

ЦЕНА ОДИН РУБЛЬ

Д В О У
Г О С М Е Д И З Д А Т У С С Р
ХАРКІВ ул. Свободной Академии, 6/8

★ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ★

1559

Проф. С. А. ТОМИЛИН
СОЦИАЛЬНО
МЕДИЦИНСКАЯ
ПРОФИЛАКТИКА
ГОСМЕДИЗДАТ УССР * 1931

АПР 13

ЦЕНТР ПО ИЗУЧЕНИЮ
ПРОСЛЕД
НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. М. В. ЛОМОНОСОВА

Проф. С. А. ТОМИЛИН

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ
ПРОФИЛАКТИКА

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОСНОВАНИЕ
И ПРАКТИЧЕСКАЯ ПОСТАНОВКА

1559

1 9 3 1

ГОСМЕДИЗДАТ УССР

Бібліографічний опис цього видання вміщено в «Агіодисі Укр. Друку», «Картковому репертуарі» та інших покажчиках Української Книжкової Палати.

Укрполіграфоб'єднання Третя Друк. ім. Фрунзе.
Укрголовліт 4352, Зам. 1926. Прим. 4.000

П Р Е Д И С Л О В И Е

Настоящая работа не ставит перед собой невыполнимой для одного лица задачи — детально изложить организацию и технику профилактических мероприятий в разнообразных сферах ее приложения. Цель ее была: изложить в сжатой форме основные принципы профилактического мышления и указать на об'ем профилактических задач, раскрывающихся в различных областях социальной патологии.

Поскольку работа в таком масштабе является первой попыткой как в отечественной, так и в иностранной литературе, в ней местами неизбежно проявляется субъективизм автора и опущения в охвате темы.

При изложении отдельных вопросов профилактики автор по возможности избегал ссылок на различные авторитеты. Предварительное ознакомление с ними так же неизбежно, как необходимо возведение лесов при постройке здания. Но, когда здание готово, леса должны быть убраны. Нет в манере писания медицинских работ ничего более утомительного и бедного, чем нависывание десятков авторитетных имен, за которыми прячется пишущий. Некоторые неровности в стиле могут показаться педантам науки не соответствующими требованиям научного изложения. Но наука вовсе не представляется автору бесстрашной весталкой с запасом пресных истин, изрекаемых схоластическим тоном для узкого круга посвященных.

В исканиях науки и, в частности, в целеустремленности профилактики, охраняющей чистоту, многоводность и непрерывность человеческого потока, имеют право диалектически отражаться разнообразные настроения, сопровождающие вся-

кую борьбу за улучшение форм коллективного существования: постоянное беспокойство за человеческую жизнь, мимолетная печаль, навешанная временной неудачей, сознанием громадных задач и — зачастую — ограниченных возможностей, радость очередного достижения и, наконец, желание, чтобы ни один человек не чувствовал себя одиноко затерянной, беспомощной марионеткой слепых космических сил, бросивших его на мучительное служение стихийной хозяйственной системе, что столь характерно для индивидуального самосознания участников буржуазного строя. Призванная идеей социалистического переустройства общества быть активной деятельницей новых форм жизни, профилактика должна обеспечить каждому поколению возможность стойко и уверенно проходить свой жизненный путь в атмосфере коллективного бодрящего братства и непрерывно освещать жизнь здоровыми, сочными и готовыми к плодоношению порослями.

В системе социалистического строительства профилактический фронт есть отдельный участок социальной работы, имеющий своей задачей обеспечить коллективу возможность полного психофизического развития. Фронт этот далеко не насыщен работниками и с нетерпением ждет пополнения.

Если эта работа будет в сколько-нибудь полезной степени способствовать дальнейшему развитию профилактической мысли и действия, — автор будет считать свою задачу выполненной.

Июль, 1930 г.

С. Томили

Профилактика есть социальная дисциплина, изучающая, в какие условия должна быть поставлена жизнь коллектива и его отдельных членов, чтобы обеспечить им возможно более долгое сохранение здоровья и отсрочить смерть. Термин «профилактика» часто смешивается с терминами «гигиена» и «санитария». Поэтому представляется важным возможно более отчетливо дифференцировать эти понятия друг от друга и установить за каждым принадлежащие ему свойства.

Гигиена — биологическое нормативное знание, устанавливающее, при каких условиях внешней физической среды достигается оптимум физиологических функций организма. Основной метод, которым пользуется гигиена — эксперимент. Нормативные построения гигиены преимущественно негативного характера. Устанавливая экспериментальным путем, какие вредности и в каком количестве извращают нормальный ход физиологических процессов в человеческом организме, гигиена ставит своим требованием исключение этих вредностей из внешней физической среды человека.

Санитария — техническое знание, ставящее своей задачей воплотить в жизнь гигиенические нормы, устанавливаемые общей гигиеной.

Если объектом гигиены и санитарии является физическая среда по преимуществу, то объектом профилактики служит непосредственно сам коллектив и входящие в него элементы. Различного рода мероприятия по иммунизированию от заразных болезней, по предупреждению инфекций и остальных заболеваний или сопровождаются процессами, требующими активного участия самого коллектива или непосредственно совершаются над элементами этого коллектива.

Это делает понятным, почему профилактика, как специальная система социального знания, появилась так поздно на арене человеческой истории. Профилактические мероприятия в единичном или частичном масштабе становились возможными по мере того, как точное знание накапливало наблюдения над ролью их в процессе сохранения здоровья или предупреждения болезни.

Но никакого социального значения такие методы индивидуальной профилактики не могли иметь, потому что они оставались достоянием незначительных, экономически привилегированных групп, в то время как массы обездоленного населения в силу своего экономического угнетения совершенно не затрагивались благодеяниями профилактики. Ни одна экономическая система не ставила себе задачи поставить здоровье масс населения за самоцель, потому что перед ней были другие задачи — эксплуатация масс населения в интересах создания ценностей, которыми

пользовалось ограниченное меньшинство этого населения. А обе эти задачи несовместимы друг с другом. Социальная обстановка, при которой один класс служит объектом эксплуатации другого класса, тем самым исключает возможность осуществления профилактических задач. Реализация профилактических требований в полном своем масштабе возможна только в бесклассовом обществе, в котором отсутствует эксплуатация человеческого труда и присвоение его другим лицом.

Капиталистическое общество только в одной сфере профилактики достигло некоторых успехов, — в области профилактики инфекционных заболеваний. Этому способствовали два обстоятельства: во-первых, успехи научного знания, которыми характеризуется капиталистическая эпоха, и, во-вторых, сознание, что распространение заразных болезней угрожает в одинаковой мере как господствующим классам, так и пролетариату. Наконец, тот факт, что эпидемии в состоянии приостанавливать и нарушать нормальное течение всей хозяйственной жизни среды, распорядителями которой являлась господствовавшая буржуазия, также должен был способствовать развитию профилактики заразных болезней. Место профилактики в условиях капиталистического хозяйства занимает терапия, как паллиативная помощь, имеющая своей задачей сглаживать противоречия, коренящиеся в существе всего капиталистического хозяйства, бо-

торые можно выразить формулой «вредить, чтобы потом лечить».

Медицина, как знание, имеющее своим назначением смягчение страдания, вызванного болезнью, была спутницей всех человеческих культур, сменявших друг друга в последовательном ходе истории. Как ни расценивать роль медицинского вмешательства в жизнь отдельного больного, приходится признать, что социальное значение этого вмешательства в целом относительно невелико. Всякую болезнь можно рассматривать как временный, неустойчивый компромисс между биологическими элементами человеческого организма и враждебными воздействиями физической среды, окружающей человека. Наличие этих влияний, их сила, их группировка всецело определяются социальной обстановкой, в которой живет организм, и которая детермирует все его физическое бытие. Понятно, здесь имеют значение и количественные различия в степени устойчивости отдельного организма по отношению к отдельным неблагоприятным физическим воздействиям. Встречаются организмы, наделенные чрезвычайной силой стойкости и, наоборот, другие, настолько хрупкие, что не выдерживают и относительно небольших вредных воздействий.

Решение многочисленных конкретных задач: какая совокупность вредных внешних воздействий и защитительных сил организма в каждом отдельном случае лишила организм биологического равновесия, назы-

ваемого здоровьем, — относится к области индивидуальной медицины. Но для социального анализа эти явления не имеют существенного значения. Задача социального анализа исчерпывается объективным утверждением факта, что наличие определенных неблагоприятных физических воздействий, вырастающих на определенной социальной среде, вызывает в среднем в определенном числовом выражении появление определенного количества заболеваний. Источник всякого заболевания коренится в социальной среде, подготавливающей и вынашивающей патологическое состояние отдельных индивидов, капля которого, стекаясь вместе, образуют широкий поток массовой патологии. И единственной плотинкой, которая может прекратить загрязнение жизненного русла этим патологическим потоком, служит совокупность мер массовой социальной профилактики и санитарии.

Социальная профилактика в целом — важнейшая функция государства.

В условиях классового общества эта функция достигается лишь в той степени, в какой пролетариату, пользующемуся всеми методами борьбы, находящимися в его распоряжении, удастся завоевать свое влияние на законодательные акты, регулирующие охрану жизни трудящихся масс. Терапевтическая медицина и профилактика находятся в отношении обратной пропорциональности. Чем меньше профилактики, тем больше терапии.

Всякий человек, потерявший свое здоровье в силу неблагоприятных условий труда или антисанитарных условий жизни, сохраняет надежду, что обращение к врачу может восстановить его здоровье. Но это восстановление оказывается возможным далеко не всегда. Пока организм человека, уже фактически больного, делает усилие путем введения всех резервных сил сохранить выпавшую функцию, он еще не чувствует себя больным и не имеет повода обращаться за медицинской помощью. Этот повод выступает лишь тогда, когда все резервы уже использованы, оказавшись не в состоянии сохранить хотя бы в неустойчивом равновесии силы организма. Но это время совпадает с периодом, когда болезненный процесс уже успел значительно видоизменить морфологическую структуру органов тела, вызвать в них патологические изменения с ослаблением или выпадением их функций, которые не могут быть восстановлены. При этих условиях задача врача сводится к постановке биологической экспертизы, имеющей своей конечной целью выяснить вопрос, в каких видоизмененных условиях внешней среды организм может еще продолжать с наибольшей длительностью свое существование.

Практически деятельность врача ограничивается установкой нозологической номенклатуры заболевания, прописыванием рецепта и подачей некоторых гигиенических советов общего характера, выполнение которых мало вероятно. Как редко врачу приходится

верить в эффективность своего терапевтического воздействия, видно хотя бы из того факта, что по произведенному мной подсчету в одной из поликлиник г. Харькова наркотические средства встречаются в составе 20% всех внутренних назначений и в 30% наружных назначений*.

Мотивы, в силу которых больной часто не выполняет гигиенических предписаний врача, бывают двоякого характера; те и другие, нередко суммируясь вместе, делают эти предписания абсолютно безрезультатными. Часто больной совершенно не понимает значения и ценности даваемых ему врачом советов и склонен извлечь гораздо больше помощи из таинственного содержания аптечной склянки, чем из простых и живых гигиенических предписаний врача; всем известно, как недоверчиво относится наш крестьянин к лекарству, получаемому им из аптеки сельского участка, если оно имеет вид прозрачного, но пахнущего лекарственной специей раствора. Вторая группа мотивов, обесценивающих советы врача, заключается в том, что большинство гигиенических предписаний объективно невыполнимо для больного. Характер питания больного, жилищные условия, его физическое самочувствие, распорядок дня всецело определяются его экономическим положением. При такой

* Весьма желательно, чтобы кто-нибудь поближе подошел к анализу фармакодинамической статистики.

обстановке платонические советы врача о необходимом гигиеническом режиме могут вызвать только саркастическую улыбку больного или увеличить его отчаяние. Ясно, что максимальная эффективность врачебного совета может быть достигнута лишь тогда, когда к медицинскому и гигиеническому совету врача присоединяется контроль за выполнением этих советов, и когда вся непосредственно окружающая больного физическая среда видоизменяется в направлении, создающем необходимый гигиенический минимум.

Эта идея выразительно изложена в первом классическом афоризме Гипократа: «Не только врач должен делать то, что ему представляется необходимым, но вместе с тем и сам больной, и окружающая его обстановка должны быть поставлены в надлежащее положение». Гениальный критический ум Гипократа в этом афоризме ограничивает терапевтический эффект врачебного вмешательства, если оно не сопровождается необходимыми сопутствующими изменениями физической среды больного.

Сознание необходимости прибавить к врачебному диагнозу и к врачебной терапии еще ряд дополнительных мероприятий, чтобы помочь больному восстановить утраченное здоровье, прежде всего появилось при терапии двух форм хронических инфекционных заболеваний: туберкулеза и сифилиса. Открытие специфических возбудителей обоих заболеваний, выяснение факта, что каждый больной является носителем

инфекции которая может передаваться окружающим, хронический характер обоих заболеваний, установленные роли всех предрасполагающих факторов в патогенезе туберкулеза, наконец, распространенность этих болезней и серьезный вред, наносимый ими как наличному, так и последующим поколениям, — все это способствовало тому, что уже в недрах капиталистического общества зреющая социально-медицинская мысль решила расширить объем своего вмешательства в эти болезни.

Прототипом общественно-организованной медицинской помощи были амбулатория, поликлиника и больница. Во все эти лечебные учреждения больные шли самотеком, по личной инициативе, в зависимости от своей субъективной потребности посоветоваться с врачом насчет тревожащего состояния своего здоровья. Более легкие больные направлялись в амбулаторию, тяжелые больные, сознававшие необходимость в длительном уходе за собой, направлялись сами или отвозились окружающими их лицами в больницу.

Термин «поликлиника» не имеет ясно определенного характера. Теперь под поликлиникой понимается прием больных по разным специальностям в отдельных кабинетах. В прежнее время поликлиникой называлось учреждение, в которое обращались для вызова врача на дом. Такая поликлиника в свое время существовала в Юрьеве (нынешнем Дерпте). Город был разделен на районы. По вызову из района на-

правлялся врач и студент, который был обязан курировать больного на дому. Несомненно, такая организация медицинской помощи, при которой студент знакомился с бытовой обстановкой больного у него на дому, а не в больнице, где больной попадает в необычную для него госпитальную среду, имела известное воспитательное значение для будущего врача. Эта система могла бы быть испробована и в настоящее время.

Среди безбрежного моря массовой патологии эти три вида медицинских учреждений долго были единственными центрами, куда стекались разнообразно страдающие люди. Все эти лечебные центры были оторваны от непосредственного наблюдения за ходом и разворачиванием в каждом отдельном случае патологического процесса и чаще всего имели дело с уже ясно выраженными заболеваниями, нередко в их терминальных проявлениях.

