	2
Среди рабоч. .	26	21	4	4	2	—	2	6	1	1	1
Среди орг. раб.	11	10	3	1	1	—	1	3	—	1	—

Таблица № 11. Выживаемость больных о. ф. ТБК обнаруженных в 1924 г.

	Нов. о. ф.	Из/н умер. до 1932	Умер. в 1924	Умер. в 1925	Умер. в 1926	Умер. в 1927	Умер. в 1928	Умер. в 1929	Умер. в 1930	Умер. в 1931
Среди всего населения	96	60	13	14	7	6	10	5	4	1
Среди рабоч.	45	27	3	7	5	3	3	3	2	1
Среди орг. раб.	34	18	3	4	1	1	1	3	2	1

Таблица № 12. Выживаемость больных о. ф. ТБК обнаруженных в 1925 г.

	Нов. о. ф.	Из/н всего умерл. до 1932 г.	Умер. в 1925	Умер. в 1926	Умер. в 1927	Умер. в 1928	Умер. в 1929	Умер. в 1930	Умер. в 1931
Среди всего на- селения	81	50	6	16	12	9	4	2	1
Среди рабоч. . .	42	27	3	8	6	5	3	2	—
Среди орг. раб. .	30	20	2	8	3	3	3	1	—

Таблица № 13. Выживаемость больных о. ф. ТБК обнаруженных в 1926 г.

	Нов. о. ф.	Из/н всего умер. до 1932 г.	Умер. в 1926	Умер. в 1927	Умер. в 1928	Умер. в 1929	Умер. в 1930	Умер. в 1931
Среди всего населения . .	72	44	5	7	13	12	4	5
Среди рабочих	31	21	1	4	7	5	3	1
Среди орг. рабоч.	24	16	1	3	4	4	3	1

Из этих таблиц видно, что относительно значительная часть больных с о. ф. умирает в течение первых 2 лет с момента обнаружения ВК. Но большинство этих больных выживает больше 2 лет. Из 343 новых о. ф. за 1923, 1924, 1925 и 1926 г. г. больше 2-х лет выжило—241, т. е. 70,2%—это для всего населения.

Если же мы выделим из числа 343 новых о. ф. новые о. ф. из среды рабочего населения за те же годы, то получим, что из 144 новых о. ф. из рабочих на первые 2 года умерло 34

и выжило 110, т. е. 76,3%. Если же рассмотрим отдельно организованных рабочих, то получим, что из всех выявленных среди них за 4 года 99 больных с о. ф. умерло в течение первых 2 лет со дня обнаружения ВК—25, выжило 74, т. е. 74,7%. Если мы проследим за больными с о. ф. и дальше, то получим следующие данные. Для всего населения: из всех 343 новых о. ф. выжило больше 4 лет—169, т. е. 49,3%. Из 144 рабочих новых о. ф. 4 лет выжило 77, т. е. 53,4%, а из 99 новых о. ф. из организованных рабочих больше 4 лет выжило 55, т. е. 55,5%.

Приблизительно такие же данные получают у нас, если мы сравниваем выживаемость о. ф. среди всего населения с одной стороны и среди рабочих с другой стороны по отдельным годам.

Теперь ознакомимся с вопросом о том, на сколько наши больные с о. ф., обнаруженные в течение 1923—1926 г., выжили до самого последнего времени, до 1 января 1932 года.

Материал для суждения об этом нам дают таблицы №№ 14 и 15, выявляющие ряд интересных фактов.

Прежде всего мужчины с о. ф. выживают лучше, чем женщины с о. ф. Так, больных с о. ф. 1923—1924 г. мужчины дают к 1. I. 1932 г.—27,2% выживаемости, а женщины 25,2%. Больные 1925—1926 г. мужчины дают к 1932 г.—36,7% выживаемости против 29,1%, какие дают женщины тех же лет. Это заслуживает тем большего внимания, что женщины, как мы видели выше, дают меньшую заболеваемость открытыми формами туберкулеза.

Вывод, какой мы можем сделать на основании таблиц №№ 14—15, состоит в том, что рабочие с открытыми формами туберкулеза легких выживают лучше, чем остальное население.

Таблица № 14. Выживаемость больных с открытыми формами, выявленных в 1923 и 1924 г.г.

Категории населения	Новых откр. форм за 1923—1924 г.	Из них умерло	Судьба неизв.	Живы на 1/I-32 г.	% выживаемости	Выехало
Все население	190	137	3	50	26,3	10
Мужчины	99	70	2	27	27,2	6
Женщины	91	67	1	23	25,2	4
Все рабочие	71	46	1	24	33,4	1
Орган. рабоч.	42	26	1	15	35,7	—
Произв. работ.	20	10	1	9	45,0	—
Раб. зав. им. Петровского	8	2	1	5	62,5	—
Кустари	25	20	—	5	20,0	1

Таблица 15. Выживаемость больных с открытыми формами, выявленных в 1925 и 1926 г.г.

Категории населения	Новых о. ф. за 1925— 1926 г.	Из них умерло	Судьба неизв.	Живы на 1/1-32 г.	% выжи- ваемости	Выеха- ло
Все население	153	94	7	52	33,9	18
Мужчины	98	60	2	36	36,7	10
Женщины	55	34	5	16	29,1	8
Все рабочие	73	48	—	25	34,2	7
Орган. рабоч.	57	31	—	21	36,8	5
Произв. рабоч.	29	15	—	14	48,3	1
Рабоч. зав. им. Петровск.	10	5	—	5	50,0	—
Кустари	16	12	—	4	25,0	2

В сравнении с 26,3% выживаемости к 1/1-1932 г., какие дает все население для больных с о. ф. 1923 и 1924 г.г., рабочие, взятые все вместе, дают 33,4% выживаемости. Если отдельно рассмотреть организованных рабочих, то для них получается большой процент выживаемости, а именно 35,7%. А если из организованных рабочих выделить производственных рабочих, то они дают еще больший процент выживаемости, а именно 45%. В частности рабочие завода им. Петровского о. ф. дают к 1/1-1932 года 62,5% выживаемости. Все эти цифры станут еще более интересными, если мы выделим для сравнения группу кустарей с о. ф. и увидим, что для них процент выживаемости больных 1923 и 1924 г.г. к 1932 г. равен всего 20%. Какая большая разница, если сравнить организованных и производственных рабочих с одной стороны и кустарей с другой стороны.

Такой же самый вывод можно сделать, если рассмотреть выживаемость больных с о. ф., впервые обнаруженных в 1925 и 1926 г.г. Для всего населения процент выживаемости к 1 января 1932 года—33,9%, для рабочих вообще—34,2% для организованных рабочих—36,8%, для производственных рабочих 48,3%, для рабочих завода имени Петровского—50%, а для кустарей—25%.

Таким образом, наши материалы свидетельствуют о большей выживаемости рабочих с о. ф. в сравнении с о. ф. из всего населения. И объяснение этому факту можно найти в октябрьских завоеваниях рабочего класса, в беспримерном социальном законодательстве нашего Союза и в широком развитии медико-профилактической сети, ставящей во главу угла своей работы преимущественное обслуживание рабочих. И если в таком экономически отсталом городе, как Херсон, где промышленность только зарождается, где еще почти нет хорошо обставленных и оборудованных предприятий, где вредностям производства еще далеко

не противопоставлена должная санитарно-гигиеническая обстановка труда, если в таком городе мы все же видим большую выживаемость больных с о. ф. из рабочих и еще большую выживаемость больных среди производственных рабочих, то это означает, что при диктатуре пролетариата создается ряд условий, парализующих или значительно уменьшающих вредности, связанные с производственными или бытовыми моментами. Рост и расцвет экономической мощи нашего Союза создадут условия при которых выживаемость больных рабочих станет еще большей, и результаты борьбы с туберкулезом во всех областях станут еще эффективнее.

Итак, мы приходим к следующим выводам:

1. Херсон является городом, в котором промышленность, стала развиваться за последние 3—4 года.

2. Коэффициент новых о. ф. среди всего населения обнаруживает тенденцию к снижению.

3. Коэффициент смертности о. ф. среди всего населения держится все время приблизительно на одинаковом уровне.

4. Коэффициент накопления о. ф. среди всего населения непрерывно нарастает.

5. Коэффициент смертности о. ф. для мужчин выше, чем для женщин.

6. Коэффициент накопления о. ф. для мужчин выше, чем для женщин и для мужчин нарастает быстрее, чем для женщин.

7. Вышеуказанные коэффициенты для рабочих завода им. Петровского из года в год непрерывно снижаются.

8. Процент больных с о. ф. выживающих больше 2-х лет с момента обнаружения ВК, для рабочих выше, чем для остального населения.

9. Процент больных с о. ф., выживших дольше 4-х лет с момента обнаружения ВК, для рабочих выше, чем для остального населения, судя по материалам тубдиспансера за 1923—26 г.г.

10. Выживаемость больных с о. ф. 1923—26 г.г. мужчин к 1932 г. больше, чем женщин.

11. Выживаемость больных с о. ф. 1923—1926 г.г. рабочих к 1932 г. больше, чем больных из всего населения.

12. Причина большей выживаемости больных с о. ф. среди рабочих заключается во всем комплексе моментов, созданных диктатурой пролетариата.

ДВИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В г. ОДЕССЕ ЗА ГОДЫ 1877—1931 И ЕЕ ПОМЕСЯЧ- НЫЕ (СЕЗОННЫЕ) КОЛЕБАНИЯ ЗА ГОДЫ 1897—1931

На основании работ Васильевского, Диатроптова, Финкельштейна и разработок нашего отделения социальной гигиены, мы имеем возможность дать картину погодного движения смертности от туберкулеза в г. Одессе более чем за 50 лет и проанализировать характерные для нее помесечные (сезонные) колебания.

За годы 1877—1890 в нашем распоряжении имеются данные лишь о смертности от туберкулеза легких.

Таблица № 1. Смертность населения г. Одессы от туберкулеза легких за годы 1877—1890 в абсолютных числах и коэффиц. на 10.000 населения

Годы	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890
абс. число	559	612	720	718	715	804	829	823	776	853	848	670	783	777
на 10000 населения	29,3	31,7	36,1	34,9	33,7	36,8	36,7	35,9	32,3	34,4	32,7	25,4	28,7	27,7

За последующие годы мы располагаем уже сведениями о смертности и от других форм туберкулеза. Таблица № 2 охватывает:

а) движение смертности от туберкулеза всех форм за годы 1891—1931 в абсолютных числах и коэффициентах на 10.000 населения;

б) движение смертности от туберкулеза легких за те же годы (1891—1931) в абсолютных числах и коэффициентах на 10.000 населения.

Таблица № 2. Движение смертности от туберкулеза всех форм и от туберкулеза легких в г. Одессе за годы 1897—1931

Годы	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899
Смертн. от тбк всех форм	887	817	971	871	1047	1072	925	980	1188
На 10.000 насел.	30,6	27,3	37,5	27,2	31,5	31,1	25,9	26,6	31,3
Смертн. от тбк легких	822	773	903	798	971	1009	815	886	1025
На 10.000 насел.	28,4	25,8	29,3	25,0	29,2	29,3	22,8	24,1	27,0

Годы	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Смертн. от тбк									
всех форм	1331	1250	1342	1450	1483	1467	1249	1382	1439
На 10.000 насел. . .	34,1	31,9	32,4	34,7	33,0	32,4	28,4	30,6	29,2
Смертн. от тбк									
легких	1112	1054	1138	1181	1288	1310	1072	1187	1243
На 10.000 насел. . .	28,6	26,2	27,5	30,2	29,2	28,9	24,4	26,2	25,2
Годы	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	
Смертн. от тбк									
всех форм	1378	1388	1468	1396	1476	1439	1608	1319	
На 10.000 насел. . .	26,3	24,4	25,5	23,9	25,0	25,6	31,5	30,7	
Смертн. от тбк									
легких	1215	1224	1281	1222	1289	1261	1435	1157	
На 10.000 насел. . .	23,2	21,5	22,2	21,0	21,9	22,8	25,2	26,9	
Годы	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923		
Смертн. от тбк									
всех форм	1576	1395	1476	1332	1803	1752	679		
На 10.000 насел. . .	33,0	27,3	34,3	31,4	48,7	50,3	22,7		
Смертн. от тбк									
легких	1409	1209	1264	1196	1621	1544	548		
На 10.000 насел. . .	31,2	25,3	29,5	28,0	43,7	44,1	18,2		
Годы	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	
Смертн. от тбк									
всех форм	488	505	679	713	823	775	831	998	
На 10.000 насел. . .	15,6	15,3	18,2	17,9	20,1	18,2	19,0	21,8	
Смертн. от тбк									
легких	364	413	559	535	631	622	689	824	
На 10.000 насел. . .	11,2	12,0	14,9	13,4	15,4	14,6	15,6	18,0	

В своих под'емах и снижениях за ряд лет погодные коэффициенты смертности от туберкулеза отражали влияние внешних условий (социальные периоды), общих и для характера движения величин смертности населения от всех причин, для смертности детей до одного года и смертности от эпидемических заболеваний в частности.

Таблица № 3. Движение смертности населения г. Одессы от всех причин за годы 1891—1930 (в коэффициентах на 1000 населения)

1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898
25,5	25,3	24,9	20,6	21,4	24,3	22,0	22,5
1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906
23,3	25,6	25,9	23,8	21,5	22,8	25,5	20,5
1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
20,8	20,5	26,2	24,5	21,9	21,9	22,4	22,8
1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922
23,9	26,7	28,2	34,0	48,7	52,2	43,5	155,6
1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
15,3	11,0	10,7	12,5	11,7	12,3	11,6	12,0

Таблица № 4. Движение смертности детей до 1 года за годы 1898—1930 на 100 родившихся

(частично по материалам д-ра Стукса)

1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906
19,6	21,5	23,2	21,8	22,0	20,9	20,6	19,9	17,1
1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915
20,3	19,2	21,2	17,9	16,8	—	15,2	15,4	—
1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924
—	21,8	19,2	23,9	28,1	36,8	45,8	12,7	11,3
1925	1926	1927	1928	1929	1930			
9,7	11,0	10,3	10,4	10,9	9,0			

Таблица № 5. Движение смертности населения г. Одессы от остро-заразных заболеваний за годы 1898—1930 на 10.000 населения

(по материалам д-ра Финкельштейна)

1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905
16,0	15,4	23,0	23,9	16,5	24,2	23,3	30,5
1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
19,9	19,5	19,5	32,0	37,3	16,4	11,2	16,7
1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921
14,6	24,0	21,6	22,1	36,0	138,3	144,3	
1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	
236,1	10,9	4,9	13,5	9,7	7,0	9,5	

Массовые сдвиги в отношении снижения или повышения смертности от туберкулеза не шли изолированно от других проявлений санитарного благополучия или неблагополучия населения города. Об этом свидетельствует параллельное изучение приведенных выше погодных цифр и коэффициентов. Совершенно иную картину дают колебания смертности по месяцам каждого года. Они прежде всего не зависят от высокого или низкого стояния годового коэффициента. Во-вторых характер движения величин смертности по месяцам года,—назовем их сезонные колебания,—совершенно различны для отдельных видов или групп болезней.

Сезонным колебаниям смертности от туберкулеза всегда уделялось особое внимание. В этих колебаниях искали закономерность специфичную для туберкулеза, аналогичную сезонным колебаниям заболеваемости и смертности от других инфекционных заболеваний. На массовом материале—42.783 случая смерти от туберкулеза в г. Одессе, зарегистрированных с 1897 года по 1931 включительно, мы построили кривую сезонных колебаний среднюю для Одессы за последние 35 лет. Приводим ее в абсолютных числах и в экстенсивных показателях.

