

Бригада: Е. Ф. ГУРФИНК, Я. И.
РОЗЕНБЛИТ, В. А. СУКЕННИКОВ,
С. М. ФЕЛЬДМАН.
Бригадир В. А. СУКЕННИКОВ

ТУБЕРКУЛЕЗ НА СЕЛЕ И БОРЬБА С НИМ

Приводимый в настоящем сборнике комплекс работ по распространности туберкулеза на селе и борьбе с ним является выражением второго этапа исследований института в этой области. В наших первых работах (см. Методика диспансерного учета заболеваемости туберкулезом. Одесса. 1928 г., О туберкулезе среди сельского населения — Врачебное дело 1929 г. и Анализ туберкулезной пораженности в с. Благоево — Материалы тубинститута № 2 1932 г.) мы обосновали диспансерный метод сельских исследований, наметили пути к анализу давности туберкулезного процесса на селе и поставили под длительное наблюдение целый ряд сельских коллективов. Изучив развитие туберкулеза в последовательных поколениях туберкулезных крестьянских семей, мы нашли подтверждение нашей гипотезе о давности туберкулеза в обследованных селах, установили различные типы движения туберкулезной пораженности в сельских местностях, из которых преобладает тип снижения туберкулезной пораженности. Чтобы не впасть в ошибку мы поставили наблюдение над возможным развитием новых туберкулезных очагов в окружении заведомо туберкулезных больных.

Вторым актуальным вопросом для нас было изучение причин преимущественной пораженности туберкулезом — женщины крестьянки. Специальным обследованием в ряде коллективов мы отметили те предпосылки которые выдвинула коллективизация сельского хозяйства в противовес эпидемиологическим условиям старого села.

В наших работах нашло отражение и обоснование планов борьбы с туберкулезом в условиях коллективизированного села, резко отличающихся по содержанию и возможностям от подхода к этому вопросу в недавнем прошлом.

1. В. А. СУКЕННИКОВ и С. М. ФЕЛЬДМАН. К ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СЕЛЕ

В наших исследованиях в области туберкулеза среди сельского населения мы фиксировали внимание из двух мало изученных еще вопросах.

Прежде всего нас интересовало начало, течение и современное состояние туберкулезной пораженности на селе. Затем, мы хотели уловить темп и характер развития сельских туберкулезных очагов в тех эпидемиологических условиях, которые создаются особенностями сельского быта.

С этой целью мы проследили туберкулезную заболеваемость и смертность в ряде крестьянских семей на протяжении большого количества лет.

Пользуясь предварительной осведомленностью и диспансерным методом последующего обнаружения больных¹⁾, мы собрали довольно большой материал и объединили его таким образом, что охватили 2, 3 и больше поколений одной и той же семьи.

Некоторые затруднения мы испытали в отношении случаев смерти от туберкулеза, имевших место в разное время, сведения о которых мы получали при опросе. Но разработка историй болезни и других материалов местных и центральных лечебных учреждений, обслуживавших население обследованных сел и пересмотр сохранившихся за десятки лет метрических книг помогли нам добыть в большинстве случаев документальные подтверждения анамнестически полученных данных о факте, дате и причине смерти каждого отдельного члена семьи.

В итоге проделанной работы мы получили картину движения туберкулезной пораженности в 50-ти семьях, если в некоторых случаях и неполную, то только в отношении предков.

Метод эпидемиологического искания (от больных к окружающим их коллективам или к лицам находящимся с ними в контакте), дополненный длительным наблюдением коллектива и повторными физическими осмотрами, помог нам выявить также сельские туберкулезные очаги и характер их развития.

О сельских туберкулезных очагах, являющихся лишь звеньями большой эпидемии, речь будет ниже: остановимся в первую очередь на анализе движения туберкулеза из поколения в поколение в прослеженных семьях.

Уже при поверхностном ознакомлении с родословными можно было отметить высокую смертность от туберкулеза в конце прошлого столетия в поколениях дедов; движение туберкулезной эпидемии в последующих поколениях было различно.

Эти особенности мы будем иллюстрировать примерами.

¹⁾ В. А. СУКЕННИКОВ, Методика диспансерного учета заболеваемости туберкулезом. Изд. Одес. тубинститута, 1928 г.

Так, напр., смертность в поколениях дедов хорошо видна из примеров №№ I, II.

Пример № I — родословная ЖЕК. Д.

- 1) Жек Даниил умер от туберкулеза 43 лет от роду в 1880 г.
- 2) Жена его (Степанида) умерла от туберкулеза 39 лет в 1884 г.
- 3) дочь № 1, Елена, умерла от туберкулеза 16 лет в 1878 г.
- 4) сын № 1, Иван, умер от туберкулеза 26-ти лет в 1889 г.
- 5) жена № 4, Екатер. умерла в 1892 г.
(возраст и причина смерти неизвестны)
- 6) сын № 1, Дмитрий, умер от туберкулеза 22-х л. в 1886 г.
- 7) жена № 6, Надежда, умерла от туберк. (?) 22-х л. в 1885 г.
(причину смерти № 7 документально установить не удалось).
- 8) дочь № 1, Мария, умерла 4-х лет в 1879 г.
(причина смерти не установлена)
- 9) дочь № 1, Зиновия, умерла 2-х лет в 1880 г.
(причина смерти не установлена)
- 10) сын № 1, Петр, умер от „задышки“ 27 лет в 1895 г.
- 11) жена № 10, Федора, умерла от туберкул. 24-х л. в 1894 г.
- 12) сын № 10, Николай, умер от тифа 32-х лет в 1920 г.
- 13) жена № 12, Анна, 36-ти лет, ныне жива, реагирует положительно на туберкулин (P +)
Из трех детей № 12 один ребенок умер в раннем детстве от неизв. причины; двое остальных ныне живы:
- 14) сын № 12, Василий, 13-ти лет, реагирует отрицательно на туберкулин (P —)
- 15) дочь № 12, Федора, 8-ми лет, (P —)
- 16) дочь № 10, Зиновия, 35-ти лет, ныне жива (P +)
- 17) муж № 16, Христофор, 38-ми лет (P +)
Из 9-ти детей № 16 трое умерло в раннем детстве от неизвестных причин; 6 остальных живы:
- 18) дочь № 16, Мария, 13-ти лет (P +)
- 19) сын № 16, Константин, 11 лет (P +)
- 20) сын № 16, Петр, 6-ти лет (P —)
- 21) сын № 16, Семен, 5-ти лет (P —)
- 22) дочь № 16, Елена, 4-х лет (P —)
- 23) дочь № 16, Екатерина, 2-х лет (P —)

Пример № II — родословная Пет. — Вол. П.

- 1) Пет. Петр. умер от туберкулеза 65-ти лет от роду 1874 г.
- 2) жена Петра 1, Мария, умерла от туберк. в 1878 г.
(возраст не установлен)
- 3) сын № 1, Дмитрий, умер от туберк. 32-х лет в 1865 г.
- 4) жена № 3, умерла от неизвестной причины.
(возраст и дата смерти не установлены)
У них было 5 детей, из коих 3 умерло в раннем детстве от неизвестных причин, 2 же ныне живы (№№ 5 и 12)
- 5) сын № 3, Петр, 68 лет (P —)

- 6) жена № 5, Акулина, 67 л. (P —)
У них 4 детей умерло в раннем детстве от неизвестных причин; двое живы: (№ 7 и 11):
- 7) сын № 5, Иван, 29-ти лет (P +)
- 8) жена № 7, Варвара, 30-ти л. (P —)
двое детей № 7.
- 9) сын № 7, Петр 7-ми л. (P —)
- 10) сын № 7, Ник. 4-х л. (P —)
- 11) сын № 5, Димитр. 24-х лет (P —)
- 12) сын № 3, Василий, 66-ти лет, болен туберкулезом легких I ст. А (P +)
- 13) жена № 12, Елена, умерла от брюшного тифа 58 л. в 1922 г.
Из 4-х детей № 12, трое умерло в раннем детстве от неизвестн. причин
- 14) сын № 12, Константин, 28 лет болен туберкулезом легких I ст. А (P +)
- 15) жена № 14, Анна, 22-х лет (P —)
- 16) сын № 14, Петр, 2-х мес. (P —)
- 16) дочь № 1, Прасковья, умерла от туберк. 40 л. в 1878 г.
- 17) муж № 16 Данил. умер 50-ти лет в 1880 г.
(причина смерти не установлена)
- У них 4 детей умерло от неизвестных причин, 1 сын жив:
- 18) сын № 17, Семен, 62-х лет (P —)
- 19) жена его, Варвара, 57-ми лет (P —)
Из 7-х детей двое умерло в раннем детстве от неизвестных причин; из 5-ти остальных.
- 20) дочь № 18, Екатерина, 27-ми лет (P +)
- 21) муж № 20, Иван, 31 год (P +)
У них двое детей умерло в раннем детстве от неизвестных причин;
- 22) сын № 18, Петр, умер от тифа 17 лет в 1920 г.
- 23) дочь № 18, Елизавета, умерла от родов 17-ти л. в 1922 г.
(муж № 23 выехал из села)
- 24) дочь № 23, Елена, 5-ти лет (P —), прожив. с дедом № 18
- 25) дочь № 18, Зиновия, 20-ти л. (P +)
- 26) муж № 25, Георгий, 21 г. (P —)
- 27) сын № 18, Христофор, 18 л. (P —)
- 28) сын № 1, Василий, умер от туберк. 29-ти лет в 1878 г.
- 29) жена № 28, Елена, умерла от тубк 1880 г.
(возраст не установлен)
- 30) сын № 28, Михаил, умер от тубк. в 1879 г.
(возраст не установлен)
- 31) сын № 1, Петр, умер от тубк 31 года в 1886 г.
- 32) жена № 31, Мария, умерла от тубк в 1886 году
(возраст не установлен).
- У них двое детей умерло от тубк (возраст не установлен)
- 33) сын № 1, Мирон, умер от тубк в 1884 г.
(возраст не установлен)
- 34) жена № 33, Елена, умерла от тубк 27-ми лет
(дата смерти не установлена).
- У них один ребенок умер от тубк (возраст и дата смерти не установлен).

На приведенных примерах ярко выступает массовое вымирание в поколениях прадедов и дедов; только редкие представители этих поколений остались в живых. Оставшиеся в живых и все их потомство нами обследовано. Такое массовое вымирание не составляет правила, все же смертные случаи от туберкулеза в поколениях прадедов и дедов мы наблюдаем в значительном большинстве изученных семей, что дает нам право делать вывод, что туберкулезная эпидемия в обследованных нами селах имеет свою давность. Наибольшие абсолютные цифры смертности от туберкулеза также приходится на период 1880-1900 г.г. Характерно, что наши классические обследования сельского населения на туберкулез (Пирский, Якуб, Фриновский, Савельев, Скибневский) относятся к тому же самому периоду времени. Возможно, что и они были вызваны повсеместным в те годы развитием туберкулеза, фиксировавшем на себе внимание многочисленных авторов.

Констатируя, таким образом, давность туберкулезной пораженности на селе, мы постараемся проследить ее движение в цепи последующих поколений от предков до настоящего времени.

В работе В. А. Суkenникова „К вопросу о туберкулезе среди сельского населения“¹⁾ дана была краткая характеристика основных типов движения туберкулезной пораженности на селе. Попробуем здесь подробнее развить эти положения и иллюстрировать их соответствующими примерами. Три типа движения туберкулеза на селе выделяются на нашем материале.

Первый тип движения туберкулезной эпидемии характеризуется особенной туберкулезной пораженностью поколений предков при относительном благополучии, даже полном отсутствии активных заболеваний, последующих поколений.

К проведенным выше родословным (примеры №№ I, II) представляющим первый тип развития туберкулезной эпидемии на селе мы можем добавить и родословную Ян. М.

Пример № III: — родословная Ян. М.

- 1) Ян. Михаил, умер от тбк легких 60-ти лет в 1920 г.
- 2) жена № 1, Мария, умерла от тбк легких 55-ти л. в 1918 г.
- 3) дочь № 1, Анна, умерла от тбк 20-ти лет в 1908 г.
- 4) сын № 1, Иван, 37-ми лет, (P—)
- 5) первая жена № 4, Екатерина, умерла от тбк легких 28-ми лет в 1923 г. (брат ее болен тбк легких III ст. В)
- 6) вторая жена № 4, Елизавета, 27-ми лет (P—)
Трое детей № 4 от первой жены умерли в раннем детстве от неустанов. причин.
- 7) сын № 4, Петр, от первой жены 15-ти лет (P—)
- 8) сын № 4 от первой жены, Николай, 13 л. (P+)
- 9) сын № 4 от второй жены, Константин, 6-ти лет (P—)

1) Врачебное дело № 24. 1929.

- 10) сын № 4 от второй жены, Михаил, 2-х лет (P —)
- 11) сын № 1, Николай, 32-х лет (P —)
- 12) жена № 11, Ирина, 32-х лет (P —)
- 13) сын № 11, Георгий, 9-ти лет (P —)
- 14) сын № 11, Христофор, 8-ми лет (P —)
- 15) сын № 11, Владимир, 2¹/₂ лет (P —)
- 16) дочь № 11, Варвара, 5-ти мес. (P —)
- 17) сын № 11, Илья, умер одного года от роду в 1923 году от ожога.

Тип родословных с значительным развитием туберкулеза в поколениях предков и дедов и благоприятным движением туберкулезной эпидемии в последующих поколениях составляет на нашем материале большинство. Конечно, не во всех случаях течение туберкулеза в последующих поколениях так абсолютно благоприятно. Примером может служить родословная Станк. С., которую мы все же относим к первому типу движения туберкулезной эпидемии.

Пример № IV — родословная Станк. С.

- 1) Станк. Степан, умер от туберкулеза 53-х лет в 1884 г.
- 2) жена № 1, Надежда, умерла 60-ти лет в 1890 г.
(причина смерти не установлена)
- 3) дочь № 1, Ирина, умерла от тбк 16-ти л. в 1874 г.
два сына № 1 (№№ 4 и 35) ныне живы.
- 4) сын № 1, Георгий, 62-х лет болен тбк. легких III ст. В
(P +)
(значительное кровохарканье в 1922 г.)
- 5) жена № 4, Степанида, 60-ти лет (P +)
(мать № 5 умерла от тбк в 1878 г.)
У них сыновья (№№ 6 и 14) и дочери (№№ 19, 26, 34)
- 6) сын № 4, Степан, 40 лет (P +)
- 7) жена № 6, Евдокия, 36-ти л. (—)
Дети № 6:
- 8) дочь № 6, Варвара, 15-ти лет (P —)
- 9) сын № 6, Георгий, 14-ти лет (P +)
- 10) сын № 6, Николай, 3-х лет (P +)
- 11) сын № 6, Василий, 1¹/₂ лет умер в 1918 г.
(причина смерти не установлена).
- 12) сын № 6, Иван, 8-ми мес. умер в 1920 г.
(причина смерти не установлена).
- 13) дочь № 6, Елена, умерла 6-ти мес. в 1921 г.
(причина смерти не установлена).
- 14) сын № 4, Христофор, 27-ми лет (P +)
- 15) жена № 14, Елена, 27-ми лет (P +)
(мать № 15 больна тбк легких III ст., ВК +)
Дети № 14:
- 16) дочь № 14, Надежда, умерла 2-х лет от воспаления легких в 1923 г.

- 17) сын № 14, Георгий, 4-х лет (Р +)
- 18) сын № 14, Иван, 2-х лет (Р +)
- 19) дочь № 4, Ксения, 38-ми л. (Р —)
- 20) муж № 19, Христофор, 39-ти л. (Р —)

Их дети:

- 21) сын № 19, Владимир, 17-ти л. (Р —)
- 22) дочь № 19, Мария, 13-ти лет (Р +)
- 23) сын № 19, Георгий, 8-ми лет (Р —)
- 24) сын № 19, Степан, 6-ти лет (Р +)
- 25) сын № 19, Николай, умер 2-х л. в 1927 г.
(причина смерти не установлена)
- 26) дочь № 4, Прасковья, 34-х лет (Р +)
- 27) первый муж № 26 убит в 1922 г.
- 28) второй муж № 26, Семен, 34-х лет (Р +)
- 29) сын № 26 от первого мужа, Петр, умер 6-ти л. в 1919 г.
(от воспаления легких)
- 30) дочь № 26 от первого мужа, Мария, 8-ми л. (Р —)
- 31) сын № 26 от второго мужа, Димитрий, 5-ти л. (Р —)
- 32) дочь № 26 от второго мужа, Варвара, 2-х л. (Р —)
- 33) сын № 26 от второго мужа, Данил, умер полутора лет
в 1926 г.
(причина смерти не установлена)
- 34) дочь № 4, Елена, умерла от тбк легких 18-ти л. в 1923 г.
- 35) сын № 1, Константин, 53-х л. болен тбк легких II ст. В.
(Р +)
(большое кровоизлияние в 1916 г.)
- 36) первая жена № 35, Екатерина, умерла от тбк легких 46 л.
в 1922 г.
- 37) вторая жена № 35, Матрена, 46, л. (Р +)
- 38) сын № 35, Христофор, 29-ти л. (Р —)
- 39) жена № 38, Зиновия, 23 л. (Р +)
(мать № 39 умерла от тбк 45 лет в 1906 г.)