Четыре предшествующих болезни акта человеческой драмы: 1) рождение человека и наследственная его характеристика, 2) обстановка его роста и развития, 3) гигиеническая среда, окружающая человека и его быт, и 4) условия, в которых он работает, — оставались вне сферы непосредственного наблюдения врачей, сидевших в терапевтических креслах и обстреливавших патологического противника, нередко наудачу и холостыми зарядами. Им приходилось наблюдать лишь пятый, заключительный акт

этой драмы, за которым рано или поздно следует неизбежный эпилог — смерть.

Появление профилактики, как особой дисциплины среди медицинских наук, заставляет подвергнуть анализу ее соотношения с терапевтической медициной и установить для нее определенную идеологическую базу. В то время, как объективные обоснования терапевтической медицины сводятся к мотивам индивидуально-гуманитарного характера, объективные обоснования профилактики пужно искать в роли и в значении человека в производственном процессе вообще и в принципах социальной энергетики.

Человек есть ценный элемент каждого производственного процесса (не говоря уже о том, что он является и организатором этого процесса). Из всех живущих на свете существ лишь один человек обладает способностью трансформировать свою биологическую энергию в ценности материального и культурного порядка. Участие человека в производственном процессе проявляется всегда в двух явлениях — в создании ценностей и в затрате своей биологической энергии. С энергетической точки зрения всякую работу человека можно рассматривать, как переключение биологических ценностей в ценности социальные. Для того, чтобы эта работа могла давать возможно больший производственный эффект, необходимо наличие двух условий: чтобы после периода определенной затраты биологической энергии, име-

ющего своим последствием создание внешних ценностей, следовал период прекращения активной деятельности человека, называемый в быту отдыхом. Во время последнего происходит процесс восстановления трат, вызванных работой клеточных элементов.

Во время работы в протоплазме клеточных элементов происходят определенные изменения, свидетельствующие о нарушении ее физико-химического состава и внешне проявляющиеся в том, что она теряет свою прозрачность. Во время покоя это помутнение исчезает, и клетка принимает прежний вид. В тот момент, когда клетка утрачивает способность восстанавливать свой первоначальный вид, закладывается начало патологического процесса. Аналогичные же изменения в структуре клетки могут быть результатом воздействия на нее токсических влияний со стороны продуктов жизнедеятельности микробов, когда организм человека становится ареной борьбы между вторгшимися в него паразитами и защитными силами организма, выработанными в нем вследствие длительного процесса естественного отбора.

Но от этих начальных изменений в структуре протоплазмы до болезни, как объективного явления и как субъективного ощущения, еще длинный путь. Различные регуляторные и компенсаторные функции, существующие в организме, скрывают от носителя болезни ее наличие, которое вполне может быть обнаружено только при тщательном медицинском исследовании.

Только впоследствии, когда все компенсаторные механизмы, пущенные в ход, оказались бессильны сохранить организму состояние биологически устойчивого равновесия, человек чувствует себя больным и ищет врачебной помощи.

Эффективность этой помощи не может быть значительна уже по тому одному, что патолого-анатомические изменения в тканях организма не обратимы в сторону нормального их строения. Единственная проблема, которую предстоит врачу разрешить в случае всякого заболевания с резко очерченным патологическим изменением тканей, — это постараться приостановить его дальнейшее развитие (а это оказывается возможным далеко не всегда) и поставить больной орган в условия возможно меньшей функциональной нагрузки, чтобы бережно расходовать наличность энергии. При лечении заболеваний хирургическим путем точно также в большинстве случаев не приходится говорить об излечении в биологическом смысле, т. е. о возврате больного организма к нормальному строению, а о продлении жизни за счет механического удаления частей организма, пораженных болезнью.

Массовые исследования здоровья различных групп населения всегда обнаруживают, что среди обследуемых находится значительное количество лиц, являющихся носителями компенсированных болезненных явлений, которые протекают латентно для самих

обследуемых или периодически сигнализируют о себе неприятными ощущениями, на которые человек не обращает внимания. Своевременно принятые медицинские и гигиенические меры многим из них могли бы еще долго сохранить здоровье и социальную ценность.

Всякий машинный механизм, как правило, подвергается периодическому техническому осмотру и текущему ремонту, что удлиняет срок успешного функционирования машины. Это правило нуждается в распространении на все без исключения работающие человеческие механизмы.

Принципы биосоциальной энергетики в настоящее время представляют огромную проблему, еще не успевшую привлечь к себе необходимое внимание, техническое обоснование, и практическое применение — в будущем.

Причины такого крайне парадоксального явления заключаются в том, что человек до сих пор рассматривался, как существующий в избытке дар природы, и наравне с другими благами природы был предметом самой хищнической эксплуатации различных хозяйственных систем, сменявших вплоть до капитализма поочередно друг друга.

Только в условиях социалистического хозяйства человек получает обратно экспроприированные прежде свои ценности. Поэтому учет всех ценностей, заключенных в психофизических силах населения, и бережное использование их представляет одну из

серьезнейших плановых проблем социалистического строя.

Как элемент стихийной, массовой продукции, человек не мог ни одной хозяйственной системе обеспечить высокого технического уровня хозяйства. Для того, чтобы обеспечить ограниченному числу избранных определенные, хозяйственные блага, требовались неимоверные жертвы со стороны масс населения, живущих в условиях беспроектного существования. В этом отношении особенно поучительна картина капиталистического хозяйства, достигшего наибольшего уровня производственной техники, когда соответственно накоплению товарных ценностей на одном полюсе хозяйства, на другом его полюсе шло увеличение пауперизма, дегенерации, проституции, алкоголизма.

Борьба пролетариата с эксплуатацией своего труда была вначале инстинктивным стремлением добиться права на осмысленную человеческую жизнь, которую хозяйственные системы производили на степень орудия доставки социальному меньшинству материальных благ. Эта борьба приняла плановые формы вместе с развитием пролетариата и с осознанием им своей революционной роли в судьбах капиталистического мира. Окончание этой борьбы вместе с тем есть конец хищнической эксплуатации человеческих сил, обмениваемых на гвозди, ситец, каучук и множество разных других продуктов.

Задачи профилактики в социальном строе, который отбросил эксплуатацию большинства меньшинством, кратко говоря, заключаются в том, чтобы поставить хозяйственное использование и всю жизнь всякого человека в такие условия, чтобы участие его в производственном процессе, ведущее к созданию материальных ценностей, не сопровождалось преждевременной амортизацией его биологического фонда. Эта амортизация проявляется в преждевременной смерти и в массе разнообразных страданий, предшествующих ей и осложняющих обычно закат человеческой жизни.

Опасности такой преждевременной амортизации грозят с двух сторон: со стороны профессионального труда и со стороны всего хозяйственного и бытового уклада жизни человека и коллектива: первые, как всем известно, подчиняются в гораздо большей степени контролю и устранению, чем вторые. В первых случаях решающая роль принадлежит социальной политике государства, трудовому и санитарному страхованию, которые в состоянии со значительной скоростью устранить все факторы, вызывающие преждевременную изнашиваемость человеческого материала. Быт же, вся совокупность культурных и санитарных навыков, наплававшихся веками, не имеет тенденции изменяться столь быстро, склонен отставать в развитии даже при революционизирующей хозяйственной структуре коллектива. Поэтому и профилактические мероприятия имеют перед собой два центра

устремлений — это создать здоровую обстановку работы, изменить традиционно косный быт и поставить его на уровень высшей материальной культуры.

Врач-терапевт видит в больном изолированную личность, пострадавшую в столкновении с внешней средой. Средой он интересуется лишь постольку, поскольку анализ этой среды дает ему возможность установить наличие враждебных влияний, которые могли сказаться в определенном конкретном случае. Он мало интересуется общей конфигурацией коллектива, в состав которого входит больной.

Совершенно другая принципиальная установка к больному человеку у профилактика. Он видит в нем лишь одно из звеньев многочисленной цепи коллектива, уходящей одним концом в далекое прошлое и другим восходящей в будущее. Индивидуальные качества звена при этом утрачивают значение первоочередной важности и заменяются оценкой его, как члена коллектива, состав которого связан определенной общностью материальных условий существования и угрожающими санитарными недочетами. Все санитарные дефекты в жизни коллектива вчерашнего дня оставляют свой след и на будущий день. Если они не будут устранены сегодня, и если эти дефекты уже успели поколебать пластичность живой материи, то с ними придется считаться и завтра, у нового поколения. Профилактические мероприятия могут абсолютно ликвидировать новую порчу живой материи.

Но все дефекты этой материи, которые импрегнировались в нее в течение многих веков и проявились в патологических мутациях зародышевой протоплазмы, в малой степени подчиняются выравниванию и нуждаются в устранении путем особых мер социальной защиты.

Если, с точки зрения индивидуальной медицины, болезнь есть прежде всего нечто связанное со страданиями, которые заставляют больного искать избавления от боли, то с профилактической точки зрения болезнь и преждевременная смерть есть прежде всего явления непроизводительной растраты человеческой энергии. Каждый человек в социалистическом обществе есть необходимый участник производственного процесса. От степени квалификации этого человека зависит его роль и значение в хозяйственной жизни всего коллектива. Квалификация эта приобретается той или иной производственной обработкой человека, который появляется на свет, как сырье. Это сырье получает социальную ценность только тогда, когда по отношению к нему будут произведены определенные затраты из общего производительного фонда коллектива. Чем больше затрат, тем выше средняя квалификация. Затраты эти, начинающиеся с момента зачатия новой жизни до периода вступления ее в активную производственную деятельность, имеют своей задачей образование здорового организма, обладающего определенными социально-полезными техническими навы-

ками, наличие которых обеспечивает ему активное участие в накоплении коллективном культурно-материальных ценностей.

С этой точки зрения, всякую смерть до наступления возраста, когда человек общественно-полезным трудом имел бы возможность вернуть коллективу средства, истраченные на его производственную подготовку, нужно рассматривать как невозвратимую растрату средств коллектива.

Точно также ясно, что всякое обременение коллектива массой больных, периодически или вовсе лишенных возможности быть участниками производственной жизни, значительно уменьшают темп экономического развития этого коллектива, потому что те средства, которые в иных условиях могли бы быть истрачены на увеличение производственного фонда коллектива, должны идти на «бесполезные затраты производства», связанные с сохранением этой массы общественно бесполезных живей.

Все недочеты в затратах, которые необходимы для создания нормального, здорового и технически обученного человека, отражаются в последующем ничтожной рентабельностью такого человека, обрекают коллектив на медленный ход развития его хозяйства.

Можно сказать больше, что траты на терапевтическую медицину, на лечение и на содержание многочисленных хроников, душевно больных, алкоголиков и т. д., с народно-хозяйственной точки зрения

есть не что иное, как выплата ростовщических процентов по векселям профилактической задолженности.

Учитывая первенствующее значение различных санитарно-демографических показателей в оценке основной профилактической проблемы, а именно: как «потребляется жизнь» членов коллектива в создании им культурно-хозяйственных ценностей, — профилактик должен всеми силами стремиться к овладению тем исключительно мощным орудием познания, каким является социальная статистика. При его участии термин «статистика», который многим представляется абсолютно неудобоваримым винегретом из тошнотворно скучных цифр, должен вернуть себе утраченный в настоящее время смысл «науки о государственном управлении», установленный Ахенвалем. Овладение этим методом вместе с тем дает ему единственную возможность точно сигнализировать о том, как изменение материальной культуры масс населения влияет на санитарное состояние коллектива, в чем и где находятся узкие места, требующие особого внимания для их преодоления. Инженер-организатор управляет технической продукцией на заводе. Профилактик по внутреннему своему смыслу должен быть социально-биологическим инженером, зорко следящим за жизненным потоком, измеряющим его ширину и охраняющим чистоту его течения от малейшего загрязнения.

Профилактические мероприятия не могут быть проводимы без наличия соответствующего медицинского персонала; количество его и подготовка к профилактической работе имеют решающее значение для постановки всей медицинской профилактики.

Советское здравоохранение должно было само организовывать подготовку этого персонала, которого совершенно не знала дореволюционная Россия по той простой причине, что государственно осознанных профилактических идей в ней не было и быть не могло. Санитарный строй дореволюционной России характеризовался чертами, типичными не для современного западноевропейского буржуазного общества, а для феодальной эпохи (массовое развитие заразных болезней, периодически вызывающих значительные эпидемии, колоссальная детская смертность, отсутствие элементов социального призрения, наличие таких бытовых болезней, как сельский сифилис, трахома и т. д.).

В соответствии с общим укладом санитарного народного быта и подготовка медицинского персонала преследовала цель создания «индивидуальных терапевтов» и подсобного медицинского персонала, на долю которого в сельских местностях выпадала очень часто роль самостоятельных врачей.

После революции в медицинское образование внесен был ряд частичных реформ и дополнений, которые выразились, с одной стороны, в вовлечении в это преподавание социальных дисциплин, учреждении кафедр социальной и профессиональной гигиены, а с другой—в создании многочисленных краткосрочных курсов для подготовки профилактических работников по отдельным отраслям советского здравоохранения (врачи по охране детства и материнства, санитарные врачи, промышленно-санитарные врачи и т. п.).

Несомненно, что частичные реформы в преподавании на медицинских факультетах несколько раздвинули узкий горизонт терапевтического мышления врача, но, во всяком случае, до сих пор они не изменили в корне, если можно так выразиться, медицинского мировоззрения врача, в центре которого находится терапия, а на далекой периферии — неопределенные очертания профилактики. Социальная обстановка валичной жизни требует совершенно иного типа врача, в центре устремлений которого была бы профилактика, окаймленная терапией. Некоторые наиболее дальновидные и вдумчивые клиницисты, как напр., профессор Лейден, высказывали мысль, что клиника должна учить профилактике; но такая настроенность отдельных клиницистов есть не общее правило, а исключение. Объектом своего наблюдения клиницист имеет ограниченный отрезок человеческой жизни в период, когда социально-биологическая ка-

тастрофа, именующаяся болезнью, достигает максимального напряжения.

Самое большое, что может показать клиницист— это динамику болезненного процесса в его терминальном периоде, когда стойкие изменения анатомического субстрата болезни роковым путем влекут человека к неизбежной развязке. Если врачу-профилактику и необходимо знать терминальный период заболевания, то в равной, если не в большей степени он должен ориентироваться в инициальных, начальных фазах заболевания, когда вмешательство профилактики неизмеримо важнее. Как раз эта категория патологических процессов наименее всего изучена. Несомненно, здесь предстоит очень большие трудности. Улавливать почти незаметные первые предвестники развертывающегося болезненного процесса гораздо труднее, чем на основании выпирающих в глаза симптомов ставить с чувством удовлетворенного научного самолюбия этикетки позологической номенклатуры. Истинный смысл клинического анализа должен бы заключаться не в том, чтобы апостериорно ставить диагноз болезни; перед ним разрешенная иная задача—ответ на вопрос, каким путем возникло в данном организме именно это заболевание, а не другое. Для разрешения этой задачи клиницисту необходимо было бы проследить всю жизнь человека с момента его рождения в постоянно меняющемся социальном окружении больного.