Таблица № 6. Средняя кривая сезонных колебаний смертности от туберкулеза всех форм по г. Одессе за годы 1897- 1931

Мес.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
абс.												
чис.	4017	3944	4657	4276	4009	3271	3254	3029	2838	2992	3135	3361
% %	9,39	9,22	10,88	9,99	9,37	7,64	7,54	7,08	6,71	6,99	7,33	7,85

Мы можем сопоставить как это делают обычно, кривую сезонных колебаний смертности от туберкулеза с кривой колебаний элементов местного климата. Заимствуем у проф. Точидловского¹⁾ таблицу средних месячных температур, вычисленных для г. Одессы более чем за 50 лет.

Таблица № 7. Средняя месячная температура в г. Одессе

Мес.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
средн.	2,6	1,8	2,6	9,0	16,2	20,6	23,0	22,0	17,1	11,4	5,0	0,0
наиб.	4,2	4,0	6,0	12,0	21,3	25,0	25,4	25,6	21,1	16,4	11,9	7,3
наим.	10,1	8,0	4,0	5,2	12,5	18,1	20,5	19,5	14,1	5,3	1,3	7,5
амп-литу	14,3	12,0	10,0	6,8	8,8	6,9	4,9	6,1	7,0	11,1	13,2	14,8

Профессор Точидловский различает в Одессе 8 времен года а именно:

Зиму	с 13/XII по 1/III со средн. температурой 1° 8
Преддверие весны	2/III „ 27/III „ „ „ 2° 0
Весну	28/III „ 8/V „ „ „ 9° 6
Предлетие	9/V „ 26/V „ „ „ 16° 4
Лето	27/V „ 13/IX „ „ „ 21° 2
Преддверие осени	14/IX „ 2/X „ „ „ 15° 8
Осень	3/X „ 15/XI „ „ „ 9° 5
Предзимье	16/XI „ 12/XII „ „ „ 2° 5

Таким образом максимум смертности от туберкулеза в марте, апреле и мае приходится на различные по средней температуре времена года. Тоже самое можно сказать и о минимуме в августе, сентябре и октябре. И было бы неправильно искать в „весеннем“ максимуме причин связанных с весной. Смерть от туберкулеза является исходом длящегося годами хронического заболевания и ей обычно предшествуют более или менее продолжительные обострения или осложнения процесса. Следовательно было бы вернее искать причины за много месяцев до смерти в осенне-зимнем похолодании, связанном с „простудными“ заболеваниями, переходах туберкулезных больных в условиях искусственного климата зимних жилищ, в эпидемиях гриппа, в изменениях питания в сторону консервированных продуктов и др.

Отсюда вытекает возможное непостоянство кривой сезонных колебаний смертности от туберкулеза. К тому же кривая сезон-

¹⁾ Краткий очерк климата г. Одессы. Сборник по вопросам акклиматизации г. Одессы 1928 г.

Таблица № 8. Сезонные колебания смертности от туберкулеза всех форм в г. Одессе в абсолютных числах

Годы	М е с я ц ы												Итого
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1897	94	83	113	85	79	61	62	47	56	89	81	75	925
1898	83	89	97	80	74	76	75	78	60	74	88	106	980
1899	102	121	121	110	106	88	85	80	75	108	106	86	1188
1900	129	129	133	126	124	97	120	82	95	92	98	106	1331
1901	143	103	132	110	116	116	95	86	74	86	97	92	1250
1897—1901 .	551	525	596	511	499	438	437	373	360	449	470	465	5674
1902	115	94	159	144	118	99	95	96	98	95	121	108	1342
1903	157	118	153	125	109	114	116	100	109	107	118	124	1450
1904	120	143	140	132	129	112	115	113	94	112	135	138	1483
1905	142	141	184	132	154	106	92	97	93	105	114	107	1467
1906	113	131	144	133	112	81	77	74	93	83	88	120	1249
1902—1906 .	647	627	780	666	622	512	495	480	487	502	576	597	6991
1907	135	119	146	142	148	102	100	101	89	88	88	124	1382
1908	127	134	168	124	139	88	112	98	94	110	118	127	1439
1909	139	135	139	145	118	94	109	99	94	84	106	116	1378
1910	135	116	150	129	115	100	95	84	92	124	111	137	1388
1911	131	153	161	129	107	99	99	103	118	117	111	137	1468
1907—1911 .	667	657	764	669	627	483	515	485	487	523	537	641	7055
1912	146	111	149	121	113	101	109	111	95	94	125	121	1396
1913	139	149	152	142	118	111	95	111	111	127	110	111	1476
1914	163	145	135	125	116	107	107	102	86	113	122	118	1439
1915	166	165	178	161	139	137	109	93	91	94	147	128	1608
1916	94	156	142	150	151	120	119	110	94	96	49	38	1319
1912—1916 .	708	726	756	699	637	576	539	527	477	524	553	516	7238
1917	158	158	195	180	159	129	115	99	86	117	88	96	1576
1918	140	60	142	125	102	80	102	125	137	117	103	162	1395
1919	137	130	161	173	105	90	102	144	105	93	117	119	1476
1920	110	79	144	153	151	142	118	85	81	76	100	93	1332
1921	181	188	237	198	169	155	150	150	90	83	90	112	1803
1917—1921 .	726	615	879	829	686	592	587	603	499	486	498	582	7582
1922	178	211	231	242	222	113	142	121	94	72	64	62	1752
1923	79	62	64	65	84	65	66	48	35	40	32	39	679
1924	32	53	37	52	51	42	30	48	37	33	35	38	488
1925	33	36	44	45	58	41	41	30	44	46	32	46	505
1926	52	62	92	74	64	58	59	35	44	49	45	50	679
1922—1926 .	374	424	468	478	479	314	338	291	254	240	208	235	4103
1927	63	74	69	72	63	48	53	44	38	71	45	53	713
1928	67	65	81	90	91	81	71	56	61	48	53	59	823
1929	63	70	100	79	76	64	49	58	58	48	51	59	775
1930	60	64	84	75	92	69	65	58	49	59	75	81	831
1931	91	97	80	108	117	94	105	54	68	42	69	73	998
1927—1931 .	344	370	414	424	459	356	348	270	274	268	293	325	4140

ных колебаний, как и всякая кривая, является лишь результативной для ряда факторов, нередко противоположных по своим влияниям. Поэтому мы проанализировали нашу кривую в ее изменениях за ряд лет и остановились, поскольку позволил нам материал, на некоторых ее составных частях. Данные сезонных колебаний собраны нами по месяцам года и сгруппированы начиная с 1897 года погодно и по пятилетиям.

Вычисленные для каждого пятилетия средние кривые сезонных колебаний представляются последовательно в следующем виде:

Таблица № 9. Средние кривые сезонных колебаний смертности от туберкулеза всех форм по пятилетиям

Годы	М е с я ц а											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1897—1901 .	9,7	9,3	10,5	9,01	8,79	7,71	7,7	6,57	6,34	7,9	8,28	8,19
1902—1906 .	9,26	8,98	11,15	9,53	8,89	7,33	7,08	6,86	6,96	7,18	8,24	8,54
1907—1911 .	9,45	9,31	10,82	9,48	8,88	6,84	7,3	6,87	6,9	7,41	7,46	3,09
1912—1916 .	9,78	10,03	10,45	9,66	8,8	7,96	7,4	7,29	6,6	7,24	7,65	7,13
1917—1921 .	9,57	8,11	11,59	10,93	9,06	7,81	7,74	7,95	6,59	6,41	6,57	7,67
1922—1926 .	9,12	10,33	11,5	11,65	11,67	7,65	8,24	7,09	6,19	5,85	5,07	5,72
1927—1931 .	8,31	8,94	10,0	10,24	11,09	8,6	8,28	6,52	6,61	6,48	7,08	7,84
1897—1931 .	9,39	9,22	10,88	9,99	9,37	7,64	7,54	7,08	6,71	6,99	7,33	7,85

Сравнивая эти ряды между собою мы можем констатировать те резкие изменения, которые произошли в построении кривой сезонных колебаний смертности от туберкулеза за ряд лет. Типичный мартовский максимум передвинулся до максимума в мае, вместо зимнего повышения—весенне-летнее. Выведенная нами раньше средняя кривая за 35 лет не соответствует ни кривым девятилетних и девяностых годов, ни кривым последних пятилетий. Такова картина сезонных колебаний смертности от туберкулеза всех форм. Приведенные нами выше возможные причины обострений и осложнений процесса относятся почти исключительно к легочным формам туберкулезных заболеваний. Поэтому естественно для нашего анализа будет проследить те изменения, которые произошли за ряд лет в кривой сезонных колебаний смертности от туберкулеза легких отдельно.

На основании этих цифровых данных мы построили кривые сезонных колебаний смертности от легочного туберкулеза для каждого пятилетия и среднюю кривую за годы 1897—1931.

Таблица № 10. Сезонные колебания смертности от туберкулеза легких
(в абсолютных числах). г. Одесса

Годы	Месяцы												Всего
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1897	83	76	97	79	64	54	56	37	49	74	77	69	815
1898	76	85	92	70	62	73	63	71	55	63	78	98	886
1899	94	113	109	102	98	80	65	63	55	86	87	73	1025
1900	112	105	110	107	107	69	94	60	82	82	87	97	1112
1901	128	94	117	94	92	98	70	72	55	73	84	78	1054
1897—1901	493	472	525	452	423	374	348	303	296	378	413	415	4892
1902	100	84	135	115	94	88	81	78	87	80	103	93	1138
1903	47	110	129	105	94	101	94	82	102	93	108	116	1181
1904	105	126	120	120	114	100	94	94	77	98	120	120	1288
1905	133	129	167	114	139	95	75	81	83	95	101	98	1310
1906	101	116	123	120	97	60	64	59	85	70	75	102	1072
1902—1906	486	565	674	574	538	444	408	394	434	436	507	529	5989
1907	120	105	123	126	120	87	79	85	69	80	76	117	1187
1908	118	117	146	103	124	72	96	81	75	101	106	104	1243
1909	130	117	126	136	103	75	90	79	84	72	91	106	1215
1910	121	96	132	109	100	90	81	75	86	110	104	117	1221
1911	115	134	145	108	101	88	84	79	104	100	104	119	1281
1907—1911	604	569	672	582	554	412	430	399	418	463	481	563	6147
1912	124	102	129	107	101	86	92	102	84	80	113	102	1222
1913	123	132	137	125	100	99	78	95	99	113	89	99	1289
1914	147	138	125	112	104	91	84	92	78	103	106	101	1281
1915	154	156	158	148	129	120	89	82	81	85	126	107	1435
1916	87	145	123	135	124	111	97	90	87	81	46	31	1157
1912—1916	635	673	672	627	558	507	440	461	429	462	480	440	6384
1917	149	140	180	164	144	115	91	88	78	100	75	85	1409
1918	123	53	126	105	92	66	81	96	121	100	95	151	1809
1919	132	113	151	157	96	74	77	178	77	67	102	100	1264
1920	97	72	124	145	144	126	111	73	69	65	94	76	1196
1921	Сведений на 1921 год нет												
1917—1920	501	378	581	571	476	381	360	375	345	332	366	412	5078
1922	Сведений на 1922 год нет												
1923	61	55	51	56	72	54	49	39	23	28	27	33	548
1924	23	48	30	41	39	29	22	35	25	28	19	25	364
1925	29	29	42	43	51	35	37	27	33	34	22	31	413
1926	45	53	83	56	54	38	43	28	38	43	34	44	559
1923—1926	158	185	206	196	216	156	151	129	119	133	102	133	1884
1927	47	50	55	49	60	40	35	35	29	56	39	40	535
1928	58	52	66	74	68	58	51	43	45	35	38	43	631
1929	50	50	82	68	61	49	34	46	47	37	46	52	622
1930	52	50	75	64	63	54	55	47	42	50	74	63	689
1931	74	78	68	84	100	78	87	40	51	33	65	66	824
1927—1931	281	280	346	339	352	279	262	211	214	211	262	264	3301

Таблица № 11. Средние кривые сезонных колебаний смертности от ТБК легких по пятилетиям и за годы 1897—1931

Годы	Месяцы											
		II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1897—1901 . .	10.07	9.65	10.73	9.23	8.64	8.49	7.11	6.18	6.05	7.72	8.44	8.48
1902—1906 . .	8.78	7.38	11.86	10.10	8.26	7.73	7.12	6.85	7.65	7.02	9.05	8.17
1907—1911 . .	10.10	8.85	10.36	10.61	10.10	7.33	6.66	7.16	5.81	6.74	6.40	9.85
1912—1916 . .	10.14	8.34	10.55	8.75	8.26	7.03	7.53	8.34	6.87	6.5	9.24	8.34
1917—1920 . .	9.86	7.44	11.44	11.24	9.37	7.50	7.08	7.38	6.79	6.53	7.20	8.11
1923—1926 . .	8.28	9.82	10.94	10.41	11.47	8.28	8.02	6.85	6.32	7.12	5.41	7.08
1927—1931 . .	8.51	8.48	10.48	10.24	10.66	8.45	7.94	6.39	6.48	6.39	7.94	7.99
Средняя за годы 1897—1931												
	9.38	9.27	10.92	9.92	9.25	7.58	7.13	6.74	6.69	7.17	7.75	8.19

Мы видим, что средняя, за много лет, кривая сезонных колебаний смертности от легочного туберкулеза почти копирует среднюю кривую (за те же 35 лет) колебаний смертности от всех форм туберкулеза, что и она претерпела за эти годы ряд существенных изменений и, что она—самое главное—совершенно не соответствует типу кривой наиболее близкого нам пятилетия 1927—1931.

На этом последнем пятилетии мы подробнее и остановимся. За пятилетие 1927—1931 было зарегистрировано в г. Одессе 4140 случаев смерти от туберкулеза всех форм, в том числе от туберкулеза легких 3301 случай, от острого милиарного туберкулеза—99 сл., от туберкулезного менингита—455 смертей и от туберкулеза прочих органов 262 смерти. Таким образом смертность от внелегочных форм туберкулеза составляла в г. Одессе за годы 1927—1931 в общем 20,3% смертности от всех форм туберкулеза. Это вместо 15,0% за г.г. 1897—1901, или 14,4% за г.г. 1902—1907 и 12,9% за г.г. 1907—1911. Такой относительно высокий процент смертности от внелегочных форм туберкулеза за последние годы (1927—1931) не мог не отразиться и на общей для всех форм кривой сезонных колебаний. Мы построили отдельную кривую сезонных колебаний смертности от внелегочных форм за годы 1927—1931 на основании следующих материалов.

Таблица № 12. Смертность от острого милиарного туберкулеза. г. Одесса

Годы	Месяцы												Итого
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1927	1	2	1	3	1	—	1	2	3	1	—	—	15
1928	3	2	—	3	4	2	—	1	2	5	2	1	25
1929	4	1	4	2	—	—	—	2	2	—	—	—	16
1930	2	2	—	3	4	1	1	1	1	1	2	1	19
1931	2	2	3	2	3	6	5	—	—	—	—	1	24
1927—1931	12	9	8	13	12	9	7	4	8	9	4	4	99

Таблица № 13. Смертность от туберкулезного менингита в г. Одессе

Годы	М е с я ц ы												Итого
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1927	9	14	8	11	14	6	11	6	4	7	3	7	100
1928	9	12	8	8	12	12	14	5	2	5	7	8	102
1929	6	13	7	4	8	12	6	4	5	5	2	2	74
1930	4	8	5	5	18	13	4	7	2	6	5	7	84
1931	11	10	8	19	9	7	7	5	8	5	2	4	95
1927—1931	39	57	36	47	61	50	42	27	21	28	19	28	455

Таблица № 14. Смертность от прочих форм внелегочного туберкулеза в г. Одессе

Годы	М е с я ц ы												Итого
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1927	4	10	3	6	9	1	6	4	3	7	5	4	62
1928	2	1	6	4	6	8	4	4	12	3	5	7	62
1929	1	6	6	1	4	3	4	3	5	3	4	4	44
1930	—	5	3	2	6	5	4	4	2	1	1	7	40
1931	4	7	1	3	5	3	5	9	9	4	2	2	54
1927—1931	11	29	19	16	30	20	23	24	31	18	17	24	262

Суммируем эти данные для всех видов внелегочного туберкулеза за годы 1927 — 1931.