Дети № 38:

- 40) дочь № 38, Елена, 5-ти лет (Р —)
- 41) сын № 38, Демян, 4-х лет (Р —)
- 42) сын № 38, Илья, умер 3-х мес. в 1926 г.
(причина смерти не установлена)
- 43) дочь № 35, Мария, 23-х лет (Р +)
- 44) сын № 35, Василий, 17-ти л. (Р +)
- 45) дочь № 35, Зинаида, 15-ти л. (Р +)
- 46) сын № 35, Георгий, 13-ти л. (Р +)
- 47) дочь № 35, Матрена, 11-ти л. (Р +)
- 48) дочь № 35, Анна, 8-ми л. (Р +)

И в этой родословной целый ряд смертных случаев от тбк падает на конец прошлого столетия; два представителя поколения дедов дожили до настоящего времени. Оба больны тбк, характер процесса у них доброкачественный. Благополучие последующих поколений несколько ослабляется смертью дочери

(№ 34) одного из оставшихся в живых дедов в 1923 г. и повышенной инфицированностью детей и внуков. Эта родословная приближает нас ко второму типу движения туберкулезной эпидемии на селе.

Второй тип движения туберкулезной эпидемии характеризуется, как и в первом случае, наличием туберкулеза уже в поколениях предков, но с той разницей, что в последующих поколениях он не исчезает, а продолжает проявляться смертными случаями от туберкулеза, активными формами заболеваний и значительной инфицированностью детей.

Пример № V — родословная Тодор. М.

- 1) Год. Михаил, умер от тбк 52-х лет в 1889 г.
- 2) жена № 1, Мария, умерла от неизвестной причины (возраст и дата смерти не установлены)
- 3) дочь № 1, Елена умерла от тбк 22-х л. в 1887 г.
- 4) сын № 1, Михаил, умер от тбк 18-ти л. — 1893 г.
- 5) сын № 1, Христофор, умер от тбк 47-ми л. в 1908 г. жена № 5, Варвара, 54-х лет (P +)
- Из 5-х детей № 5 трое умерло (№№ 7, 68 и 9) и двое ныне живы (№№ 20 и 28):
- 7) сын № 5, Иван, умер от тбк 19-ти л. в 1907 г.
- 8) дочь № 5, Клавдия, умерла от тбк 20-ти л. 1925 г.
- 9) сын № 5, Кирилл, умер 38-ми л. в 1920 г. от тифа
- 10) жена № 9, Марфа, умерла 36-ти л. в 1920 г. от тифа
- 11) сын № 9, Василий, 23-х л. (P +)
- 12) жена № 11, Акулина, 20-ти л. (P +)
- 13) дочь № 11, Наталия, 2-х л. (P —)
- 14) дочь № 9, Евдокия, 19-ти л. (P +)
- 15) муж № 14, Георгий, 24-х л. (P +)
(дядя № 15 болен тбк легких II ст. B)
- 16) дочь № 14, Полина 8 месяц. (P +)
- 17) сын № 9, Валентин, 17-ти л. (P +)
- 18) дочь № 9, Александра, 12-ти л. (P +)
- 19) дочь № 9, Елена, 9-ти л. (P +)
- 20) сын № 5, Дмитрий, 31 года болен тбк легких II ст. B. (P +)
(кровохаркание в 1922 г.)
- 21) жена № 20, Анна, 28-ми лет (P +)
(бабка № 21 умерла от тбк 33-ми л. в 1886 г.,
отец № 21 умер от тбк в 1900 г.)
- 22) сын № 20, Владимир, 9-ти л. болен тбк трахео-броих. желез (P +)
- 23) дочь № 20, Степанида, 6-ти л. больна тбк. лимфадени- том (P +)
- 24) дочь № 20, Мина, 1 год и 10 мес. (P + + +)
- 25) дочь № 20, Мария, умерла 3-х л. в 1926 г. от туб. менингита.

- 26) дочь № 20, Екатерина, умерла 1-го года в 1920 г. от оспы
- 27) дочь № 20, Марфа, умерла одного мес. от роду в 1923 г.
(причина смерти не установлена)
- 28) сын № 5, Петр, 27-ми лет (P +)
- 29) жена № 28, Анна, 27-ми лет (P +)
(мать № 29 умерла от тбк 44-х л. в 1905 г. и бабка умерла от тбк 41 г. в 1881 г.)
- 30) сын № 28, Николай, 5-ти л. болен тбк трахео-бронх. желез (P +)
- 31) сын № 28, Павел, 4-х л. болен тбк трахео-бронх. желез. (P +)
- 32) сын № 28, Зиновий, 2-х л. (P + + +)

Пример № VI — родословная Альв. М.

- 1) Альв. Михаил умер от туберкулеза 65-ти л. в 1900 г.
- 2) жена № 1, Ирина, умерла от неизвестной причины 57 л. в 1902 г.
- 3) сын № 1, Алексей, умер от тбк 45-ти л. в 1908 г.
- 4) жена № 3, Дарья, умерла 49-ти л. в 1922 г. от тифа.
- 5) дочь № 3, Варвара, умерла 9-ти л. в 1907 г. от туб. менингита
- 6) дочь № 3, Ксения, умерла 10-ти мес. — 1905 г. от туб. менингита.
- 7) сын № 3, Иван, 24-х л. болен тбк легких I ст. А. (P +)
- 8) жена № 7, Елена, 24-х л. (P +)
- 9) дочь № 7, Анна, 5-ти л. (P +)
- 10) сын № 7, Михаил, 1 $\frac{1}{2}$ л. (P —)
- 11) сын № 3, Димитрий, 20-ти л. (P +)
- 12) сын № 3, Василий, 19-ти л. болен тбк легких I ст. В, ВК— (P +)
- 13) сын № 1, Андрей, 29-ти л. (P +)
- 14) жена № 13, Матрена, 22-х лет (P +)

Подобные семьи с явно неблагоприятной картиной развития туберкулеза в последних поколениях при наличии туберкулезной эпидемии в прошлом составляют на нашем материале меньшинство.

Среди факторов, поддерживающих в отдельных семьях туберкулезную пораженность на протяжении многих лет, особенно выделяется один, а именно: приток новых активных заболеваний со стороны, накопление контактов. Это явление имеет место в семьях №№ 4, 14 и 35 уже в родословной Станк. С. (пример № IV), которая благодаря относительно неблагоприятному положению была нами отнесена к родословным, рисующим переходную ступень от первого типа движения туберкулезной эпидемии ко второму. В родословной Тодор. М. (пример второго типа № V) в семьях №№ 15, 21 и 28 мы отмечаем дополнительные отягощения благодаря притоку новых заболеваний со стороны и в то же время видим смертный случай от туб. менингита, активное проявление

туб. инфекции и положительную реакцию на туберкулин у всех детей и т. д.

Третий тип развития туберкулезной эпидемии в обследованных нами селах характеризуется проявлением туберкулезных заболеваний лишь в последних поколениях рода, при отсутствии каких-либо указаний (анамнестических, метрических и др.) о туберкулезе у дедов и предков.

Пример № VII — родословная Себ. И.

В поколениях предков туберкулез не отмечается.

- 1) Себ. Иван умер 75-ти л. в 1913 г. от ущемл. грыжи.
- 2) жена № 1, Мария, умерла 72-х л. в 1917 г. от старости
- 3) дочь № 1, Ульяна, умерла 32-х л. в 1914 г.
(причина смерти не установл.)
- 4) муж № 3, Даниил, умер 50-ти л. в 1925 г. от тбк легких
- 5) сын № 3, Николай, 20-ти л. болен тбк легких I ст. В
(P + + +)
- 6) дочь № 3, Мария, умерла 20-ти л. — 1919 г. от воспаления легких
- 7) дочь № 3, Елена, 17-ти л. (P +)
- 8) дочь № 3, Степанида, 14-ти л. (P +)
- 9) сын № 1, Христофор, 49-ти лет (P +)
- 10) жена № 9, Ирина, 46-ти л. (P +)
- 11) сын № 9, Иван, умер 22-х л. в 1922 г. от „простуды“.
- 12) дочь № 9, Мария, умерла 8-ми л. — 1914 г. от туб. менингита
- 13) сын № 9, Николай, 25-ти л. (P +)
- 14) жена № 13, Анна, 23-х л. (P +)
- 15) дочь № 13, Варвара, 3-х мес. (P + + +)
спустя 3 мца после обследования умирает от туб. менингита.
- 16) сын № 9, Иван, 20-ти л. болен тбк легких III ст. С, ВК +
- 17) сын № 9, Кирилл, 17-ти л. (P +)
- 18) сын № 9, Михаил, 16-ти л. (P +)
- 16) дочь № 9, Елена, 10-ти л. больна тбк легких I ст. В (P +)

В семье с подобным типом движения туберкулезной пораженности инфекция, проникла, повидимому, недавно. В этом случае мы могли ожидать картину пораженности близкую к той, какую мы видели в поколениях предков и дедов родословных первого и второго типов. Здесь нужно отметить некоторые методические трудности анализа. Если о пораженности предков и дедов в родословных первого и второго типа мы судили на основании давно законченного события, то о благополучии или неблагополучии современных поколений мы можем говорить лишь предположительно. Так, в родословных первого типа мы в современных поколениях наблюдаем сейчас картину благополучия в родословных второго и третьего типа этого благополучия уже нет. Мы можем рассматривать пораженность современных поколений

в связи с наличием или отсутствием туберкулезных заболеваний их дедов и предков. Но мы не должны забывать, что перед реагирующими на туберкулин детьми, перед больными туберкулезом лимфатических желез или с активными легочными процессами впереди еще много лет жизни для возможности дальнейшего развития и того или иного исхода их туберкулезного процесса. Мы искали подтверждения правильности наших положений в повторных исследованиях.

Пример № VIII — родословная Ерг. Н.

- 1) Ерг. Николай, умер 71 года в 1889 г. от старости
- 2) жена № 1, Мария, умерла 64-х лет в 1887 г. от неизв. причины
- 3) сын № 1, Георгий, умер 23-х л. в 1877 г.
(причина смерти не установлена)
- 4) сын № 1, Иван, умер 68-ми лет в 1908 г. от старости
- 5) жена № 4, Анна, умерла 56-ти л. в 1900 г.
(причина смерти не установлена)
- 6) сын № 4, Димитрий, умер от тбк легких 39-ти лет в 1924 году.

в 1927 году	в 1930 году
-------------	-------------
- 7) жена № 6, Прасковья 38-ми л. 41 год, здорова
(P +)
- 8) дочь № 6, Елена, умерла одного года от роду в 1912 г. от „младенческих“
- 9) дочь № 6, Екатерина, 16-ти лет 19-ти лет здорова, муж
(P +) № 9, Павел 24 л. (P +)
- 10)
- 11) дочь № 6, Полина, умерла 5-ти л. в 1914 г.
(причина смерти не установлена)
- 12) сын № 6, Иван, умер 2-х лет в 1915 г. от „простуды“
- 13) дочь № 6, Килина, 13-ти л. (P +) 16-ти л. здорова
- 14) сын № 6, Петр, 12-ти л. болен туберкулезом трахео-бронх. желез (P +) 15-ти л., болен тбк трахео-бронх. желез активн.
- 15) дочь № 6, Нина, умерла 5-ти л. в 1922 г. от скарлатины.
- 16) дочь № 6, Федора, 6-ти л. больна тбк трахео-бронх. желез (P + + +) Умерла в 1928 г. 7-ми л. от роду от туберкулезн. менингита.
- 17) сын № 4, Георгий, 45-ти л. (P +)
- 18) жена № 17, Матрена, 40 л. (P +)
У № 17 было 7 детей, из коих двое умерло в раннем детстве от неизвестных причин, остальные пятеро живы.

в 1927 году

- 19) дочь № 17, Мария, 18-ти л. (P —)
- 20) сын № 17, Иван, 17-ти л. (P —)
- 21) сын № 17, Петр, 14-ти л. (P +)
- 22) дочь № 17, Кикина, 9-ти л. (P +)
- 23) дочь № 17, Анна, 6-ти л. (P —)
- 24) сын № 1, Михаил, 67-ми л. (P —)
- 25) жена № 24, Ирина, умерла 58-ми лет в 1920 г. от тифа.

У них было 10 детей, из коих шесть умерло (двое в раннем детстве от неизвестных причин и четверо от скарлатины); четверо ныне живы:

- 26) сын № 24, Николай, 40 л. (P —) 43-х л. здоров (P +)
- 27) жена № 26, Федора, 30-ти л. 33-х л. здорова (P +)
(не осмотрена)
- 28) сын № 24, Федор, 32-х л. 35-ти л., здоров (P +)
(не осмотрен)
- 29) жена № 28, Мария, 23-х л. (P +) 26-ти л., здорова
- 30) сын № 24, Димитрий, 29-ти л. 32-х л. болен тбк легких I ст. А ВК —
(P +) 32-х л. болен тбк легких III ст. каверн. ВК +
- 31) жена № 30, Вера, больна тбк легких II ст. В. (из нетуберкулезной семьи) (P +) 28-ми л. тбк легких II ст. А.
Дети № 30:
- 32) сын № 30, Петр, 3-х л. болен тбк трахео-бронх. желез активн. 6-ти л., болен тбк трахео-бронх. желез активн.
(P + + +) тивн.
- 33) сыи № 30, Григорий, 1¹/₂ л. 4¹/₂ л., здоров
(P + + +)
- 34) дочь № 30, Акулина, 2-х л. (P +)
- 35) сын № 30, Данил, 3-х месяц. (P +)
- 36) сын № 24, Христофор, 23-х л. 26 л., здоров, (P +)
(не осмотрен)
- 37) сын № 24, Иван, 20-ти л. болен тбк легких III ст. В., ВК + 23 л., болен тбк легких III ст. В. ВК +

Примечание: все дети № 24 с семьями живут вместе с ним, кроме № 26 с семьей, который живет отдельно.

В этой родословной третьего типа движения туберкулезной эпидемии при благополучии предков и дедов, мы повторным обследованием проследили за небольшой период времени с 1924-1930 г.г. накопление случаев туберкулеза, свидетельствующее о большой пораженности: здесь случаи смерти от туберкулеза лег-

в 1930 году

70 лет, здоров (P —)

ких и туберкулезного менингита, и две открытых формы легочного туберкулеза, одна активная форма легочного туберкулеза без палочек в мокроте и массовая инцифированность детей.

Нашу группировку семей по типам движения туберкулезной пораженности мы строим, конечно, на основании преимущественных признаков. Провести резкую грань между отдельными типами не всегда возможно, и известная небольшая часть семей занимает переходное место между отдельными типами. Бесспорными все же остаются давность туберкулезной пораженности на селе и тенденция ее к ослаблению. Для анализа же нарастания случаев туберкулеза в результате возможных контактов понадобилось изучить более узкие семейные коллективы, охватывающие в свою очередь представителей двух генераций (отцы, матери, дети).

Изучая нарастание туберкулезных заболеваний и смертных случаев от туберкулеза в семейных и других коллективах мы попробовали также выяснить характер развития сельских туберкулезных очагов. Туберкулезным очагом мы называем такой семейный или другой коллектив людей, где на протяжении ряда лет при наличии случая смерти от туберкулеза, либо открытой или клинически заразной формы туберкулеза, наблюдаются как следствие, хотя-бы еще один смертный случай от туберкулеза, либо еще один случай активного процесса, либо же массовая инцифированность в окружающей среде. Для суждения о характере развития сельских туберкулезных очагов мы воспользовались бесспорным анамнезом об умерших членах обследованных семей, наблюдением за судьбой оставшихся в живых и повторными обследованиями их физического состояния через три года.

Мы могли констатировать большое разнообразие в характере и темпе движения туберкулеза в отдельных семьях: то прогрессирующую на наших глазах пораженность многих членов семьи, то более медленное накопление случаев туберкулеза, то приостановившееся появление новых заболеваний, то отсутствие поражений при наличии явной опасности. Эти особенности будут хорошо видны из следующих примеров, частично взятых из приведенных уже выше родословных.

Пример № 1. — семья Ерг. Михаила из родословной Ерг. (см. пример VII).