Вместо подготовки к анализу этого диалектического процесса современный студент в процессе своей медицинской учебы терроризируется многозначительными ссылками на различные научные авторитеты, каждый из которых имеет собственные взгляды насчет причины болезни, названия ее и методов наилучшего ее лечения.

Обилие этих авторитетов ставит студента в положение своеобразного Буриданова осла, беспомощно прерывающего свою научную жвачку перед случайным решением неразрешимого вопроса: под ярмо какого из этих авторитетов ему смиренно подставить свою шею.

Пока в клинике не укрепится окончательно сознание, что в каждом больном необходимо разрешать не только биологическую, но и социальную проблему, клиника будет отставать от требований жизни и выпускать односторонних терапевтов, а не «организаторов здоровой жизни», какими по существу должны быть врачи в социалистическом государстве.

Очередная задача в постановке современного медицинского образования заключается в том, чтобы в обиход этого преподавания ввести методы профилактической работы, уже проводимой органами государственного здравоохранения. В арсенал этого преподавания нужно включить всю цепь диспансерных учреждений, развернутую государственным здравоохранением. Если бюджет Царкомпроса, на задворках

которого ютится медицинское образование, не позволяет устройства необходимых учреждений, то естественно рождается вопрос о связи медицинского образования с производственными учреждениями органов народного здравоохранения и о передаче им всего дела подготовки врачей.*

Психологический профиль врача-профилактика должен иметь совершенно иные очертания, чем профиль врача-терапевта. Терапевт-индивидуалист с наличием ремесленно-технических навыков. Преодолеть громадную дистанцию от рецепта и скальпеля до социальных концепций Маркса для него почти неразрешимое предприятие. По своему характеру он кустарь и не прочь обзавестись маленькой «починочной лавочкой», в которой у него хранятся чудеса медицинского распознавания и лечения.

Врач-профилактик по существу должен быть социален и по своему характеру обладать, если не организационными талантами, то организационными навыками, которые крепнут и развиваются в его работе.

Не в меньшей мере, чем ориентируется терапевт в биологических проявлениях болезни, профилактик должен ориентироваться в социальной среде, подмечать в ней этиологические факторы массовой патологии и точно их учитывать. Чтобы управлять дис-

* В настоящее время вопрос этот уже разрешен в положительном смысле.

пансером или чтобы даже работать в нем в качестве рядового работника, он должен осмотреться в социальной среде, которую он обслуживает, и суметь спаять ее целой сетью организационных социальных связей. Он должен быть знаком с рождаемостью, смертностью и заболеваемостью своего района. Он должен выискать и учесть все факты, вызывающие эту болезненность и смертность. И, наконец, он должен уметь все результаты своей ориентировки излагать в объективно доказуемых и логически связанных социальных документах. Переходя от элементов своей социально-статистической деятельности к конструктивной работе профилактического характера, врач-профилактик должен суметь организовать постоянный и специальный надзор за всеми социально-патологическими процессами в наблюдаемом им районе и обеспечить реальное, гладко руководимое и точно проверяемое им медико-профилактическое вмешательство со стороны всех агентов медико-профилактической работы его участка.

Наиболее талантливый врач-терапевт, исчерпав значительную долю вдохновения и проникательности в постановке тонкого диагноза, редко имеет утешение в сознании, что потраченный им труд окончился выздоровлением больного. Врач-профилактик, видя, как терапевт беспомощно склоняется у постели неизлечимо больного, получает новый импульс для профилактической работы. Он спрашивает себя: «что должен

я сделать, чтобы здоровый человек не превращался в такое беспомощное и несчастное существо?»

В отличие от терапевта он имеет твердое сознание, что профилактическая работа его будет сопровождаться определенным успехом в зависимости от того, в какой степени ему удалось провести в жизнь требования профилактики. И всякий недочет, всякое проявление элементов социально-патологического порядка в наблюдаемом им участке жизни свидетельствует не о принципиальной слабости его позиций, а об организационных дефектах в его работе, об ее неполноте, о наличии разрыва между требованиями профилактики и ее реализацией.

Профилактик может смело верить, что в результате его длительной работы, отвратительный символ смерти, созданный средневековьем в виде кривляющегося, вооруженного косою скелета, беспощадно разрушающего порося жизни, сменится новым символом угасания жизни, завещанным нам еще в прообразах греческой медицины — изваянием сосредоточенно сдержанного гения, держащего в руках опущенный, догоревший до конца факел жизни.

В старинной гравюре, украшающей медицинские сочинения одного из известных учеников Парацельса, отношения профилактики к терапии представлены чрезвычайно картинно.

Богиня здоровья сидит на троне в храме с двумя колоннами. Одна из этих колонн — профилактика, другая —

терапии. В храм этот врывается женщина, олицетворяющая болезнь. Врач, стоящий у терапевтической колонны, набросил на ногу женщины шнурок. Шнурок этот стесняет движение болезни вперед, но не может ее остановить, и болезнь увлекает за собою врача. На плаще врача, отягощенного громадной сумкой с медикаментами, надпись: «Нужно облегчать страдания, над которыми не удается господствовать». Стоящий перед профилактической колонной врач-профилактик набрасывает на шею болезни цепь и тем останавливает окончательно ее движение. Эмблема в руках врача-терапевта — часы, в руках профилактика — компас.

Если подготовка профилактического персонала из состава врачей в настоящее время не может считаться еще окончательно разрешенной задачей, то еще большие организационные затруднения нужно преодолеть, чтобы в достаточном количестве создать те стержневые профилактические кадры, которые изо дня в день должны вести оздоровительную работу, осуществляемую при непрерывном и самом тесном объединении с грудящимися массами. Этими кадрами является институт сестер социальной помощи. Сестра социальной помощи — опорный рычаг и проводник всей массовой профилактической работы. Характер и степень подготовки ее к профилактической деятельности определяют успешность всех профилактических мероприятий. Достаточный охват населения про-

филактической деятельностью сестер социальной помощи гарантирует коллективу значительное снижение общей заболеваемости и смертности. Без боязни впасть в преувеличение можно сказать, что эффективность работы сестры социальной помощи может быть гораздо более значительной, чем работа врача, и вполне понятно, почему.

Главная задача врача, к которому обратился больной, — установка биологической экспертизы и создание определенного плана терапии. В громадном большинстве случаев врач лишен возможности даже контролировать правильное выполнение его лекарственных назначений. Сущность гигиенических советов врача в каждом конкретном случае сводится к тому, чтобы поставить больной орган в условия минимальной нагрузки, передоверить его функцию, если это оказывается возможным, другим органам и обеспечить дальнейшее существование организма в обстановке меньшего запроса к его функциям. При такой линии поведения врача остается нескрытым социальный базис, на почве которого возник и продолжает развиваться патологический процесс. Так напр., если врач принесет больному с острым ревматизмом салициловый препарат, а больной этот будет продолжать жить в вызвавшем это заболевание сыром подвале, то всякому ясно, что терапия врача не может вызвать существенных улучшений в состоянии здоровья больного, и что необходимо немедля

изменить жилищную его обстановку. Потребность регулировать физическое и социальное окружение больного встречается при каждом заболевании. Вот здесь и начинается работа сестры социальной помощи. Она является органом коллектива, уполномоченным организовать для больного все условия, необходимые для возможно более полного восстановления его биологической энергии. Но задача сестры социальной помощи в области непосредственной профилактики еще важнее: Поистине, она играет роль социального лейкоцита! Являясь в семью больного, она ориентируется в состоянии здоровья окружающих и, если замечает среди них лиц, вызывающих сомнение в степени удовлетворительности их здоровья, убеждает их обратиться в профилактическое учреждение для осмотра и в случае необходимости—для соответствующего лечения.

Если в ряде случаев сестра социальной помощи выискивает начальные формы заболеваний в патологических очагах, где всего вероятнее встретить их, то в другой части своей деятельности сестра социальной помощи исполняет непосредственную профилактическую работу. В этой сфере деятельности она является постоянным, непрерывным органом социально-профилактической разведки, имеющим своей задачей удерживать на грани здоровья всех лиц, которых она встречает на своем пути. Из этого не следует делать вывод, что сестра социальной помощи—

какая-то чародейка, своим вмешательством приостанавливающая течение законов природы. Но она постоянно апеллирует к коллективу, который в своих организованных формах должен приходить навстречу всем запросам сестры социальной помощи, обращающейся к его помощи. У коллектива нет других задач, кроме задач своего самосохранения, правильного видового развития и охраны физического и духовного благополучия своих сочленов.

Историческое появление института сестер социальной помощи и развитие его в странах капиталистической культуры представляют значительный интерес. У нас в дореволюционной России его вовсе не было.

Генетически сестра социальной помощи выросла из института сиделок, имевших своим назначением уход за больными в госпитале и на дому. Реформа этого института связана с незабываемым именем Флоренции Найтингаль, которая первая осознала необходимость для ухаживающего за больными женского персонала получить специальную общеобразовательную и медицинскую подготовку и участвовала в создании первой школы для такого персонала, открытой в 1859 г. в Ливерпуле. Институт этот быстро развивался преимущественно в англосаксонских странах и в различных местах вылился в три различные формы.

В Англии в настоящее время функции вспомогательно-лечебного характера совершенно исключены

из ведения сестры социальной помощи. Она имеет там исключительно социально воспитательные и профилактические задачи. В Америке, где институт этот имеет наибольшее распространение, он проявляется в двух различных организационных формах. В одних местах Соединенных Штатов сестры социальной помощи выполняют специальные функции, в других — функции их имеют всесторонний характер. Общественно-медицинская мысль в Соединенных Штатах Америки все больше склоняется в сторону предпочтения второго вида сестер социальной помощи по целому ряду мотивов, ознакомление с которыми для нас имеет известный практический интерес. Нередко бывает, что в один и тот же день в одну семью заходят сестры социальной помощи из различных медицинских учреждений и дают противоречивые советы. Одна, например, рекомендует держать окна возможно продолжительнее открытыми, чтобы ребенок дышал чистым воздухом, а другая сестра советует не охлаждать помещения, в котором находится лихорадящий член той же семьи. Авторитет каждой отдельной сестры социальной помощи тем меньше, чем сестер больше и чем ограниченнее их специальные функции. Наконец, специализированный объем функций сестры социальной помощи накладывает постоянно на нее клеймо профессиональной узости и ограниченности, приучает ее к техническому шаблону, делает ее работу вследствие однообразия впечатле-

ний все более монотонной, скучной, и сводит, наконец, к ремесленному формализму. Между тем, правильная установка социальных задач, которые могут и должны предъявляться к сестре, требует как раз обратного.

Необходимо, чтобы сестра социальной помощи научилась бы распознавать действие социальных факторов на патологическую жизнь в самых разнообразных их проявлениях и сочетаниях. Теоретически трудно себе представить, чтобы, скажем, в рабочей семье, куда сестра социальной помощи входит, чтобы оказать помощь туберкулезному больному и ориентироваться в окружающей его среде, те факторы, которые вызвали у одного члена семьи туберкулез, не проявились в той или иной степени в форме неблагоприятного влияния и на других членах семьи. В этой же семье она может встретить подростка, страдающего от малокровия вследствие недостаточного питания, вызванного обеднением всей семьи, переутомленную жену этого рабочего, рахитических малолеток, растущих без призора и т. д. Для того, чтобы приостановить губительное действие туберкулеза отца рабочей семьи на всю последующую жизнь семьи в целом, необходима не одна только мера, вроде помещения отца в ночной санаторий, а целый комплекс мероприятий, который сестра последовательно осуществляет, апеллируя к содействию самых различных общественных организаций. Такое разнообразное поле

работы стимулирует энергию сестры в различных направлениях, дает ей постоянно новые импульсы для работы, делает ее работу чрезвычайно интересной. Авторитет «единой сестры», ее влияние на жизнь коллектива, в котором она работает, чрезвычайно возрастает. Она постепенно проникает в самые интимные стороны санитарного быта своего района и работа ее даст максимум возможной плодотворности.

Принцип «единой сестры» выдвигает серьезную, но требующую в настоящее время продуманного и безотлагательного решения задачу об образовании сестры, об подготовке персонала к сложной профилактической работе сестер социальной помощи. Характер необходимой подготовки сестры социальной помощи определяется теми качествами, которым она должна удовлетворять в своей профессиональной работе. Не говоря уже о само собой подразумевающейся вещи, что сестра социальной помощи должна по происхождению принадлежать к тому классу, который она обслуживает, она прежде всего должна иметь определенное общее культурное развитие, чтобы уметь ориентироваться в сложной социальной и санитарной среде, в которой ей придется работать. Общее медицинское образование сестры социальной помощи должно быть таково, чтобы сестра превосходно разбиралась в технике госпитального ухода во всех ее отраслях. Она никогда не должна брать на себя роли

самостоятельного руководства лечением, которое всегда остается за врачом. Сестра должна получить вместе с тем вполне достаточное гигиеническое и профилактическое образование. Цель последнего — обеспечить наиболее точное знакомство с санитарными нормами и с нормами индивидуального гигиенического поведения.

Достаточная умственная зрелость необходима сестре социальной помощи прежде всего потому, что ей на каждом шагу необходимо разрешать ряд следующих задач: какие нарушения требований гигиены в данном случае имеют наиболее серьезное значение; какие непосредственные гигиенические улучшения в данной обстановке возможно немедленно произвести; насколько обеспечивают эти улучшения необходимый как для больных, так и для еще не успевших заболеть оздоровительный эффект; на чью помощь и поддержку в данной семье или в данном коллективе можно рассчитывать в достижении санитарных и профилактических мер; если данная обстановка абсолютно исключает возможности оздоровления, то какая социальная организация должна быть привлечена для того, чтобы перевести данную семью или коллектив в лучшие санитарные условия и т. д.

Если врач, исследующий здорового человека, устанавливает биологическую экспертизу, то сестра, наблюдая реального больного в реальной среде, всякий раз должна разрешать вопрос — какие социальные

факторы, в какой группировке, в какой напряженности способствовали появлению данного заболевания. Врач в своих предписаниях больному часто бывает догматичен, он дает резко очерченные краткие указания общетерапевтического и гигиенического характера. Сестра должна систематично и терпеливо разъяснять как больным, так и здоровым значение этих предписаний врача. Она сделала бы большую ошибку, если бы рассчитывала сразу, одним своим появлением разрушить закоренелые гигиенические предрассудки и создать новые санитарные навыки. Она должна добиваться их настойчивым и постоянным разъяснением значения и важности этих навыков. Указания ее должны быть точны и вполне конкретны. Ей необходимо иметь определенную программу гигиенического перевоспитания семьи и не стремиться пересоздать все сразу, а наметить несколько основных пунктов для своего воздействия, чтобы после перейти к другим.