Таблица № 15. Кривая сезонных колебаний смертности от всех форм внелегочного туберкулеза в г. Одессе За г. г. 1927—1931.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Итого
абс. ч.	62	95	63	76	103	79	72	55	60	55	40	56	816
%	7.59	11.67	7.72	9.31	12.62	9.68	8.82	6.74	7.35	6.74	4.9	6.86	—

Эта кривая немногим отличается от кривой сезонных колебаний, вычисленной специально для смертных случаев от туберкулезного менингита, на который приходится больше половины всех смертей от внелегочных форм. Она резко подчеркивает максимумы и минимум ее более продолжителен.

Таблица № 16. Кривая сезонных колебаний смертности от туберкулезного менингита в г. Одессе за 1927—1931 г. г.

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
%	8.57	12.53	7.91	10.33	13.41	10.99	9.23	5.93	4.62	6.15	4.18	6.15

Таким образом для кривой сезонных колебаний смертности от внелегочных форм туберкулеза являются характерными весенне-летний подъем со значительным максимумом в июне; второй максимум в феврале и глубокий минимум в ноябре; для смерт-

ности от туберкулезного менингита—тот же весенне-летний подъем с резким максимумом в мае; второй максимум в феврале и продолжительный минимум от августа до декабря включительно. Кривая сезонных колебаний смертности от туберкулеза легких за те же 1927—1931 годы отличается зимне-весенним подъемом, высоким стоянием в марте и апреле, максимумом в мае и минимумом в августе, сентябре и октябре.

И еще одно обстоятельство, уже характерное для местных условий, должно занять наше внимание. Это приток приезжих больных, особенно большой в последние годы. Среди умерших от туберкулеза они составляют 15,1%. Вычисленные за годы 1927—1930 кривые сезонной смертности для умерших от туберкулеза явно приезжих и явно местных жителей дают заметные различия.

Таблица № 17. Кривые сезонных колебаний смертности от туберкулеза местного населения г. Одессы от всех форм туберкулеза за г.г. 1927—1930

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Приезж.	6.1	6.1	11.7	10.6	11.3	11.5	8.7	7.8	5.7	6.6	6.1	7.2
Местн.	8.3	9.2	10.4	9.9	10.8	7.8	7.3	6.6	6.7	7.3	7.1	8.0

Другими словами для приезжих весенне-летний подъем с высоким стоянием в марте (максимум), апреле, мае даже июне, а для местного населения—зимне-весенний подъем с постепенным нарастанием и максимумом в мае и вторым в марте.

Наконец, последний доступный нам контроль. В кривую сезонных колебаний смертности местного населения входят все формы и легочные и внелегочные. Кривые колебаний для каждой из этих групп отдельно выразятся следующими рядами (годы 1927—1930).

Таблица № 18. Кривые сезонных колебаний смертности местного населения от легочных и внелегочных форм туберкулеза. г. Одесса, г.г. 1927—1930

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Легочн. формы	8.63	8.33	11.23	10.68	10.05	7.55	7.11	6.82	6.86	7.21	7.55	7.89
Внелег. формы	7.15	12.24	7.81	7.47	13.61	9.02	8.13	6.29	6.29	7.65	5.79	8.45

Кривая сезонных колебаний смертности от внелегочных форм, вычисленная исключительно для местного населения, ничем не отличается по характеру от приведенных выше кривых для внелегочных форм (см. таблицы 15 и 16) и для туберкулезного менингита в частности. Что же касается кривой сезонных колебаний смертности местного населения от легочного туберкулеза, то она отличается от общей с приезжими кривой зимне-весенним подъемом, высоким максимумом в марте, относительно низким стоянием кривой в июне либо второй половине года с минимумом в августе и сентябре. По этим признакам она является

ясным выражением типа кривой колебаний смертности от туберкулеза за много лет. Ее колебания имеют и свои основные причины, которые мы предполагаем в осложнениях и обострениях процесса, связанных с осенне-зимним похолоданием, переходом в неблагоприятную жилищно-климатическую среду и др. Смешанный состав больных—местные и приезжие, относительное усиление частоты внелегочных форм, переход на новый календарь (декрет 1918 года) и др. служат лишь условиями изменений кривой по месту и времени.

Бригада: А. М. ГЛУЗМАН, Е. Р. КРИЧЕВСКАЯ,
Н. М. МЕЛАМУД, С. И. ЦЕСАРСКАЯ.
Бригадир А. М. ГЛУЗМАН

МЕТОДИКА И ПРАКТИКА РАБОТЫ ТУБДИСПАНСЕРА

В условиях, когда советское здравоохранение перестраивает всю свою медико-санитарную практическую сеть на систему диспансеризации и единых диспансеров, опыт проделанный и закреплённый специальными учреждениями диспансерного типа, в особенности старейшими из них, тубдиспансерами, представляет большой интерес не только для работников специальных (типовых) диспансеров, но и для работников единых диспансеров, поскольку принципы и методика диспансерного обслуживания в основном общие для всех типов диспансеризованных учреждений.

Побуждаемая указанными соображениями и учитывая ряд благоприятных моментов в жизни и деятельности диспансера Одесского научно-исследовательского тубинститута, как то: длительный период существования диспансера, квалифицированные долго работающие кадры, углубленная методическая работа диспансера при постоянной консультативной помощи отд. социальной гигиены и др. отделов института, постоянное стремление всего коллектива диспансерных работников улучшать работу учреждения, добиваться высокого качества и максимальной эффективности в обслуживании трудящихся,—бригада работников диспансера решила приступить к подведению итогов деятельности диспансера за период его существования в составе института, т. е. с 1924/25 г. (6 — 7 лет).

Бригада поставила перед собой задачу проанализировать на материале, наблюдениях и опыте диспансера отдельные, наиболее важные участки его работы, посвятив каждому из них отдельную тему. В сумме все работы должны дать цельное представление о достижениях диспансера в основных областях (охвата и учета заболеваемости, лечебно-диагностической его деятельности, соц.-профилактической, оздоровительной и др.), а

также о тех методических и организационных исканиях и путях, какими он шел в своей работе.

Работа бригады в указанном направлении только начата. Из намеченного плана оформления получили нижеследующие работы, вошедшие в настоящий сборник.

1. А. М. ГЛУЗМАН. ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ СМЕРТНОСТЬ В ДИСПАНСЕРНОМ ОСВЕЩЕНИИ

В процессе разработки и изучения диспансерного материала, накопившегося в диспансере института в течение последних лет (1926—1930) мы свое внимание особо фиксировали на группе умерших от туберкулеза.

Эта группа представляет интерес во многих отношениях. По ней мы в известной мере судим о напряженности туберкулезной опасности в обслуживаемом районе. Из данных смертности мы исходим при изучении диспансерной осведомленности, что столь важно для оценки охвата диспансером туберкулезной заболеваемости в районе.

И, наконец, туберкулезная смертность, представляющая собой законченный этап длительного заболевания, прослеженного диспансером в течение ряда лет на большой группе больных, дает нам возможность путем обратного изучения пройденного пути заболевания, уяснить себе многое о характере развития и течения самого туберкулезного процесса.

За истекшие пять лет нами было зарегистрировано 9122 больных туберкулезом всех форм и стадий, обратившихся к нам исключительно из района, обслуживаемого диспансером. Из этого количества на протяжении пяти лет умерло 422 человека, из коих у 413 основной причиной смерти был туберкулез, что составляет 4,5% к общей массе зарегистрированных больных, или одна смерть от туберкулеза на 20—25 больных туберкулезом различных форм и стадий.

Группа бациллярных больных (I) дала за эти 5 лет 283 смертных случая (34,5%), группа клинически-заразных (II)—95 (21,3%), остальные две группы—клинически активная (III) и неактивная (IV) дали обе вместе ничтожную смертность—35 случаев на 7866 больных, т. е. меньше 0,5% (см. табл. № 1).

Таблица № 1

Группы	Зарегистр. больных	Из них умерло	% %
I	810	283	34,5
II	446	95	21,3
III	4216	34	0,8
IV	3650	1	—
Всего	9122	413	4,5

По половому составу смертные случаи дают преобладание мужчин над женщинами (255 мужчин и 158 женщин).

Возрастная группировка материала дает следующие экстенсивные показатели:

Возраст	0—4	5—14	15—19	20—49	50 и выше	Всего
% %	3,25	1,62	6,9	74,6	13,4	100,0

Основной массив смертей падает, таким образом, на наиболее зрелый работоспособный возраст (20—49). Аналогичные соотношения дает группировка материала по социальным признакам. Преобладающая часть смертей (241 или 60%) падает на рабочих и служащих, остальные на их иждивенцев и проч. группы населения (кустарей, инвалидов и т. д.).

От каких основных форм туберкулеза погибли наши больные?

Первое место, как и следовало ожидать, занимает легочный туберкулез (396 случаев или 95% всех случаев), небольшое количество (12 случаев) падает на острые формы туберкулеза (туберкулезный менингит и милиарный туберкулез) и внелегочные формы (костный туберкулез и туберкулез серозных оболочек—5 случаев).

Обратимся теперь к вопросу о степени вымирания, или, что равносильно, о продолжительности болезненного периода у данной группы туберкулезных больных.

Болезненный период лучше всего определить по отрезку времени, протекшему от начала заболевания до летального исхода. К сожалению, в отношении туберкулеза начало заболевания не всегда поддается точному определению, и мы по этому вынуждены прибегать к другим опорным пунктам для изучения интересующего нас вопроса. Это нам удастся лишь до некоторой степени.

Сопоставляя год летального исхода больных с годом их первичного учета в диспансере, мы из полученных данных выводим среднюю продолжительность наблюдения туберкулезного больного. Последняя, разумеется, не всегда совпадает со средней продолжительностью болезненного периода, ибо определяется величиной, зависящей от момента первичного обращения больных.

В отношении бациллярных больных пользуются еще в качестве исходной точки датой первичного обнаружения ВК в мокроте.

В следующей таблице наш материал распределен по году летального исхода и году первичного учета.

Из таблицы видно, что группа смертных случаев составила из больных различной давности наблюдения, начиная от 1912 г. до 1930 г. включительно, следовательно, на протяжении от 1 года до 19 лет. Основная масса больных (403) находилась под наблюдением между 1923—1930 г., следовательно, на протяжении от 1 года до 8 лет. Средняя-же давность наблюдения всего на-

Таблица № 2

Годы смерти	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Всего
1926	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	10	28	27	—	—	—	—	69
1927	—	—	—	2	—	1	—	—	1	1	—	3	6	22	34	19	—	—	—	89
1928	1	—	2	—	—	—	—	1	1	—	1	4	5	9	15	22	21	—	—	82
1929	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	8	6	11	11	21	18	—	81
1930	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	7	13	6	16	14	20	21	101
Всего	2	—	2	2	—	1	1	1	2	2	4	15	36	78	93	68	56	38	21	422

шего материала составляет 3 года. Если из общего числа смертных случаев выделим все бациллярные и распределим последние по году смерти и по году первичного обнаружения ВК, получаем несколько меньшую среднюю продолжительность наблюдения, а именно 2,3 года после первичного обнаружения ВК (см. табл. № 3).

Достойны серьезного внимания те случаи, где летальный исход совпадает с годом первичного учета в диспансере. Таких случаев, как это можно видеть на таблице № 2 немного больше $\frac{1}{4}$ всех случаев (106 на 413 всех случаев).

Из года в год к нам в диспансер обращается, а чаще нам доставляют туберкулезных больных в очень тяжелом состоянии. Обслуживая не только городское, но и сельское население, наш диспансер привык получать такие „запущенные“ процессы, главным образом, из сельских местностей.

Таблица № 3

Годы смерти	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Всего
1926	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	27	19	—	—	—	—	50
1927	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	1	19	15	15	—	—	—	50
1928	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	4	12	13	12	—	—	48
1929	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4	4	10	9	16	14	—	50
1930	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	9	4	11	21	15	14	70
—	2	—	1	—	—	—	—	—	1	1	1	4	13	60	60	48	49	29	14	250

В данном случае мы имеем дело исключительно с больными из городского района. Кого приходится винить за то, что в диспансер, одной из основных функций которого—ранняя диагностика туберкулеза—приходят уже почти умирающие люди? В

новат ли в этом диспансер с его системой учета и охвата, либо дело может быть не столько в диспансере, сколько в самом туберкулезе, в особенностях его развития и течения?

С целью выяснения указанных моментов мы приступили к более тщательному изучению историй болезни этих 106 случаев.

После выверки материала и отсева всех сомнительных случаев, мы оставили для изучения 58 историй болезни.

В целях разрешения интересующего нас вопроса мы выделили следующие моменты, на которые искали ответы в этих документах, а именно:

1) Сколько времени больной болел или считал себя больным до обращения к врачу.

2) Спустя сколько времени после учета в диспансере последовала смерть от туберкулеза.

3) Кто направил больного в диспансер.

4) Какой был в диспансере поставлен диагноз на основании клинического, рентгенологического и лабораторного исследования.

5) Был ли больной постоянный житель г. Одессы или приезжий из других районов, каких и как давно.

6) Каков предположительный источник инфекции.

7) Возраст и социальное положение больного.

Результаты получились следующие. Из 58 случаев, умерших в течение года первичного учета, детей и подростков оказалось 16, взрослых—42.

В 9-ти случаях предположительный источник инфекции—семья, в 44 случаях семьи были совершенно здоровы и свободны от туберкулеза, следовательно, источник инфекции был вне семьи, в 5 случаях туберкулезную отягощенность семьи выяснить не удалось. Большинство случаев внутри-семейного заражения падает на детей (в 7 случаях из 9), а в случаях с вне семейным источником инфекции большинство падает на взрослых (в 36 случаях из 44).

По клиническим формам оказалось: в 6-ти случаях острые формы туберкулеза: творожистая пневмония в 3 случаях (ребенок, подросток, взрослый), милиарный туберкулез в 2-х случаях (ребенок, взрослый), туберкулезный менингит—в одном случае (ребенок); в 2-х случаях—кровоизлияние, окончившееся летально, и случай абсцесса легкого. Остальные 50 случаев представляли собою распространенные двухсторонние преимущественно экссудативные процессы с явлениями распада, декомпенсированные, с ВК в мокроте и с частыми осложнениями в гортани.

Следующий момент, потребовавший проверки—это продолжительность всего болезненного периода, т. е. определение длительности двух отрезков времени: 1) с момента первых заметных субъективных ощущений больного до момента постановки диагноза и 2) с момента первичного диагноза до летального исхода.

Первый отрезок, менее точный, должен был нам дать анамнез больных, остальной период точно устанавливало дальнейшее диспансерное наблюдение. Полученные данные изображены на табл. № 4.