До 1927 года	1927 — 1930
1) Ерг. Михаил, 67-ми л. здоров (Р —)	70 л. здоров (Р —)
2) сын № 1, Федор, 32-х л. (не осмотрен)	35 л. здоров (Р +)
3) жена № 2, Мария, 23-х л. (Р +)	26 л. здорова
4) сын № 1, Димитрий, 29-ти лет болен тбк легких I ст. А, ВК — (Р +)	32-х л. болен тбк легких III ст. с кавер ВК +
5) жена № 4, Вера, больна тбк легких II ст. В (из нетуберк. семьи)	28 л. больна тбк легких II ст. А

- | В 1927 году | 1927 — 1930 г.г. |
|---|---|
| 6) сын № 4, Петр, 3-х л. болен тбк трахео-бронх. желез активн.
(P + + +) | 6 л. болен тбк трахео-бронх. желез активн.
(P +) |
| 7) сын № 4, Григорий, 1 ¹ / ₂ л.
(P + + +) | 4 ¹ / ₂ л. здоров (P +) |
| 8) | дочь № 4, Акулина,
2-х л. (P +) |
| 9) | сын № 4, Даниил, 3-х мес. (P +) |
| 10) сын № 1, Христофор, 23-х лет
(не осмотрен) | 26 л. здоров (P +) |
| 11) сын № 1, Иван, 20-ти л. болен тбк легких III ст. В, ВК + (P +) | 23 л., болен тбк легких III ст. В, ВК + |

Смертных случаев от туберкулеза не отмечено. Открытая форма туберкулеза легких у сына Ивана была установлена еще в 1927 г. К тому же времени брат Ивана, Димитрий, был болен туберкулезом легких I ст. А и жена его туберкулезом легких II ст. В, их двое детей давали резкую реакцию на туберкулин. В 1930 г. у Димитрия также открытый процесс (туберкулез легких III ст. кавернозный, ВК(+), двое вновь заразившихся за это время детей (2-х л. и 3-х мес.) уже реагируют положительно на туберкулин; в остальном без изменений, только у жены Димитрия процесс стал неактивным и у двух старших детей реакция Пиря слабее выражена.

Пример № 2 — семья Рад.-Лов. Ирины из родословной Рад.

- | | |
|---|--|
| 1) Рад. Ирина, 48-ми лет больна тбк легких III ст. В, ВК + | умерла 49-ти л. в 1928 г от тбк легких. |
| 2) дочь № 1, Полина, 22-х л. здорова (P +) | 25 л., здорова |
| 3) муж № 2, Демьян, 25-ти лет здоров (P +) | 28 л., здоров |
| 4) сын № 3, Георгий, 5-ти мес. здоров (Реакция на туберкулин не была проделана) | умер 9-ти мес. в 1928 г. от милиарного тбк. |
| 5) дочь № 1, Варвара, 17-ти л. больна тбк легких I ст. А (P +) | 20 л., больна тбк легких I ст. А |
| 6) сын № 1, Петр, 16-ти л. здоров (P —) | 19 л. здоров (P +) |
| 7) дочь № 1, Анна, 10-ти л. (P +) | 13 л., здорова |
| 8) | дочь № 3, Екатерина,
1 год, здорова (P —) |

По данным анамнеза смертных случаев от туберкулеза в семье не было. В 1927 г. Рад. Ирина была больна тбк легких III ст. В ВК +, у ее дочери Варвары неактивный легочный процесс (I ст А), две другие дочери и муж одной из них, Демьян, реагируют положительно на туберкулин. 5-ти месячному сыну Демьян

Георгию, туберкулиновая проба не была сделана в виду несогласия родителей; каких-либо клинических признаков туберкулеза ребенок не проявлял. Малолетний Георгий умирает от милиарного туберкулеза в 1928 г. В том-же 1928 г. умирает от туберкулеза легких бабушка его, Ирина, в возрасте 49-ти л. К 1930 г. из не реагировавших раньше на туберкулин, ныне 19-ти летний сын Ирины, Петр, дал положительную реакцию. Физическое состояние остальных членов семьи без изменений; родившаяся за это время новая дочь Демьяна реагирует на туберкулин отрицательно.

Примечание: Семья Демьяна после смерти Ирины выделась и живет самостоятельно.

Пример № 3—семья Побер. Натальи из родословной Побер.
В 1927 году 1927—1930 г.г.

- | | |
|--|--|
| 1) Побер. Наталья, 49-ти л. больна тбк легких I-II ст. (P +) | 52-х л. больна тбк легких II ст. А. |
| 2) дочь № 1, Александра, 24-х л. больна тбк легких I ст. В (P +) | 27 л., больна тбк легких II ст. В |
| 3) муж № 2, Владимир, 31 г. здоров | 34 л. здоров |
| 4) сын № 3, Иван, 2 ¹ / ₂ л. здоров (P +) | 5 ¹ / ₂ л. болен тбк коленного сустава |
| 5) сын, № 3, Валентин, 5-ти мес. здоров (P —) | 3 ¹ / ₂ л. здоров (P +) |
| 6) сын № 1, Петр, 18-ти л. здоров (P +) | 21 г. здоров |
| 7) сын № 1, Степан, 15-ти л. здоров (P +) | 18 л., здоров |
| 8) дочь № 1, Евдокия, 10-ти л. (P +) | 13 л., здорова |
| 9) | сын № 3, Кондрат, 9-ти мес. здоров (P —) |

Побер. Кондрат, муж Натальи, умер от туберкулеза легких 52-х л. в 1927 г. незадолго до первого обследования. В 1927 г. Наталья больна тбк легких I-II ст., дочь Александра больна тбк легких I ст. В; остальные дети и внуки, за исключением 5-ти месячного Валентина, реагируют положительно на туберкулин. В 1930 г. у Натальи туберкулезный процесс II ст. не активный, у дочери Александры процесс прогрессирует; внук Натальи, ныне 5¹/₂ л. Владимир болен туберкулезом коленного сустава. Валентин реагирует уже положительно на туберкулин. В остальном без изменений.

Пример № 4—семья Рад. Василия из родословной Рад.
В 1927 году 1927—1930 г.г.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. Рад. Василий 50-ти л. болен тбк легких III ст. С, ВК + | Умер от тбк легких 50-ти л. в 1927 г. |
| 2) жена № 1, Мария, 44-х л. здорова (P —) | 47-ми л., здорова (P +) |

- | | |
|---|---|
| 3) дочь № 1, Елена, 22-х л. здорова (P +) | 25 л. здорова |
| 4) муж № 3, Георгий, 25-ти л. болен волчанкой лица (P +) из нетуберкулезной семьи | 28 л. болен волчанкой лица |
| 5) сын № 1, Георгий, 20-ти л. здоров (P +) | 23-х л. здоров |
| 6) дочь № 1, Степанида, 18-ти л. здорова (P +) | 21 г. здорова |
| 7) сын № 1, Михаил, 16-ти л. здоров (P +) | 19 л. здоров |
| 8) сын № 1, Иван, 14-ти л. здоров | 17 л. здоров |
| 9) сын № 1, Степан, 11-ти л. здоров (P +) | 14 л., здоров |
| 10) сын № 1, Иван, 9-ти л. здоров (P +) | 12 л., здоров |
| 11) сын № 1, Димитрий, 6-ти л. здоров (P +) | 9 л., здоров |
| 12) сын № 1, Данил, 3-х л. здоров (P +) | 6 л., болен тбк шейных лимф. желез |
| 13) | дочь № 4, Екатерина, 2-х л. здорова (P -) |

К моменту первого обследования Рад. Василий был болен тбк легких III ст. С, ВК+. Все его девять детей в возрасте от 3-х до 22-х лет реагировали положительно на туберкулин, не проявляя клинических признаков туберкулезного заболевания. Муж старшей дочери, Георгий 25-ти лет, происходящий из нетуберкулезной семьи, болен около года волчанкой лица. Рад, Василий умер еще в 1927 г. от туберкулеза легких. В 1930 г. жена умершего Василия реагирует положительно на туберкулин, у младшего, ныне 6-ти летнего сына ее Данила, большие пакеты туберкулезных шейных лимфатических желез; у всех остальных, включая больного волчанкой, без изменений. Двухлетняя дочь Георгия на туберкулин не реагирует.

Пример № 5 — семья Станк. Г. из родословной Станк.

- | В 1927 году | 1927 — 1930 г.г. |
|---|---------------------------------------|
| 1) Станк. Георгий, 62-х л. болен тбк легких III ст. В, ВК-(P +) | 65 л., болен тбк легких III ст. А ВК- |
| 2) жена № 1, Степанида, 60-ти л. здорова (P +) | 63 л., здорова |
| 3) сын № 1, Христофор, 27-ми л. здоров (P +) | 30 л., здоров |
| 4) жена № 3, Елена, 27-ми л. здорова (P +) | 30 л. больна тбк легких I ст. В |
| (мать № 4, больна тбк легких III ст., ВК +) | (мать умерла от тбк в 1927 г.) |

- | | |
|---|---|
| В 1927 году | В 1927 — 1930 г.г. |
| 5) сын № 3, Георгий, 4-х л. здоров
(P +) | 7 л. здоров. |
| 6) сын № 3, Иван, 2-х л. здоров
(P +) | 5 л. болен тбк трахео-
бронх. жнлез. |

Дочь Ст. Георгия, Елена, умерла от туберкулеза легких 18-ти л. в 1923 г. Ко времени обследования 1927 г. у Георгия клинически установлен несомненный туберкулез легких в III ст. (кровохаркане, рентген и др.), налочки в мокроте не были обнаружены. Все остальные члены семьи лишь реагируют положительно на туберкулин. В 1930 г. состояние Георгия несколько лучше (тбк легких III ст. А ВК —). У 30-ти летней жены его сына активный легочный процесс (I ст. В) и у ныне 5-ти летнего сына последней явные признаки туберкулеза трахео-бронх. желез.

Пример № 6 — семья Ват. из родословной Ват.

- | | |
|---|--|
| В 1927 году | 1927 — 1930 г.г. |
| 1) Ват. Вукола, 54-х л. (P + + +) | 57 л., здоров (P +) |
| 2) жена № 1, Степанида, больна тбк легких III ст. каверн. В, ВК + | 51 г. больна тбк легких III ст. С, ВК + |
| 3) дочь № 1, Мария, 28-ми л. здорова (P +) | 31 г. здорова |
| 4) муж № 3, Степан, 30-ти л. здоров (P —) | 33 л. здоров (P —) |
| 5) дочь № 3, Степанида, 5-ти л. здорова (P —) | 9 л. здоров (P +) |
| 6) сын № 1, Христофор, 26-ти л. здоров (P —) | 29 л., здоров (P +) |
| 7) жена № 6, Ирина, 24-х л. здорова (P —) | 27 л., здорова (P +) |
| 8) сын № 6, Валентин, 1 ¹ / ₂ л. (P + + +) | 4 ¹ / ₂ л. здоров (P +) |
| 9) сын № 1, Степан, 24-х л. здоров (P +) | 27 л. здоров |
| 10) сын № 1, Иван, 19-ти л. здоров (P —) | 22 л. в Красной Армии |
| 11) дочь № 1, Варвара, 14-ти л. здорова (P —) | 17 л., здорова (P +) |
| 12) | дочь № 6, Полина, 1 ¹ / ₂ л. здорова (P —) |

Примечание: Семьи №№ 4 и 6 с 1929 г. живут отдельно.

В 1927 г. жена Вуколы, Степанида, больна туберкулезом легких III ст. В, ВК +. Сам Вукола, его старшая дочь, сын и малолетний внук реагируют положительно на туберкулин, остальные шесть членов семьи на туберкулин не реагируют. В 1930 г. процесс у Степаниды ухудшается (тбк легких III ст. С, ВК +). В семье еще три человека стали реагировать положительно на туберкулин. В остальном без изменений.

Пример № 7 — семья Зах. Григория из родословной Зах.

В 1927 году	1937 — 1930 г.г.
1) Зах. Григорий, 60-ти л. здоров (P —)	63 л. здоров
2) жена № 1, Степанида, 57-ми л. больна тбк легких III ст. С, ВК+	58 л., умерла от тбк легких в 1928 г.
3) сын № 1, Иван, 20-ти л. здоров (P +)	23 л., здоров.
4) жена № 3, Марфа, 21 г. здорова (P +)	24 л., здорова
5) сын № 3, Григорий, 3-х мес., здоров (P —)	3 л. здоров (P —)
6) дочь № 1, Акулина, 18-ти л. здорова (P +)	20 г., здорова
7) сын брата № 1, Даниил, 11-ти л. здоров (P +)	14 л. здоров.
8)	сын № 3, Федор, 1, г. здоров (P —)

В семье отмечен случай смерти от туберкулезного менингита 12-ти летнего сына Григория в 1916 г. В 1927 г. жена Григория, Степанида, больна туберкулезом легких III ст. С, ВК+. Из остальных шести членов семьи только сам Григорий и его 3-х мес. внук на туберкулин не реагируют. Малолетнего Григория тщательно оберегают от контакта с больной бабушкой, Степанида умирает от твк легких в 1928 г. К 1930 г. в физическом состоянии всех остальных членов семьи никаких изменений не произошло, ныне 3-х летний Георгий и через три года на туберкулин не реагируют.

В примерах I—VII мы могли наблюдать разную степень нарастания туберкулезных заболеваний и смертей от туберкулеза в отдельных семейных коллективах. Характер нарастания все же преобладает медленный. В последующих примерах мы приведем ряд семей, находившихся в одинаковых с первыми условиях повторного обследования, но в которых нам движения туберкулеза наблюдать не удалось.

Пример № 8 — семья Сл. Михаила из родословной Слав

В 1927 году	1927 — 1930 г.г.
1) Сл. Мария, жена Михаила 35-ти л. больна тбк легких I ст. А (P +)	38-ми л. больна тбк легких I ст. А
2) сын № 1, Иван, 16-ти л. здоров (P +)	19-ти л. здоров
3) дочь № 1, Марфа, 14-ти л. здорова (P —)	17 л., здорова (P —)
4) дочь № 1, Варвара, 13-ти л. здорова (P —)	16-ти л. здорова (P —)
5) дочь № 1, Мина, 1 ¹ / ₂ л. (P + + +)	4 ¹ / ₂ л. (P +)

После смерти от тбк легких Сл. Михаила 53-х л. в 1927 г. и его дочери Анны 11-ти лет в 1926 г. от туб. менингита, в семье осталось пять человек: жена Михаила с явлениями начального легочного процесса и четверо детей, из которых двое реагировали на туберкулин положительно. В 1930 г. никаких изменений не обнаружено.

Пример № 9 — семья Себ. Степана из родословной Себ.

В 1927 году	1927 — 1930 г.г.
1) Себ. Степан 43-х л. (P +)	46 л., здоров
2) жена № 1, Елена, 41 г. больна тбк легких III ст. В, ВК + (P +)	44 л., больна тбк легких II ст. А ВК —
3) дочь № 1, Федора, 14-ти л. здорова (P +)	17 л., здорова
4) дочь № 1, Варвара, 7-ми л. (P + + +)	10 л. здорова (P +)
5) дочь № 1, Матрена, 14-ти дней о роду (не осмотрена)	3 л. здорова (P —)
6)	сын № 1, Николай, 1-го года здоров (P —)

В 1927 г. жена Себ. Степана, Елена, 41 г. больна тбк легких III ст. В, в мокроте ВК; муж и две дочери реагируют на туберкулин. В 1930 г. процесс у Елены не активный (II ст. А, ВК—), у остальных без изменений. Двое малолетних детей на туберкулин не реагируют.

Мы можем привести и др. примеры с более ранним вымиранием туберкулезных членов семьи и с полным отсутствием новых туберкулезных заболеваний среди оставшихся в живых на протяжении долгого времени наблюдения. Таковы примеры №№ 10 и 11.

Пример № 10 — семья Ян. Николая из родословной Ян. М (см. пример III из очерка 1)

В 1927 году	1927 — 1930 г.г.
1) Ян. Николай 32-х л. здоров (P —)	35 л. здоров (P —)
2) жена № 1, Ирина, 32-х л. здорова (P —)	35 л. здорова (P —)
3) сын № 1, Георгий, 9-ти л. здоров (P —)	12 л. здоров (P —)
4) сын № 1, Христофор, 8-ми л. здоров (P —)	11 л. здоров (P —)
5) сын № 1, Владимир, 2 ¹ / ₂ л. здоров (P —)	5 ¹ / ₂ л. здоров (P —)
6) дочь № 1, Варвара, 5-ти мес. здорова (P —)	3 ¹ / ₂ л. здорова (P —)
7)	дочь № 1, Вера, 1 год здорова (P —)

В семье отмечено три смертных случая от туберкулеза: дочери Ян. Михаила 20-ти л. от роду в 1908 г., жены его 55-ти л. в 1918 г. и самого Михаила, умершего последним 60-ти л. от роду в 1920 г. Семья сына Николая, которая жила со стариками до их смерти, состоит из семи человек. В 1927 г. и при последнем обследовании в 1930 г., т. е. семь и десять лет спустя после смерти Михаила, вся семья реагирует отрицательно на туберкулин; каких-нибудь клинических признаков туберкулезного заболевания ни у кого не обнаружено.

Пример № 11 — семья Пед. Михаила из родословной Пед.

	В 1927 году	1927 — 1930 г.г.
1) Пед. Василий, 30-ти л. здоров (P+)	33 л. здоров	
2) жена № 1, Мария, 28-ми л. здорова (P—)		31 г. здорова (P—)
3) сын № 1, Димитрий, 4-х л. здоров (P—)		7 л. здоров (P—)
4) дочь № 1, Вера, 9-ти мес. здорова (P—)		3 ¹ / ₂ л. здорова (P—)
5)		сын № 1, Михаил, 1 ¹ / ₂ л. здоров (P—)

В семье Пед. Михаила за время 1911—20 г.г. было четыре смертных случая от тбк: Пед. Михаил умер 45-ти л. в 1911 г., жена его 45-ти л. в 1916 г., дочь их Мария, 19-ти л. в 1917 г. и дочь Акулина 17-ти л. в 1920 г. Семья сына Василия, который жил с женой вместе с родными до их смерти, состоит из пяти чел. В 1927 и 30 г.г. все члены семьи, кроме самого Василия, на туберкулин не реагируют.