Сестра должна быть знакома с основной санитарной статистикой своего района, знать, какова в нем рождаемость, общая смертность и детская смертность. Она должна приучиться к правильному и точному ведению тех санитарных бланков, которые ей приходится заполнять. Санитарные записи сестер социальной помощи являются ценными санитарными документами большой социальной важности.

Наконец, сестра не должна быть в своей работе предоставлена самой себе, исключительно своим силам.

Каждый день ее работы должен контролироваться. В таких профилактических учреждениях, где работает несколько или много сестер, минимум на каждые восемь сестер социальной помощи в штате учреждения должна быть старшая сестра, непосредственно руководящая, проверяющая их деятельность. Важно, чтобы лицо, руководящее деятельностью сестер социальной помощи, имело собственный опыт работы в этом направлении. Нередко сестрам социальной помощи приходится консультировать по встречающимся в их практике сомнительным случаям, и совет имеющей большой практический опыт старшей сестры обеспечивает в этих случаях наибольшую авторитетность.

Вопрос о технике подготовки сестры социальной помощи к ее профессиональной работе у нас представляет еще совершенно неразработанную проблему. Наличие кадры сестер социальной помощи рекрутируются из различных групп среднего и выдвигаемого младшего медицинского персонала, обладающего некоторыми сведениями по уходу за больными. Эти кадры совершенно не обеспечены профилактическими знаниями и социальным образованием, необходимым для успешного выполнения осуществляемых этим персоналом функций. Длительное обсуждение вопроса о формах подготовки сестер социальной помощи привело в Америке к выводу, что сестры эти должны обучаться в специальных школах с длительностью

обучения по меньшей мере в два с половиной года. Практическая часть обучения должна занимать не менее половины общего времени, отведенного на обучение.

Техника подготовки сестры социальной помощи должна исходить из трех основных функций, для выполнения которых создается этот институт: 1) уход за больным, 2) предупреждение болезней, 3) культивирование гигиенических навыков.

Сестра должна быть знакома с медициной в той степени, в какой знание ее позволяло бы ей осмысленно организовать уход за больным. В профилактических знаниях она нуждается в такой мере, чтобы быть детально знакомой с гигиеной жилища, гигиеной питания и с индивидуальной гигиеной человека в различных стадиях его жизни. Социально-медицинское образование должно ориентировать сестру в санитарном законодательстве, в организации здравоохранения и системе социального страхования. Санитарно-просветительные функции сестры должны базироваться на элементарной подготовке ее по общей педагогике и по основным методологическим приемам санитарного просвещения. Элементарное преподавание социально-экономических наук должно познакомить ее со строением семейного бюджета и с техникой его изучения. Наконец, сестра должна пройти через незначительную по объему, но строго дисциплинированную санитарно-статистическую выучку.

Некоторые дополнительные знания, как напр., знакомство с методикой антропометрических измерений, не требуют во всяком случае значительного времени на приобретение необходимых практических навыков. Во всяком случае, значительный американский опыт показал, что при умелом комплектовании дисциплин и при полной нагрузке учебного времени срок в 2½ года вполне достаточен, чтобы подготовить вполне пригодную для работы сестру социальной помощи. В настоящее время нужно решительно бороться с ограниченной самовлюбленностью представителей отдельных отраслей профилактики, многие из которых желают иметь в своем распоряжении механический манекен, выполняющий поручаемую ему работу. Ити по такому пути значило бы грешить против интересов социальной профилактики в целом и свести работу сестры социальной помощи к одуряющей монотонности стереотипных психических реакций на среду.

Следует, кроме того, не забывать, что широкие массы нашего населения так мало воспитаны в гигиеническом отношении, что детально образованная в профилактическом направлении сестра еще немалое время будет полезна этим массам при соприкосновении с ними в различных разрезах санитарного быта.

Жизнь, распределение работы, личные склонности обеспечивают дальнейшую специализацию, когда она приобретает характер конкретной нужды. Утомленная

одним видом профилактической работы, сестра может быть перебрасываема для работы на другом участке профилактического фронта, но достаточно широкая социально-профилактическая подготовка должна приучить ее видеть в каждом отдельном отрезке патологических явлений, с которыми она борется, проявление основных социальных дисгармоний; сигнализируя о них, она добивается их смягчения и устранения.

Американская практика установила определенные количественные нормы сестер социальной помощи для обслуживания ими населения. Нормы эти для нас не имеют никакого решающего значения, поскольку они относятся к совершенно отличным от нас условиям социального существования, но все же имеют некоторый ориентировочный интерес. По этим нормам в городе с населением в 100.000 человек должно быть 50 сестер социальной помощи, распределяющихся в следующем порядке по различным частям профилактического обслуживания: 1 сестра для борьбы с заразными больными, 4 для борьбы с туберкулезом, 2 для борьбы с венерическими болезнями, 15 сестер по охране младшего детства, 8 сестер по охране детей школьного возраста и 20 сестер для помощи больным на дому.

Задачи профилактики—воспрепятствовать развитию болезни, установить возможно более ранний диагноз заболевания и предупредить угрожающие осложнения этого заболевания—требуют осуществления следующих основных условий: 1) организации систематического наблюдения за состоянием здоровья лиц, входящих под профилактический надзор; 2) составления возможно более точного представления о состоянии здоровья каждого подвергаемого профилактическому осмотру лица; 3) изменения условий труда и быта, если в них коренится угрожающий источник заболевания; 4) авторитетных и продуманных правил личной гигиены, обеспечивающих возможно более долгое сохранение здоровья, наконец—5) контроля за выполнением сделанных предписаний.

Частичная практика профилактических осмотров уже давно имела применение по отношению к лицам, объединенным в определенные, доступные осмотрам группы, как например: школьники и призываемая на военную службу мужская молодежь. Но она никогда и нигде не получала массовой и систематической реализации. Единственным и заслуживающим внимания исключением является небольшой, но технически интересный опыт, осуществленный в Америке частным объединением, носившим громкое название «Ин-

ститута для продления человеческой жизни». Ознакомление с практикой этого института представляет определенный технический интерес для нашей страны, где профилактические начинания поставлены в центр всей работы в области здравоохранения. Не следует от себя скрывать, что переход значительной части врачебной массы, воспитывавшейся прежде в рамках терапевтического индивидуализма, на путь профилактического действия представляет значительные трудности, которые нельзя преодолеть в короткий срок. И никакого внезапного чудесного превращения не произойдет с врачом в тот день, когда он перейдет работать из обычной амбулатории в учреждение, которое будет называться «единый диспансер» или будет носить другое профилактическое наименование. Для того, чтобы врач переключился с терапевтических рефлексов на профилактические, необходимо, чтобы в диспансерном учреждении существовала определенная «профилактическая» дисциплина, чтобы профилактическое воспитание масс, обращающихся в диспансер, держалось на известном уровне, чтобы была преодолена рутинная рецепта, как действия, завершающего вмешательство врача в оценку здоровья больного, обращающегося к нему за советом.

«Институт продления человеческой жизни» был основан в Нью-Йорке в 1909 году профессором политической экономии Ирвингом Фишером.

Экономическая база его—акционерное общество обычного капиталистического типа, модифицированное лишь в том отношении, что две трети его прибылей отдаются в пользу профилактических учреждений. Любопытно, что идея устройства этого учреждения возникла в результате работ правительственной северо-американской комиссии, которой было поручено изучить все энергетические богатства страны, в число которых был включен и человек, как определенная энергетическая единица.

Клиентами этого института являются лица трех категорий: 1) застрахованные в частных страховых обществах, между которыми и институтом существуют определенные соглашения; 2) служащие в государственных и частных учреждениях, которые также вошли в соглашение с институтом и 3) частные лица, которые за пользование услугами института ежегодно делают взнос в сумме 20 долларов.

Исследование физического состояния здоровья происходит по особой, точно стандартизированной программе (со включением радиоскопического анализа грудной клетки) и длится не более одного часа. В результате осмотра каждый получает санитарную карточку с описанием обнаруженных у него физических дефектов и определенные предписания в писаной форме о необходимом для восстановления здоровья общем гигиеническом режиме, включая в них указания диетического и физкультурного порядка. Никаких терапевти-

ческих указаний институт не дает и, в случае обнаружения начальных или развитых форм болезни, предлагает осмотренным обращаться к любому врачу, которого они обязаны ознакомить со своей санитарной карточкой.

Все прошедшие профилактический осмотр делятся на шесть групп:

Первая группа. Полное физическое здоровье и отсутствие погрешностей против правил гигиены.

Вторая группа. Легкие физические недостатки или незначительные отклонения от необходимых гигиенических правил.

Третья группа, куда входят лица с начальными симптомами болезненных состояний, требующих врачебного наблюдения или изменения гигиенического режима.

Четвертая группа, охватывающая лиц с более или менее развившимися патологическими процессами, не имеющими особо серьезного характера, но требующими врачебного вмешательства.

Пятая группа, где необходима немедленная врачебная помощь, отсутствие которой может в ближайшее время иметь непоправимые последствия.

И, наконец, шестая группа, где осмотр обнаруживает наличие серьезного заболевания, требующего немедленного систематического лечения и прекращения труда.

При повторных осмотрах нередко случается, что лица из третьей, четвертой и даже пятой категории переходят во вторую категорию, если они выполняют данные им указания.

За время своего существования Институт собрал и разработал очень большое количество чрезвычайно

интересных материалов, характеризующих состояние обследованного здоровья нескольких миллионов лиц из различных социальных групп и выясняющих эффективность пользования профилактическими осмотрами лиц, попадающих под наблюдение института, а также экономические выгоды пользования услугами института для страховых обществ.

На основании этих материалов оказывается, что эпоха полного здоровья человека редко переходит за 30 лет жизни, когда обычно уже намечаются те или иные функциональные перебои, если человек не следит за своим здоровьем. Среди промышленного пролетариата в возрасте около 42 лет интенсивность труда начинает значительно понижаться вследствие ослабления общего состояния сил рабочего. Далее, статистические изыскания института приводят к выводам, что введение профилактических осмотров населения в повседневную практику в состоянии снизить на половину интенсивность вымирания среди зрелых возрастных групп населения. Биометрические исследования института приводят к заключению, что среди лиц, находившихся в течение пяти лет под профилактическим наблюдением института, смертность понизилась на 28% по сравнению с обычной силой смертности, характерной для аналогичных групп населения.

Выводы американской профилактической практики представляют для нас интерес в двух отношениях. С

одной стороны, они подтверждают огромное значение профилактических осмотров в процессе сохранения жизни и здоровья. С другой стороны, двадцатилетний опыт проведения профилактического наблюдения, постановка его и статистическая техника учета эффективности профилактического наблюдения, представляющая сама по себе значительные трудности и должная у нас быть поставлена впервые, опять таки представляет для советской профилактической практики значительный ковертный интерес.

Повторяю еще раз, что, хотя организационные формы американской профилактики для нас чужды по своему классовому построению, но, с технической стороны, было бы неправильно не учесть и не изучить детально практику американского профилактического опыта и уместные технические для нас формы работы не использовать в условиях советского здравоохранения.

Основные организационные принципы советского здравоохранения, построенные на началах профилактики, на началах внедрения в бытовую обстановку жизни трудящихся санитарных навыков и на широком развитии самодеятельности в области укрепления санитарной культуры, в настоящее время завершаются естественным и логическим синтезом, осуществляемым организационно в учреждении «единого диспансера».

Под единым диспансером в настоящее время понимается система обслуживания населения лечебно-

профилактической помощью, проводимая в определенном плановом порядке, обеспечивающая максимально и всесторонне как профилактические, так и лечебные его потребности.

В своем законченном оформлении при системе единого диспансера все население обслуживаемого им района должно было бы проходить через систематическое профилактическое наблюдение, сопровождаемое учетом условий труда и быта каждого взятого под профилактическое наблюдение лица. В настоящее время это является еще недостижимым, и поэтому только определенные группы населения, в первую очередь—промышленный пролетариат, охватываются полным диспансерным обслуживанием.

Лица, подлежащие диспансерному обслуживанию, по однородной, строго обдуманной программе должны быть прежде всего подвергнуты медицинскому освидетельствованию. Это освидетельствование дополняется описанием основных санитарных элементов быта и характера труда обследуемого, составляя в целом его санитарный паспорт. Через периодические сроки, не реже чем один раз в году, необходимо производить профилактическое переосвидетельствование лиц, находящихся под диспансерным наблюдением. В случае заболевания врачебная помощь оказывается как амбулаторно, так и на дому врачом, находящимся в составе единого диспансера; сведения о заболевании вносятся в санитарный паспорт данного лица. Что касается

групп населения, не входящих в состав промышленного пролетариата, то систематическому санитарному контролю подлежат только страдающие или угрожаемые определенными болезнями, социально-патологическое значение которых побуждает в первую очередь взяться за организационную борьбу с ними и за профилактику их.

Кроме промышленного пролетариата под постоянное диспансерное обслуживание входят подростки фабрично-заводских школ, все дети школьного и дошкольного возраста и беременные женщины.

В состав единого диспансера, как его отдельные функциональные атрибуты, входят консультации для беременных, для детей младшего и старшего возраста, туберкулезный и педиатрический диспансеры, а также и другие виды социального обслуживания отдельных отраслей социальной патологии (нервно-психический диспансер, раковый диспансер, диспансер для сердечно-сосудистых больных и т. д.).

Московская практика устанавливает для «единого диспансера» район с населением около 30.000. Такой район, обслуживаемый единым диспансером, делится на 10 секторов, каждый с населением около 3.000 человек. В каждом таком секторе находится врач-диспансеризатор, являющийся ближайшим к населению проводником как профилактических, так и лечебных мероприятий. Он оказывает больным своего района медицинскую помощь, как в амбулатории, так и на дому.

В необходимых случаях он направляет больных для специальных осмотров в поликлинику единого диспансера к соответствующему специалисту.

Организация коечной помощи диспансеризованному населению в районе единого диспансера должна принять совершенно новые, плановые формы. Больные направляются в лечебницы не самотеком, а по указаниям врачей-диспансеризаторов, на основании точно взвешенной необходимости.

В обычных условиях наши больницы являются изолированными от всего мира центрами диагностики и терапии.

Поступая в больницу, больной чувствует себя в совершенно новом мире, ничего общего не имеющем с обычной обстановкой его жизни. Больница расценивает больного, как определенный «патологический случай», проходя мимо основного диалектического положения, что «в каждом больном заключается не только медицинская, но и социальная проблема». Бостонский врач Кобо, своим энтузиазмом столь много способствовавший борьбе с госпитальной рутинной и положивший начало в многих американских госпиталях «социальной службе», на основании многолетнего госпитального опыта утверждает, что без основательного ознакомления с особенностями профессионального труда больного, его социального окружения, его характера и привычек, в половине всех случаев правильная терапия невозможна. Но даже в тех случаях, где

госпитальной терапии удастся «поставить больного на ноги», спрашивается, какая последующая судьба его ждет, когда он возвращается в ту привычную ему ежедневную обстановку, которая и вызвала у него наличное заболевание.