Таблица № 4. Продолжительность болезненного периода больных, умерших в годы учета

Сроки	Период до 1-го уч. в диспанс.	От уч. до летальн. исхода	Весь болезн. период	% %
До 1 мес.	11	9	—	—
от 1— 2 мес.	7	12	2	3,5
" 2— 3 "	5	10	5	8,6
" 3— 4 "	1	6	5	8,6
" 4— 5 "	2	4	7	12,0
" 5— 6 "	8	7	3	5,3
" 6— 9 "	1	6	7	12,0
" 9—12 "	6	4	11	20,0
от 1— 2 года	4	—	7	12,0
2 года и больше	3	—	4	7,0
Не выяснено	10	—	7	8,0
Всего	58	58	58	100,0

Из сводки видно, что с момента первых заметных для больных симптомов заболевания до первичного обращения к врачу проходили различные сроки—от дней до 12 м-цев и только в 7-ми случаях опрошенные считали себя больными 1—2 года. В среднем этот отрезок времени составляет 5—6 месяцев. Второй отрезок болезненного периода также колеблется от дней до 11 м-цев, давая в среднем 4-х месячную давность наблюдения больного лечебными учреждениями (диспансером). Весь же болезненный период составляет с среднем около 8-ми месяцев (при расчетах исключены 7 невыясненных случаев).

Таким образом, и характер процесса и продолжительность болезненного периода, в течение которого разыгрываются все акты туберкулезной трагедии, говорят нам об остром, под-остром или галлопирующем течении туберкулезного процесса у разбираемой группы больных. Больные обычно не подозревали о характере наступившего заболевания и в большинстве своем впервые обратились со своими жалобами не в тубдиспансер, а в другие лечебные учреждения, которые их направили к нам. Из 58 случаев только в 3-х больные явились к нам по собственной инициативе (2 по поводу легочного кровоизлияния, 1 с жестокими коликами в боку и кашлем), остальные были направлены: поликлиникой (36 случаев), больницей (5 случ.), диспансерными

сестрами (8 сл.), здравотделом (1 сл.), домом отдыха (1 сл.), врачом детдома (3 сл.), предприятием (1 сл.).

Что касается остальных интересовавших нас моментов, а именно: откуда происходят наши больные, каково их социальное положение и степень их организованности,—то разработка дала нам следующие результаты: за исключением 1 случая, оказавшегося приезжей крестьянкой, поселившейся у родственников, остальные либо уроженцы города, либо давно живут в Одессе.

По своему социальному положению только 2 оказались фабрично-заводскими рабочими (1 конфетчица и 1 маляр с завода), остальные распределяются по своему социальному и производственному положению следующим образом: чернорабочих—3, служащих—18, кустарей—5, учащихся—6, инвалидов труда—7, безработных—4, иждивенцев—13.

Бросается в глаза ничтожное количество производственных рабочих и преобладание неорганизованных групп либо групп, распыленных по мелким предприятиям (советские служащие, работники прилавка и контор). Это обстоятельство также кажется нам не случайным, т. к. неорганизованные и слабо организованные группы хуже охватываются диспансерным обслуживанием и реже попадают к врачу в ранних стадиях своего заболевания либо в предпатологическом состоянии.

Незначительность материала не дает нам еще права делать какие либо обобщения. Тем не менее, анализ туберкулезной смертности в диспансерном освещении дал нам возможность выявить необычные для городских условий формы течения туберкулеза у взрослых и поставить это в связь не только с недостаточно активным обслуживанием слабо организованных групп населения, но также с характером инфекции и с особенностями течения туберкулезного процесса.

РЕЗЮМЕ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Вымирание от туберкулеза клиентуры диспансера за период 1926—1930 составляет 4,5% всего количества зарегистрированных за этот период туберкулезных больных городского района в диспансере.

2. Подавляющая масса (95%) всех смертных случаев падает на бациллярные и клинически-заразные формы, составляя 34,5% в группе бациллярных и 21,3% в группе клинически-заразных.

3. По клиническим формам подавляющая масса смертных случаев падает на легочный туберкулез (95%); по социальному составу—на рабочих и служащих (60%); по возрасту—на молодой и средний возраст 20—49 лет (74,6%).

4. Давность наблюдения диспансером больных с летальным исходом составляет в среднем 3 года, а вычисленная по году первичного обнаружения ВК—2,3 года с минимумом в 1 год и меньше и максимум в 19 лет.

5. Специально изученная группа в 58 случаев, умерших в год первичного учета показала: а) что среди взрослого городского населения не редки формы легочного туберкулеза с бурным злокачественным течением (острым и подострым), с весьма непродолжительным болезненным периодом и б) что эти формы чаще встречаются среди больных из слабо организованных групп, не охватываемых активным диспансерным обслуживанием.

6. Весьма желательно, чтобы диспансеры и стационарные противотуберкулезные учреждения глубже изучили указанные, не обычные для города, злокачественные формы легочного туберкулеза, с целью их всестороннего освещения как с точки зрения иммуно-биологии, так и социально-патологической.

2. А. М. ГЛУЗМАН. ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА, КАК КРИТЕРИЙ ОХВАТА ИМ ТУБ. БОЛЬНЫХ РАЙОНА

По материалам диспансера Од. тубинститута за период 1926—1930 г.

Два весьма важных факта отмечены отделением Соц. гигиены нашего института при изучении им движения туберкулезной опасности за последние годы по г. Одессе.

Первый факт—высокая детская смертность от тбк в сравнении с коэффициентом туб. смертности среди общей массы населения г. Одессы (24 на 10.000 детей в возрасте от 0—4 лет за годы 1926—1929 при общем коэффициенте смертности от туберкулеза 15—17 за тот же период).

Второй факт—около 70% из новых открытых форм обнаруживается уже при первичном их обращении в диспансеры.

Эти два факта с несомненностью свидетельствуют прежде всего о том, что с делом раннего охвата туб. больных далеко еще неблагополучно.

Одним из критериев степени охвата уже издавна стало в нашей диспансерной практике определение показателя осведомленности диспансера о больных, умерших от туберкулеза.

Вопросам осведомленности мы всегда уделяли в текущей работе диспансера усиленное внимание. Особенно регулярно мы стали проверять степень осведомленности после того, как диспансер перешел к обслуживанию населения по строго районному принципу.

Первую такую проверку нашей осведомленности мы сделали на материале 1926 г. В работе по этому вопросу¹⁾ нам удалось обосновать целый ряд положений, подкрепляющих важность регулярного изучения осведомленности для практических мероприятий тубдиспансера.

¹⁾ А. М. Глузман „К вопросу об осведомленности диспансера“ „В. Т.“ 1927 г.

Вместе с тем анализ осведомленности 1926 года помог выявить слабые места нашего охвата и указать, в каком направлении необходимо вести дальнейшую работу, чтобы из года в год повышать кривую осведомленности и этим самым поднять качество охвата туб. пораженности обслуживаемого района.

Начиная с 1926 года мы систематически регистрировали все случаи смерти от туберкулеза, имевшие место среди учтенных диспансером больных, из обслуживаемого нами городского района. Параллельно мы периодически получали в ЗАГСЕ списки умерших от туберкулеза в том же районе.

Сверяя эти два источника, мы получали возможность с одной стороны быть постоянно в курсе дела нашей осведомленности, а с другой стороны—итти по горячим следам от ставших известными нам, туберкулезных смертных случаев к туб. очагам.

Как росла наша общая осведомленность за последние годы, можно видеть из следующей таблицы:

Общая осведомленность диспансера в годы 1926—1930

Годы	Всего смертных случаев от тбк	Из них были на учете в диспансере	Неизвестно диспансеру	% осведомленности
1926	143	69	74	48
1927	164	89	75	54
1928	165	82	83	49
1929	108	81	27	75
1930	157	101	56	65
Всего	737	422	315	57,4

Отмеченные в ней данные говорят о значительном улучшении нашей туб. осведомленности, возросшей с 48% в 1926 году до 65—75% в 1929—1930 г.г. Однако, из этой же таблицы видно, что все еще значительный % смертей от тбк ускользает из поля зрения диспансера.

Попробуем несколько детальнее разобраться в указанных данных и искать в них объяснений этому существенному дефекту в работе диспансера.

Прежде всего, какие формы туберкулеза, послужившие причиной смерти в наших случаях, чаще всего ускользали от учета диспансера?

Из всех 737 случаев, умерших от туберкулеза, на внелегочные формы приходится 115, на легочный туберкулез—580. В остальных 42 смертных случаях фигурировали множественные причины (туберкулез и сердечные заболевания, туберкулез и диабет, туберкулез и злокачественные новообразования и т. д.).

Эти указанные группы получают совершенно различное отражение в осведомленности. Так, группа умерших от внелегочных форм туберкулеза дает следующую картину осведомленности.

Наименование туб. формы	Число смертных случаев	Из них известно	Неизв.	% осведомленности
Туб. брюшины	10	0	10	0
Менингит туб.	77	10	67	13
Мил. туб.	10	2	8	20
Костн. туб.	18	8	10	44

Из 580 смертных случаев от легочного туберкулеза под наблюдением диспансера оказалось 397, что составляет 69% осведомленности. И, наконец, из 42 случаев, где фигурировали множественные причины смерти, известными диспансеру оказались только 6 случаев, или 14% всех случаев.

Не считая последней группы с недостаточно выявленной ролью туберкулеза, как главной причины смертного исхода, мы видим, что наименьшую осведомленность нам дает группа внелегочного туберкулеза, главным образом его острые формы (менингит и милиарный туберкулез). Это, очевидно, может быть поставлено в связи, с одной стороны—с характером и тяжестью процесса, сразу укладывающего больного в постель, и с другой стороны—с плохо охватываемым диспансером детским ранним возрастом, преимущественно поражаемым указанными формами туберкулеза.

Подтверждение этому мы находим в следующей сводке (см. табл.), где наша осведомленность разработана по возрастному признаку.

Осведомленность диспансера об умерших различных возрастов (1926—1930 г.г.)

Возраст	Всего умерших	Из них известных	Неизвестн.	% осведомленности
0—1	35	4	31	11.4
1—4	46	10	36	21.7
5—9	23	5	18	21.8
10—14	6	2	4	33.3
15—19	45	30	15	66.6
20—49	438	315	123	72.0
50—59	75	39	36	52.0
60 и выше	69	18	51	26.0
Всего . .	737	422	315	57.4

Судя по таблице слабее всего были нами охвачены больные дети грудного возраста (11.4% осведомленности), несколько лучше, но все же весьма недостаточно остальное детство (21—33%), лучше всего—рабочий возраст (до 72% осведомленности). Начиная с более старых возрастов, кривая осведомленности снова снижается, делая резкий скачок вниз (26%) для преклонного возраста (60 лет и выше).

Нам не приходится здесь повторять положения, разделяемые всеми фтизиатрами и детскими врачами, о том, какой горючий материал для туберкулеза представляет собой грудной и ранний детский возраст и, какую опасность представляет для ребенка близкое с ним общение туб. больного. Во много раз опаснее для ребенка туберкулезное окружение тогда, когда течение долгого времени оно остается неизвестным или вовсе нераспознанным.

В работе С. И. Цесарской из Соц. Гиг. Отдела Института, посвященной вопросу о возникновении туберкулезного менингита в раннем детском возрасте¹⁾, в 57% всех случаев источником заражения при тбк менингите был с достоверностью установлен длительный и непрерывный контакт с бацилловыделителем.

При чем, что особенно интересно, в половине всех случаев с установленным источником заражения, возникновение менингита можно было поставить в связь с обострением процесса у бацилловыделителя.

Все эти факты диктуют необходимость обратить сугубое внимание на дело охвата раннего детства и, в первую очередь, из туб. окружения, ибо только при наиболее раннем и полном охвате возможна осмысленная профилактическая противотуберкулезная работа среди детей.

В этом направлении детское отделение нашего диспансера, начиная с 1931 г., перестроило несколько свои методы охвата. Оно вынесло работу по охвату раннего детства за стены диспансера. Не добившись никакими способами привлечения в диспансер детей из туб. очагов, наши педиатры стали практиковать систематическое посещение детей на дому, одновременно проводя в семье необходимую оздоровительную работу. То же в отношении использования детских консультаций и яслей. Установленная с этими учреждениями так называемая „увязка“, в виде обменных формуляров на патронируемых детей, оказалась мало жизненной и мало эффективной. И мы решили заменить бумажную связь с консультациями и яслями живым участием наших педиатров совместно с работниками консультаций, в деле выявления инфицированных или больных туберкулезом детей и обнаружения новых источников заражения.

¹⁾ См. этот сборник, стр. 81

Следующий момент, постоянно интересовавший нас в деле охвата, а, следовательно, и в осведомленности—это вопрос о степени охвата нами различных социально-классовых и производственных групп обслуживаемого населения. Этот момент, дающий критерий для общей оценки классовой линии в нашей работе, представляет для нас особый интерес, так как наш диспансер с первых дней своего существования был открытого типа, т. е. обслуживал все население района, и тут, следовательно, скорее, чем в других диспансерах возможны были искривления. К тому, же наш район слабо насыщен группой производственных рабочих.

На общем материале, разработанном по обычно-принятому социальному признаку (рабочие, служащие, инвал. труда, кустари и т. д.) наша осведомленность представлена в следующей сводке (см. табл.).

Общая осведомленность диспансера по соц. составу умерших

Соц. состав	Всего	Известн.	Неизвестн.	% осведомленности
Рабочие	140	113	27	80.7
Служащие	157	112	45	71.3
Инвал. труда	73	49	24	67.0
Кустари	35	16	19	45.9
Прочие	26	6	20	23.0
Ижд. застр.	217	108	109	50.0
Ижд. незастр.	89	18	71	21.0
Всего	737	492	315	57.4

Из этой сводки видно, что первое место по степени нашей осведомленности занимают рабочие (80.7%), за ними следует группа служащих (71.3%), инвалиды (67%) и т. д.

Последнее место занимают прочие (деклассированные, нетрудовые) и их иждивенцы (21—23% осведомленности).

Хотя 80% осведомленности среди рабочей группы больных может считаться до известной степени достаточно высокой, тем не менее факт ускользания из поля зрения диспансера $\frac{1}{5}$ всех смертных случаев от туберкулеза среди рабочих свидетельствуют о том, что в деле охвата туб. заболеваемости в отношении рабочего класса еще не достигнуто многого.

В целях еще большего уточнения степени осведомленности в социальном и производственном разрезе и расшифровки удельного веса каждой группы в общем показателе осведомленности, мы исключили из всего материала все смертные случаи от острых и экстрапульмональных форм туберкулеза (115 случ.), случаи с множественными причинами смерти (42 случ.) и, все смертные случаи, касающиеся детей и подростков (до 17 лет)—(71 случ.).

Всего около 228 случаев.

Остальные 509 смертных случаев, вызванных туберкулезом легких и, касающиеся исключительно лиц рабочего возраста (от 18 лет и старше), мы распределили по группам, на рабочих, связанных с предприятием и рабочих вне их, служащих, инвалидов и т. д. Каждая группа была в свою очередь разбита на случаи, известные диспансеру и неизвестные.

Результаты указанной разработки представлены на следующей таблице.

Осведомленность диспансера о больных легочным туберкулезом рабочего возраста (18 лет и старше) в соц.-производственном разрезе за период 1926—1930 г.

Соц. состав	Число умерших	Из них		% % осведомленности
		Изв. д-ру	Неизв.	
Рабоч. связ. с произв.	21	21	—	100
" вне произв.	135	107	28	79.2
Служащие	110	89	21	80.9
Инвалиды	68	46	22	67.7
Прочие	47	26	21	55.3
Иждивенцы	128	74	54	57.8
Всего	509	363	146	71.4

Из нее видно, 1) что на рабочих, связанных с производством падает наименьшее число (21 сл.) смертных случаев от ТБК, что совершенно естественно, ибо большинство больных туберкулезом рабочих задолго до печального исхода либо оставляют работу, переходя на более легкую вне своего предприятия, либо переходя в инвалиды, 2) что в отношении всех этих случаев осведомленность диспансера полная (100%), что говорит о полном охвате той группы рабочих, которая связана с производством.

Чем дальше находится больной от крупного организованного коллектива трудящихся (рабочий из группы обслуживающих профессий, служащий, инвалид, иждивенец), тем хуже его охват и, следовательно, тем ниже степень осведомленности о нем со стороны диспансера.