Мы отдаем себе отчет о результатах нашего обследования. Срок в 3 года, хотя и мал, но оказался достаточным, чтобы в ряде случаев уловить развитие туберкулезной пораженности. Мы далеки от мысли, чтобы считать выявившуюся более и менее благоприятную картину не требующей дальнейшего наблюдения. Сколько же требуется времени, для того, чтобы историю развития туберкулеза в семье считать законченной? В наших последних примерах из современных поколений, где историю ряда семей нам удалось частью наблюдать, частью дополнить по анамнестическим данным, от появления первого смертного случая до последних ярких проявлений туберкулеза проходит 3-6-8-12 лет. Легче охватить хронику туберкулезных семей в прошлых поколениях. Здесь промежутки между первым и последним случаем смерти равны 8-12-14-15-21 годам. Но имеются семьи, отдельные представители которых еще поныне живы и больны активными формами туберкулеза. Туберкулезная хроника этих семей не может считаться законченной. В примере № IV в семье № 1 первая смерть от туберкулеза зарегистрирована в 1874 г., другой смертный случай в 1884 г.г., а двое членов этой-же семьи

больны туберкулезом и сейчас. Таким образом туберкулезная история этой семьи тянется свыше 50-ти л. Мы можем привести еще один аналогичный пример.

Пример № 12 — родословная Рад. Ильи.

- 1) Рад. Илья умер 70-ти л. в 1920 г. от старости.
- 2) жена № 1, Степанида, умерла 38-ми л. в 1886 г. от твс.
У них было семеро детей. Причина смерти четырех из них не установл.
- 3) сын № 1, Василий, 50-ти л. умер от тбк легких в 1927 г.
- 4) дочь № 1, Ирина, 49-ти л. умерла от тбк легких в 1928 г.
- 5) сын № 1, Зиновий, умер от тбк 25-ти л. в 1900 г.

Примечание: Дальнейшее движение туберкулеза в собственных семьях Ирины и Василия изложены в примерах №№ 2 и 4.

В этой семье между первым и последним смертным случаем прошло 42 года. Мы не пробуем здесь сравнивать темп развития туберкулезных очагов в прошлом и сейчас; мы считали лишь своим долгом остановить внимание на этом интересном вопросе. При описании второго типа туберкулезной эпидемии, поражающей ряд поколений одного и того же рода, мы указали на один из отягощающих моментов, на накопление контактов. Сейчас мы хотим отметить явление противоположного свойства, сдерживающее движение туберкулезной эпидемии, а именно: разрежение контакта. Разрежение контакта ослабляет возможность новых заражений, и в случае смерти всех больных заразными формами ведет к полному прекращению туберкулезной опасности внутри семьи. Так мы не видим новых проявлений туберкулеза среди оставшихся в живых в ряде семей: в примере № 7 на протяжении 2-х лет, в примере № 8 — 3-х лет, в примере №№ 10 и 11 — 10 лет после последнего смертного случая от туберкулеза. Насколько прочно создавшееся в этих семьях благополучие, мы судить не можем, все-же мы вправе его предположить. Еще большую уверенность в этом отношении дают нам случаи, в которых были прослежены не только вышедшие из контакта члены семьи, но и их потомства. Так, в родословной Альв. Михаила после смерти от туберкулеза сына Константина и двух детей последнего в 1905—08 г. ни у кого из оставшихся в живых, кроме положительной реакции на туберкулин, каких-либо проявлений туберкулеза не установили. Только в самое последнее время (1927 г.) 19-ти летний сын Константина обнаруживает явления активного легочного туберкулезного процесса I ст. В родословной Жек. в семье сына Петра (№ 7) после смерти жены его Федоры от тбк в 1894 г. среди шестнадцати детей и внуков на протяжении 34-х лет заболеваний туберкулезом не было. Мы могли бы привести аналогичные примеры из еще более ранних поколений наших родословных. И все же мы далеки от того, чтобы во всех случаях ослабления туберкулезной пораженности

придать выходу из контакта решающее значение. Для нас несомненно лишь сдерживающее влияние разрежения контакта.

Говоря о туберкулезной опасности, как об одном из условий развития сельских туберкулезных очагов, вряд ли можно еще спорить о важности той роли, которую играет в этом случае характер течения процесса у больных туберкулезом. В приведенных примерах мы видели и длительную активность, и переход из неактивных форм в активные, и заглохшую активность. На материале, прослеженном нами в течение 3-х лет, из 13-ти активных процессов 4 продолжают оставаться активными. 5 перешли из активных форм в неактивные и 4 закончились смертью. Из 11 же неактивных форм 8 остались неактивными и 3 активировались (из последних у двух найдены ВК в мокроте). Следовательно, ослабление или полное прекращение туберкулезной опасности в семьях мы наблюдали гораздо чаще, чем возможность ее продолжительного действия.

Итак, в настоящем исследовании мы применили в сельских условиях метод длительного наблюдения и эпидемиологического обследования и получили возможность охвата большого количества семей в цепи поколений, пораженных туберкулезом родов.

Мы убедились на нашем материале в давности туберкулезной эпидемии на селе и видели 3 типа ее движения в поколениях от предков до современных. Мы отметили отягчающее значение накопления контактов с одной стороны и обратное явление разрежения контактов ослабляющего или парализующие развитие туберкулеза—со своей стороны.

Наша попытка уловить динамику туберкулезной пораженности в отдельных семьях выявила, большей частью медленное, тянущееся годами, развитие туберкулезных заболеваний в крестьянских семьях. Учитывая к тому же и хронический, по преимуществу, характер течения туберкулезного процесса, мы приходим к убеждению, что в сельских условиях, как и в городе, туберкулез идет на убыль.

Уловить влияние экономических условий на характер развития туберкулезных очагов нам в этой работе не удалось.

Эту задачу мы поставили себе в специальном исследовании о причинах особенностей в проявлении туберкулеза среди сельского населения и анализе возможных изменений в условиях социально-экономического переустройства села.

2. С. М. ФЕЛЬДМАН. ПРИЧИНЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ПОРАЖЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КРЕСТЬЯНСКОЙ ЖЕНЩИНЫ И АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЭТОМ ОТНОШЕНИИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ПЕРЕУСТРОЙСТВА НАШЕГО СЕЛА

Отделение социальной гигиены Одесского Тубинститута в ряде работ последних лет занималось выяснением степени распространенности туберкулеза в сельских местностях, изучением типов движения туберкулезной эпидемии и темпов развития сельских туберкулезных очагов.

На материале специальных обследований, проведенных большей частью диспансерным методом, мы показали, что туберкулез на селе имеет уже определенную давность и связанную с нею распространенность, что развитие очагов протекает далеко не так остро, как это обычно принято думать и, что сельский туберкулез в своем развитии все более приближается к городскому.

Грандиозный размах коллективизации, охвативший за последние годы почти полностью степную полосу Украины, в корне меняющий условия труда и быта села, поставил перед нами новую задачу. Артель, как переходная, но наиболее распространенная форма на ближайший отрезок времени; коммуна, как более передовой и совершенный вид с.-х. коллектива; и наконец, плановая организация совхозов—этой основы социалистического сельского хозяйства, поставили перед нами задачу: 1) изучить влияние коллективизации на развитие и течение туберкулеза среди сельского населения и 2) наметить основные противотуберкулезные мероприятия в условиях нового села.

Приступая к этой работе мы отдавали себе вполне отчет в том, что незначительный срок существования новых форм, наличие трудностей неизбежных в организационный период, особенно в условиях резкой отсталости нашего села, не позволяют нам уже сейчас учесть результаты влияния новых условий труда и быта на развитие течения такой хронической инфекции, какую представляет из себя туберкулез. Мы считали необходимым и своевременным уже теперь проанализировать те большие изменения в эпидемиологических предпосылках, которые вытекают из переустройства села, поставить ряд коллективов под длительное наблюдение и оздоровление с тем, чтобы в последующем результаты могли быть учтены.

Мы, поэтому в течение 1931 года провели специальное обследование 6 с.-х. коммун, 2-х артелей, фиксируя преимущественное свое внимание на коммуне, где все новое должно было сильнее и полнее проявиться, и интересовались специально женщиной-крестьянкой, на которой все изменения труда и быта должны были благоприятнее всего отразиться.

Нами были обследованы следующие коллективы:

	Всего	В т. ч. жен- щин от 16 лет
Ком. „Пример“ фрунз. района. (сущ. с 1921 г.)	272	72
„Бессарабец“ Берез р. (сущ. с 1924 г.)	129	42
„Гвардия Ильича“ Никол р. (сущ. с 24 г.)	218	70
„Завет Ильича“ Берез. р. (сущ. с 1930 г.)	239	80
„им. Петровского“ Херс. р. (сущ. с 1922 г.)	121	56
(обследов. проведено Херс. филней Ин-та)		
„им. Ленина“ Никол. р. (сущ. с 1926 г.)	620	180
(обследов. пров. Никол. фил. Ин-та)		
Артель „Победа“ Березёр. (сущ. с 1927 г.)	167	76
„1-е мая“ Жмеринск. р. (сущ. с 1927 г.)		
(обследов. пров. Жмеринск. опорн. пунктом)	146	58
	1912	634

Обычно коммуны в нашей области до последнего времени оставались небольшими, что в основном объясняется жилищным кризисом, задерживающим естественный рост коммун. Таким образом обследованные нами коммуны характерны для таковых нашей области и только коммуна им. Ленина представляет собой пример крупной коммуны, каких пока еще в нашей полосе мало. Давность существования отдельных коллективов определенным образом отражается как на изменении условий быта, так и на организации труда, и в то время как в коммунах „Бессарабец“, „Пример“, существующих в течении многих лет организация труда уже успела оформиться, определилась в значительной степени специализация, имеются общежития, функционируют круглый год коллективные столовые, ясли, имеется прачешная, бани и т. д., в коммуне „Завет Ильича“ недавно организованной, каждая семья продолжает еще жить у себя дома и вести свое индивидуальное домашнее хозяйство, организация труда заметно отстает, столовая и ясли организуются только на сезонное время полевых работ и т. д. Необходимо тут же отметить, что до 1928 г. коммуны обычно характеризовались текучестью своего состава, только лишь за последние годы начался здоровый рост коммуны через приток новых сил постольку, поскольку это позволяли жилищные условия. Создавались эти коммуны главным образом из пришлого населения, пополняясь потом уже местным. Только коммуна „Завет Ильича“ состоит исключительно из местного населения. Объясняется это тем, что село Мар'яновка, Березовского района разбилось на 2 коллектива — коммуны „Завет Ильича“ и артель „Победа“, которые оба таким образом состоят из коренного населения. В национальном отношении обследованные коммуны состоят из украинского населения; имеется небольшая прослойка русских; немцы, евреи и др. составляют единицы. Только самая большая из обследованных нами коммун — им. Ленина состоит в основном из болгар вы-

ходцы близлежащего болгарского села „Тырновка“), В обследованных 2-х артелях—коренное украинское население.

При проведении обследований мы не ограничивались выяснением физического состояния и обычным опросом, но подробно останавливались на всех уловимых изменениях труда и быта, фиксируя на этом свое внимание. В каждом отдельном коллективе собирались предварительные сведения, характеризующие развитие и мощьность его, организацию труда, формы охраны детства и материнства, степень санитарного благосостояния, характер общественного питания, вовлечение женщин в работу и общественную жизнь, отходы в город и т. д. Эти общие сведения дополнялись данными индивидуального опроса, в котором мы подробно останавливались на условиях быта и труда до вступления в коллектив и после такового.

У женщин матерей мы особое внимание уделили в вопросам родовой деятельности, с которой самым тесным образом связана вся патология туберкулеза женщины-крестьянки. Для более правильного суждения о трудовых процессах, мы путем хронометража отображали день крестьянина и крестьянки в различное время года в условиях коллектива.

Мы указали выше, что специальное внимание уделено было нами женщине-крестьянке, положение которой в условиях старого села являлось исключительно тяжелым, пораженность туберкулезом была очень велика и, на которой все новое, естественно, должно было резче всего отразиться. Уже работы конца прошлого века (Савельев, Фриновский, Якуб, Пирский) появившиеся в результате больших обследований сельских районов в разных частях бывш. России отмечают более острое течение туберкулеза; Савельев и Фриновский даже указывают на большую ее пораженность в количественном отношении. Харьковским Туберкулезным Институтом в 1926—1927 г. обследован ряд украинских сел с количеством населения свыше 7000. Среди выводов сделанных на основании материалов обследования имеется и такой констатирующий, что женщина—крестьянка более поражена туберкулезом чем крестьянин. Это соотношение сохраняет силу во всех обследованных селах и во всех возрастных группировках. % открытых форм выше среди женщин и расстройство компенсаций также чаще среди последних.

Материалы сельских обследований 1927—28 г. проведенных Одесским Туберкулезным Институтом (свыше 2-х тысяч человек) также констатирует больший процент открытых форм у женщин и более частое расстройство компенсации у них по сравнению с мужчинами.

Обследование ряда сел Сычевского уезда (свыше 3-х тыс. чел.) проведенное Смоленским Тубдиспансером выявило более высокий процент пораженности и больший коэффициент открытых форм среди женщин.

Обследование татарского населения в Крымских селах (свыше 1800 ч.), проведенное Ялтинским Туберкулезным Институтом в 1926—28 гг. также подтвердило преобладание туберкулеза среди женщин и более тяжелое течение его у последних. Таким образом все эти данные специальных обследований, проведенных на весьма значительном материале, констатируют преимущественную пораженность туберкулезом нашей крестьянки.

И в иностранной литературе (Вольф, Вейбер, Глезенер), мы находим данные для земледельческих районов Саксонии, Пруссии, Баварии—данные, констатирующие более высокую смертность от туберкулеза среди женщин. Если эти данные относились к довоенному времени, то в работе Фабера „К вопросу о падении смертности от туберкулеза в Дании“, анализирующей статистический материал последних лет, специально подчеркивается преобладание туберкулезной пораженности у женщин в сельских местностях.

Наконец, в бюллетене Сан. Гиг. Секции Лиги Наций за 1931 г. в сводном обзоре по вопросу о разнице половой смертности от туберкулеза констатируется, что обычно превышение женской смертности от туберкулеза над мужской характерно для стран с преимущественным сельским хозяйством.

Если учесть, что в городах смертность от туберкулеза среди мужского населения выше чем среди женщин, то естественно, что это превышение в сельско-хозяйственных странах следует отнести за счет большей пораженности женщин в сельских местностях. Эти данные таким образом подтверждают факт преимущественной пораженности крестьянки, который в условиях старого русского села находил себе особенно яркое выражение, и они уже, сами по себе, опровергают все предположения о национальных, конституциональных или местных причинах: преимущественную пораженность туберкулезом отмечают не только на украинской крестьянке, но и на немецкой, норвежской, датской и т. д.

В чем же мы должны искать причину этого явления?

Мы попытались раньше всего выяснить, нет ли здесь влияния полового состава сельского населения, являющегося следствием значительного отхода в город на заработки. Ленин в очерке „Аграрный вопрос в России в конце XIX века“ определяет эту армию отходников в 6 миллионов человек; отходники эти вербовались из бедняцкого и безлошадного крестьянства, в основном мужчины. Большая половина отхода направлялась в город не на сельско-хозяйственные работы; % женского отхода был очень невелик: крестьянка шла в город на работу главным образом в качестве домашней прислуги. Л. Е. Минц в работе „Отход крестьянского населения на заработки в СССР“ анализируя данные анкетного опроса (данные далеко не полные) об отходе по 50-ти губерниям уже в послереволюционные годы 1923—1924, определяет количество отходников в полтора миллиона человек, среди

которых основную массу составляют мужчины. Отход этой значительной массы мужского сельского населения, падающий на молодой рабочий возраст и создает соответствующую разницу в половом и возрастном соотношениях.

Проводя в течение последних лет специальные обследования для изучения туберкулеза среди сельского населения, мы в порядке индивидуального опроса, всегда отдельно учитывали продолжительное пребывание в городе и цели такового. На материале анализа такого опроса 672-х крестьян и 698-ми женщин в возрасте 18 лет и старше мы получили следующие данные: 67% мужчин отмечают связь с городом большей или меньшей продолжительности, при чем из этого числа только 23,4% падает на военную службу, 28,7% — отход на заработки и остаток на другие виды общения. % женщин отмечавших длительное пребывание в городе значительно ниже — только 21, из них 10,9% т. е. половина всего отхода падает на работу в качестве домашней прислуги; 3% на др. виды заработка и 7,1% на прочие виды пребывания. Мы, следовательно, и на нашем материале получили подтверждение значения мужского отхода в город и влияния его на состав сельского населения. Если учесть, что максимальная пораженность туберкулезом падает на молодой рабочий возраст (18—30 лет), т. е. тот возраст, который дает на селе значительное превышение женщин над мужчинами, то уже это обстоятельство само по себе должно увеличивать общие коэффициенты пораженности туберкулезом женщин на селе.