Совершенно другой эффект должен получиться в том случае, когда больной направляется в лечебницу врачом единого диспансера вместе со своей санитарной карточкой, раскрывающей госпитальному врачу всю социальную перспективу процессов, предшествовавших и вызвавших данное заболевание.

Работая в составе единого диспансера, госпиталь утрачивает характер изолированной от социальной среды починочной биологической мастерской и входит как необходимый элемент в социально-профилактическую систему, имеющую своей задачей возможно более бережное потребление биологического фонда членов всего коллектива.

Обсуждение роли и участия санитарных врачей в работе единого диспансера в нашей медицинской литературе привело к совершенно излишним заострениям и полемическим выездам. Санитарному врачу свойственны функции двойного характера: непосредственно профилактические, объектом которых, как указывалось выше, является отдельный или групповой человек, и функции санитарные, т. е. функции оздоровления внешней среды, проводимые им лично или во всяком случае им контролируемые.

Если первые функции должны и могут осуществляться в масштабе работы единого диспансера, то ясно, что вторые выходят за его пределы. Так что требовать растворения санитарной организации в «едином» диспансере на основании теоретических предпосылок построения этого диспансера, еще ни где не ставшего прочно на ноги, значит проявлять совершенно неуместный психологический империализм.

Ясно, что участие санитарных врачей в работе единого диспансера необходимо как в области профилактической, так и в области чисто санитарной работы местного оздоровительного характера. Не менее важна их роль, как организаторов массового контроля за эффективной деятельностью всей работы единого диспансера.

Ценность идей «единого диспансера», как системы социалистического здравоохранения, ни в ком не в состоянии вызвать сомнения, но реализация единого диспансера, доступная крупным пролетарским центрам, может со значительным трудом продвигаться в село, в социалистический сектор сельского хозяйства. Главным препятствием, требующим здесь преодоления, является недостаток врачебных кадров. Поэтому в едином диспансере необходимо было бы соблюдать большую экономию в пользовании врачебными силами и передать все функции обследовательского характера подготовленным сестрам социальной помощи.

Комиссия оздоровления труда и быта в едином диспансере должна быть рычагом, при помощи которого проводятся местные оздоровительные начинания и осуществляются разнообразные виды социальной помощи нуждающимся.

При помощи этой же комиссии необходимо начать и затем проводить санитарно-просветительную работу. Для того, чтобы избежать пассивности в работе этой комиссии, необходимо ее снабдить определенными материальными ресурсами, возможность использования которых в определенных профилактических целях будет всегда активировать заинтересованность масс к проблемам здравоохранения.

Совокупность мероприятий, имеющих своей задачей поставить зачатый женщиной плод в благоприятные условия внутриутробного развития и отстранить от него вредные влияния внешней среды, проникающие к плоду через организм матери, называется антенатальной профилактикой («антенатальный» буквально значит «предшествующий рождению») или антенатальной гигиеной.

Каков бы ни был характер и цель профилактических мероприятий, для достижения определенной их эффективности всегда должен быть определенный промежуток времени, и в общем можно сказать, что чем раньше и системнее проводится профилактические мероприятия, тем значительнее и реальнее их польза.

Роль и значение антенатальной профилактики в деле формирования здоровой человеческой конституции, в деле уменьшения ранней детской смертности и в деле охраны здоровья женщин-матерей до сих пор еще мало сознаются в широких медицинских кругах. Исторически формулировка тезисов антенатальной профилактики относится к самым недавним приобретениям этого знания.

Наблюдая развитие гигиенического и профилактического движения в Западной Европе, можно отметить в этом движении следующие этапы: первый —

оздоровление внешней физической среды, вызванное необходимостью ограничить распространение заразных болезней; второй — организация медицинской помощи взрослому населению и популяризация среди него гигиенических знаний; третий — заботы об охране здоровья подрастающей части населения, выразившиеся в учреждении института школьных врачей; четвертый — обращение общественного внимания на значительную детскую смертность и попытки борьбы с нею и, наконец, пятый этап, который в настоящее время находится еще в начальном фазисе своего развития и который может быть назван «профилактикой эмбрионального периода человеческой жизни». Заключительный фазис профилактики в процессах генеративной жизни, которому посвящена последняя глава этой работы, только еще намечается в своих очертаниях и ждет времени, когда социальное сознание ясно сформулирует свои обязанности в деле эволюции человеческого коллектива, и когда научная мысль будет в состоянии в этом отношении серьезно помочь ему.

Такова своеобразная диалектическая эволюция профилактических идей, захватившая в свое русло сначала верхушки профилактики, чтобы переходить впоследствии к ее корням.

Иди противоположным путем, от корней к верхушкам, приходится сказать, что антенатальную профилактику нужно рассматривать, как естественный по-

следующий этап той формы профилактики, которая имеет своей задачей благоприятный подбор двух производителей для создания здорового потомства.

Раз процесс оплодотворения женского яйца мужским живчиком произошел, и человеческий зародыш находится в матке на пути своего внутриутробного развития, то, как только женщина почувствовала себя беременной, антенатальная гигиена должна вступить в свое действие.

Сущность антенатальной профилактики заключается в том, чтобы поставить беременную женщину в такую гигиеническую среду, которая обеспечила бы возможность наиболее благоприятного развития плода, созревающего в ее матке, облегчила бы ей самой процесс родоразрешения, сохранила бы здоровье будущей матери и подготовила бы ее к выполнению обязанностей материнства.

Системное проведение мероприятий по антенатальной профилактике требует, чтобы будущая мать все время до родоразрешения находилась под наблюдением консультации для беременных. Беременная женщина должна отправиться в консультацию и подвергнуться там общемедицинскому и акушерскому исследованию. Если эта женщина уже рожала детей, то детальный анамнестический расспрос о течении родов и о судьбе рожденных ею детей может помочь в установлении характера конституциональных качеств будущей матери. Указания на повторные непроизвольные выкидыши,

на мертворождения, на смерть родившихся детей в первые дни их внеутробной жизни без видимых причин должны вести к точному выяснению, не болен ли женщина сифилисом, и не угрожает ли эта болезнь и будущему младенцу. Чем свежее дата сифилитической инфекции, тем разрушительнее влияние ее на формирующийся плод. Поэтому при наличии свежего заражения женщине нужно рекомендовать избегать зачатия и вместе с тем энергично проводить антилуэтическое лечение.

Мысль о необходимости поголовной противооспенной вакцинации детям на первом году их жизни ни в ком не вызывает сомнений. Но никому еще не приходит в голову настаивать, если не на абсолютном проведении среди всех беременных, то на возможно более широкой постановке серологических реакций для выяснения вопроса, не заражена ли беременная женщина сифилисом.

Наблюдение консультации для беременных осуществляется двумя путями: с одной стороны, беременная через периодические сроки посещает консультацию, где ее осматривает врач, и где она получает определенные гигиенические предписания; с другой стороны, патронажная сестра консультации навещает беременную на дому, знакомится с окружающей ее гигиенической обстановкой, указывает на конкретные возможности улучшения этой обстановки и следит за тем, как беременная проводит в жизнь рекомендован-

ный ей гигиенический режим. Сестра социальной помощи должна обладать значительной инициативой, чтобы разобраться в нередко запутанной внешней обстановке, в какой приходится жить беременной, и выискать и использовать гигиенические возможности, даваемые этой обстановкой. Сестра социальной помощи должна посещать беременную до седьмого месяца беременности один раз каждые две недели, а последние месяцы и чаще — раз в неделю. Она убеждается в том, как беременная выполняет указания консультации насчет характера разрешенного ей труда, использования часов отдыха, условий питания, ухода за грудью, гигиены одежды, туалета всего тела и проч.

Первое же посещение беременной консультации должно сопровождаться анализом мочи беременной; в периодические сроки анализы должны повторяться. Совет и гигиенические указания, получаемые в консультации будущей матерью, должны получать окончательное закрепление и систематическую формулировку в «школе материнства», которая должна быть устроена при всякой консультации.

Школа эта имеет своей задачей в течение ряда плавно организованных лекций-бесед с беременными женщинами привить будущим матерям сознательные гигиенические навыки, поднять уровень их санитарной осмысленности, объяснить значение рекомендуемых гигиенических мероприятий как для собствен-

ного их здоровья, так и для здоровья будущих младенцев. Догматическое изложение гигиенических требований в такой школе абсолютно не должно иметь места. Смысл и значение всякого гигиенического требования в области охраны раннего детства должны в этой школе детально разъясниться, преодолевая различные суеверия и предрассудки, накопившиеся в деле вскармливания и ухода за малолетними детьми. В практике некоторых консультаций установился, как минимально обязательный, следующий цикл тем, охватываемых школой материнства: 1) общие принципы гигиены беременной женщины; 2) питание беременной; 3) одежда беременной; 4) подготовка к родам; 5) гигиена послеродового периода; 6) уход за новорожденным; 7) гигиена детского вскармливания; 8) гигиена младенческого возраста.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Ни в одной области социальной патологии эффективные результаты профилактических мероприятий не приобретают такого ясного выражения, как в борьбе с детской смертностью. Это зависит от того, что благоприятные результаты здесь достигаются путем относительно несложных воздействий на поведение матери ребенка, от которой зависит судьба жизни ее младенца.

Шансы на выживание ребенка в течение первого года его жизни зависят преимущественно от трех факторов: 1) состояния здоровья матери, 2) близости матери к ребенку и 3) знакомства матери с гигиеной раннего детского возраста. Всякое из этих трех условий, будучи поколеблено в нормах, тем самым создает непосредственную угрозу для дальнейшей жизни младенца.

Профилактические мероприятия по охране жизни младенцев до года получили повсюду особенное распространение потому, что за последние годы в капиталистических странах рождаемость стала падать с угрожающей быстротой, которая уже в настоящее время ставит Западную Европу перед угрозой обезлюдения.

Характеристика темпа снижения рождаемости в странах Западной Европы видна из таблицы.

3. Св.-мед. профилактика

Число живорождений на 1.000
среднего населения:

	1871—1880 гг.	1911 г.	1928 г.
Англия	35,5	24,4	16,7
Голландия	36,4	27,8	23,3
Италия	36,9	31,5	27,2
Германия	39,1	28,6	18,5
Норвегия	30,9	25,7	18,0
Швеция	30,4	24,4	17,3
Франция	25,4	18,7	18,2

В настоящее время всякое снижение коэффициента рождаемости за пределы 20 на 1.000 населения приходится считать угрожающим, так как если представить себе, что все родившиеся будут достигать пятидесятилетнего возраста, то возрастная группировка населения будет состоять из 50 возрастных количественно равных групп, из которых достижение пятидесятилетнего возраста, т. е. 2% всего населения ежегодно будут вымирать, что соответствует коэффициенту смертности 20 на тысячу населения.

Отсюда является понятным повсеместное желание сберечь для жизни столь ограниченное число рождающихся младенцев. Нижеследующая табличка даст представление о динамике детской смертности в различных странах Европы, приблизительно за то же время, в пределах которого показана динамика рождаемости.

Сопоставление этой таблицы с предыдущей свидетельствует о том, что за последние десятилетие в отмеченных странах падение детской смертности опережало падение рождаемости.

Умирало на 100 родившихся на первом году жизни.

	1871—1875 гг.	1911 г.	1927 г.
Голландия	21,0	18,7	5,9
Дания	13,7	10,6	8,3
Италия	20,9*	15,7	12,7 (1926 г.)
Германия	20,5*	19,2	9,7
Норвегия	10,8	6,5	8,1
Франция	17,8	15,7	8,3
Швеция	13,4	7,2	6,2
Англия	15,3	13,0	7,0

Если сильное понижение детской смертности, наблюдаемое в большинстве стран Европы, с одной стороны, объясняется значительным уменьшением числа детей, тем, что рождающиеся дети в большинстве случаев являются детьми желанными, за которыми со стороны матери обеспечен возможно больший уход, то, с другой стороны, нельзя не признать и определенной роли в этом снижении широко раскинутой во всех странах сети специальных учреждений по охране детей. Но так как эти учреждения преимущественно обслуживают городское население, которое притом гораздо богаче гигиеническими навыками, то детская смертность в сельскохозяйственных странах, кроме севера Европы, в среднем значительно выше, чем в странах с развитой индустрией.

Статистика детской смертности в настоящее время так тщательно изучена, что умелые выводы из нее дают вполне точные указания, в каком направлении должна идти дальнейшая борьба за ее снижение.

* Данные относятся к 1876—1880 годам.

Прежде всего, в детской смертности до одного года нужно различать раннюю детскую смертность — детскую смертность на первом месяце жизни — и смертность последующих одиннадцати месяцев жизни ребенка на первом году его существования. Смертность на протяжении первого месяца жизни никогда не составляет меньше третьей части общего числа смертей на первом году жизни и поэтому может и должна занимать значительное место в общей профилактике детской смертности до одного года. В половине случаев и больше среди причин смерти детей на первом месяце жизни фигурирует диагноз «врожденная слабость».

Диагноз этот сам по себе не имеет точного медицинского содержания и в большинстве случаев выводится из самого факта смерти младенца, ближайше причины которой остаются неизвестными. В более точном медицинском смысле он может быть поставлен только по отношению к детям, преждевременно родившимся, когда он оправдывается недоразвитием младенца. Число преждевременных рождений особенно велико среди первородящих матерей, и так как количество матерей, довольствующихся рождением одного только ребенка, становится с каждым десятилетием все больше, особенно в городах, то отсюда становится ясным, почему так часто заполняется рубрика «врожденной слабости» в статистике причин детской смертности.

Должно быть ясным также и то, что, как ни важна роль социальных факторов в смертности вообще и в детской смертности в частности, переоценивать их непосредственную роль в ранней детской смертности было бы неправильно. Ребенок в первые дни жизни так нетребователен к окружающему миру: ему нужна грудь матери, тепло и чистые пеленки, т. е. то, что как будто бы могла бы ему дать и наиболее обездоленная мать. И если он гибнет в первые дни и недели своего бытия, то главным образом и чаще всего потому, что та «социальная среда», в которой он развивался девять месяцев своей внутриутробной жизни, не обеспечила его необходимыми физическими ресурсами для внеутробного существования. Иначе говоря, вся проблема профилактики ранней детской смертности — это проблема не детской консультации до первого посещения которой младенцу даже не удается часто дожить, а это проблема консультации для беременных, это проблема антенатальной гигиены, изложенная выше. Охрана жизни первых дней и недель жизни ребенка осуществляется через охрану матери.