Полученные данные нашей разработки и анализа позволяют сделать следующие выводы:

1. Одним из наиболее ценных критериев степени охвата туб. заболеваемости диспансером является движение кривой его осведомленности.

2. Общая туб. осведомленность нашего диспансера, дающая из года в год неизменный рост, все еще показывает значительный % смертных случаев (около 30%), ускользающих при жизни от учета диспансера.

3. Анализ материала показал, что наиболее слабая осведомленность у диспансера в отношении детства, в особенности

раннего и в отношении старческого возраста, а по формам заболевания—в отношении острых и внелегочных форм туберкулеза. Наилучшая осведомленность—в отношении легочного туберкулеза и среднего рабочего возраста.

4. Что касается осведомленности по отношению различных социально-производственных групп, то 100% осведомленности диспансер достиг в отношении наиболее организованной группы больных—рабочих, связанных с предприятиями. В отношении же остальных—осведомленность снижается тем сильнее, чем дальше данная группа больных от коллектива, организованного на предприятии.

5. Задача диспансера—достигнуть 100% охвата в отношении всей туб. пораженности в обслуживаемом им районе, для чего необходимо:

а) усилить охват раннего детства, особенно из туберкулезного окружения;

б) усилить привлечение членов семей и, в первую очередь, детей и подозрительных по туберкулезу стариков;

в) крепче связаться с районной мед. санит. сетью, установив периодическую проверку, выловленных ею туб. больных, в особенности же бацилловыделителей;

г) добиться фактического выполнения лечащими врачами декрета об обязательной заявке о каждом, вновь обнаруженном заразном туб. больном (бацилловыделителе).

6. Одним из верных путей, ведущих к усилению охвата раннего детства, считать—активное и систематическое участие педиатров-фтизиатров в работе районных консультаций и яслей.

7. Перестроенную в этом направлении работу детского отделения диспансера необходимо в дальнейшем углубить с тем, чтобы можно было этот опыт учесть и расширить на всю остальную периферическую сеть туб. диспансеров.

3. Е. Р. КРИЧЕВСКАЯ и Н. М. МЕЛАМУД. КЛИЕНТУРА ДИСПАНСЕРА ПОД КОНТРОЛЕМ РЕНТГЕНА

Анализ нашей клиентуры за 1929 г. показал, что большую часть осмотренных больных, составляли больные с небольшими процессами в легких, принадлежащие по классификации, принятой у нас в диспансере к III и IV группам, т. е. Турбан I, редко II и бронхоадениты активные (группа III) и неактивные (группа IV).

Изучение всей клиентуры за последние 5 лет подтвердило результаты нашего анализа, а именно, на все количество больных 13748 чел.,—побывавших в диспансере за этот отрезок времени, максимальное число приходится на III и IV группы (4217 и 3470 б.) при количестве 829 б. для I-ой группы (бацилярные) и 446 больных для II-й группы (клинически-заразные). Остальную часть

составляли больные, оставленные под наблюдением до выяснения диагноза (obs)—4135 б., obs ex contacto 591 больных и т. д.

Так как диагноз туберкулеза основывался преимущественно на данных перкуссии и аускультации мы попробовали проанализировать эту массовую группу клиентуры диспансера, таким образом Turban I—под контролем рентгена, учитывая и незначительность положительных результатов мокроты у этой группы больных.

Для проработки мы воспользовались историями болезни исключительно взрослых больных годов учета 1924—1930, отобрав только те из них, где наряду с клиническим диагнозом имеется налицо рентгеноскопическое исследование, а также исследование мокроты, произведенные в течении одного и того же года.

Таким образом, у нас составилась материал с тремя важными ингредиентами: клиническим диагнозом, рентгеноскопией и анализом мокроты у одних и тех же больных. При постановке диагноза тбк легких, различные авторы отдают предпочтение различным методам исследования: одни авторы признают решающую роль только за клиникой, другие только за рентгеном и третьи, наконец, ставят диагноз туберкулеза легких исключительно при наличии ВК в мокроте. Воробьев в предисловии к книге Помельцова „Легочные формы туберкулеза взрослых в рентгеновском изображении“ говорит следующее: „для легочных туберкулезных процессов рентгеновские исследования сделались необходимым дополнением прежних клинических методов исследования. Это повело даже к переоценке значения нового метода, особенно в современных попытках прижизненного точного диагноза патолого-анатомических форм легочного туберкулеза“.

Гасуль по этому поводу высказывается так: „рентгеновские лучи за последнее время сделались могущественным распознавательным фактором, часто дополняющим и заменяющим все прочие способы физического исследования туберкулеза“. Goldscheider сводит достижения рентгенодиагностики легочного тбк к тому, что „рентгеновская картина показывает великолепным образом распространение, а часто и форму процесса, „что она незаменима для определения небольших или рассеянных очагов, которые ускользают от перкуссии, для распознавания каверны, для определения атипической чахотки и туберкулеза бронхиальных желез, для доказательства рецидива прежнего процесса, об'извествлений, плевритических спаек и т. п.“.

Сторонниками обобщающей точки зрения, отдающими должное и клинике и рентгену являются Мунк, Кацман и друг. Первый усматривает „в рентгеновском методе лишь дополнение остальных клинических методов исследования, пусть в некоторых случаях и незаменимое и решающее“. „Только непрерывная связь с клиникой, проверка рентгенологических данных всеми диагностическими методами может уберечь рентгенолога от заблужде-

ний и ошибочных диагнозов, которые получаются, благодаря односторонней оценке или переоценке рентгенодиагностики“.

Кацман же считает, что „рентгеновское исследование само по себе без клинического исследования не может дать основания к категорическому утверждению диагноза туберкулеза легких или к его отрицанию“. Такая оценка рентгеновского метода не умаляет его значения в клинике туберкулеза, ибо таково значение всякого другого метода, вырванного из общего клинического исследования“.

Посмотрим теперь, что представляет собой наш материал в рентгенологическом освещении. Мы пользовались, главным образом, данными просвечивания, т. к. последнее наиболее применялось в диспансере. Оказалось, что в течении упомянутого времени (с 1924 по 1930 г.) больных с клиническим диагнозом Турб. I плюс рентген и лаборатория можно было отобрать всего 627. При сопоставлении клинического диагноза с данными рентгеноскопии у этих больных мы могли убедиться, что в 361 случае клинический диагноз Турб. I был подтвержден и рентгеноскопически—57,6%, у остальных же 266 больных—42,4% Турбан I не оказалось, а именно: у 172 б., (64,7%) найдено было увеличение желез, причем из них одно только увеличение желез у 146 больных; увеличение желез и плевральные наложения у 12 больных; увеличение желез и низкое стояние верхушек у 8 больных; увеличение желез и перибронхиты у 6. У остальных 94 больных найдено было: сухой плеврит у 36 сл., Турбан II у 7 сл., пороки сердца у 16, нормальное состояние легких у 35.

Таковы данные в отношении Турбан I.

Итак, мы видим, что у довольно большого количества больных вместо Турб. I рентгеноскопически оказалось только увеличение желез. Что собой представляют эти увеличенные железы? Из всех бронхиальных желез (gl. pulmonales, gl. bronchopulmonales, gl. tracheo-bronchiales и gl. paratracheales) наибольший клинический интерес с точки зрения топографического положения и возможных влияний в патологических случаях представляют железы трахеобронхиальные и паратрахеальные. Оценка же рентгеновских данных просвечивания и снимков желез требует весьма критического подхода, особенно в отношении этиологии поражения, ибо недостаточно для диагностики туберкулеза наличия лишь усиленного рисунка hilus'a, ибо, во первых, пятна и тяжи могут получаться при употреблении очень мягких трубок, во вторых, коллатеральные изменения желез hilus'a могут иметь место и при неспецифических аденитах. Следовательно, все эти изменения не являются характерными для туберкулеза.

Поэтому, в наших 172 случаях, где рентгеноскопически найдено было увеличение желез, указать их туберкулезную этиологию нельзя. Для нас интересен лишь тот факт, что клинический диагноз Турб. I, рентгеноскопически не во всех случаях подтверждался.

Смешение пороков сердца с туберкулезом можно объяснить тем, что митральный стеноз, главным образом, может быть принят за легочный туберкулез, благодаря сходству признаков. В этих случаях решающую роль играет рентген. У нас при диагнозе Турб. I пороки сердца на рентгене обнаружены были у 16 больных.

Наиболее частой локализацией плевритических сращений являются, по Мунку, легочные верхушки. „Они являются причиной перкуторного укорочения звука, а также рентгенологического затемнения верхушек, которое при кашле не просветляется. Это затемнение часто истолковывается ошибочно как „поражение верхушек“ или „катарр верхушек“ и относится к процессам исходящим из легочной ткани“. И у нас в 36 сл. вместо Турб. I оказался плеврит.

Что касается больных с диагнозом Турб. II, то *à priori* можно было ожидать больше случаев совпадения между данными осмотра и таковыми рентгена, но фактически этого на нашем материале не оказалось.

Клинический диагноз Турб. II был проставлен у 213 б., из которых у 112 (52,6%) диагноз подтвердился и рентгеноскопией, а из остальных 101—у 25 б. было найдено увеличение желез, из них одно только увеличение желез у 8 б., увеличение желез и низкое стояние верхушек у 7 б., увеличение желез и плевриты у 4, увеличение желез и перибронхиты у 6. У остальных: плевриты у 5, Турбан I у 47, Турбан III у 19, порок сердца у 1, эмфизема у 1 и без изменений в легких 3 чел.

Итак, при Турбане II „увеличение желез“ рентгеноскопически встречается реже, несовпадение же заключается, главным образом, в стадиях процесса.

При III ст. в большинстве случаев имеется совпадение клинического и рентгенологического диагнозов. Так, на 199 б. у 191 (96%) было совпадение диагнозов и лишь у 8 (4%), у которых клинически был поставлен Турбан III,—рентгеноскопически мы имели: увеличение желез, плевральные наложения и тяжи у 1 б., Турбан I у 3-х, Турбан II у 3-х и норму у 1 больного.

Интересно также проследить, что собой представляет группа больных с неустановленным клиническим диагнозом (obs), т. е. больных, осмотр которых в диспансере не давал врачу достаточных опорных пунктов для постановки диагноза туберкулеза. Таких больных оказалось 387 чел. Рентгеноскопически мы имели увеличение желез у 191 б. (49,3%), из которых одно только увеличение желез было у 156 б., увеличение желез и плевриты у 6, увеличение и низкое стояние верхушек у 20, увеличение желез и перибронхиты у 9 б., Плевриты были найдены у 17 б., Турбан I у 92-х, инфильтрат у 1, изменения со стороны сердца у 6 и норма у 80 больных.

Что касается больных без диагноза, но находящихся под наблюдением *obs ex contacto*—24 б., то рентгеноскопически мы имели увеличение желез у 10. Турбан I у 8, изменения со стороны

сердца у 1, инфильтрат у 1 и норму у 4-х больных. Таковы рентгеноскопические результаты для диагностированных и недиагностированных 1450 больных, у которых и клинический диагноз и рентгеноскопия были произведены в год учета.

Имеется у нас еще группа больных—427 чел., где постановка клинического диагноза и рентгеноскопия имели место в различные годы. К сожалению, не на всех историях болезни в год рентгеноскопии был поставлен соответствующий диагноз. Поэтому для анализа мы эту группу выделили отдельно. Таких больных у нас оказалось с клиническим диагнозом Турб. I—225 больных с клиническим диагнозом Турб. II—107, больных с Турб. III—68 чел. и обсервационных—27 ч. У всех этих больных рентгеноскопически мы получили почти такие же результаты как и у больных, где рентгеноскопия была в один год с клиническим диагнозом.

Итак, весь наш материал обнимает собой 1877 ист. болезни, где наряду с клиническим диагнозом был и рентгенологический в год регистрации или позже.

Суммирование всего нашего материала дает нам следующие данные: из 852 больных с диагнозом Турб. I совпадение с рентгенологическим диагнозом было в 485 случ. (56,9%) и несовпадение в 367 случ.—(43,1%), причем из них в 12 случаях на рентгене были найдены изменения в легких, большие, чем Турб. I, а именно Турб. II и III. У 257 б. было найдено увеличение желез, а 62 б. оказались вовсе не туберкулезными. У 36 б. оказались явления со стороны плевры без очаговых изменений в легких.

Больных с Турб. II было 320 человек, у которых совпадение встречается у 151 б.—47,2%, а у 169 б.—52,8%—не было обнаружено Турб. II. Из них у 124 б. в легких оказались изменения тоже туберкулезного характера, но Турб. I или III, у 33 больных найдено было увеличение желез, у 7 плевриты и у 5 больных был не туберкулез легких.

Что касается больных III-ей стад., то из 267 б. клинический диагноз совпал с рентгенологическим у 258 б.—96,1% и лишь у остальных 9 больных—3,9%—мы не нашли Турб. III на рентгене, у них оказалось Турб. I или II у 6 б., у 1 больного только увеличение желез, а у 2-х больных со стороны легких нет никаких изменений.

У больных недиагностированных—414 б., Турбан I оказался у 100 б., у 18 б.—плевриты, у 208 б.—увеличение желез, у 6-пороки сердца и у 82 больных на рентгене не оказалось никаких изменений туберкулезного характера.

Итак, мы видим при наличии в легких изменений, классифицируемых по Турб. III,—клинический и рентгенологический диагнозы в большинстве случаев совпадают; хуже, как показал анализ, обстоит дело при небольших явлениях в легких при Турб. I или II. Последние же случаи, чаще встречающиеся

в диспансерной практике, почему то реже подвергаются рентгеноскопии, чем таковые с большими, грубыми изменениями в легких.

Поэтому каждый диспансерный врач прежде чем ставить диагноз tbc I, должен подвергнуть больного рентгеноскопии для получения более точного квалифицированного диагноза.

В тех же случаях, где при повторном осмотре данные перкуссии и аускультации все же говорят за наличие изменений в верхушках, а рентгеноскопия их не обнаруживает,—там необходимо повторное просвечивание, ибо согласно Мунку „при отрицательных данных рентгенологического исследования в деле диагностики первого стадия, речь идет преимущественно о таких случаях, где малые свежее разлитые инфильтрации могут быть обнаружены выстукиванием и в особенности выслушиванием, но уплотнения ткани еще настолько незначительны, что не вызывают уменьшения проницаемости для лучей, или же это уплотнение ткани иногда незаметно вследствие неблагоприятных физических условий“.

Мы из всей массы больных, посещающих диспансер из года в год за последние семь лет (1924—1930) могли лишь отобрать 1877 ист. болезни с данными рентгеноскопии. Много же больных, к сожалению, не имеет возможности быть подвергнуто рентгеноскопии из за недостатка рентгеновской аппаратуры, а насколько это важно для всей нашей диспансерной работы, говорить не приходится.

Наш анализ на сравнительно небольшом материале показал с одной стороны, каким важным фильтром для „туберкулезных“ больных является рентгеноскопия, а с другой насколько она необходима для постановки правильного диагноза туберкулеза легких. В Zeitschrift f. Tub. Bd, 60 H. 4. появилась статья Врагенинг'a, в которой автор приходит к необходимости подвергать время от времени рентгеноскопии здоровых, считая это важным средством в деле борьбы с туберкулезом. Рентгеновское исследование должно сделаться такой же существенной необходимостью в работе каждого врача, как перкуссия и аускультация. Что же касается диспансерных больных, то при систематической рентгеноскопии всех проходящих в диспансер больных можно будет по мнению Врагенинг'a распознать по крайней мере 75% всех открытых форм раньше, чем они успеют сделаться открытыми.

Таково значение рентгенологического исследования в деле постановки правильного диагноза туберкулеза легких.