Как в переписи 1897 г. так и в последней—1926 г. мы находим полное подтверждение этому демографическому фактору заметного преобладания женщин над мужчинами на селе в указанных выше возрастах. Этот фактор сам по себе однако не в состоянии нам в достаточной мере объяснить констатированную на селе разницу в пораженности; и если мы, учтя недостаток мужского населения в определенных возрастах, внесем коррективы в общие коэффициенты, то мы получаем только некоторое сглаживание, разница же продолжает оставаться. Следовательно, фактор демографический, являющийся одной из причин второстепенного значения, хотя и влияет на коэффициенты половой пораженности туберкулезом на селе, но совершенно недостаточен для полного объяснения этого явления.

Мы в дальнейших исследованиях этого демографического фактора не должны упускать из виду ибо отход в город на работу, необходимый в интересах социалистического строительства, начинает теперь только приобретать особое значение и принимать вполне организованный плановый характер. В обследованных нами в течении 1931 г. коммунах, отход на работу в город был невелик и преследовал главным образом своей целью либо получение, либо повышение квалификации по направлению коллектива. Все же отмеченный нами во всех коллективах уход молодежи на фабзавучи, Донбасс и новостройки следует

расценивать, как начало перераспределения рабочей силы на селе и переброски освобождающейся ее части в город. Отход женщин в город в домработницы и на заработки упал почти до нуля.

Не приходится здесь распространяться о том, насколько отход настоящего времени резко отличается от такового в недавнем прошлом, когда огромные массы выбрасываемого в город нищего крестьянства далеко не всегда находили себе работу; когда длительное отсутствие работника еще более усиливало бремя ведения индивидуального хозяйства для женщины — крестьянки, — сейчас отходник планомерно направляется на определенную работу, и уже с первого дня получает все те блага и преимущества, которые предоставлены рабочему классу в нашей стране; он имеет возможность вернуться в коллектив и, наконец, семья отходника остается в с.-х. коллективе на общих основаниях.

Женщина-крестьянка, как мы указали выше шла в город на работу главным образом в качестве прислуги или няньки. Этот отход в наиболее уязвимом возрасте часто приводил к заболеванию туберкулезом. Заболевши, девушки возвращались к себе в родное село, служа источником дальнейшего распространения инфекции. Такие случаи заболевания туберкулезом молодых девушек работавших в городе прислугами и няньками и положивших начало развития новых туберкулезных очагов нами были отмечены в Б. Буялыке, Севериновке, Ротмистровке во время проведенных нами в 1927—28 г. специальных обследований. Назначение отхода молодых крестьянок в город на работу в качестве домашней прислуги отмечают также и иностранные авторы в частности Faber u. g. Jahr (бюл. гиг. секций Лиги Наций за 1931 г. № 6), на основании специального обследования большого материала, приписывают этому фактору первостепенное значение в деле распространения туберкулеза на селе. Само собой разумеется, что коллективизация нашего села с резким изменением всей экономики его, вовлечением женщин в производственный труд избавляет крестьянку от необходимости идти в город домашней работницей. В этом нас убедили произведенные в 1931 г. обследования с.-х. коллективов, в которых мы отхода в город молодых женщин на работу домашней работницы совершенно не стмечали.

Если фактор демографический является моментом второстепенного значения, то несомненно, что основную причину преимущественной пораженности туберкулезом крестьянской женщины нужно искать в исключительно тяжелом положении ее. Являясь одновременно полноценным работником, и матерью, и хозяйкой со всей гаммой разнообразных, непосильных обязанностей, она несла на себе тяжелое, подчас непосильное бремя, которое не могло не отразиться на состоянии ее здоровья и, что особенно резко может быть отмечено на русской крестьянке в прошлом.

Полную картину той экономической основы на которой жидилось благосостояние нашей крестьянской семьи тогда, когда у $\frac{3}{5}$ крестьянства подати и повинности значительно превышали не только чистый денежный, но и весь валовой доход; той экономической основы, которая как мы указали выше, выгоняла миллионы крестьян в город на поиски заработка, дал Ленин в своих работах по аграрному вопросу. „Аграрный вопрос в России в конце XIX века“, „Развитие капитализма в России“, „Капитализм в сельском хозяйстве“.

Мы не будем здесь останавливаться на богатой литературе, начиная с последних десятилетий прошлого века, которые в ярких красках рисуют исключительно тяжелые, можно сказать, специфически—русские условия нашего села с его бытом и жилищем, которые сильнее всего должны были отразиться на крестьянке, самым тесным образом связанной с домом и семьей.

„Доля ты русская, долюшка женская, вряд ли труднее сыскать“ такими словами метко и образно поэт Некрасов охарактеризовал положение женщины-крестьянки.

Остановимся более подробно прежде всего на трудовом дне крестьянки в условиях старого индивидуального хозяйства, моменте весьма существенном, но в литературе мало освещенном. Более или менее точного учета рабочего времени мы не встречали; обычно рабочий день характеризовался словами „от зари до зари“. Интересно поэтому работа Струмилина, которая проведена уже в 1922 г., но дает еще весьма интересные данные о трудовом дне в условиях индивидуального хозяйства. Если средняя продолжительность рабочего дня летом для крестьянина равна— $13\frac{1}{2}$ часа, то для крестьянки она превышает 15. Разница особенно велика в зимнее время, когда трудовой день крестьянина не превышает 5-ти час., для крестьянки же он—свыше 11 часов.

Таким образом, в среднем за год трудовой день крестьянина составляет только 9 часов, а для крестьянки он превышает—13. Действительно положение в отношении крестьянки было таково, что она работала „от зари до зари“. На что тратила крестьянка свое рабочее время. В течении круглого года 6—7 час. уходит на домашнее хозяйство и только остальное время на производственный труд. Из времени затрачиваемого на домашнее хозяйство почти 50% падает на изготовление пищи, 15%—уход за одеждой, 11,5%—уход за помещением и т. д. Только 14,3% падает на уход за собой.

Линецкая по данным выборочного обследования, произведенного в Одесской губернии в 1925 г. дает средние данные продолжительности рабочего дня очень мало отличающиеся от выше приведенных цифр Струмилина. Мы видим следовательно, что даже уже в послереволюционные годы в условиях индивидуального хозяйства рабочий день крестьянки непомерно перегружен и, что перегрузка эта идет исключительно за счет хо-

зяйства и дома. Только коллективизация, особенно в более совершенных формах ее, принесла крестьянке освобождение, полностью меняя ее быт и труд.

Уже данные предварительного опроса в обследованных коммунах дают яркую картину происшедших изменений. Коллективное питание в коммунальной столовой всего населения в течение круглого года, вычеркивающее совершенно огромные затраты труда и времени на приготовление пищи для каждой семьи в отдельности; наличие общежитий сводящее до минимума затрату времени по уборке занимаемого помещения; полное отсутствие индивидуального домашнего хозяйства, отбравшего весьма значительную часть трудового дня крестьянки; ясли постоянного типа, облегчающие уход за малыми детьми; прачешные; наличие таких специальностей как швеи, портные для обслуживания основных нужд всего коллектива и т. д.—уже этот беглый перечень в достаточной мере иллюстрирует те резкие изменения, которые коллективизация, особенно в более совершенных ее формах, принесла женщине: сколько времени, тратившегося раньше на домашнее хозяйство, приготовление пищи и т. д. освободилось для нее в новых условиях; Неудивительно, поэтому, что в условиях нового села, как мы это повсюду могли констатировать, значительно увеличивается время затрачиваемое на отдых, для необходимого за собой ухода; молодежь и даже значительная часть остального женского населения втягивается активно в общественную жизнь, участвует на собраниях, в кружках, ликвидирует свою неграмотность и т. д.

Самые формы труда значительно изменились. Все более расширяющаяся механизация и специализация, нормализация условий самой работы в значительной мере облегчают выполнение трудовых процессов.

Для более конкретной и детальной характеристики мы не ограничились только данными опроса, а собрали ряд хронограмм (62) отображающих день крестьянина и крестьянки в условиях коллектива. Взятые были наиболее характерные специальности, как то, из сезонных: сажка, поливка, вязание, подача на молотилке, общая работа; из постоянных: работа доярки, кухарки, птичницы, уборщицы, пекарки и др. Обычно наблюдение велось за несколькими работниками одной и той же специальности и за каждым из них в течении 2—3 различных дней т. к. однодневные данные могли оказаться случайными. Анализ этих хронограмм дал нам возможность отдельно вычислить затраты времени на производственный труд, домашнее хозяйство, уход за собой и т. д. Следует уже сразу оговориться, что существует еще заметное различие между коммунами и артелями. В артелях сохранилось, еще в большей или меньшей степени, индивидуальное хозяйство, вследствие чего перелом в быту не такой резкий; женщина все еще остается в значительной мере связанной с домашним хозяйством; коллективные столовые, ясли

не существуют в виде постоянных учреждений, а организуются обычно на несколько месяцев во время разгара полевых работ.

Вот почему данные хронограмм для женщин в артелях не констатируют значительных изменений по сравнению с индивидуальным хозяйством. В летнее время трудовой день женщины в артели обычно колеблется между 11—13 часами при чем эти колебания стоят главным образом в связи с величиной оставшегося еще индивидуального хозяйства. Мы имели возможность также убедиться в том, что от 35 до 60% всего этого времени уходит на работу по дому и хозяйству и, следовательно, время затрачиваемое на производственный труд (мы понимаем под этим работу по заданию коллектива), как правило, в артелях меньше чем в коммунах на тех же самых процессах.

Указанные нами большие колебания (35—60%) затрат на дом и хозяйство, находят свое объяснение в следующих двух моментах: 1) величина оставшегося индивидуального хозяйства и 2) наличие или отсутствие дополнительной помощи для хозяйки в лице матери — старушки или детей старшего возраста. На весь зимний период, когда в условиях артели производственным трудом охватывается лишь весьма незначительная часть женщин и только периодически, труд женщины уходит исключительно на дом и хозяйство, составляя в среднем по данным нашего хронометража 6 час. 50 мин. в день.

Гораздо резче проявляются новые условия в коммуне. Данные хронограмм убеждают нас в том, насколько изменился и уменьшился рабочий день крестьянки. В сезонных специальностях он обычно колеблется между $8\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$ часами не превышая обычно 9 часов. В постоянных специальностях затраты времени на трудовые процессы еще меньше; они колеблются между $6\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ ч. Меньше всего рабочий день у доярки ($6\frac{1}{2}$ — $7\frac{1}{2}$ час.) и больше всего у кухарки ($8\frac{1}{2}$ час.).

Минимальными становятся затраты, которые в условиях единоличного хозяйства занимали основную часть бюджета времени крестьянки. Так совершенно отпадает значительная часть времени уходившая на изготовление пищи; резко сокращается время на уборку; вдвое против прежнего увеличиваются затраты времени по уходу за собой; резко увеличивается время на отдых; появляются новые виды затраты времени — общественная работа и т. д.

Таким образом совершенно меняется весь день крестьянки в условиях коммуны. Детальное ознакомление с хронограммами убеждает нас также в том, что самые условия работы изменились к лучшему, как то: частые промежутки для отдыха во время работы, регулярный прием пищи, горячий обед в положенное время с последующим отдыхом после него и т. д.

Мы можем привести некоторые сводные данные по отдельным специальностям, характеризующие основные затраты времени крестьянки в условиях коммуны.

	Прозв. работа	Домашн. хозяйство	Уход за со- бой и еда	Отдых во время рабо- ты
Доярка	7 ч. 20 м.	1 ч. 10 м.	1 ч. 50 м.	3 ч. 25 м.
Кухонная работница . .	8 ч. 20 м.	1 ч. 25 м.	1 ч. 35 м.	2 ч. 30 м.
Ручная сапка	8 ч. 35 м.	— 55 м.	1 ч. 45 м.	2 ч. 40 м.
Подавальщ. на машине .	9 ч. 10 м.	— 50 м.	2 ч. — м.	2 ч. 20 м.
Общ. работа	7 ч. 10 м.	1 ч. 40 м.	2 ч. 05 м.	4 ч. 10 м.

И в коммунах в зимнее время далеко не все трудоспособные женщины используются на производственной работе, но даже и те, которые работают, как показывают полученные хронограммы затрачивают обычно 7—8 ч. в день. Наконец, частые простои, неналаженность и недостаточная рационализация, как видно из хронограмм, напрасно удлиняют рабочий день. Дальнейшие улучшения в этом отношении еще больше облегчат труд женщины.

Те исключительно тяжелые бытовые условия, та непомерная трудовая нагрузка, которая превращала нашу крестьянку раньше времени в старуху, которая вызвала огромную болезненность ее, как мы видели в условиях коллектива уже в значительной мере устранены и продолжают совершенно изживаться. Женщина раскрепостилась от своего старого быта, что приводит ее к физическому и духовному оздоровлению.

Перейдем к следующему, одному из основных, факторов повышавших пораженность туберкулезом нашей крестьянки—к ее родовой деятельности. То тесное взаимоотношение, которое существует между туберкулезом и беременностью должно было, естественно, резче всего проявиться на крестьянке. Если учесть, что в обычных условиях опасность активизации старых латентных процессов, появление острых форм туберкулеза в связи с беременностью и послеродовым периодом, велика, то несравненно выше она была у крестьянки, у которой весь до и после родовой период протекал в исключительно неблагоприятных условиях.

Мы попытались на материале наших обследований последних лет дать освещение тем большим изменениям, которые произошли в отношении этого основного фактора. По данным опроса 338 крестьянок в возрасте 45 лет и старше (т. е. закончивших уже свою родовую деятельность) и отмечавших беременность в своем анамнезе, на одну женщину в среднем падает 8,4 беременности из коих 6,7 доведены до конца. Уже эти цифры достаточно характеризуют всю непомерность родовой деятельности и величину вытекающей отсюда опасности. Восстанавливая хронологическую последовательность родов, мы имели возможность установить, что средний промежуток времени между двумя по-

следующими родами в первые 2 трети времени замужества равен полутора годам и, только в последнюю треть, эти промежуточные увеличиваются до 2—3—4 лет.

На этом же материале мы могли отметить очень высокий % женщин (36,2), у которых в анамнезе отмечены естественные выкидыши, в то время как искусственные аборты лишь у 8,5%.

В каких условиях протекали крестьянские роды?

Больничная обстановка, гарантирующая чистоту, уход и покой по крайней мере в первые дни после родов, особенно важных в профилактике туберкулеза, отмечалась, по данным нашего опроса, только у 12% рожениц до вступления их в коллектив. Остальные 88% проводили роды в условиях крестьянской хаты; при этом следует учесть, что роды в больнице относятся уже к последнему десятилетию.

Как правило женщина работала до последнего дня беременности, принимая в летнее время участие в тяжелых полевых работах. Только в единичных случаях, почти всегда связанных с гинекологическими заболеваниями, крестьянка, за некоторое время до родов, переставала работать. Весьма неблагоприятно по данным материалов нашего обследования обстояло также в отношении послеродового периода, особенно опасного и, чаще всего, дающего проявление активного туберкулеза. 78% всех опрошенных нами подымались уже на второй—четвертый день, 15%—5-ый—7-й день и, только 7%—на 8-ой и больше после родов.

Это раннее вставание в лучшем случае было связано с домашней работой; в летнее горячее время уже 10—14 дней спустя она вынуждена была участвовать и в полевых работах. Здесь необходимо отметить, что в отношении последнего момента, у одной и той же женщины на протяжении всей ее родовой деятельности отмечались отдельные колебания в зависимости от наличия старухи в доме или взрослых детей, которые до известной степени избавляли в течение первых дней после родов от необходимых забот по хозяйству и дому.

Все эти данные в достаточной мере иллюстрируют и частоту родовой деятельности, и тяжелый труд до последнего дня, и раннее вставание, и обстановку, в которой протекали роды—все те основные моменты, которые несомненно значительно повышали пораженность туберкулезом женщины—крестьянки.

Во всех обследованных нами в последние годы селах (Благоево, Севериновка, Стояново, Ротмистровка), мы имели возможность установить такие случаи смерти от туберкулеза молодых женщин, которые стояли в связи с родами. Даже в небольшом селеце—Ротмистровке, мы констатировали 2 случая, из коих в одном был обнаружен активный туберкулезный процесс в связи с родами, в другом—смерть от туберкулеза вскоре после родов. В обоих случаях дело касалось молодых женщин, у ко-

торых до, и, в особенности, послеродовой период протекали в тяжелых условиях.

Коллективизация села совершенно изменила предпосылки в отношении этого основного фактора. Во всех обследованных нами коммунах, как правило женщина освобождается на 1—1¹/₂ месяца до и после родов от работы с сохранением ее заработка. Такое же освобождение до и после родов, но на несколько меньшие сроки (2 недели—1 мес.) имеет место и в артелях. Крупнейшие достижения в деле охраны материнства, совершенно не мыслимое в условиях индивидуального хозяйства, оказалось вполне осуществимым в коллективизированном селе.