Травмирование ребенка в процессе акушерского вмешательства в акт родоразрешения также занимает довольно значительное место в числе причин детской смертности. Отсюда видно, какое важное значение в борьбе с ранней детской смертностью имеет надлежащая постановка акушерской помощи. Недостаточ-

ный охват этой помощью родильниц на селе в значительной степени объясняет, почему ранняя детская смертность на Украине в селах в настоящее время в полтора раза выше, чем в городах.

Переходя к рассмотрению профилактических мер борьбы с детской смертностью в возрасте свыше одного месяца на интервале последующих одиннадцати месяцев жизни первого года, приходится повторить элементарную гигиеническую аксиому, что исключительное кормление грудью матери в течение первых шести месяцев жизни ребенка является необходимым условием для сохранения жизни младенца в первые шесть месяцев его существования.

Это азбучное гигиеническое предписание нарушается в основном мотивами двух категорий. Недоразвитие грудных желез с сопровождающим его понижением лактационной их деятельности, наблюдаемое в широких размерах среди горожанок, заставляет их часто в первые же месяцы переходить к искусственному прикорму. Среди селянок это явление наблюдается гораздо реже (точные размеры его еще не изучены), и ранний прикорм у них объясняется чаще всего отсутствием элементарных гигиенических сведений об основах кормления младенца. Пока эти гигиенические навыки не станут известны и закреплены в сознании матерей, до того времени борьба с детской смертностью будет оставаться лозунгом без всякого внутреннего содержания.

Внедрение этих навыков в реальный гигиенический режим матери-селянки требует систематического влияния на нее и постоянного контроля за их фактическим проведением. А обе эти функции могут быть обеспечены только распространением деятельности сестер социальной помощи на сельские территории. Не приходится ожидать времени, когда все сельские местности будут покрыты сетью детских консультаций. Но и теперь уже необходимо, чтобы в каждом врачебном сельском участке работало по несколько сестер социальной помощи, которые обслуживали бы наиболее неотложные профилактические нужды населения (сельский бытовой сифилис, туберкулез сельских школьников) и в том числе оздоровление детства.

В настоящее время, основываясь на опыте борьбы с детской смертностью в тех странах, где она упала уже до 3—5 смертей на 100 рождений,* можно сказать без всяких преувеличений, что весь успех дела борьбы с детской смертностью находится в руках профилактической организации, задача которой сводится только к энергичному и системному проведению относительно немногих, но очень тщательно проводимых действий. Задача эта в санитарной обстановке Советского союза приобретает тем больше зна-

* Коэффициент детской смертности на 100 рождений в 1929 году в Новой Зеландии был 3, 4, в Швейцарии—5, 2, в Голландии—6, 9.

чения, что высокие коэффициенты рождаемости, являющиеся чрезвычайно типичными для демографической характеристики нашего недавнего санитарного быта, имеют тенденцию к резкому понижению вследствие значительного распространения аборта, особенно в городах.

Показатели рождаемости в крупных городских центрах Украины более низки, чем соответствующие показатели в целом ряде западно-европейских столиц. Относительно весьма значительный прирост населения в целом в Советском союзе идет за счет сельского населения. Но и оно за последние годы стало на путь рационализации своей половой жизни, и эпоха автоматической репродукции населения отходит уже в прошлое. Легализация аборта, с одной стороны, пропаганда противозачаточных средств — с другой, в ближайшие годы скажется в значительном уменьшении темпа рождаемости и на селе. При этих условиях борьба за сохранение жизни относительно уменьшенного числа рождающихся детей приобретает очень важное социальное значение.

Профилактика детской смертности не требует каких-либо особых медицинских мероприятий, а сводится исключительно к системному выполнению задач организационно-профилактического масштаба. Всякое выпадение отдельного звена в цепи этих организационных установок обесценивает или ослабляет значение другого звена и всей цепи.

Прежде всего необходимо, чтобы обслуживаемая территория, если дело идет о большом городе, была разбита на определенные участки. В каждом участке должна быть детская консультация. Устройство консультации, как известно, не требует значительных затрат. В ней абсолютно необходимыми элементами являются детские весы и стерилизатор для молока. Профилактически подготовленный врач и штат сестер социальной помощи подразумевается сами собой. Консультация должна раз навсегда установить автоматическую связь с органами, регистрирующими рождения, и с родовспомогательными учреждениями своего района.

В Англии извещение консультации обо всех рождениях установлено обязательным законодательным актом. Сестра социальной помощи там приходит к матери ребенка в первые дни его жизни, дает указания гигиенического характера и сообщает ей о времени, когда она должна явиться в консультацию. Аккуратное посещение консультации матерью ребенка и систематические посещения квартиры ребенка сестрой социальной помощи — есть два неперемennых условия для эффективной работы консультации. Можно вывешивать какую-нибудь вывеску профилактического характера над учреждением, но, если его внутренняя работа не построена на принципах определенной социальной эффективности, осуществляемой через дисциплинированную работу, то это учреждение

заставляет вспоминать скептический афоризм Козьмы Пруткова о случаях, когда человек не должен верить своим глазам... У нас нередко наблюдаются случаи, когда так называемые сестры-обследовательницы в течение целого года посещают младенца не чаще трех раз. Если ребенок в определенный, точно указанный срок не прибыл с матерью в консультацию, то сестра социальной помощи должна удостовериться в причинах этого непосещения. В отдельных случаях сестры-обследовательницы прекращают патронаж на дому, когда они убеждаются в том, что матери не следуют их указаниям, и когда они считают свою деятельность безрезультатной, т. е. как раз в тех случаях, когда здоровье и жизнь грудного младенца находится под наибольшей угрозой. Если сестра-обследовательница в отдельном случае может растеряться, то она ни в коем случае не должна сдавать свои профилактические позиции. Особенности каждого отдельного такого случая должны быть обсуждены в консультации, и при участии совета социальной помощи должна быть организована обстановка, обеспечивающая выживание ребенка.

Профилактика детской смертности имеет перед собой три основных задачи: снижение смертности от болезней желудочно-кишечного тракта, от болезней дыхательных органов и от заразных болезней.

Болезни желудочно-кишечного тракта являются причиной смертности детей до одного года в количеств

до 25% общего числа смертей в этом возрасте. Статистически уже давно доказано, что основной причиной этих смертей служит, с одной стороны, раннее лишение ребенка той естественной пищи, какую он получает из груди своей матери, и введение ненужного и раннего искусственного прикорма при наличии у матери грудного молока, с другой стороны.

Перевод грудного младенца на искусственный прикорм вызывается или фактической невозможностью матери кормить его своим молоком или отсутствием молока в груди матери.

Первое наблюдалось, как правило в дореволюционное время в России, у фабричных работниц, не имевших никаких льгот по материнству и вынужденных отрываться от своего младенца в первые же дни рождения его на свет. Мероприятия по охране детства и материнства, установленные в Советском союзе после революции (одно из которых заключается в предоставлении матери-работнице двухмесячного отпуска до и после родов), возвращают ребенку его мать и вместе с ней ее молоко.

Вторая причина раннего вынужденного прикорма заключается в незначительном количестве молока в грудях матери, часто исчезающем вовсе в первые же месяцы после рождения ребенка и вынуждающем мать переходить на искусственное вскармливание. Такие дети гибнут массами, особенно в летние месяцы от острых гастроэнтеритов. До сих пор нет единомыслия

в оценке прохождения этих гастроэнтеритов. Одни усматривают их причину в порче молока бактериями, другие — в непосредственном влиянии высокой температуры на организм ребенка, мало физиологически еще приспособленный к процессам терморегуляции. Массовые заболевания грудных детей, находящихся в закрытых учреждениях, во всяком случае свидетельствуют, что в патогенезе острого гастроэнтерита играет преобладающую роль инфекционное начало. Мухи, по всей вероятности, имеют значение разносчиков заразы. Неоднократно наблюдались массовые заболевания острым гастроэнтеритом грудных детей в закрытых учреждениях вслед за обильным прилетом мух в эти учреждения.

Дети, вскармливаемые материнским молоком, защищены почти абсолютно от детского токсического гастроэнтерита. Немногие случаи наблюдаемых среди них заболеваний могут быть объяснены непосредственным занесением инфекции младенцу путем контакта с ней при наличии грязной обстановки, окружающей ребенка.

Из всего этого с ясностью следует, что профилактика детской смертности от желудочно-кишечных заболеваний сводится главным образом к тому, чтобы кормление ребенка грудным молоком матери продолжалось возможно дольше, и чтобы в случаях, когда у матери молока достаточно, до шести месяцев жизни ребенка грудное молоко было единственной пищей

младенца. Последующие мероприятия профилактики сводятся к тому, чтобы с момента начала прикорма последний соответствовал физиологическим потребностям ребенка и был свободен от всякого бактериального загрязнения.

Мухам должна быть объявлена война, проводимая неуклонно и всеми находящимися в данной обстановке мерами.

В сельской обстановке основное внимание профилактики детских поносов приходится сосредоточить на борьбе с ненужным и губительным для грудных младенцев преждевременным прикормом. Неправильное чередование в грудном кормлении, как это можно заключить из наблюдений, произведенных отделением социальной гигиены Харьковского института охраны детства и материнства, имеет в патогенезе желудочно-кишечных заболеваний гораздо меньше опасности, чем введение раннего прикорма.

Болезни органов дыхания (главным образом — пневмония и катарр бронхов) занимают до 17% в числе причин смерти на первом году жизни младенцев.

В патогенезе их играют несомненную роль простудные факторы, резкие изменения в температурных колебаниях комнатного воздуха. Смертельный исход от этих заболеваний чаще наблюдается среди младенцев с унадом питания на почве предшествовавших расстройств пищеварительного тракта. Скудность, из-

лишняя влажность воздуха, отсутствие надлежащей вентиляции жилища имеют значение предрасполагающих факторов к этим заболеваниям.

Инфекционные болезни занимают также значительное место в числе причин детской смертности до одного года. Повидимому, степень участия их в общем бюджете детской смертности до одного года соответствует степени распространения их среди общей массы данного населения. Из инфекционных болезней, являющихся причинами детской смертности на первом году жизни, наибольшее значение имеют грипп, коклюш, корь и скарлатина. Профилактика этих заболеваний сводится к мерам общесанитарного характера, к возможному изолированию матери с ребенком от неблагоприятных факторов окружающей среды. Если кое-чего и удастся достигнуть санитарными паллиативами, как напр. возможно более чистым содержанием жилища, возможно более чистой его аэрацией, то все же максимального эффекта мероприятий приходится ждать от коренного улучшения жилищных условий и от оздоровления всей санитарной нашей среды в целом.

Профилактические мероприятия в области охраны детского возраста до последнего времени почти исключительно центрировались на детях до одного года, привлекавших к себе вполне справедливо социальное внимание громадными цифрами младенческой смертности.⁷

Затем внимание это было перенесено на школьный возраст, в котором дети, собранные в школе, обеспечивали возможность системного контроля за условиями их физического развития и здоровья. Таким образом получилось, что дошкольный возраст, как правило, выпадал из поля общественно-санитарного контроля и не был объектом каких-либо организованных профилактических мер. Между тем, цифры смертности детей в периоде, следующем за первым годом жизни, не так уж малы и заставляют гораздо более внимательно обеспечить эти возрастные детские группы профилактическими заботами.

Ниже приводятся цифры детской смертности на протяжении первых лет жизни в различных странах относящиеся к 1924—1926 году (см. ст. 80).

В этой таблице обращает на себя внимание значительная смертность детей, переживших уже первый год жизни, на Украине по сравнению со смертностью детей в других перечисленных странах.

*7. Конн
Монархический*

Возраст	Украина 1926 г.		Швеция 1925 г.		Англия 1926 г.		С.Ш.С.А. 1924 г.	
	Мальч.	Дев.	Мальч.	Дев.	Мальч.	Дев.	Мальч.	Дев.
0—1	159,4	132,4	65,6	50,9	83,2	63,2	145,4	128,2
1—2	61,5	57,1	10,7	9,4	19,2	17,5	24,6	24,9
2—3	35,2	34,2	4,6	4,2	8,0	7,0	11,8	11,4
3—4	24,5	23,9	3,9	3,0	4,9	4,7	7,7	7,9
4—5	18,0	17,6	2,9	2,2	3,8	3,3	5,8	5,9

Эта повышенная детская смертность на Украине объясняется главным образом участием в ней смертей от заразных заболеваний. Небольшие имеющиеся в нашем распоряжении материалы о причинах смертности на протяжении от второго до пятого года жизни включительно по городам Украины свидетельствуют о том, что в среднем до 20% всех смертей, падающих на второй год жизни, и до 25% всех падающих на возраст от третьего до пятого года жизни вызывается острозаразными болезнями.

Последующая таблица, сопоставляющая порядок выживания на 1.000 родившихся в различных странах, свидетельствует, как велика преждевременная смертность на Украине по сравнению с другими странами.

На 1.000 родившихся доживает до 5 лет.

	Украина (1925-26 г.г.)	Швеция (1914-15 г.г.)	Германия (1924-26 г.г.)	Англия (1920-22 г.г.)	Франция (1920-23 г.г.)	Нов. Зеланд. (1921-22 г.)
Мужской пол . . .	720	888	858	869	856	935
Женский пол . . .	750	905	881	891	877	946

На 1.000 родившихся доживает до 15 лет.

	Украина	Швеция	Германия	Англия	Франция	Нов. Зеландия
Мужской пол	676	863	844	849	836	918
Женский пол	706	878	868	870	852	934

Из этой таблицы видно, что в то время, как в Новой Зеландии, которая в настоящее время характеризуется максимальной выживаемостью населения, из 1.000 родившихся мальчиков только 82 не доживают до возраста экономически активной жизни, Украина хоронит на протяжении 14 лет жизни почти целую треть родившихся, а именно: 324 мальчиков и 294 девочек.

Эти цифры красноречиво свидетельствуют о том, какие громадные области профилактики остаются до сих пор еще незаполненными. В сущности говоря, три четверти всей профилактической работы должны сводиться к тому, чтобы довести организм неповрежденным до периода его полного развития и поставить его в условия исчерпанного развития всех благоприятных зародышевых зачатков. Если бы это удалось сделать, то и потребность в лечебной медицине в последующих возрастах точно также сократилась бы на три четверти.

Относительно небольшие цифры переживших «потребительский» возраст жизни перешагнувших через «производящий этап» жизни вовсе не свидетельствуют

о том, что эти счастливицы сохранили в неповрежденной целости свои биологические ресурсы. Если этих ресурсов оказалось достаточно, чтобы не стать жертвой смерти от инфекционного заболевания, то, как показывает повседневный опыт, оставшиеся в живых приносят с собой много органических дефектов, ослабляющих их биологическую резистентность и часто понижающих их социальное значение. Поэтому совершенно ясно, что возраст формирования человека должен быть ударным центром всей профилактической работы и местом приложения ее в значительном и разнообразном масштабе. В настоящее время только один из элементов этого возраста более или менее обеспечен профилактическим вниманием—это период школьного детства, от 7 до 15 лет.