В 1926 г. одной из нас был разработан материал в 636 историй болезни годов учета 1912, 1913, 1914 с диагнозом Турбан I aperta без данных рентгеноскопии в отношении исходов¹⁾. Раз-

1) Кричевская Е. Р. „К вопросу об исходах Турб. I.“ В. Т.

работка же настоящего материала, подкрепленная и рентгеноскопией и исследованием мокроты показала нам что: 1) на 1 ст. туберкулеза приходится около 10% открытых форм (подробно об этом сообщено в работе „к вопросу о бацилловыделителях“ и 2) Турбан 1 клинически в половине случаев на рентгене не подтверждается.

Следовательно, настоящий анализ убеждает нас в том, что для диагностики Турбан 1 рентген важнее, чем исследование мокроты и очевидно, что материал 1912—1914 г.г. Турбан 1 с ВК в мокроте, но без рентгена, не во всех случаях был Турбан 1.

Каким же из опорных пунктов должен руководствоваться врач в диспансере при постановке диагноза туберкулеза легких клинкой, рентгеном или исследованием мокроты? Диалектически мыслящий врач скажет—и тем и другим и третьим. Однако, принимая во внимание возможности нашего диспансера в отношении пользования этими факторами, мы должны в первую очередь, исходя из вышеизложенного, наряду, конечно, с данными перкуссии и аускультации подвергать рентгеноскопии раньше всего начальные формы туберкулеза легких и клинически недиагностированных, т. е. тех больных, которые и составляют по численности главную клиентуру диспансера, а также больных для оперативного вмешательства.

Что же касается распространенных форм туберкулеза легких, то физические признаки поражения настолько ясны, что можно без помощи рентгеноскопии поставить правильный диагноз. При этом на помощь приходит и положительный анализ мокроты.

Идеалом работы диспансерных врачей—должно стать 100% рентгеноскопия всех приходящих больных при тщательном клиническом наблюдении исследовании мокроты!

4. Е. Р. КРИЧЕВСКАЯ и Н. М. МЕЛАМУД. К ВОПРОСУ О БАЦИЛЛОЫДЕЛИТЕЛЯХ

На основании анализа клиентуры диспансера

Значительная часть работы диспансера в течение многих лет сосредотачивается вокруг открытых форм туберкулеза легких, вокруг бациллярных больных.

При этом, однако, ни врач, ни сестра не фиксируют своего внимания на давности нахождения ВК в мокроте, на постоянстве их выделения, на форме бацилловыделения.

Достаточно больному выделить палочки Коха в мокроте, как на его истории болезни ставится красный крест (у нас в диспансере к нему приставляется в последнее время и дата первого нахождения ВК в мокроте), такой больной причисляется уже к заразным больным и таковым числится в течение многих лет, хотя бы даже в последующих анализах мокроты бацилл Коха не находили. И такого больного и врач и сестра продолжают считать бациллярным со всеми отсюда вытекающими последствиями.

Работая в диспансере в течение многих лет и изучая свою клиентуру, мы не могли не заинтересоваться вопросом о бацилловыделении и решили проанализировать на имеющемся диспансерном материале за последние годы (главным образом, 1924—1930 г.) актив наших бациллярных больных.

В „Вопросах туберкулеза“ № 2 за 1928 г. напечатана статья Швальбина из отделения социальной патологии нашего института на тему, близкую нашей — „К вопросу о характере и продолжительности бацилловыделения у туберкулезных больных“. Материалом для работы служили истории болезни, преимущественно довоенных лет — 1912, 13 и 14, с продолжительностью наблюдения не меньше 5-ти лет. На основании своей работы автор приходит к следующим выводам:

1) Бацилловыделение у туберкулезного больного может быть в форме устойчивого состояния, перемежающегося, а также временного. На материале автора устойчивое бацилловыделение наблюдается в 48%, временное в 26,8%, перемежающееся в 25,2%, из которых 12,3% уходят с учета при отрицательных результатах мокроты и являются, повидимому, временными бацилловыделителями.

2) Средняя продолжительность бацилловыделения, определяемая анализами мокроты, у больных с средним периодом общего наблюдения в 7,7 лет равна 2,2—3,1 лет.

3) Начало бацилловыделения в 90% совпадает с началом наблюдения над больными.

Наша разработка проделана на материале последних лет, материале относящемся к больным, которые находятся на учете дис-

пансера и поныне, связан с ним и пользуется его обслуживанием.

Если борьба с туберкулезом сосредоточена преимущественно на больных с открытой формой туберкулеза, то необходимо отличать актив постоянных бацилловыделителей от непостоянных, временных, ибо последние в период невыделения ВК в мокроте становятся менее опасными в социальном отношении, что очень важно в деле борьбы с туберкулезом. Цель настоящей работы — внести также некоторые коррективы в работу диспансеров.

Наш материал обнимает 406 историй болезни, принадлежащих больным, считающимися в диспансере бациллярными больными в настоящее время.

При подробном анализе этого материала мы увидели, что больные эти были зарегистрированы в диспансере в разные годы, преимущественно, как уже было выше указано, в годы 1924—1930 г. В разработку вошли также открытые формы 1931 г. (первые 2—3 месяца) и несколько историй болезни годов учета 1912—1921, принадлежащих больным, не потерявшим связи с диспансером и выделяющим или выделявшим бациллы Коха в мокроте. Из 406 числящихся бациллярных больных у 276 б. (68%) ВК были найдены в год первого учета в диспансере, а у 130 (32%) в последующие после регистрации годы.

Обратимся сперва к тем больным — 276, у которых было совпадение года учета с нахождением бацилл Коха в мокроте. Анализируя их в отношении форм заболевания, мы видим, что чаще всего ВК были найдены у больных с большими процессами, преимущественно с III и II ст., а именно:

Больных в III-ей ст. (по ст. классиф.)	143—52%
II-ой ст.	92—33%
I-ой ст.	29—10%
без указаний стадий	12—5%

276—100%

причем у большинства этих больных, а именно 233 б. были приведены однократные, в данном случае положительные анализы в течение первого года учета и лишь у 43 б. повторные анализы в течении этого же периода. Большое количество однократных анализов можно, вероятно, объяснить тем, что положительный результат исследования мокроты совпал, как видно, с клиническим диагнозом, и врач не настаивал больше на повторных анализах в течение года, что, конечно, является недостаточным. И лишь в тех случаях, где положительный на ВК анализ мокроты не отвечал клиническому диагнозу (больные с диагнозом Турб. I, частью Турб. II. с ТВС pulm без ясно выраженной стадии и с невыясненным диагнозом), там врач про-

изводил повторные анализы мокроты. При чем у них мы имели следующее сочетание результатов исследования:

++++	у 1 б.	Плюс означает положи-
+++-	" 2 б.	тельный однократный ре-
++--	" 13 б.	зультат; минус—отрица-
+-+-	" 12 б.	тельный однократный ре-
+-+-	" 11 б.	зультат;
+-+-	" 1 б.	— или — + — —, и т.д.
---+	" 1 б.	означают чередование
---+	" 1 б.	однократных положитель-
+---	" 1 б.	ных или отрицательных
	43 б.	результатов.

Казалось бы, что бациллярные больные должны быть в центре внимания диспансера, что за их посещением, равно как и за повторными анализами мокроты должны следить и диспансерные врачи и сестры—обследовательницы. К сожалению, это не всегда имеет место. Изучив истории болезни бацилловыделителей, мы могли убедиться, что нередки случаи, когда бациллярные больные посещают диспансер не каждый год, а являются через 2—3 года; что же касается повторных анализов, то здесь дело обстоит еще хуже. Часто сестра-обследовательница числит у себя в активе бацилловыделителей, у которых первый и последний положительный анализ мокроты был в 1913 и 1915 г.г., а с тех пор нет больше никаких анализов или в мокроте ВК отсутствуют. Этих больных она представляет на заседаниях КОТИБ'а на предмет изоляции, получения кроватей, белья и т. д. Анализ судьбы однократных бацилловыделений в отношении ВК в мокроте показал нам, что у больных, зарегистрированных в 1931 г., повторных анализов за малым промежутком времени больше не было, так что о характере бацилловыделения мы для этой группы больных говорить не можем. Что касается больных 1930 г.—52 чел., то в 1931 г. мы к моменту разработки материала (Март 1931) у этих больных имеем 14 повторных положительных анализов, 20 б. еще не посетили диспансер, у 6 б-ных отрицательный результат, у 11 больных нет повторных анализов, 1 б. умер.

Подобная же разработка данных бацилловыделений по годам дала следующие результаты: из 233 больных с ВК в мокроте через год стойких бацилловыделителей оказалось 71 чел., через 2 года—22 чел., через 3 года—7 чел., через 4 года—5 чел., через 5 лет—2 больных. Отрицательный результат мы имеем через год у 44 б., через 2 года 35 больных, через три года у 22 больных, через 4 года у 16 больных, через 5 лет у 14 б-ных и т. д. (См. таблицу № 1, рисующую характер распределения и движения бацилловыделения из года в год, на стр. 58—59).

Таблица № 1

Год регистра- ции	Количество людей	ЧЕРЕЗ ГОД						ЧЕРЕЗ 2 ГОДА						ЧЕРЕЗ 3 ГОДА						ЧЕРЕЗ 4 ГОДА													
		ВК +	ВК -	ВК +	—	Нет анализ	Не явилось	Смерть	Мокроты нет	ВК +	ВК -	ВК +	—	Нет анализ	Не явилось	Смерть	Мокроты нет	ВК +	ВК -	ВК +	—	Нет анализ	Не явилось	Смерть	Мокроты нет	ВК +	ВК -	ВК +	—	Нет анализ	Не явилось	Смерть	Мокроты нет
1931	17																																
1930	52	14	6	—	11	20	1	—																									
1929	38	14	10	—	10	1	—	3	2	6	2	22	1	3	2																		
1928	30	11	7	—	8	2	1	1	5	9	3	8	1	1	2	1	2	2	20	—	—	3											
1927	26	9	3	—	4	7	—	3	4	6	5	2	6	—	3	1	8	4	7	4	—	2	1	4	2	14	3						
1926	17	9	1	—	4	2	1	—	5	1	—	5	5	—	—	2	2	4	4	2	—	2	2	2	—	9	2						
1925	27	11	7	—	2	7	—	—	5	6	3	6	6	1	—	3	4	3	8	8	—	—	2	3	6	7	7						
1924	11	3	5	—	2	1	—	—	1	4	1	4	1	—	—	—	3	3	1	4	—	—	3	3	2	3							
1923	5	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—	1	—	1	2	1	—	—	2	1	1	—						
1922	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
1921	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—						
1920	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—						
1919	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—						
1918	2	—	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—						
1917	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
1916	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—						
1915	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
1914	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
1913	3	—	1	—	1	1	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—						
1912	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—						
Итого	233	71	44	—	45	46	3	7	22	35	15	50	28	5	7	7	22	17	44	24	1	7	5	16	13	35	7						

[illegible]

Переменяющееся бацилловыделение наблюдается на нашем материале: через 2 года у 15 б-ных, через 3 года у 17 б-ных, через 4 года у 13 б-ных, через 5 лет у 8 б-ных.

Как видно, бацилловыделение не у всех продолжается в течение всего времени наблюдения,—при чем постоянными и стойкими бацилловыделителями является незначительная часть больных, у большинства же положительный анализ сменяется отрицательным в течение многих лет, либо наблюдается переменяющееся бацилловыделение. К сожалению, у многих бацилловыделителей нет дальнейших исследований мокроты, хотя бы они и посещали диспансер в последующие годы. Так, напр., наш анализ выявил, что из 233 однократных бацилловыделителей через год отсутствуют анализы у 45, через 2 года—у 50 и т. д. Благодаря отсутствию строгого систематического исследования мокроты невозможно относительно всех определить характер и продолжительность бацилловыделения. Еще более бросается в глаза слабая связь бациллярных больных с диспансером. Так, из 233 бацилловыделителей связь потеряна с 46-ю больными через 1 год, с 28—через 2 года, с 46—через 3 года.

Все вышеизложенное заставляет и врача и сестру-обследовательницу обратить максимум внимания на этот участок работы, долженствующий быть наилучше изученным и обслуживаемым.

Перейдем далее к больным, у которых в течение года первого учета было проделано несколько анализов мокроты с различными, как мы уже видели, результатами. Наиболее частой формой сочетания результатов наших больных является + и —. Что касается дальнейшей судьбы бацилловыделения у этих больных, то результаты разработки материалов в этом направлении показали, что постоянных бацилловыделителей не было. Все они были либо переменяющиеся бацилловыделители, либо вовсе не имели анализа.

Нам осталось еще проанализировать группу в 130 больных, у которых ВК в мокроте не совпал с годом учета, а появились в последующие годы, а именно:

через 1 г.	2 г.	3 г.	4 г.	5 л.	6 л.	7 л.
у 50 б.	29 б.	14 б.	11 б.	12 б.	6 б.	5 б.

через 11 лет у 1 б-ного, через 15 лет у 2-х.

В год учета у этих больных либо не было мокроты (25) либо мокрота давала отрицательный результат (76) либо не было произведено анализа (29).

По клинической диагностике в год учета мы имели преимущественно процессы I и II стадий и лишь у немногих Турбан III. Появление же ВК в мокроте связано у них с ухудшением состояния здоровья, с переходом процесса из одного стадия в другой; у группы больных же, у которых в год учета диагноз поставлен не был и они оставались под наблюдением также при последующих посещениях выявился туберкулез легких с ВК в мок-

роте. И у этих больных стойкого бацилловыделения, поскольку позволяет нам об этом судить наш материал, нет. В большинстве случаев мы имеем перемежающееся бацилловыделение. Подчас однократное, с последующими отрицательными анализами.

Разрешает ли нам вышеприведенный анализ трактовать всех наших больных с ВК в мокроте, как активных бацилловыделителей? Конечно, нет. Мы можем из наших больных выделить: стойких бацилловыделителей и нестойких (с однократным или перемежающимся бацилловыделением). К сожалению, из-за большого числа произведенных анализов или непосещения диспансера больными, мы не можем окончательно составить себе представления об абсолютном числе тех или других.

РЕЗЮМЕ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Анализ 406 историй болезни бациллярных больных, составляющих на 1931 г. актив открытых форм диспансера, сделанный под углом зрения изучения характера и продолжительности бацилловыделения показал, что:

а) Открытые формы приходятся преимущественно на большие процессы (Турб. II и III), которые составляют 85% всех случаев.

б) Стойкость и постоянство бацилловыделения, составляющие в общей массе о. ф. незначительный % приходится, главным образом, на тяжелые формы.

в) Преобладающей же группой по характеру бацилловыделения являются нестойкие бацилловыделители с однократным или перемежающимся ВК в мокроте, при чем последние совпадают с ухудшениями процесса (вспышки, обострения).

г) Дефективность нашего материала в смысле отсутствия полноты и систематичности анализов мокроты и отсутствия крепкой связи с больными не разрешают делать более определенных выводов о характере и продолжительности бацилловыделения.

Для улучшения работы в этом направлении нам кажется целесообразным внести следующие коррективы:

1) Необходимо исследовать мокроту у каждого впервые приходящего в диспансер больного и результаты отмечать рядом с диагнозом. В тех же случаях, когда мокроты нет, врач должен отмечать это в истории болезни, желательно также рядом с диагнозом, напр., tbc pulm. II (мокроты 0).

2) В случае положительного результата, совпадающего с клиническим диагнозом, исследование мокроты необходимо производить не реже 2—3 раза в год при неизменившемся диагнозе и чаще при улучшении или ухудшении процесса, а также при производстве тех или других мероприятий, как напр., наложение искусственного пнеймоторакса и т. д.