Если даже до родов значительная часть женщин (по некоторым коммунам до 80%) по собственному желанию не использовали полностью своего отпуска, оставаясь еще некоторое время на легкой работе, то послеродовой отпуск использовывался обычно полностью, и в этом отношении мы отмечали лишь единичные исключения.

Далее роды протекают в совершенно другой обстановке ибо пользование больничной родильной койкой или помощью акушерки становится общепринятым в условиях коллективизированного села. Так мы установили, что в коммуне „Бессарабец“ за последние 3 года 98% всех родов проводились в больнице несмотря на расстояние в 6 верст, отделяющих больницу от коммуны; в коммуне „Гвардия Ильича“ за последние 2 года со времени введения родильного отделения при амбулатории, все роды коммунарок проводятся там; в коммуне „Пример“ отстоящей в 15 верстах от ближайшей больницы имеется своя акушерка, ведущая учет всем беременным и т. д.

Даже в условиях артели, где наблюдается отставание в переустройстве быта по сравнению с коммунами, % женщин пользующихся родильными отделениями утроился по сравнению с прошлым. Мы не будем здесь распространяться о том, насколько велико значение этого момента первого послеродового периода, проведенного в совершенно иной обстановке.

Наконец эффективность родовой деятельности нашей крестьянки.

Мы уже отмечали выше, что у почти 40% женщин в прошлом отмечались выкидыши, т. е. у значительного процента беременность не заканчивалась деторождением. Но, что еще значительно важнее, это было то обстоятельство, что большой % новорожденных либо вскоре после рождения, либо в первые годы жизни погибали от всяких причин, тесно связанный с бытом нашего старого села. Таким образом, эффективность весьма продолжительного и плодovитого родового периода нашей крестьянки, в конечном результате оказывалась небольшой. На материале наших обследований мы проанализировали те изменения, которые можно констатировать и в отношении этого момента. Мы прежде всего попытались выяснить имеется ли раз-

ница в отношении возраста—в каком женщина выходила замуж раньше и в настоящее время. Заметной разницы мы установить не могли: во всех обследованных нами коллективах, мы отмечали как правило, замужество в молодом возрасте 17—19 лет. Сравнивая это с данными опроса женщин, у которых замужество относится еще к старому времени, мы получили в общем те же возрасты, отмечая даже нередко замужество и в возрасте 20—22 года среди женщин, которые с детства уходили на работу по найму. Здесь приходится еще учитывать, что в прежние годы часто фактическое замужество имело место обычно значительно раньше чем официальное оформление брака (посиделки, вечеринки). Как прежде, так и теперь первые роды падают уже на первый год замужества. Но в дальнейшем мы начинаем отмечать заметную разницу. Если в старом селе % искусственных абортов был ничтожен и на первые 5 лет замужества в среднем падает 3,1 законченных беременности, то в обследованных коллективах по данным наших обследований % женщин отмечающих в анамнезе искусственные аборты равен 36 и на первый 5-летний период замужества приходится только 2,1 законченных беременности. Та нездоровая частота беременности, которая отмечалась в старое время заметно снижается.

Резкое снижение детской смертности в новых условиях естественно повышает эффективность деторождения. Лучшим показателем этого могут явиться цифры детского населения в обследованных нами с.-х. коллективах; так, в коммуне „Пример“ в 52 семьях было 72 детей до 7-ми летнего возраста, в коммуне „Гвардия Ильича“—на 39 семейств—48 детей до 7-летнего возраста, в коммуне „Бессарабец“—на 24 семьи—26 детей в этом же возрасте и т. д. Таким образом, мы констатировали, что в отношении одного из основных факторов непосредственно влиявших на повышение пораженности туберкулезом нашей крестьянки—родовой деятельности, мы имеем целый ряд существеннейших изменений, как то: снижение частоты беременности и деторождения, внесение ряда существенных моментов охраны матери как до, так и после родов, которые не могут не повлиять в смысле уменьшения пораженности туберкулезом.

Значительный сдвиг в условиях коллективизации получает жилищный вопрос. Еще до последнего времени в социально-гигиенических исследованиях уделялось исключительное внимание взаимоотношению между туберкулезом и жилищем. Если значение жилища и переоценивалось в значительной мере, то все же не приходится совершенно отрицать значения жилища, как одного из социальных факторов влияющих на туберкулез.

В обследованных нами артелях, где жилищное строительство пока еще не развернулось, где каждая семья пока еще остается в своей старой избе, заметных изменений нельзя было констатировать. Здесь мы имели возможность только убедиться в том,

что беднейшая часть, которая находилась в исключительно тяжелых жилищных условиях, а также некоторые туберкулезные семьи, получили возможность переселиться в более удовлетворительные жилища кулацких и эксплуататорских элементов села.

Но зато правильное разрешение жилищного вопроса мы имели возможность констатировать в ряде обследованных коммун, где одновременно с этим происходит коренная ломка всего домашнего быта.

Так, в коммунах „Пример“, и „Бессарабец“ мы примерно познакомились с общежитиями, где комнаты спланированы по правильной системе, кубатура и световой коэффициент вполне соответствуют гигиеническим нормам, отсутствуют огромные печи, занимавшие почти $\frac{1}{3}$ всей полезной площади, всюду деревянные полы, стирка и сушка белья вынесены из жилых помещений и т. д., словом созданы те предпосылки, которые для оздоровления нашего селянства и, в частности, для борьбы с туберкулезом играют существенную роль.

Не останавливаясь подробнее на вопросах питания, мы должны указать, что в течение проведенного нами в 1931 году обследования, мы во всех коллективах отмечали достаточность рационов и значительное увеличение их в разгар сезонных работ. Мы хотим только подчеркнуть, что вопросы усиленного питания беременных, кормящих матерей, туберкулезных больных, малокровных детей, как и вообще всего детства нашли свое разрешение в ряде коллективов даже без нашего участия в остальных же достаточно было соответствующего разъяснения с нашей стороны для их удовлетворительного разрешения.

Вопрос жилищный, как и вопрос правильной организации общественного питания, являются первоочередными в соцсекторе нашего села. Социалистическое переустройство села открыло в этом направлении для работников здравоохранения большие предпосылки. Необходимо их только правильно использовать.

Мы, следовательно, констатировали, что факт значительной и преимущественной перед мужчиной пораженности женщины-крестьянки имел место в условиях нашего старого единоличного села; что этот факт в большей или меньшей мере характеризует туберкулез среди сельского населения ряда других стран.

Этот факт стоит в тесной связи с теми социально-бытовыми условиями, в которых живет подавляющая масса крестьянства и, которые до недавнего времени были особенно характерны для нас. Даже буржуазные авторы интересовавшиеся этим вопросом вынуждены были в последние годы признать, что в основе этого факта лежат, не какие либо конституциональные или национальные, а социальные моменты.

Анализируя материал, находившийся в нашем распоряжении, мы могли установить, что помимо фактора повозрастного и полового состава населения, фактора демографического, имеющего определенное, но весьма второстепенное значение,—исключи-

тельно тяжелые условия труда и быта, специфические условия всей родовой деятельности являлись основными причинами преимущественной и значительной туберкулезной пораженности женщины-селянки.

Мы также установили, что в условиях коллективизированного села, резко меняющего всю экономику и быт нашего селянства, все эти предпосылки изменяются в благоприятную сторону. Чем более организован коллектив, чем выше степень коллективизации, тем резче эти изменения.

Перед работниками здравоохранения, в частности, перед туборганизацией стоит задача в своей практической работе полностью использовать открывшиеся большие возможности для быстрого оздоровления нашего села.

Остановимся еще в заключение на тех данных пораженности туберкулезом взрослого женского населения, которые мы получили в обследованных коллективах.

Из общего количества обследованных—634 женщин в возрасте 16 лет и старше, туберкулезных больных обнаружено только 36, что дает коэффициент 56 на 10.000 населения. Уже эта цифра несколько ниже, чем полученные в аналогичных обследованиях несколько лет назад. Рассмотрим как распределяются эти случаи по локализации, степени компенсации и возрасту.

Возраст	16—19 л.	20—29 л.	30—39 л.	40 л. и ст.	Итого	В % % к общ. числу б-х тбк
Тбк легких						
I и II ст. А	4	6	3	4	17	47.2
Тбк легких						
I ст. В	1	2	3	2	8	22.2
Тбк легких						
II ст. В	—	2	1	1	4	11.1
Тбк легких						
III ст. В	—	1	1	—	2	5.5
Всего тбк легких	5	11	8	7	31	86.1
Тбк периф. и лимф. жел.	1	1	—	—	2	5.55
Тбк костей и суставов	1	—	1	—	2	5.55
Тбк прочих органов	—	—	1	—	1	2.8
Всего больных тбк	7	12	10	7	36	100.0
Всего тбк больных (в % % к числу обслед. в соответств. возрастах)	5.5	5.9	6.4	5.2	5.6	—

Таким образом 54,8% всех больных тбк легких, составляет компенсированные формы, и на распространенные субкомпенсиро-

ванные процессы (II В и III В) падает только 16,6% всего количества больных. Точно также мы не отмечаем резкой пораженности в молодых возрастах.

Из общего количества 6 открытых форм только 1 случай приходится на женщину.

Констатируя эти благоприятные данные, мы учитываем то обстоятельство, что в течение последнего времени, вновь принимавшиеся в коммуны большей частью подвергались медицинскому освидетельствованию, что затрудняло проникновение больных с активным туберкулезным процессом, но наряду с этим обращает на себя внимание то, что все значительные туберкулезные процессы ведут свое начало от времени до вступления в коллектив и за время пребывания в нем отмечается благоприятное течение и, что женская молодежь нашего села насчитывает только единичные случаи активного туберкулеза.

Мы далеки от мысли обобщать выводы, полученные, на основании этого незначительного материала, нуждающегося в дальнейшем наблюдении, но считаем себя в праве, констатируя эти данные и на основе вышеприведенного анализа, уже в ближайшей годы ожидать заметного снижения туберкулезной пораженности женщины-селянки, как одного из следствий социалистического переустройства села.

З. Е. Ф. ГУРФИНК. АНАЛИЗ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОРАЖЕННОСТИ И ПЛАН ОЗДОРОВЛЕНИЯ С.-ХОЗ. АРТЕЛИ им. ЛЕНИНА В с. СТОЯНОВО, ФРУНЗОВСКОГО РАЙОНА

Поворот, произведенный научными организациями в сторону разработки научно-практических вопросов, связанных непосредственно с социалистическим переустройством города и села, нашел свое отражение в многочисленных исследованиях и характера течения туберкулеза. В особенности такие обследования производились на селе, где, в связи с социалистическим переустройством потребовалось от противотуберкулезной организации разрешения целого ряда, весьма важных и неотложных вопросов. Научные разработки сельского туберкулеза чаще всего проводились путем однократного поголового обследования населения и, очень редко можно встретить работы повторного обследования, где можно было бы установить не только статистическую картину сельского туберкулеза, но и изучить динамику туберкулезного процесса у селян, в зависимости от изменения социально-бытовых факторов за определенный промежуток времени. В этой работе мы и поставили перед собой задачу выяснить труд и быт и характер течения туберкулезного процесса у селян колхоза „Ленина“—в селе Стояново путем сравнения данных, полученных по проведенным поголовным обследованиям в 1928 г. Одес-

ским Туберкулезным Институтом, повторным обследованием Захарьевского периферического опорного пункта Одесского Тубинститута в 1931 г., и 3-х летним наблюдениям диспансера.

С момента первого обследования до последнего прошло около 3-х лет. Этот промежуток времени характеризуется целым рядом социальных изменений на селе. Коллективизация изменила, не только условия сельского труда, но и постепенно изменяет социально-бытовые условия. Коллективизация сельского хозяйства и, наряду с ней, изменения условий труда и быта сельского населения, открыли большие возможности в деле борьбы с туберкулезом на селе, ибо наряду с коллективизацией создаются благоприятные условия, не только для изучения, но и проведения практических оздоровительных мероприятий. Культурный рост населения, детские ясли, площадки, общественное питание на поле внесли коренную ломку в бытовые условия селян. Машинизация и специализация резко меняют условия труда. Все это дает возможность противотуберкулезной организации вплотную подойти к изучению сельского туберкулеза и внесению коррективов в быт и труд туберкулезного колхозника.

Уже в прошлом столетии мы встречаем периодическое обследование отдельных авторов, так, в 1890 г. такие обследования произведены Пирским Якубом в Московской области, Савельевым в Воронежской и др. В последние годы появились работы произведенных обследований в нац. республиках—Татарской (Баев), Бурято-монгольской, АССР и др. В 1925 г., Харьковским Тубинститутом, а в 1927 г. Одесским Тубинститутом произведено детальное изучение сельского туберкулеза.

Одноразовое поголовное обследование сельского населения дающее богатый материал для изучения сельского туберкулеза вместе с тем дает только статическую характеристику сельского туберкулеза.

Изучение сельского туберкулеза и планомерное оздоровление колхозника путем внесения коррективов в труд и быт, возможно только в условиях постоянно работающего сельского диспансера или при повторных обследованиях. Вот почему, мы считаем, что произведенное обследование в селе Стояново и длительное трехлетнее наблюдение диспансера, представит известный интерес.

Обследованное село находится на расстоянии $1\frac{1}{2}$ верст от районного центра, в 11 верстах от станции железной дороги. В 1928 году при первичном обследовании, село было часто индивидуальным, всего в 1928 г. было 97 хозяйств с общим количеством населения в 428 человек, из коих 235 трудоспособных.

Состав населения в 1928 г.

1. По полу	
Мужчин	209
Женщин	219
Итого	428

2. По возрасту.

годы	Колич.
0—7	106
8—15	87
16—19	47
20—29	60
30—39	46
40—49	31
50—59	22
60 и свыше	29

Итого 428

3. Работоспособное население

	Кол.	% % к общ. кол.
Мужчин	111	47.26
Женщин	124	52.74
Итого	235	100%

4. По национальному составу население—украинцы

В 1929 г. в селе Стояново был организован колгосп им. „Ленина“, который к концу 1931 г. об'единял 96 хозяйств из общего количества 97. Таким образом одно семейство осталось вне колхоза. За 3-х летний период произошли изменения в составе населения. Так, к концу 1931 года насчитывалось 382 человека, из коих трудоспособных 206 человек.

Состав населения в 1931 году

1. По полу

Мужчин	176
Женщин	206

Итого 382

2. По возрасту

Годы	Кол.
0—7	98
8—15	78
16—19	36
20—29	52
30—39	45
40—49	29
50—59	17
60 и свыше	27

Итого 382

3. Работоспособное население

	Колич.	% % к общ. нас.
Мужчин	98	47.58
Женщин	108	52.42
Итого	206	100

При сравнении состава населения 1928 г. и 1931 г., мы отмечаем:

1. Уменьшение в 1931 г. в сравнении с 1928 г. общего количества населения на 46 человек (отходничество, переезд в пром-центр).

2. Уменьшение количества способных к труду на 29 человек.

Если исходить из общего количества работоспособных (206) то получается, что в среднем на одного падает 3.25 га посева всех культур.

По сравнению с 1928 г. посевная площадь по Стоянову увеличивалась и соответственно с этим и увеличилось и среднее количество засева на одного трудоспособного :

Общее количество посева по годам

Годы :	Общ. колич. посева :	Колич. рабо- тоспособных	Падает на 1 труд.
1929	150	235	1.11
1930	480	206	2.33
1932	670	206	3.25

Хозяйство колхоза состоит из 60 лошадей, 7 коров, 3 овец, 3 свиней и сельско-хозяйственных орудий (сеялки, повозки, плуги и т. д.). Кроме этого в 1931 г. на день обследования, мы учли хозяйство, не сданное в коллектив членами колхоза, при чем оказалось: в 61 хозяйство по 1 корове, в 20 хозяйствах по 1 свинье и почти у всех мелкая домашняя птица, виноградник только в одном хозяйстве.

При колхозе организована своя кузня и плотницкая мастерская, а также в 1931 г. начата постройка каменной конюшни. В 1931 г. всего выработано в колхозе 22000 трудодней, что составляет на одного работоспособного 106.8 трудодней в среднем. При чем наибольшее количество отработанных трудодней 132, наименьшее количество 23.5.

Санитарное состояние колхоза и отдельных дворов следующее : хаты построены из смеси глина с половой и некоторые из камня ; состоят обычно из 2-х половин и коридора. Одна половина, обыкновенно из одной комнаты, не занята под жилье, а служит подсобным помещением, другая половина — из одной комнаты, служащая жилым помещением. Из всего количества обследованных хат только 49 использовались целиком под жилое помещение, т. е. по 2 комнаты и коридор. В одной из комнат по-

строена русская печь, служащая для варки пищи и обогрева помещения зимой. Летом обыкновенно приготовление пищи производится на специально устроенной на дворе плите. Полы во всех хатах земляные. Крыши частью покрыты соломой, частью камышем или землей. Средняя величина комнат доходит до 4-х метров ширины и 7-ми метров длины. Кубатура от 25—60 куб. метр. В среднем семья состоит из 3,9 человека. По санитарному состоянию все хаты распределяются следующим образом:

Санитарное состояние хаты в 1928 и 1931 г. г.