Городские дети дошкольного возраста только в некоторой части находятся под организованным педагогическим и частью медицинским контролем в детских садах. Сельские дети до сих пор сохраняют полную свободу распоряжаться своим досугом, и их конституции предоставляется право вступать в единоборство с инфекционными началами. Одни из них падают в этой неравной борьбе, другие выходят со значительно помпозной конституцией, ничтожному меньшинству неизвестно какими путями удается успешно избежать встречи с представителями различных бактериальных профессий, снующих вокруг беспомощных малышей.

Первое профилактическое начинание, широко спонсированное советской медициной в деле охраны этой группы детского населения—это организация яслей—как в городах, при фабриках, заводах, жилищных кооперациях, так и на селе. Эти ясли должны сыграть громадную, ни с чем несравнимую профилактическую роль в оздоровлении нашего детства, особенно сельского, стать конкретной школой внедрения навыков личной гигиены с раннего детства, прививаемых на всю последующую жизнь. Ясли и детские сады, которые должны раскинуться широкой и густой сетью по всему социалистическому сектору сельского хозяйства, являются мероприятиями, заново строящими весь наш сельский гигиенический быт, в то время как разбросанность сельского населения, инертность, малая забота о личной гигиене, отсутствие представлений о мерах личной профилактики не позволяли до сих пор в этом отношении добиться мало-мальски значительных успехов.

Организация профилактического надзора над детским школьным возрастом, хотя и стала намечаться в различных странах Европы приблизительно с восьмидесятих годов прошлого века, до сих пор еще почти всюду носит несовершенный характер. Если во многих городах России в дореволюционную эпоху в школах номинально существовал институт школьных врачей, ограничивающихся периодическим, достаточно редким общим осмотром состояния здоровья

школьников и лишенных каких-либо возможностей существенно влиять на санитарный распорядок школы в целом, то при этом нужно помнить, что во всей безграничной сельской России имелся только один школьный врач (в Московской губернии). В настоящее время, после Октябрьской революции, бывший институт школьных врачей заменен организацией врачей охраны здоровья детей с широкими и разнообразными профилактическими функциями. Хотя этот институт в настоящее время количественно еще не является вполне достаточным для обслуживания сельского детства, но во всяком случае он уже успел твердо оформить свое существование, завоевать общественные симпатии и теперь находится на пути к дальнейшему развитию.

Первоначально деятельность школьных врачей сводилась к недопущению детей, болеющих инфекционными и контагиозными болезнями, в школу. При развитии среди учеников какой-либо школы инфекционного заболевания профилактическое самолюбие врача добивалось и удовлетворялось закрытием на время школы. При этом не учитывалось, что такое оригинальное проявление научной профилактики, как закрытие школы, имеет обоснованное значение лишь в том случае, когда дети, остающиеся дома, попадают в более благоприятную санитарную среду, чем та, какой служит школа. Как правило, это, понятно, никогда не случается, потому что сельские школьники

в домашней обстановке лишены какого-бы то ни было санитарного надзора.

Вообще нужно сказать, что вопрос о роли школы в распространении заразных заболеваний остается до сих пор открытым, и несомненно, что пальму первенства в происхождении таких серьезных болезней, как трахома, разнообразные кожные болезни и проч., должна получить семья школьника, с которой он связан гораздо более интимно, чем со школой, — семья в которой он ест, где он проводит значительную часть своего дня и всю ночь.

Постепенно в объем функций школьного врача стали проникать идеи профилактического характера, сознание необходимости предупреждать инфекционное заболевание, коррегировать физические аномалии, воспитывать в детях санитарные навыки, проводить физическую культуру.

Громадное значение в профилактической практике современного врача охраны здоровья детей имеет систематическое измерение детей. В некоторых американских школах процедура антропометрического исследования обставляется определенной торжественностью, чтобы возбудить у школьников интерес к ней.

Школьники, вес которых более или менее значительно отклоняется от нормального для их возраста и роста, должны выделяться в особую группу и быть предметом особого санитарного попечения.

В процессе улучшения санитарной обстановки школы и класса должен быть заинтересован весь коллектив учащихся. Было бы желательно, чтобы некоторые результаты медицинского исследования здоровья школьников вывешивались на особых таблицах и привлекали бы тем самым к себе внимание учащихся. Констатирование у школьника того или иного болезненного состояния должно быть поводом к системному изучению обстановки той среды, где он находится.

В этом отношении сестра социальной помощи является непременным элементом профилактики детского возраста. Она проникает в семейную среду школьника, знакомится с деталями его повседневного быта, воздействует на родителей школьника, устраняет дефекты в санитарном распорядке семейной жизни школьника и в необходимых случаях прибегает к общественно-организованной помощи ученику.

Институт сестер социальной помощи в школах у нас пока еще не получил развития, он весь в будущем. Но ясно без дальнейших доказательств, что оздоровление школьного детства не может стать на солидную базу, пока этот институт не станет одним из самых крепких звеньев всей цепи профилактических мероприятий по охране здоровья новых поколений. Всякий ученик, обращающий на себя внимание теми или иными отклонениями от нормы в своем психофизическом развитии, должен быть тщательно изучен у себя на дому. Особенное внимание должно

быть уделено изучению происхождения таких явлений у школьника, как чрезмерная бледность, значительная худоба тела, частые головные боли, всякие кожные сыпи, невротические признаки, неуспеваемость.

Организация горячих завтраков в школе, как мера, совмещающая в себе санитарные цели с педагогическими, должна быть обязательным заданием всякого врача по охране здоровья детей.

Растущая сеть профилактических амбулаторий для детей школьного возраста является серьезным подспорьем в профилактической работе по охране здоровья детей, так как, с одной стороны, эти амбулатории имеют своей задачей детально устанавливать характер патологических изменений и по возможности устранять их, с другой—поставить определенные группы детей школьного возраста под постоянное и углубленное санитарное наблюдение.

Но деятельность современного советского врача по охране здоровья детей не ограничивается непосредственно школой, а далеко переходит за ее стены. Расширяющееся пионерское движение, имеющее одной из своих задач широкое оздоровление «смены смене», устройство летних пионерских лагерей, оздоровительных площадок, летних детских санаторий и разнообразных, в настоящее время только намечаемых, реформ массового профилактического характера, предъявляют к врачу охраны здоровья детей и подростков серьезные требования значительно расширить свой профи-

лактический горизонт, детально изучить психофизическую конституцию растущего организма, приобрести солидное знание по физической культуре и педологии. Основной работой его всегда остается—зорко следить за развивающимся юным коллективом, не допускать среди членов его никаких перенапряжений, обеспечить им возможность правильного развития индивидуальных физических качеств и умственных способностей в обстановке коллективного труда и коллективной солидарности.

ПРОФИЛАКТИКА МАТЕРИНСТВА

Те мероприятия, объектом которых становится женщина во время беременности, и которые носят название антенатальной гигиены, составляют лишь отдельный сегмент в цепи профилактических начинаний, имеющих своей задачей охрану здоровья женщины. Во время беременности женщина является средой, внутри которой происходит развитие нового организма, и ясно, что без контроля за физическим благополучием этой среды невозможно рассчитывать на появление жизнеспособной, здоровой новой жизни. Поэтому антенатальная профилактика есть одновременно профилактика и женщины, и зреющего в ее лоне младенца. Но профилактические задачи по отношению к женщине, как к члену коллектива, участвующему одновременно и в продукции материальных ценностей, и в репродукции самого населения (биологических ценностей), гораздо более обширны и определяются ее положением в хозяйстве и в эволюции коллектива.

Какой то социолог с'язчил, что можно написать историю материальной культуры человечества и не упомянуть в этой книге ни разу имени женщины, как творческого деятеля. Ему можно было бы возразить, что вся человеческая культура есть дело женщины, на которой всегда лежала тяжчайшая миссия

заполнять пустоты жизни, вызываемые как естественной амортизацией человеческого существования, так и хищнической эксплуатацией человеческой энергии и неравной часто борьбой с жестокой природой. Чем грубее эксплуатация человеческой жизни, чем легкомысленнее обращается хозяйственная система с человеческими материалами, тем больше становится генеративная нагрузка женщины. В настоящее время нам кажется примитивно варварской эта непрерывная функция генеративного аппарата, характерная особенно для крестьянки еще не столь далекого, недавнего времени, превращение ее в какой-то своеобразный генеративный *perpetuum mobile*, фабрикующий непрерывно детские существования. Фактически все хозяйственные системы вплоть до капиталистической пользовались человеческим сырьем, вырабатываемым кустарным путем женщинами, для своих хозяйственных интересов, нисколько не задаваясь вопросами о том, чтобы поставить это производство в элементарно сносные санитарные условия и обеспечить этому сырью возможность наиболее эффективной переработки в социально-хозяйственные ценности. В одинаковой степени их мало заботила мысль о том, чтобы поставить самих продуценок в условия элементарной охраны их здоровья и труда. И когда женщина подымала свой голос за право участия в культурных интересах коллектива, она чаще всего слышала окрик: «назад, в спальню и кухню!»

Для нас совершенно ясны два положения: 1) что современная женщина может быть активным и ценным членом культурного процесса, только будучи равноправным участником производственной жизни в стране и 2) что еще важнее,—что только будучи таковой, она в состоянии будет и функции детопродукции выполнять в обстановке, обеспечивающей все культурные и эволюционные потребности коллектива. Можно сказать еще больше, когда женщина овладеет и осмыслит свое генеративное самосознание, то социальное положение и роль ее изменится в такой же степени, как это стало с пролетариатом, когда он в процессе борьбы с капиталистической системой выковал себе классовое самосознание и стал в одних странах хозяином собственной жизни, в других—продолжает добиваться своих прав на эту самостоятельность.

Весьма крупным событием в истории буржуазной культуры XIX века, несомненно, явилась тенденция к регулированию детопродуктивных процессов, которая проявилась сперва среди социальных верхов, овладевших первыми этой техникой, и затем стала постепенно просачиваться во все без различия социальные классы. Сама по себе эта тенденция ничего общего не имеет с проблемой «вырождения», о чем часто пишут некоторые перепуганные врачи и социологи, кричащие о всеобщей генеративной забастовке женщины и омрачающие общественное воображение

картинами грозного всему человеческому миру обезлюдения. В этой тенденции проявляется исторически присущее человеку стремление рационализировать свою жизнь, поставить ее вне грубых законов природы, подчиняясь безответственно которым человек должен был бы всегда влечь животное существование. Но, с другой стороны, совершенно ясно, что такая рационализация деторождения, проводимая в индивидуальном порядке и охватывающая все слои населения, действительно угрожала бы через несколько поколений значительной депопуляцией.

В настоящее время можно только пожалеть, что гениальный ум Маркса, мельком скользнувший по проблеме населения в полемике с Мальтусом, не внес в обсуждение ее всей мощи и глубины свойственного ему научного анализа. Но основной брошенный им тезис, что закон народонаселения имеет исторический характер, т. е. изменяется в связи с социально-культурным развитием коллектива, должен быть отправной точкой для всякого серьезного исследования, желающего разобраться в сложнейшей из сложных социальных проблем.

Слепая вера в автоматизм человеческой репродукции, взгляд на человека, как на в избытке имеющийся дар природы, как на известную материальную ценность, часто не имеющую никакой соответственной рыночной ценности, всегда затемняли проблему того, в каких соотношениях должен получаться оптимум

между производством материальных ценностей и производством человека.

Во весь свой рост эта проблема встанет перед социалистическим обществом, в которое, возможно, многие народы вступят с уменьшенными против сегодняшнего дня кадрами населения.

Возрастная группировка современного западно-европейского населения приобретает все больше старческий оттенок. Рождений с каждым годом становится все меньше. Процентное участие зрелых и перезрелых групп населения все больше увеличивается в массе населения. Вследствие этого процесс смертности населения в ближайшие годы все больше будет нарастать и, что самое главное, перестанет компенсироваться избытком рождений.

В среднем на каждую тысячу населения с небольшими уклонами в обе стороны приходится около 250 женщин в воспроизводительном возрасте. Так как воспроизводительный возраст женщины обнимает тридцать лет жизни, от 15 до 45 лет, то если бы каждая женщина в течение своей жизни рождала одного ребенка, то годовой показатель рождаемости в таком случае был бы 250:30, т. е. 8,3. Кратное от этого числа и свидетельствует о том, какое число живорождений приходится на одну женщину в данный исторический период.

Для того чтобы удержать в численном равновесии два поколения—активно выступающее на сцене жизни

и готовящиеся стать ему на смену, необходимо, чтобы показатель этот (8,3) был по меньшей мере увеличен в три раза, т. е., чтобы каждая женщина имела трех детей, двое из которых, таким образом, заступают место родителей, а третий необходим как излишек, вследствие того, что до 12—15% браков вовсе бесплодны. Число это должно быть еще несколько повышено, имея в виду, что часть детей гибнет до достижения ими воспроизводительного возраста и таким образом с баланса народонаселения должна быть снята.

Статистические показатели рождаемости, относящиеся к самому последнему времени, свидетельствуют о том, что в целом ряде западно-европейских центров лозунг «один ребенок в семье» стал в полном смысле общераспространенным явлением. В 1929 году рождаемость в Берлине составляла 9,6, в Вене и в Женеве — 10,0, в Брюсселе — 11,9, в Праге — 12,1 (на 1000 населения). Ясно, что в данных случаях пополнение вымирающего городского населения идет за счет деревни. Но процесс прогрессирующего обезлюдивания все сильнее захватывает и западно-европейскую деревню, что сказывается в том, что коэффициент смертности все больше приближается к коэффициенту рождаемости, а временами обгоняет его. В 1929 году во Франции при коэффициенте рождаемости в 17,7‰ коэффициент смертности был 18,0‰, а в бывшей части России — Эстонии коэф-

фициент рождаемости — 17,2‰ при коэффициенте смертности в 18,1‰.

Проблемы социальной профилактики материнства, как всякие социальные проблемы вообще, упираются в социальную структуру данной хозяйственной системы. В условиях капиталистического хозяйства они являются одним из внутренних противоречий этого хозяйства, где коренное разрешение их становится невозможным. В обстановке социалистического хозяйства функция материнства становится одной из важнейших социальных функций обновления коллектива, не омрачаемой той бездной страданий, горя и нищеты, которая часто разворачивается перед матерью детей в буржуазном обществе. Не стоит себя обольщать лживыми надеждами, что переход от конвейерной системы детопроизводства, столь характерной еще для недавнего времени и местами неизжитой в селе и по сейчас, в систему сознательного материнства, совершится вполне гладко, без шероховатостей и без судорожных толчков.

Одним из таких отрицательных с социально-гигиенической стороны явлений служит значительное учащение числа искусственных абортов. Операция искусственного аборта, выведенная советским законодательством из подполья, где она служила объектом корыстных целей производящих ее лиц и, часто совершаемая неумелыми руками, угрожала здоровью и жизни прибегающих к ней женщин, фактически в

значительной степени превратилась в средство индивидуального регулирования рождений и прерывания нежелательной беременности.