3) В случае получения положительного или отрицательного результата, несовпадающего с диагнозом, врач должен производить частые повторные исследования для составления представления о характере бацилловыделения.

4) Необходимо ежегодно повторять исследования мокроты у всех приходящих больных, выделяющих мокроту.

5) Всякие изменения в результате анализа необходимо отмечать, как на контрольной карточке, так и в истории болезни, дабы врач и сестра могли получить в любой момент сведения о бациллярных больных. При этом желательно проставлять и имеющиеся изменения в диагнозе.

6) Появление ВК в мокроте отмечается на истории болезни красным крестом с обязательным проставлением даты исследования.

7) Что касается спорного в диспансерной практике вопроса о целесообразности снятия с учета бацилловыделителей тех больных, у которых ВК в мокроте исчезли на долгое время, то, как показал наш материал, это было бы не совсем правильно (появление вновь этих палочек через большой промежуток времени), но к этой группе, т. е. пассивных бацилловыделителей, должно быть установлено менее строго эпидемиологическое отношение, чем к стойким бациллярным больным.

Дальнейшие контрольные изыскания в направлении сравнительного изучения степени опасности указанных групп бацилловыделителей (активных и пассивных) для окружения помогут уточнить и соответствующее поведение диспансерных работников в отношении этой группы больных.

Все эти замечания, как нам кажется, помогут в каждом отдельном случае решить вопрос, с каким бацилловыделителем мы имеем дело—с постоянным, стойким или временным нестойким—со всеми отсюда вытекающими последствиями для оздоровительных мероприятий диспансера.

5. С. И. ЦЕСАРСКАЯ. ДЕТИ В СЕМЬЯХ БАЦИЛЛОВЫДЕЛИТЕЛЕЙ

Одной из основных задач в работе детского кабинета тубдиспансера является обслуживание детей, живущих в условиях туберкулезной опасности, т. е. находящихся в длительном общении с больными открытой формой тбк.

Правильное обслуживание требует полного охвата, который осуществляется систематическим наблюдением при полном учете того окружения, в котором ребенок находится в каждый момент обследования. Последнее обстоятельство важно потому, что наличие контактов с бацилловыделителем еще не характеризует всей опасности его для детей; она безусловно, меняется в зави-

имости от течения процесса у бацилловыделителя (обострения), от социально-бытовых условий, помещения детей в ясли или детсады, проведение мер изоляции на дому и т. д. Только такое наблюдение за детьми, живущими в туберкулезном окружении, дает возможность выработать меры оздоровления, которые будут не шаблонными, а строго изменяющимися в зависимости от указанных выше моментов.

Материалом для настоящей работы послужили семьи бацилловыделителей, которые были прослежены на 1/1-1932 г. Таким образом выпали семьи выбывшие; семьи умерших бацилловыделителей, связанные с нашим диспансером вошли в разработку.

В изученных нами семьях бацилловыделителем является отец, мать или другие члены семьи. Учитывались все дети, независимо от возраста в котором они сейчас находятся, независимо от того, когда они умерли. Семьи прослежены от рождения первого ребенка.

На каждую семью составлялась особая карта, на которую заносились параллельно по датам: течение болезни у бацилловыделителя, состояние здоровья детей, социальное положение родителей, жилищные условия, санкульт. уровень и степень проведения изоляции. Всего изучены были 241 семьи из которых 50% приходится на семьи рабочих.

Бацилловыделителями являлись

Отец	Мать	Отец и мать	Бабушка, дедушка	Братья	Сестры	Другие родст.
135	65	8	4	6	11	9
случ.	случ.	случ.	случ.	случ.	случ.	случ.

Следовательно, только в 30 случаях бацилловыделителями были не родители, а другие члены семьи, находившиеся все же в тесном контакте с детьми.

Во всех этих семьях насчитывалось 491 детей, находившихся к моменту обследования в самом разнообразном возрасте, от 1 года до 18 лет.

В 135 семьях с бацилловыделителем—отцом насчитывалось 249 детей, из них:

Умерло от вс. причин	В том числе от тбк	% смертности от вс. причин	% смертности от тбк
49	11	16,6	3,9

В 65 семьях со 109 детьми мы имеем следующую картину:

Умерло от всех причин	Из них от тбк	% смертности от всех причин	% смертности от тбк
18	7	16	6,4

В семьях с бацилловыделителями отцом и матерью одновременно на 13 детей смертных случаев не было; в семьях где бацилловыделителем являлись другие члены семьи, на 66 детей было 3 смерти от туберкулеза.

Таким образом смертность от всех причин в семьях с бацилловыделителем отцом или матерью мало разнится друг от друга, зато туберкулез, как причина смерти детей, значительно чаще встречается в семьях с бацилловыделительницей — матерью.

И естественно было ожидать большей опасности со стороны постоянно ухаживающей за ребенком матери, учитывая максимальную смертность в раннем возрасте.

Общая цифра смертности от туберкулеза в семьях бацилловыделителей составляет 4,2%, при чем в возрасте до 4-х лет она равна 12%. Наши данные ниже данных Кальметта и приблизительно сходятся с цифрами русских авторов (Якуб, Малишевская).

Наиболее частой причиной смерти особенно в раннем детском возрасте явился менингит.

При сопоставлении зависимости между смертью от туберкулеза, длительностью диспансерного наблюдения, течением процесса у бацилловыделителя и социально-бытовыми условиями, мы получаем следующую картину. Больше чем в половине всех случаев смерть произошла в семьях, где характер заболевания родителей и ВК еще не были обнаружены или срок их обнаружения совпадает со смертью ребенка (в 7 сл.—смерть до ВК, в 4 сл.—смерть незадолго до ВК, в 3 сл.—смерть вскоре после обнаружения ВК). В этих случаях диспансером естественно не проводилось никакой оздоровительной работы. Кроме того дети жили в плохих жилищах, сан. культ. уровень родителей был низкий; никто из детей не посещал ясель и детсадов, так что все свое раннее детство они провели в очень скверных бытовых условиях.

Только в $\frac{1}{3}$ всех случаев семьи умерших находились под длительным диспансерным наблюдением и были вполне доступны оздоровительной работе. В одной части из них (3 сл.) бацилловыделитель вынужден был, будучи уже в тяжелом состоянии, ухаживать за маленьким ребенком; в другой—при благоприятном течении процесса у бацилловыделителя и сознательном отношении к своему заболеванию, изоляция нарушилась поселением

в той же комнате еще одного больного открытой формой туберкулеза (2 сл.). В третьей—наблюдение диспансера было прервано смертью бацилловыделителя или исчезновением на долгое время палочек в мокроте (2 сл.). Есть еще часть больных, правда, незначительная (1 сл.), которая упорно отказывалась от проведения изоляции.

Все же во всех этих случаях, мы должны считать, что смерть произошла в семьях, где диспансером не было проведено достаточно активно и настойчиво оздоровительной работы. Надо указать, что в этих случаях дети не посещали ясель и детсадов.

Анализ других причин смерти дал довольно пеструю картину; возможно, что под диагнозом смерти, например, от неизвестной причины, кроется смерть от туберкулеза.

Дети оставшиеся в живых, частью инфицированы, частью больны туберкулезом, а определенное количество оказалось совершенно здоровыми.

Инфицированность туберкулезом в изучаемых нами семьях, мы устанавливали на основании иммуно-биологических реакций (р. Пирке и Манту).

Предварительно нужно указать, что 89 человек поступило под наблюдение уже взрослыми и им не были проделаны пробы, кроме того 88 человек избегли их по разным причинам. Таким образом всего было исследовано туберкулезной пробой 314 детей разного возраста; результаты реакций представлены на следующей таблице:

Возраст	0—4 л.	4—8 л.	8—15 л.	Всего
Число дет. . .	106	91	117	314
р. Пирке +— .	67	67	96	230
% р. П+ . . .	63	73	88	74

Сравнивая эти данные с % % инфицированности полученными нами на клиентуре нашего диспансера за последние годы, мы находим значительную разницу в смысле больших цифр для детей из туберкулезной среды. Инфицированность их очень велика, начиная уже с раннего возраста, но она сохраняет закономерность в отношении нарастания с возрастом детей.

Что касается заболеваемости туберкулезом детей в изучаемых нами семьях, то оказывается, что больных активными формами насчитывается 122 человека. Кроме того у 110 детей наблюдаются неактивные проявления туберкулеза (*adenopathia A. st. allergicus*) 107 человек не дают особых болезненных проявлений, не реагируют на туберкулин, но рентгенологически установлены у них омертвевшие железы в гилусах, так что мы можем приравнять их к неактивным формам туберкулеза. 85 детей со-

вершено здоровы, при чём 17 из них вакцинированы по Кальметту.

Среди больных детей активными формами ТБК наблюдаются самые разнообразные проявления туберкулезной инфекции, при чем наиболее такие формы—как инфильтраты, концентрируются главным образом в раннем детском возрасте, открытый же туберкулез легких в возрасте 18—19 лет, т. е. когда так же как и для смертных случаев трудно учесть влияние одного внутрисемейного контакта.

Мы попытались сравнить заболеваемость активными формами туберкулеза детей в изучаемых семьях с заболеваемостью детей тех же возрастов по общей обращаемости нашего диспансера; у нас имеются точные цифры за 1931 год, касающиеся детей до 4-х лет, при чем мы выключили детей из очагов. На 82 человека больных туберкулезом оказалось, что только 33 имеют активную форму, что на всю обращаемость детей этого возраста составляет всего 12%. Таким образом заболеваемость в очагах почти вдвое больше.

Теперь перейдем к анализу социально-бытовых условий в которых жили дети, болевшие активными формами туберкулеза.

В следующей таблице представлены жилищные условия, наличие изоляций в семье и заболеваемость теми или иными активными формами туберкулеза:

Жилищные условия	1 комн.	2 комн.	Подвал 1 комн.	Формы заболевания			
				Ин- фильтр.	Тбк легк.	Тбк костей	Перит.
Число сл.	70	48	5	6	6	5	1
Изоляция прово- дится в 78 случ.	36	40	2	1	1	1	—
Изоляция не про- водится в 45 случ	34	8	3	5	5	4	1

Из этой таблицы мы видим, что больше половины детей жили в условиях скученности, при чем изоляция больного в своей семье проводилась не во всех случаях. Вместе с тем бросается в глаза разница в формах проявления туберкулезной инфекции в зависимости от состояния изоляции: когда она проводилась, даже в условиях одной и той же комнаты, в виде отдельной постели и посуды для больного, то число активных форм вообще падало и среди них мало наблюдалось таких тяжелых, как инфильтраты и туберкулез легких. Изоляция проводилась в семьях, которые находились под длительным диспан-

серным наблюдением, при чем предметы изоляции были выданы диспансером.

Что касается 68 детей, оставшихся здоровыми (вакцинированные в счет не принимаются), то все они находились под длительным диспансерным наблюдением, при чем исключительно это относится к детям рабочих. В огромном большинстве случаев (64) изоляция проводилась удовлетворительно, только в 5 семьях у детей были отдельные комнаты.

Во всех этих случаях бацилловыделитель был все время работоспособен, у него не было обострений туберкулезного процесса, он дома не оставался в течении дня.

Среди здоровых детей есть группа, находившихся в контакте с бацилловыделителем, у которого ВК обнаружены были еще до рождения ребенка и потом они больше не появлялись (4 сл.), в другой части случаев резко изменились жилищные условия при жизни детей, оставшихся здоровыми и не инфицированными по сравнению с условиями, в которых жили в первые годы своей жизни дети инфицированные (8 сл.); есть среди них и такая группа, которые с первых месяцев после рождения посещали ясли и детсады (5 сл.).

Следует отметить, что среди вакцинированных детей по Кальметту, которых на нашем материале было 19, оказалось 17 здоровых, 2—больных шейным лимфаденитом. Больные дети достигли 3-хлетнего возраста и живут в одной комнате с бацилловыделителем, ухаживающим за ребенком в период частых и длительных обострений туберкулезного процесса. Дети вакцинированные и оставшиеся здоровыми в большей своей части достигли возраста года, при чем часть из них изолированы в отдельную комнату, в другой части случаев у бацилловыделителя за все время жизни ребенка ВК не обнаружено. Таким образом непродолжительность наблюдения и отсутствие массивной инфекции не дает права делать каких либо выводов о влиянии вакцинирования по Кальметту на детей, живущих в туберкулезном окружении в отношении защиты их от заражения.

Изучение состояния детей из семьи бацилловыделителя, при учете социально-бытовых условий, роли диспансерного обслуживания и течения процесса у больного, привел нас к следующим результатам:

1. Дети эти дают больший процент инфицированности и заболеваемости активными формами туберкулеза, чем остальная детская клиентура диспансера, принимая во внимание приблизительно одинаковый социальный состав.

2. Наблюдается резкая разница в формах проявления туберкулезного процесса в смысле тяжести их в семьях, не проводивших изоляции и проводивших ее в условиях даже одной комнаты.

3. Определенный процент детей остается здоровым, при чем большую роль в этом отношении играет:

а) хорошо проведенная изоляция, главным образом в одной и той же комнате;

б) посещение детьми ясель и детсадов;

в) работоспособность бацилловыделителя и вызванная этим изоляция его из домашней обстановки на целый день;

г) улучшение жилищных условий.

4. Смерть от туберкулеза почти во всех случаях наблюдалась в семьях с низким санкультуровнем, живущих в тяжелых жилищных условиях, и только в $\frac{1}{3}$ случаев находившихся под продолжительным диспансерным наблюдением.

Из этого мы можем сделать следующие практические выводы:

1. Для правильного оздоровления очагов, наряду с клиническим наблюдением необходимо полное знакомство с факторами внешней среды окружающей ребенка, что может быть достигнуто патронажем педиатра-фтизиатра на дому и прикреплением его к определенному участку района диспансера (участковая диспансеризация).

2. Необходимо усилить санкультработу в очагах, не прерывая ее при продолжительном исчезновении ВК в мокроте, а также периодически наблюдая их после смерти бацилловыделителя.

3. Необходимо усилить изоляцию в семьях бацилловыделителей путем:

а) широкой выдачи предметов изоляции;

б) изъятия бацилловыделителя из домашней обстановки в период обострений его туберкулезного процесса или изъятия на это время детей (ясли закрытого типа, санаторий);

в) помещения детей в ясли и детсады, особенно если бацилловыделителем является ухаживающая за ребенком мать.

6. С. И. ЦЕСАРСКАЯ. ОПЫТ РАБОТЫ ПЕДИАТРА-ФТИЗИАТРА ВНЕ ДИСПАНСЕРА И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ОХВАТА И ОЗДОРОВЛЕНИЯ РАБОЧЕЙ СЕМЬИ

В связи с широко развернувшейся работой по охране здоровья детей, связанной с ростом детских коллективов и оздоровлением рабочей семьи через систему диспансерного обслуживания, через соцбытовые сектора на производстве и т. д., — противотуберкулезная организация не может ограничиться прежними рамками своей работы. Нужны новые формы, как охвата рабочей семьи, так и последующих мероприятий, которые подняли бы ее эффективность на должную высоту. Раньше всего и ближе всего это относится к раннему детскому возрасту, наиболее уязвимому и наименее охваченному. До настоящего времени не удалось достигнуть значительных успехов на этом участке, о чем свидетельствует высокая смертность от тбк в этой группе. В то

же время смертность от всех причин среди детей раннего детского возраста, по сравнению с довоенным временем, резко упала, а охват их сетью Охматдета достигает высоких цифр. Из этого для противотуберкулезной организации вырисовывается явная необходимость не обособленной работы, а такой, которая давала бы ей возможность использовать сеть детских учреждений других организаций в нужном ей направлении.

Раньше всего необходимо увеличить охват детей туберкулезных и живущих в туберкулезном окружении, что возможно путем изменения характера их обнаружения.