	1928 г.	1931 г.
Чисто	25	33
Грязно	32	28
Залушено	33	29

При чем побелка комнат производится:

Частота побелки комнат (внутри)

Побелка	каждый	1	месяц	2	хаты
" "	"	2	"	3	"
" "	"	8	"	21	"
" "	"	4	"	26	"
" "	"	5	"	1	"
" "	"	6	"	9	"

В остальных случаях не установлено. Таким образом из приведенной таблицы видно, что в большинстве случаев побелка производится 1 раз в 4 месяца. Производств в квартирах не имеется за исключением одного сапожника. При обследовании изменения гигиенических условий, происшедших за 3 года, мы установили следующее:

1. П о с у д а

1928 г. 1931 г.

Общая	88	72
Отдельная для чл. семьи	2	18

2. П л е в а т е л ь н и ц ы.

1928 г. — 1, 1931 г. — 4

Только в одной семье, пользуются отдельными полотенцами в остальных семьях имеется одно общее полотенце. Из всего количества обследованных семей, только в 22 семьях спят отдельно, в остальных случаях спят вместе, и большинство на печке. Воду берут из колодцев, которые содержатся в удовлетворительном санитарном состоянии. Мусорных ящиков нигде нет.

Из вопросов санитарно-гигиенического состояния сельских хат, мы отдельно выделяем вопрос о состоянии вентиляции и

освещения, ибо, с одной стороны, еще на сегодня мало уделяется, этому вопросу внимания, а с другой стороны, результаты, которые мы получили во время обследования, должны заставить мед-сан. организацию детально заняться изучением вопросов вентиляции, с целью внесения соответствующих коррективов. В то время, когда туб. организация занимается вопросами внедрения в туберкулезную семью отдельных плевательниц, посуды и т. д., состояние вентиляции и освещения недостаточно отмечается. Так, несмотря на то, что нашим туб. диспансером, на протяжении ряда лет проводилась работа по внедрению форточек в массу сельских хат и, даже одно время выдавалась соответствующая денежная помощь на форточки, мы еще до настоящего времени не имеем положительных результатов. Из общего количества обследованных хат мы обнаружили форточки только в 2-х хатах, а там где они имеются они так плохо приделаны, что их совершенно открывать невозможно, в особенности зимою. То же самое мы наблюдаем и в состоянии освещения хат. Из нижеприведенной таблицы, мы можем заключить о количестве окон:

Число окон в хатах.

1	о	к	н	о	6	хатах
2	.	.	.	.	20	.
3	.	.	.	.	19	.
4	.	.	.	.	15	.
5	.	.	.	.	17	.
6	.	.	.	.	2	.
7	.	.	.	.	1	.

Не смотря на то, что в большинстве хат, мы имеем достаточное количество окон, мы отмечаем неправильное использование их как правило окна не открываются и завешиваются бумагой или занавесками. Если принять во внимание сгущенность сельского населения, при недостаточном освещении и вентиляции, то станет понятным почему мы занялись этим вопросом для выработки соответствующих коррективов. Нам думается, что необходимо выработать простой вентилятор для сельских хат, который обеспечил бы постоянную вентиляцию. По этому вопросу нами проводится соответствующая подготовительная разработка,

Если мы сравним по данным нашего обследования санитарно-гигиенические данные, полученные в 1928 г. и 1931 г., то заметим, что хотя резких изменений не произошло, но все же имеем некоторые показатели, указывающие нам на начавшееся улучшение санитарно-гигиенических условий на селе.

Для более полного освещения вопроса санитарного благополучия колхоза „Ленина“ привожу рождаемость и смертность по с. Стояново, по данным сельсовета, начиная с 1870 г.

Сведения про народившихся и умерших по данным с. Стояново

Год рождения	РОДИВШИХСЯ			УМЕРШИХ			ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА		
	Мужч.	Жен.	Всего	Мужч	Жен.	Всего	Мужч.	Жен.	Всего
1870	5	2	7	2	—	2	1	—	1
1871	8	2	10	4	2	6	1	—	1
1872	14	6	20	1	4	5	—	2	2
1873	11	8	19	11	9	20	2	1	3
1874	5	6	11	2	1	3	—	—	—
1875	5	9	14	5	3	8	2	1	3
1876	12	10	22	4	1	5	—	—	—
1877	10	6	16	2	3	5	1	—	1
1878	4	7	11	18	6	24	3	—	3
1879	6	10	16	14	5	19	—	—	—
1880	14	6	20	7	9	16	1	—	1
1881	10	12	22	2	5	7	1	2	3
1882	6	2	8	1	—	1	1	—	1
1883	9	4	13	4	—	4	3	—	3
1884	7	6	13	6	8	14	1	2	3
1885	8	13	21	8	8	16	3	1	4
1886	12	6	18	4	5	9	1	1	2
1887	10	6	16	8	12	20	—	2	2
1888	14	10	24	20	16	36	1	1	2
1889	13	9	22	7	6	13	—	2	2
1890	8	11	19	4	7	11	—	1	1
1891	14	17	31	4	7	11	—	—	—
1892	16	9	25	11	12	23	—	1	1
1893	13	12	25	5	2	7	—	—	—
1894	9	9	18	10	8	18	2	1	3
1895	10	13	23	6	9	15	2	1	3
1896	14	12	26	13	6	19	3	—	3
1897	4	10	14	16	9	25	3	—	3
1898	13	12	25	9	10	19	1	1	2
1899	7	7	14	7	5	12	—	—	—
1900	8	13	21	2	3	5	—	1	1
1901	5	12	17	7	7	14	—	—	—
1902	11	11	22	6	3	9	2	—	2
1903	21	8	29	9	5	14	—	—	—
1904	15	4	19	4	1	5	—	—	—
1905	10	6	16	9	6	15	—	2	2
1906	12	8	20	4	1	5	1	—	1
1907	13	11	24	13	5	18	1	—	1
1908	11	8	19	10	7	17	3	—	3
1909	11	9	20	12	8	20	2	—	2
1910	11	7	18	13	10	23	1	1	2
1911	9	10	19	8	3	11	1	—	1
1912	9	8	17	2	3	5	—	—	—
1914	6	5	11	4	10	14	—	—	—
1915	5	8	13	4	6	10	—	—	—
1916	4	4	8	7	2	9	2	2	4
1917	5	10	15	4	5	9	2	—	2
1918	11	7	18	9	4	13	—	—	—
1919	7	9	16	14	7	21	2	—	2
1920	6	5	11	7	8	15	1	—	1
1921	5	12	17	6	8	14	1	1	2
1922	9	5	14	14	7	21	1	—	1

Год и рождения	РОДИВШИХСЯ			УМЕРШИХ			ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА		
	Мужч.	Жен.	Всего	Мужч.	Жен.	Всего	Мужч.	Жен.	Всего
1923	11	8	19	15	13	28	3	—	3
1924	8	9	17	8	7	15	1	—	1
1925	11	7	18	6	4	10	2	—	2
1926	6	7	13	5	4	9	—	—	—
1927	10	7	17	9	4	13	—	—	—
1928	8	7	15	11	6	17	2	—	2
1929	2	1	3	6	1	7	—	—	—
1930	8	7	15	6	1	7	—	1	1
1931	7	2	9	2	—	2	—	—	—
ВСЕГО	556	489	1044	439	247	687	60	17	77

Из приведенной выше таблицы, мы отмечаем следующее:
1. Коэффициент смертности и рождаемости:

	1926—1928 г.	1929-1931 г
Общая смертность на 1000 в среднем	30,4	13,9
Рождаемость	35,0	24,0

По этой же таблице мы можем судить о смертности от туберкулеза. Так, если мы рассмотрим смертность, начиная с 1928 года по той же таблице, то мы можем отметить, что смертность от туберкулеза за последние годы представляет собою единичные случаи.

Общая эпидемичность по Стояново характеризуются следующими данными:

	1927	1928	1929	1930	1931
Брюшной тиф	4	2	3	—	—
Малярия	6	—	—	—	—
Корь	—	—	3	6	3
Скарлатина	19	—	—	1	—
Коклюш	1	—	—	6	—
Дифтерия	—	—	—	3	2
Грипп	24	20	23	14	2
Рожа	1	—	—	—	1
Ветряная оспа	1	—	—	—	—
Эпидемич. паратит	2	—	—	—	—

Из приведенной таблицы видно, что кроме туберкулеза и вен. болезней, мы имеем падающие коэффициенты заболеваемости.

1928 г.— на 1000 населения (428)
1931 г.— „ „ „ (382)

При изучении вопроса распространения туберкулеза в колхозе мы особое внимание уделяли туберкулезным очагам и всю работу проводили и направлении выявления тех изменений, которые произошли в семьях туберкулезных больных за последние 3 года, и выявления новых очагов.

1. Общее количество больных по диагнозам:

Туб ркулез легких	1928 г.		1931 г.	
	абсолютное количество	на 1000 нас.	абсолютное количество	на 1000 нас.
I стадия	26	60.74	24	62.83
II "	3	7.0	2	5.23
III "	4	9.34	2	5.23
Бацилляри	1	2.33	—	—
Железист. формы тбк.	28	65.42	22	57.59
Костный туберкулез	3	7.0	2	5.23

2. Диагноз и возраст (по данным 1931 г.).

Возраст	Тбк. легких			Желез. тбк.	Костный тбк.	Всего
	I ст.	II ст.	III ст.			
0—7	2	—	—	5	—	7
8—15	3	—	—	7	1	11
16—19	4	—	—	5	1	10
20—29	6	1	1	3	—	11
30—39	5	—	—	1	—	6
40—49	2	1	1	1	—	5
50—59	2	—	—	—	—	2
60 и свыше	—	—	—	—	—	—
Итого	24	2	2	22	2	52

3. Диагноз и пол:

Туберкулез	мужч.	женщ.	Всего
I стадия	13	11	24
II "	—	2	2
III "	1	1	2
Желез.	12	10	22
Кости.	—	2	2
Итого	26	26	52

4. Туберкулез легких по стадиям, возрастам и полу:

Возраст	Тбк. I-й стадии			Тбк. II-й стадии			Тбк. III-й стадии			Всего
	Мужч.	Женщ.	Итого	Мужч.	Женщ.	Итого	Мужч.	Женщ.	Итого	
0—7	—	2	2	—	—	—	—	—	—	2
8—15	1	2	3	—	—	—	—	—	—	3
16—19	2	2	4	—	—	—	—	—	—	4
20—29	5	1	6	—	1	1	—	1	1	8
30—39	3	2	5	—	—	—	—	—	—	5
40—49	1	1	2	—	1	1	1	—	1	4
50—59	1	1	2	—	—	—	—	—	—	2
60 и свыше	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Итого	13	11	24	—	2	2	1	1	2	28

Из данных приведенных в таблицах мы отмечаем:

1. Уменьшения количества больных III-й стадии туберкулеза легких в 1931 г., которое необходимо отнести за счет смерти 2-х больных; у больных II-й стадии изменения произошли следующие: одна из больных выехала в Полтаву, вторая умерла: таким образом в Стояново осталась одна больная, а вторая вновь прибыла из с. Балышева (этого же района).

2. Общая пораженность туберкулеза легких по Стояново составляет:

1928 г. на 10000 населения 771 больных
 1931 г. „ „ „ 733 „

3. Наиболее пораженным является возраст от 20 до 29 лет.

4. Больше случаев туберкулеза в раннем возрасте среди женщин, а в старшем возрасте среди мужчин.

5. Отмечаем полное отсутствие новых туберкулезных очагов.

6. Благоприятное доброкачественное течение туберкулезного процесса.

Для более полной иллюстрации течения туберкулезного процесса у наблюдаемых нами больных, мы вкратце приведем две истории больных туберкулезом легких III-й стадии членов колхоза „Ленина“ с. Стояново.

№ 1. Больной Чер-шук А. 48 лет находится на учете Захарьевского туб. диспансера с 1926 г. Диагноз.

Заболел 1926 г. после перенесенного воспаления легких. Мать умерла от туберкулеза легких. Больной кроме воспаления легких никаких других заболеваний не перенес. Больной выше среднего роста, кожа и видимые слизистые нормально

окрашены. Лимфатические железы шейные прощупываются величиной с горошину с обеих сторон. Сердце—глухие тоны. Легкие—притупление перкуторного звука на верхушках справа и слева. В области нижних углов лопаток перкуторный звук с коробочным оттенком. Аускультативно—справа сзади на верхушке амфариическое дыхание, мелкие хрипы, ниже—бронхиальное дыхание. Изменений в других органах не имеется. Реакция Пирке отрицательная. При неоднократных исследованиях мокроты ВК не найдены. Жалобы на кашель, колотье в груди и частое кровохарканье. Температура не превышает 37.2° . Посещает туб. диспансер регулярно. Все время находится на работе, за исключением перерывов во время заболевания. Так, в 1931 г. находился около месяца в районной больнице по поводу обострения заболевания. Выписался с улучшением и приступил к работе, за 1931 год имеет 106 трудодней.

№ 2. Больная Шут-вич Н. 29 лет находится на учете Захарьевского туб. диспансера с 1928 г. Диагноз.

Заболела в 1928 г. В анамнезе туберкулезных заболеваний в семье не отмечается. Больная в детстве перенесла корь, коклюш, в 1921 г. брюшной тиф и часто болела гриппом. Больная среднего, правильного телосложения, кожа и видимые слизистые нормально окрашены. Лимфатические железы, шейные подключичные прощупываются величиной с горошину. Сердце—нечастый первый тон на верхушке. Легкие—притупление перкуторного звука над правой ключицей спереди, а также укорочение перкуторного звука на всем протяжении межлопаточно-го пространства.

Аускультативно—слева бронхиальное дыхание, большое количество мелких и средние пузырьчатых хрипов. Справа—бронхиальное дыхание на верхушке, книзу под лопаткой—ослабленное дыхание и шум трения плевры. Изменений других органов не имеется. Реакция Пирке отрицательная. При исследовании мокроты ВК найдены. Жалобы на частый сухой кашель, головные боли и плохой аппетит. Т-ра не превышает 37.3° . Посещает туб. диспансер регулярно. в 1929 г. больной был наложен левосторонний пневмоторакс при $= \frac{8}{6} 400 = \frac{3}{1}$. Больной было произведено 9 вдуваний (последнее вдувание $= \frac{3}{1} 300, = \frac{1}{0.5}$) вдувание было прекращено

из за резких болей. Больная до настоящего времени посещает туб. диспансер, все время находится на работе в колхозе (1931 г.—50 трудодней).

При изучении динамики туберкулеза на селе, мы остановились на движении туберкулеза из поколения в поколение, и пришли к убеждению, что туберкулез среди сельского населения не есть продукт исключительно последних лет и проявление

новых форм заболеваний носит не массовый семейный характер, а имеет, большей частью, характер отдельных случаев (Сукенников).

При обследовании колхоза „Ленина“, мы особое внимание уделяли вопросу трудоспособности туберкулезных больных, т. к. еще по сей день, этот вопрос недостаточно разработан. Еще до настоящего времени в некоторых случаях переход туберкулезных больных на ту или иную работу производится по субъективному суждению врача. Классовая борьба в колхозе и сопротивление кулачества порождает симуляцию и агрессию у некоторых туберкулезных больных. В тоже время мы имеем и целый ряд случаев неправильного использования рабочей силы туберкулезных больных в колхозах.

Туб. организация должна вести борьбу на 2 фронта—за полное уничтожение симуляции и агрессии и рациональное использование рабочей силы туб. больных в колхозах. Схема Людвиновского (Вопросы туберкулеза 11, 12, 1930 г.) распределяет туб. больных по отношению к трудоспособности, учитывая только анатомическое состояние легких, независимо от профессии. Нам кажется, что при оценке трудоспособности туб. больных, надо учесть характер и условия профессионального труда больного и те требования, которые предъявляются к силам больного учитывая его анатомическое и функциональное состояние организма. В этом отношении материалы оценки трудоспособности у легочных туб. больных из Центрального Туберкулезного Исследовательского Ин-та (Вопр. туб. 5—9 1931 г.) дают более точную характеристику оценки трудоспособности туб. больных. Мы вполне согласны с авторами, указывающими, что большое разнообразие существующих видов профессионального труда и детальных профессий делают невозможным установление точной и строго научной классификации трудовых процессов по их влиянию на организм туб. больного; но вместе с тем при условии изучения труда туб. больного по отдельным профессиям, все же удается установить более или менее точную схему применения труда туб. больных к отдельным видам трудовых процессов. Для изучения сельского труда и работы туб. больных нами было проведено около 40 хронометражей, которые дали возможность подробно изучить работу здоровых и больных колхозниках на различных работах. Хронометражи проводились зимой когда работа главным образом проводится дома, летом и весной во время горячих с. х. работ, при чем проводились хронометражи больных и здоровых, мужчин и женщин, на одинаковых и разных работах. Итоги хронометража по времени мы распределяли на следующие виды:

1. Полевая работа—сюда относится вся работа, проводимая на поле.
2. Домашняя работа—работа, проводимая дома.
3. Ходьба—на поле и обратно, а также ходьба по самообслуживанию.