Если мы проанализируем работу всех диспансеров г. Одессы за 1930 и 1931 г.г., то увидим, что фтизиатр-педиатр не может ограничиться работой в пределах своего учреждения.

Так, за 1930 г. по всем диспансерам нашего города прошло 903 детей до 4-х лет, что ко всему населению того же возраста составляет 2,6%. За тот же год умерло от тбк детей от 0-4-л. 74 чел., при чем осведомленность диспансеров о них составляет всего 16%. В то же время консультациям они были известны в 70% всех случаев. За 1931 г. обращаемость той же группы детей по диспансерам была еще меньше—1,8%, охват же сетью консультаций составлял около 80%. Осведомленность диспансеров об умерших детях до 4-х летнего возраста за тот же год составляла 18%, а консультаций не меньше, чем в 1930 г.

Таким образом возникла необходимость для диспансера вынести работу своих педиатров в консультации, чтобы тем увеличить ее эффективность. Своевременный охват влечет за собой и ряд последующих мероприятий, как в отношении помощи детям, так и в смысле выявления источников инфекции. И в этом отношении работа диспансера и консультации должна была дополнять друг друга чего на самом деле мы не наблюдали. Мы можем иллюстрировать это следующими данными.

По материалам диспансера Тубинститута было выделено 95 таких семей с открытой формой тбк, где были дети еще не достигшие 4-х летнего возраста. Оказалось, что только в половине всех случаев, удалось своевременно привлечь этих детей в диспансер и установить за ними систематическое наблюдение. Остальная часть либо совсем в диспансере не была, либо посещала его крайне неаккуратно.

Вместе с тем, эти же дети (особенно до 2-х лет) регулярно бывали на приеме в консультации, что было нами проверено по их листам. Но здесь мы натолкнулись на тот факт, что о туберкулезном окружении ребенка часто не знали ни врач, ни патронажная сестра консультации. С другой стороны, если мы возьмем те случаи (42), в которых консультация имела указания на тбк. родителей, не всегда зарегистрированных в диспансере, но только 4 детей были направлены в диспансер, при чем 2 из них оказались больными локальными формами тбк; остальная часть детей и, во многих случаях, и семья до дис-

пансера не дошли. Вместе с тем диспансерное обслуживание туберкулезной семьи влечет за собой ряд оздоровительных мероприятий. Основным является изоляция больного путем сан.-просветительной работы, выдачи предметов изоляции и т. д.

Таким образом, основным дефектом работы тубдиспансера является малый охват, а консультации — неиспользование своей больш. й клиентуры в целях выявления и предупреждения туберкулеза. В этом отношении работа педиатра-фтизиатра в консультации должна восполнить этот пробел, использовав еще при том и метод длительного наблюдения. Как велико его значение, особенно по отношению к детям из туберкулезной семьи, показал нам анализ судьбы 491 детей из туб. очагов. Смертность детей от тбк и количество детей больных локальными формами туберкулеза была значительно меньше в семьях, охваченных длительным диспансерным наблюдением и обслуживанием. Из этого вытекает для нас необходимость, не только увеличения охвата, но и распространения на вновь обнаруженных и угрожаемых по тбк детей преимуществ длительного наблюдения, использовав для этого все возможности.

Кроме работы в самом диспансере и таких коллективах, как консультации и ясли, необходима еще работа фтизиатра-педиатра в самой семье, т. е. врачебный патронаж.

В начале 1932 г. нами был организован прием в одной из крупных консультаций нашего района. Прием велся раз на декаду, при чем в первое время совместно с педиатром консультации.

Впоследствии был выделен специальный прием для фтизиатра. Клиентура составлялась: 1) из детей, направляемых врачом консультации, как подозрительные (реакцией Пирке консультация не пользовалась) и 2) детей, родные которых числились в диспансере, как туберкулезные, или на это было указание в листах консультации. Сюда входили и дети, привитые по Кальметту. Этот контингент отбирался нами и вызывался на прием сестрами консультации. В дальнейшем к этой первичной клиентуре присоединялся повторный прием детей, оставленных нами под наблюдением в консультации.

Каждый ребенок направлялся на прием с листом консультации куда заносились нами все полученные данные, кроме того заполнялась для учета статистическая карточка диспансера. Наряду с осмотром и иммунобиологическими реакциями, каждый ребенок подвергался в диспансере рентгеновскому просвечиванию. В дальнейшем оздоровительная работа в семье проводилась совместно с консультацией.

В результате такой активной фильтрации, было обследовано 184 детей. Из них 62 оказалось не туберкулезными и не имеющими контакта с больными. Из 122 остальных, часть с локальными заболеваниями и тяжелой интоксикацией была направлена в диспансер, для активной диспансеризации их окружения, а все

с явлениями легкой туберкулезной интоксикации, привитые по Кальметту и дети из очагов наблюдались нами в дальнейшем в консультации.

Из обследованных детей, большая часть падала на возраст до года (82), на 2-й, 3-й и 4-й годы приходилось приблизительно одинаковое количество. Инфицированных оказалось—25%. По формам проявления тбк, оставленные под наблюдением дети, распределялись следующим образом:

Д и а г н о з	Контакт устанавл.		Контакт не установленный	Всего
	с о. ф.	тбк в семье		
st. allergic	2	1	1	4
Аденопатия	4	5	9	18
Тбк костей	—	1	2	3
Кератит туберкулезный .	—	—	1	1
Интоксикация тяжелая .	1	2	1	4
Интоксикация легкая .	—	—	4	4
Шейный лимфаденит .	—	1	3	4
Плеврит	3	—	3	6
Проч. формы тбк . . .	—	—	3	3
Привитые по Кальметту	9	3	—	12
Нуждаются в дальн. наб	15	22	36	73

По отношению к группе детей инфицированных, без указания на тбк. в семье (27 сл.) прослежен был материал диспансера и о. ф. по городу и в 2-х случаях обнаружены в семьебацилловыделители (1—отец, 1—бабушка). В остальных случаях семьи были осмотрены в диспансере, при чем в 3-х случаях у матери оказался тбк. легких 1, в одном у сестры—активный бронхоаденит.

В результате нашей работы в консультации было выявлено определенное количество детей, нуждающихся в нашем активном вмешательстве; для 3-х необходимо было помещение в специальную туберкулезную больницу или туботделение; большая часть нуждалась в санаторной помощи— в виде санатории для детей раннего возраста или санаторных ясель. В виду отсутствия таких учреждений в нашем городе, пришлось первую группу направить в больницу для грудного ребенка, из 2-й группы—2 были помещены на площадку при консультации, 1 в ясли закрытого типа, 2 в дачные ясли и часть была вывезена за город по усиленному настоянию. Эти мероприятия не удовлетворяли всей потребности в помощи, но и этого не было бы сделано, если бы работа велась только в диспансере, а не вне его. Говоря об организации помощи детям нужно учесть возможности нашего города. В нем потребность в стационаре для локальных форм туберкулеза может быть удовлетворена выделением палаты в детском Отделении Тубинститута, а для более тяжелых форм в больнице Ин-та Охматдета. Санаторная помощь может быть осуществлена, путем выделения из существующей сети ясель—наиболее благоустроенных, как тип санаторных ясель.

Мы постарались также проанализировать результаты систематического наблюдения за детьми из туберкулезной семьи в консультации. Нами собраны наблюдения над 46 детьми, из которых 8 привито по Кальметту; они в разработку не вошли, так что мы суммировали материал только о 38 детях. Наблюдение велось меньше года в 16-ти случаях, больше года—в 17 случ. и больше двух—в 5 случаях. 28 детей из этого числа в продолжении всего наблюдения, давали ряд болезненных явлений, часто повторяющихся или затяжных; ими являлись расстройство дыхательного аппарата (бронхиты—15 случ.), значительное увеличение периферических желез (7 случаев), дистрофия (5 случ.) и колиты (2 случ.).

Если мы даже отбросим наименее характерные заболевания, как колиты, то все же 69% детей из туберкулезных семей развивались неправильно. Мы фиксировали свое внимание на этих болезненных отклонениях в развитии детей, независимо от их инфицированности и детального знакомства с его туберкулезным окружением, для того чтобы поставить себя на место педиатра консультации, пока лишенного всех этих данных. И даже одно только указание на туберкулез в семье и данные врачебного наблюдения в самой консультации должны вызвать необходимость дополнительного обследования такого ребенка фтизиатром. Специальный прием его в консультации уже заставляет фиксировать внимание работника консультации на всех этих признаках, вызывая своевременный охват, своевременную помощь ребенку и оздоровление его семьи.

Кроме того, такая работа фтизиатра в коллективе дает возможность поставить широко изучение вопроса инфицированности детей этого возраста, клинических форм проявления туберкулеза у них и особенности развития детей из туберкулезных очагов.

Если работа в детских коллективах имеет своей целью по преимуществу выявление больных тбк детей, то охват и наблюдение за детьми, живущими в туберкулезном окружении, требует еще одной формы работы вне диспансера, а именно врачебного патронажа.

Врачебный патронаж был начат нами в 1932 г. в туб. очагах и проводился в 50 рабочих семьях, при чем охвачено было 60 детей. Работа в самой семье дала нам возможность ознакомиться со всем ее укладом, жилищными условиями, и что особенно для нас важно, с возможностью и желанием родителей проводить изоляцию детей от bacillus выделителя.

На основании патронажа, мы увидели, что обычные меры оздоровления очагов в виде сан-гигиенической обработки, выдачи предметов изоляции, прививок по Кальметту, дают лишь базу для других мероприятий, без которых не может быть полного эффекта. Рост таких коллективов для детей, как ясли и детсады, сеть оздоровительных учреждений в виде школьных колоний,

пионерских лагерей и санаторий, соц. бытовые сектора на производстве—дают возможность расширить нашу работу по оздоровлению туберкулезной рабочей семьи.

На основании патронажа при учете еще и характера заболевания у бацилловыделителя, мы наметили себе следующий реальный план оздоровления в 20-ти семьях.

Раньше всего, чтобы учесть характер общения, мы разбили их на 1) группу с отцом—бацилловыделителем, работающим или инвалидом и 2) матерью—бацилловыделительницей, работающей и домашней хозяйкой. В первой группе в 11-ти семьях, отец работал в 10-ти случаях и в течение дня был 8—9 час. изолирован от детей.

В этих семьях было 6 детей до 4-х лет и 10 дошкольного возраста (4—8 л.). Все дети до 4-х л. весь день проводили дома; 5 из них жили с отцом в одной комнате. Для последних 5-ти случаях необходимо было 1) улучшить жилищные условия, 2) поместить детей в ясли закрытого санаторного типа, принимая во внимание необходимость для них пребывания в гигиенической обстановке в условиях врачебного наблюдения и в виду частых обострений процесса у бацилловыделителя.

В том одном случае, в котором бацилловыделитель имел отдельную комнату, нужна была настойчивая сан-просветительная работа с родителями, но наилучшей мерой были бы такие же ясли. Из 10-ти дошкольников, только один посещал детский сад и спал в отдельной от бацилловыделителя комнате. В виду шейного лимфаденита, он требовал помещения на лето в санаторий, которым в условиях нашего города являлись санаторий Курортного Управления или ОЗД, куда дети направляются производством или школьной организацией.

Для остальных 9-ти детей дошкольного возраста, живущих с отцом в одной комнате, в условиях скученности, необходимо было: 1) улучшение жилищных условий и 2) помещение в детсады, где дети были бы на 7—8 час. изолированы в благоприятную обстановку и откуда выносили бы гигиенические навыки. Только 2 производства родителей в наших случаях имели сады, остальных необходимо было поместить в районные сады жилищкоопов.

В одном случае с отцом—инвалидом по туберкулезу, ребенок был принужден проводить с ним целый день; т. к. мать работала, то несмотря на удовлетворительные жилищные условия изоляция не проводилась. Условия домашней обстановки и физическое состояние ребенка требовало помещения его в санаторные ясли.

В группе из 9-ти семей с матерью—бацилловыделительницей, 2 матери работали и были изолированы от детей только в часы работы. Удовлетворительные жилищные условия не могли помешать тесному контакту, т. к. после работы матери сами ухаживали за детьми. Для этих 2-х случ. необходимо было помеще-

ние детей в санаторные ясли. У 7 неработающих матерей было 5 детей ясельного возраста, 3 дошкольного и 5 школьного. В 6-ти случ. бацилловыделительница сама ухаживала за своими детьми. Двое детей из них ясельного возраста страдали легочной формой туберкулеза и нуждались в санатории для туберкулезных; 2-х без проявления туберкулезной инфекции необходимо было поместить в санаторные, закрытого типа ясли. Только в одном случае за грудным ребенком, живущим в удовлетворительных жилищных условиях, мать сама не ухаживает и здесь необходима была только настойчивая санпросветительная работа с нею.

Из дошкольников (3) 1 посещал детсад и здесь необходимо было улучшить жилищные условия, в 2-х других случаях—поместить в детсад через соцбытовые сектора производства, где работают родители. Для 5-ти школьников с нерезко выраженными явлениями туберкулезной инфекции, необходимо было улучшение жилищных условий и удлинение пребывания вне дома, в гигиенической обстановке, что могло быть достигнуто направлением их на дневные площадки при школе и летние школьные колонии.

Суммируя все наши данные относительно 20-ти рабочих семей с открытой формой туберкулеза, мы насчитываем в них детей до 4-х лет—14, от 4—8 л.—13 и от 8—14 л.—5; из первой группы 11 нуждались в санаторных яслях, 2—в санатории. Из 2-й группы,—12 должны были быть помещены в детсады, а вся 3-я группа требовала общеоздоровительной помощи и удлинения пребывания вне дома. Кроме того 3 матери с большими обострениями процесса, имеющие детей до 4-х лет, должны были быть помещены в стационар, а в 3-х случаях с целью той же изоляции в период обострений, школьники должны были быть направлены в ночной детский санаторий.

Т. к. в этих семьях 2 матери и 1 отец работали на Гособувной фабрике, имеющей ясли закрытого типа, то 3 детей были туда помещены и выделены в санаторную группу. Из 2-х семей, отцы которых работали на заводе им. Марти, 1 ребенок через соцбытовой сектор был помещен в производственные ясли, другой в детсад этого завода. Из одной семьи (отец—водник) ребенок аденопат, помещенный в детсад, был направлен на лето в санаторию водников. 2 школьника с целью удлинения пребывания вне дома были устроены в санаторную комнату при школе, организованную при ближайшем участии диспансера; 2—на лето были помещены в приюрский санаторий, а 1 на время обострения процесса у матери, дважды в течение года пребывал в ночном детском санатории.

Таким образом, оздоровление туберкулезной семьи потребовало от нас общеоздоровительной помощи (улучшение жилищных условий, помещение в детсады, ясли, санатории оздоровительного типа) и специфически туберкулезной (туб. санатории для детей р. в., койки в туб. отделениях для родителей). Дис-

диспансер также провел в этих семьях через врачебный и сестринский патронаж, углубленную сан-просветительную работу и выдал все предметы изоляции повторно в тех случаях, в которых они пришли в негодность. Оздоровление не могло быть проведено силами самого диспансера, он должен был быть тем началом, которое умел использовать учреждения Охматдета, ОЗД и соц. бытовые сектора производства.

Подитоживая свою работу вне диспансера,—в консультации и в туберкулезной семье, мы видим, что реконструкция нашего быта вызвала к жизни новые формы работы противотуберкулезной организации по линии детства. Раньше всего они касаются р. в. для которого необходимо увеличение охвата в семье и через коллективы. По линии профилактической и лечебной помощи возникает необходимость не обособленной, а совместной работы с другими организациями, что даст возможность настойчиво и на всех участках вести борьбу с детским туберкулезом.