4. Сон—дома и на поле.
5. Отдых—мы разделяли на 2 подвида: а) отдых на поле и б) отдых дома.
6. Самообслуживание—все виды ухода за собою.

Наиболее характерны нижеприведенные хронометражи здоровых и больных колхозников на одинаковой работе—сапанье. При чем для сравнения, мы взяли одну больную тбк. легких III-й стадии (история болезни приводится выше) и здоровую, которая отработывала среднюю норму, кроме того мы также взяли больную тбк легких I-й стадии и рядом с ней здоровую. Мы стремились для проверки работы создать равные условия для всех испытуемых (ровная местность, одинаковое поле, одинаковый инструмент и т. д.) и получили следующие результаты.

1. Хронометраж сапанье здоровой и больной тбк легких III-й стадии.

	Здор.	больн.
Полевая работа	9.45 м	8.10
Домашняя „	0.10 м.	0.35
Ходьба	2.15 м.	2.20
Сон	6.30 м.	7.10
Отдых на поле	1.20 м.	1.50
Самообслуживание	2.40 м.	2.30

2. Хронометраж сапанья здоровой и больной тбк легких I-й стадии.

	Здор.	больн.
Полевая работа	9.15	8.45
Домашняя „	0.25	0.15
Ходьба	2.10	2
Сон	7.15	7.45
Отдых на поле	0.50	1.20
Отдых дома	1.45	1.45
Самообслуживание	2.20	2.10

Из приведенных хронометражей видно, что больная туб. легких III-й стадии имеет 8.10 рабочего времени, в то время, как здоровая на этой же работе работала 9.45, т. е. на 1 ч. 35 м. работала больше больной. Еще меньше разница при сравнении данных здоровой и больной тбк легких I-й стадии, где здоровая всего выработала на 30 м. больше больной. Меньшее количество часов отработанных у больных необходимо отнести за счет частых перерывов для отдыха на поле во время работы и, частично, за счет увеличения количества часов для сна у больных. При сравнении качества и количества отработанной нормы больными и здоровыми, оказалось, что, в то время как здоровые в первом случае за—9.45 во втором 9.15 выполняли свои нормы, больные норм не выполняли, так, например больная тбк легких III-й стадии за 8.10 м. работы выполнила свыше 75% нормы, а больная тбк I около 90% нормы. Из означенных данных мы можем заключить, что интенсивность труда на данном

виде работы у туберкулезных больных не на много ниже, чем у здоровых.

При нашем наблюдении мы отмечаем, что туб. больные вовсе уже не являются настолько негрудоспособными, как это принято нередко считать. Это подтверждается также данными общего количества отработанных трудодней туб. больными. Так, если среднее количество отработанных трудодней, как нами указано выше, составляет в среднем 106,8 на одного трудоспособного при максимальном количестве 182, и минимальном 23,5, то проработанное количество трудодней нашими больными доходит до 106. Как видно здесь имеют значение следующие основные положения:

1. Работоспособность туб. больного зависит от урегулированного труда (чередование труда и отдыха и рационального использования последнего) туб. больного.

2. От анатомического состояния легких и функционального состояния организма.

3. От правильного подбора работы в условиях коллективного хозяйства.

Последнее положение выдвигает необходимость разработки схемы детальных профессий сельского труда применительно к туб. больным в зависимости от того или иного состояния больного. Одновременно с этим целый ряд видов с.-х. труда требует значительного физического напряжения. Отсюда и задача выработать схему применения труда туб. больного. Если при том учесть, что в коллективном хозяйстве сельской труд механизмуется и специализируется, то станет понятным, что в условиях коллективного хозяйства можно применить труд туб. больного. Такая схема должна учитывать необходимость: 1) максимально использовать труд туб. больного, вовлекая его в процессы с.-х. труда, 2) при использовании рабочей силы туб. больных стремиться к использованию его с более высокой оплатой преследуя при этом необходимость улучшения социально-бытовых условий туб. больного, 3) учитывать состояние туб. процесс и степень работоспособности больного, 4) применение труда туб. больных на работах, в наиболее благоприятных гигиенических условиях.

В основу этой схемы нужно положить разряды с.-х. труда в колхозах, согласно постановления „Укрколгоспсоюза“, по которому все виды работ с детальным обозначением разряда каждой работы распределяется на 5 категорий. Распределение это уже произведено в зависимости от вида работы по физической тяжести и специальности. При чем, к первой категории относятся работы низко оплачиваемые, а в пятой категории наивысшая оплата.

Такая схема не будет претендовать на полный охват всех могущих быть вариантов анатомических и функциональных изменений в организме туб. больного. Все же при дальнейшем уточ-

нении и разработке она может принести соответствующую ясность в вопросе трудоспособности, ибо в ней учтен основной элемент—профессиональный признак.

Для того, чтобы ответить на поставленный нами в начале работы вопрос, как повлияли изменения социально-бытовых условий, в связи с коллективизацией на труд и быт туберкулезных больных, нам необходимо будет проанализировать отдельно целый ряд изменений в области труда и быта колхоза в целом и туберкулезных колхозников в отдельности. Анализ изменения мы будем проводить по 2-м разделам: 1) изменение в области труда, 2) изменение в области быта.

I. Изменение в области труда. Как мы уже указали выше с. Стояново при первичном обследовании было чисто индивидуальным и только в 1929 г. был организован колхоз, охвативший 99% хозяйств данного села. Наряду с изменившимися условиями в связи с коллективизацией, изменились также и формы труда. Постепенно сельской труд механизировался и также специализировался. Так, только за 1 год пропущено через разные курсы 15 членов колхоза из них:

Название курсов	Колич. челов.
Трактористы	3
Доярки	1
Птицевод	1
Коновод	2
Весовщики	2
Барабанщики	2
Счетоводы	2
Табельщики	1
Всего . . 14	

Благодаря введению бригадной системы нормирования труда повысились производительные работы колхозников.

Основным вопросом в колхозе является вовлечение женщины в трудовые процессы, каковое может быть проведено в социалистическом секторе села, где создаются определенные бытовые условия, освобождающие женщину от домашней работы. При изучении труда и отдыха колхозника, мы убедились, согласно проведенных выше хронометражей, что рабочий день доходит до 10 часов во время полевой работы. История труда туб. больного непосредственно связана с историей труда всего колхоза. Туб. больной в первое время самоопределяется по отношению к той или иной работе и, попадая на тяжелую работу, он вынужден вследствие обострения заболевания, в некоторых случаях прерывать работу, или же переходить с одной работы на другую. По нашим данным перерывы в работе туб. больного, особенно наблюдается в осенний период и в начале весны. Если учесть возможность использования туб. больного на работе в

течение круглого года, то станет понятным, что туб. больной имеет возможность выработать среднее количество трудодней. Разработанные нами хронометражи туб. больных установили:

1. При работе на поле больного, наблюдаются частые, но кратковременные, не превышающие 10 минут перерывы.

2. На отдельных видах сельского труда в колхозе, туб. больные могут быть использованы.

3. Общее количество отработанных часов на поле и норме выработки не на много отстают от здорового, при условии создания благоприятной обстановки работы.

4. Отдых туб. больного еще по сей день используется нерационально.

При анализе изменений в области труда, мы столкнулись с фактом отходничества колхозников. Этому вопросу некоторые авторы придают особое значение, как фактору связи города с селом и как одной из основных причин распространения туберкулеза на селе. Так, например Морозовский и Аксянцев считают, что отходничество является одним из основных эпидемических факторов в распространении туберкулеза.

Мы не станем здесь останавливаться подробно на тех выводах, которые можно сделать из вышеприведенного указания, мы только укажем, что в тех немногих случаях отходничества по Стояново, где нами были произведены подробные обследования (вплоть до ознакомления с перепиской, прибывающей к оставшимся родственникам), это положение не подтвердилось.

Социалистическая промышленность и новостройки черпают основную массу рабочих из колхозов. В колхозах благодаря механизации сельского труда, освобождается часть свободных рук, каковые могут и должны быть брошены на новостройки.

Мы не должны быть пассивными в вопросе отходничества, а способствовать колхозам в проведении этой работы в плановом порядке, путем участия в проф. отборе в колхозах, и, с другой стороны, способствовать улучшению социально-бытовых условий, в каковые попадает отходник (общежитие, столовая и т. д.), вот те коррективы, которые требуются от противотуберкулезной организации в этом вопросе.

По нашим данным отходничество по с. Стояново выражается в следующих цифрах:

1. Отходничество по с. Стояново за 1931 г.

Куда выбыл	Колич. чел.	
Донба с	12	
Одесса	14	
Сибирь	10	
Красная Армия	6	
Балышево	7	(село этого же района)
Итого	49	

2. Прибывшие по с. Стояново за 1931 г.

Откуда прибыл	Колич. чел.	
Сибирь	1	
Викентьевка	2	
Летивка	5	(Село этого же района)
Балышево	5	
Захарьевка	3	
Итого	16	

Из приведенных таблиц видно, что: 1) выбыло 49 человек, что составляет 128,2 на 1000 населения, 2) прибыло за это же время 16 человек, что составляет 41,8 на 1000 населения, при чем из 16 прибывших, 15 человек переехало в Стояново из сел этого же района, 3) из форм отходничества превалирует отход на производства (фабрики, заводы, шахты), так, из 45 выбывших, выбыли на производства: 24—48,5%, на учебу 10—20,1%, в Красную Армию 6—12,1%, друг. причины 9—18,3%, итого—49—100%.

4) Отмечается возвращение отходников на село на время проведения хозяйственных кампаний.

5) Кроме отходников, мы у 63 человек, т. е. в 16,4% отметили более или менее постоянное общение с городом (Одесса).

II. Изменение в области быта.

При рассмотрении изменений, происшедших в быту колхозников, необходимо указать, что колхоз еще не являлся ко времени проведения обследования, совсем укрепившимся. Разбросанность отдельных хат по всему селу, отсутствие общежития и т. д., не могли дать резких изменений быта в семьях отдельных колхозников. Все же целый ряд фактов говорит о том, что в колхозах, в связи с коллективизацией с. х. произошла коренная ломка социально-бытовых условий. Так, в колхозе в 1931 г. было организовано общественное питание охватывшее около 70 едоков. Кухня устроена зимой в закрытом помещении, а летом выводится на двор. Пища выдавалась 3 раза в день. Кроме этого были в колхозе организованы детские ясли в отдельном помещении с отдельной кухней, которые функционировали с 15/VI по 15/VIII—31 г. В яслях было охвачено 54 детей. Необходимо отметить, что за последний год значительно укрепилась работа в красном уголке, где проводятся соответствующие лекции и беседы, а также выписываются газеты. Больше всего уголок посещается молодежью. Периодически Стояново обслуживается передвижной киноустановкой. Один из недостатков является недостаточное вовлечение женщин в культурную жизнь и слабое продвижение работы по ликвидации неграмотности. Из вопросов влияния нового быта на материнство мы можем отметить, что хотя и введены в жизнь отпуска до и после родов, но не имеется правильного использования, так, например, бывают случаи, когда до-родовой период укорачивается и, наоборот, послеродовой период значительно увеличивается. Наша задача содействовать

регламентированию до и послеродового периода, одновременно помогая колхозу в организации установок, создающих условия для освобождения матери от ухода за ребенком (детские ясли, передвижные, полевые детские ясли).

Особо выделяем вопрос о производственной и домашней работе школьника. Если до коллективизации не регулировали труд подростка, и эксплуатация детского труда была обычным явлением у единоличника, то в колхозах созданы условия для правильного использования труда подростков. Прежде всего мы отмечаем большую роль школьника в деле помощи с.-х. работам. Здесь непосредственное руководство педагогического персонала дает возможность совместить учебу школьника с трудовыми процессами. Роль врача—помощь проф. отбору, а также определять вид работы для школьников, ибо еще до настоящего времени в этом вопросе имеется целый ряд недопониманий.

Мы выше указали на те изменения сан-гигиенического порядка, которые произошли в 1931 г. по сравнению с 1928 г., а также сравнили данные заболевания и течения туберкулезного процесса за означенный промежуток времени. Мы не могли полностью охватить всех видов социально-бытовых изменений массовых и индивидуальных, которые произошли в колхозе и изучением которых мы занимались. Процесс изменения социально-бытовых условий на селе в связи с коллективизацией требует от нас активной помощи в деле внесения целого ряда коррективов в труд и быт колхоза, которые должны повлечь за собой оздоровление туберкулезных колхозников. Становится ясным, что борьбу с туберкулезом в колхозах мы сможем проводить только на основе широкого оздоровления всего колхоза. Исходя из этого нами и разработан проводимый нами план оздоровления колхоза Ленина на 1932 г., увязанный с производственным планом колхоза.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН КОЛХОЗА „ЛЕНИНА“ НА 1932 ГОД

А. КОРРЕКТИВЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ К МАССОВОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

1. Следить за проведением сан-минимума в колхозе, для чего выработать сан-минимум отдельно для: столовой, кухни, жилых помещений, складочных помещений и проч.).

2. Вовлечь в проведение и проверку санминимума школьников и женщин, практикуя премирования за лучшее проведение санминимума в жизнь.

3. Особое внимание уделить работе передвижной бани в Стояново, для чего через Р. З. И. добиться периодического направления передвижной бани в Стояново.

4. Следить за состоянием общественного питания, сан-состоянием кухни, качеством и количеством пищи. Одновременно

в плановом порядке производить мед. осмотр работающих в кухне.

5. Добиться оживления культработы в уголке, для чего с помощью актива выработать план лекций и бесед, используя для этого кино.

6. Контакттировать работу с райдетконсультацией по наблюдению за детскими яслями, ведя особое наблюдение за детьми туб. больных и за обслуживающим персоналом.

7. В 1932 г. организовать в школе горячие завтраки.

8. Для правильного и целесообразного использования рабочей силы принимать участие в вопросах распределения труда туб. больных, работы подростков и женщин.

9. Организовать один кружок первой помощи.

10. Помочь колхозу в проведении хозяйственно-политических кампаний (уборка, сев), а также предоставить аптечки на время этих кампаний.

11. Для проведения всех общеоздоровительных работ, организационно оформить здравячку, Красный Крест и сан. уполномоченного, привлекая их к активной работе.

Б. КОРРЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА

1. Для более правильного и целесообразного использования туб. больных на работе, провести следующие мероприятия:

а) Перевести туб. больных на соответствующую работу согласно предложенной схеме.

б) Следить за рациональным использованием отдыха, а также регулировать режим для туб. больного.

в) Стремиться к сокращению рабочего дня для туб. больных и, по договоренности с колхозом, установлению выходного дня.

г) Вести борьбу с агравацией и симуляцией.

2. Для оздоровления очага туб. больного ввести для всех открытых и активных форм:

а) отдельную посуду,

б) плевательницы в комнатах и карманные плевательницы,

в) отдельные полотенца,

г) отдельные койки,

д) форточки в квартирах или вентиляторы.

3. Особое внимание уделять улучшению сан. состояния квартир туб. больных.

4. Добиваться для активных форм отдельных дополнительных пайков.

5. Принимать участие в распределении мест в домах отдыха и санаториях по колхозу, предоставив одно место в туб. санаторию Захарьевки на 1932 р.

6. Вести длительное наблюдение за туб. больными и очагами.

ВЫВОДЫ

1. Коллективизация сельского хозяйства открыли большую возможность в деле борьбы с туберкулезом в колхозе.

2. Для проведения плановой работы в области борьбы с туберкулезом в соцсекторе села, необходимо изучить степень распространения и характер течения туберкулезного процесса у колхозников, в связи с изменившимися соц. бытовыми условиями.

3. Изучение туберкулеза в колхозе должно идти параллельно с проведением оздоровительного плана, вносящего коррективы в труд и быт туберкулезного колхозника, и направленного на выполнение производственного плана в колхозе.

4. Оздоровительный план туб. больных колхозников должен быть построен на основе плана оздоровления всего колхоза, вовлекая для выполнения его общественные организации и актив колхоза.

5. Произведенное повторное исследование колхоза „Ленина“ устлавливает:

а) доброкачественность течения туберкулезного процесса у колхозников,

б) отсутствие за 2 года новых туб. очагов,

в) освобождение женщин от домашней работы и приобщение к полезно производственному труду,

г) специализация сельского труда и возможность проведения профотбора,

д) наличие сдвига в области улучшения санитарного состояния колхоза и отдельных жилищ,

е) наличие профилактически оздоровительных единиц (детские ясли, общественное питание),

з) стойкое уменьшение смертности за последние годы.

6. Дальнейшее изучение трудоспособности туб. больного должно идти по пути изучения отдельных трудовых процессов и выработки схемы применения труда туб. больного.

7. В вопросе отходничества и набора рабочей силы в колхоз, противотуберкулезная организация должна активно помочь профотбору. Основной упор должен быть поставлен в деле организованного набора рабочей силы и санитарно-культурного обслуживания отходников.

8. Длительное наблюдение за туб. больными должно помочь противотуберкулезной организации в деле изыскания лучших коррективов для оздоровления колхозников.