Рост абсолютного числа аборт на Украине показан в нижеследующей таблице.

Годы	Абс. числа	Число аборт на 1.000 населения
1923—1924	52.836	2,0
1924—1925	89.172	3,2
1925—1926	149.648	5,3
1926—1927	245.088	8,4
1927—1928	297.364	9,9
1928—1929	364.453	11,9

Анализ аборта на Украине, произведенный мною и д-ром Шнейдером на основании детальной статистической разработки абортных карточек за 1927 г. в количестве 99.154, обнаружил целый ряд чрезвычайно интересных фактов, характеризующих генеративный эффект половой жизни современной женщины в разных социальных разрезах и впервые в социально-гигиенической литературе с положительностью установил неблагоприятное влияние распространенного аборта на дальнейшую родовую деятельность женщины. Анализ этот, между прочим, показал, что в настоящее время искусственным абортм заканчивается 59,8 % всех зачатий среди служащих женщин, 51,4 % — среди работниц, 49,8 % — среди жен служа-

щих, 41,2% — среди жен рабочих и 30,7% — среди селянок. 25% среди служащих женщин, обращающихся с целью произвести аборт, делают это при первой своей беременности; среди работниц показатель этот несколько ниже и выражается в числе 19,6%. Современная гинекология считает очень вредным производство аборта первобеременными, инволютивные процессы в матке которых нередко обрекают их в дальнейшем на роковое бесплодие. Вместе с тем анализ аборта показал, что число родов, кончающихся мертворождением, среди прибегавших ранее к абортм женщины в больших городах, где он является наиболее распространенным, равно 6,7, т. е. вдвое превышает обычно наблюдаемые показатели мертворождения. Иначе говоря, этот факт обнаруживает, что повторные абортм несомненно ухудшают шансы на благоприятное течение и исход последующих беременностей среди абортировавших ранее женщин, когда они, наконец, решаются на донашивание плода. Очевидно, что аборт, как индивидуальная мера к регулированию или, правильнее говоря, к ограничению деторождений, с социально-гигиенической точки зрения не выдерживает никакой критики и должна быть заменена другими путями, на поиски которых и направлено современное медицинское внимание.

Не менее ясно и то, что массовое распространение аборта находится в коренном противоречии с задачами социально-медицинской профилактики материн-

ства, которые имеют своей целью облегчить женщине выполнение падающей на нее функции деторождения и материнства.

Физиологически естественный процесс беременности и родоразрешения женщины в обстановке культурного существования связан с рядом опасностей. У примитивных народов акт разрешения протекает относительно очень легко. Вследствие отсутствия акушерской помощи среди них в этих условиях невозможно выживание матери с аномалиями таза, если бы они в силу какой-либо случайной мутации или приобретенного повреждения появились. С другой стороны, природные условия существования не могли вызвать появление таких болезней как рахит, которые тесно связаны с условиями «одомашниения», вызываемого культурной обстановкой.

Как известно, среди свободно живущих животных ни разу не удалось найти признаков рахита, в то же время рахит—повседневное явление среди животных, томящихся в неволе. Различные деформации таза, утолщение его и уменьшение его конъюгат, развиваются частью на почве рахита, частью на почве общей недоразвитости женского организма. Наличие их осложняет правильный процесс родоразрешения, вынуждает прибегать к искусственным методам извлечения плода, увеличивает шансы инфекции органов тазовой области, вероятность последовательных болезней и смертей рожениц и родильниц. При Зем-

мельвейсе в госпиталях смертность от послеродовой горячки наблюдалась при 11,4—34,9 % случаев общего числа всех родоразрешений. Имя этого талантливого профилактика, впервые доказавшего, что родильная горячка обуславливается занесением в половые органы роженицы инфекции, навсегда будет памятно в истории профилактического движения. Но хотя эти колоссальные цифры смертности при родах давно уже преданы забвению, еще и в настоящее время повсюду акт родоразрешения связан с некоторой вероятностью гибели матери, как это видно из следующей таблички:

На 1.000 живорожденных наблюдалось случаев смерти

	При родах	В том числе от родиль- ной го- рячки		При родах	В том числе от ро- дильной горячки
Англия (1922)	3,8	1,4	Дания (1921)	2,0	1,3
Австрия (1922)	4,5	1,3	Испания (1921)	5,1	3,2
Бельгия (1921)	5,8	2,4	Италия (1918)	3,7	1,4
Венгрия (1915)	4,0	1,3	Норвегия (1919)	3,5	1,3
Германия (1919)	5,1	2,9	Франция (1915)	6,6	3,3
Голландия (1920)	2,4	0,8	Швеция (1918)	2,6	1,3

К сожалению, мы не располагаем материалами о силе смертности во время родов в пределах Советского Союза за исключением относительно небольших отрывочных сведений. Даже в тех городских центрах, где при смерти является обязательным медицинское свидетельство врача о ее причине, статистика смертности при родах весьма неточна. Многие

случаи смерти, связанной с родами, врачами указываются как перитонит, без более ясного указания его причины, или как гнилокровие, также без детальных указаний об его характере. Если сопоставлять абсолютное количество умерших от перитонита и сепсиса мужчин и женщин, то в среднем получается, что число умирающих от обоих названных болезней женщины на 30% больше, чем число умерших мужчин. Ясно, что этот избыток женских смертей перед мужскими в значительной степени связан с родовым процессом женщины. В отчете Центрального статистического управления Украины о смертности городского населения за 1925 год исправленный коэффициент смертности в зависимости от беременности и родов в четырех больших городах Украины выражен в числе 4,98 смертей на 1.000 родоразрешений. Исторический анализ оперативной помощи при родах показывает, как об этом свидетельствуют собранные материалы по Норвегии, по бывшему герцогству Баденскому и по г. Гамбургу, прогрессирующее увеличение случаев вмешательства врача в акроло разрешения.

Число оперативных вмешательств
на 1.000 родов

Норвегия	Баден	Гамбург
1900 г. . . 25,7	1871-79 гг. . . 44	1889 г. . . 47,4
1905 г. . . 32,4	1880-89 гг. . . 60	1894 г. . . 51,5
1910 г. . . 38,2	1890-99 гг. . . 74	1899 г. . . 63,2
1915 г. . . 46,6	1900-07 гг. . . 81	1900-04 гг. . 69,9
		1905-09 гг. . 74,9

Материалы, относящиеся к различным странам, единогласно свидетельствуют о росте оперативного вмешательства в родовой акт, причем цифры Гамбурга говорят о том, что среди городских женщин это вмешательство значительно чаще, чем среди сельского. Рост этот можно объяснить или прогрессирующей смелостью акушера, побуждающей его вмешиваться в процесс родоразрешения, смелостью, воспитанной в нем успехами асептики, или все больше растущей объективной необходимостью вмешиваться в родовой акт.

В медицинской статистике до сих пор не собрано таких же точных наблюдений о конституциональных качествах женского таза и физического развития женщины вообще, как это сделано для мужской молодежи при военных наборах.

Накопление и анализ этих материалов могли бы выяснить чрезвычайно интересный вопрос, имеем ли мы в факте прогрессирующего увеличения искусственного вмешательства в родовой акт отражение прогрессирующего ухудшения женской конституции, находящее себе косвенное подтверждение в увеличении числа матерей со слабым развитием грудной железы. Если бы факты эти подтвердились, то их легко можно было бы связать со все большим вовлечением масс населения в городские формы существования, — со все большим количеством девушек, вовлекаемых в индустриальные формы труда. В материалах Баден-

ской акушерской статистики бросается в глаза особенно сильный рост родоразрешений при помощи щипцов. В то время как за 1870—1879 годы на каждую тысячу рождений приходилось 18 случаев накладки щипцов, в 1900—1907 гг. число это дошло до 31,5.

Неопубликованные еще материалы разработки карточек о 110.357 родоразрешениях, произведенных при участии акушерского персонала на Украине за 1927 г., свидетельствуют о том, что патологические роды составляют в среднем $52,3\%$ к общему их количеству. Материнская смертность в больничной обстановке при патологических родах составляет $2,2\%$. Наиболее часто применяемые методы акушерского вмешательства это поворот, наблюдаемый в $11,5\%$ общего числа родовспоможений, и положение щипцов—в $8,9\%$.

Предпосылкой для медицинской профилактики материнства служат широкие мероприятия социальной профилактики, облегчающие женщине выполнение функции родоразрешения и последующего кормления рожденного ребенка. Целый ряд льгот, предоставляемых советским законодательством в деле охраны женского труда, запрещение, как правило, ночного труда и труда в особо опасных для женщин профессиях, освобождение от труда за два месяца до разрешения и на два месяца после него, являются чрезвычайно крупным завоеванием в области профилактики материнства.

К мерам социально-медицинской профилактики относятся: подготовка квалифицированного акушерского персонала, дисциплинированного по отношению к асептике, возможно больший охват родоразрешений акушерской помощью в специальных родильных домах, расширение консультаций по охране материнства, в которых каждая беременная должна быть своевременно осмотрена врачом, чтобы последний мог подготовить мать к возможным осложнениям беременности и избежать их своевременным вмешательством. Профилактика рахита женского организма должна начинаться уже в детской консультации, когда приходит мать с поворожденным младенцем, где она получает указания о важности кормления ребенка грудью и необходимые сведения о гигиеническом режиме для ребенка вообще.

Современные профилактические устремления медицинской мысли требуют, чтобы техник акушер и мастер терапии — гинеколог значительно расширили свои функции и превратились бы в агентов санитарной охраны эмбриональной жизни человека и плодноносного женского чрева.

Профилактические мероприятия, имеющие своей задачей устранение или уменьшение определенного заболевания, должны быть основаны на детальном знакомстве со всеми факторами, вызывающими это заболевание. Если факторы эти недостаточно известны, если отсутствует знание сравнительного значения их, то профилактика может заблудиться, придать первостепенное значение фактору второстепенному, составить неудачный и не вознаграждаемый результатами план и программу своих действий.

Это особенно приходится помнить, когда речь идет о профилактике туберкулеза. Несмотря на то, что человечество тысячелетиями платит дань этому могущественному противнику, научная медицинская мысль до сего времени не могла еще сговориться по поводу этиологии туберкулеза, и эта разногласия смущает всякого профилактика, готовящегося вступить в борьбу с туберкулезом.

Стоит осмотреть шестые туберкулеза по ареале человеческой истории, чтобы в глаза бросились следующие факты: в остатках человеческих костей, сохранившихся от доисторической эпохи, не удается найти никаких изменений, которые можно было бы приписать костному туберкулезу. Повидимому, туберкулез был незнаком первобытному человечеству.

С другой стороны, при исследовании египетских мумий целый ряд ученых находили изменения, указывающие на несомненное наличие туберкулеза в египетской цивилизации. Иначе говоря, появление туберкулеза связано непосредственно с развитием городской культуры и с сосредоточением скученных масс населения в ограниченных пространствах. Другой факт, представляющий большой интерес, заключается в том, что кроме человека туберкулезом болеют животные и птицы, которые соучествовали человеку в его истории, были им приручены и поставлены в условия «домашнейности». Когда то произошла встреча свободно живущего сапрофита с человеком, утратившим способность свободного приспособления к нему; сапрофит приобрел патогенные свойства и, пройдя через последовательный пассаж, в течение массы человеческих поколений, приобрел устойчивые формы, впервые описанные Р. Кохом в 1882 году и рассматриваемые, как специфический возбудитель туберкулеза.

По отношению к этиологии туберкулеза две взаимно исключаящие друг друга точки зрения периодически выдвигались на авансцену медицинских воззрений. Одна утверждала, что основа туберкулеза находится в наследственном предрасположении, другая, — что туберкулез есть заболевание инфекционного характера. Также и на излечимость туберкулеза в разные эпохи смотрели совершенно различно. До семидесятых годов прошлого столетия туберкулез

в медицинских кругах считался абсолютно неизлечимым, в настоящее время господствует обратная точка зрения, проповедуемая с той же решимостью, что и предшествующая. Как подтасовывается формальная логика медика под господствующие в данную эпоху взгляды, видно хотя бы из того, что относительно слабая внутрисемейная заражаемость жены мужем ранее объяснялась тем, что муж, занятый профессиональной работой, проводит значительное время вне дома и не успевает заражать членов своей семьи.

Прошло уже около полувека после открытия Кохом специфического возбудителя туберкулеза, а спор о том, что играет большую роль в патогенезе туберкулеза — бактерия или среда, в которую она попадает, до сих пор еще не закончен. Что является решающим фактором в благоприятном росте посева: зерно, попадающее на почву, или почва, создающая благоприятные условия для прорастания зерна? Всякому непредубежденному человеку должно быть ясно, что в патогенезе туберкулеза оба эти фактора должны постоянно встречаться в тех или иных соотношениях. В одних случаях туберкулез разыгрывается на почве врожденного или приобретенного в течение жизни ослабления сопротивляемости организма, в других случаях повторные и значительные инфицирования организма даже при относительно высокой устойчивости организма делают его жертвой этой болезни.

Фактически туберкулезную палочку приходится считать убиквитарной (распространенной повсюду). Инфекция туберкулезом происходит уже в детском возрасте, и взрослые люди в городах фактически все уже инфицированы туберкулезом. С социально-гигиенической точки зрения важным представляется тот факт, что при наличии всеобщей инфекции только часть инфицированных заболевает туберкулезом, и что из заболевших туберкулезом относительно немногие умирают непосредственно от этой болезни, а остальные очень долго, годами и подчас десятилетиями справляются с ней и становятся жертвами иных смертельных заболеваний.

При оценке всех факторов, влияющих на распространение туберкулеза и могущих влиять на борьбу с ними, представляет значительный интерес картина постепенного падения туберкулеза в Англии, начавшегося уже в эпоху, предшествовавшую открытию специфического возбудителя туберкулеза Кохом, когда еще не начиналась непосредственная борьба с туберкулезом. Это совершенно ясно из ниже помещаемой таблички.

Смертность от туберкулеза дыхательных органов в Англии (на 10.000 населения)

1850 г.	27,0	1890 г.	17,4
1860 г.	26,5	1910 г.	13,3
1870 г.	25,2	1920 г.	9,8
1880 г.	19,6	1928 г.	7,8

Первый противотуберкулезный диспансер в Англии был учрежден в Эдинбурге Филиса в 1887 году и только в 1921 году английским санитарным кодексом была признана обязательность устройством противотуберкулезных диспансеров во всех округах Англии. Обязательная регистрация туберкулезных больных в Англии была установлена только в 1912 г.

Таким образом видно, что падение смертности от туберкулеза легких в Англии началось задолго до первых организованных мероприятий по борьбе с туберкулезом. Этому падению сопутствовали значительные мероприятия по улучшению санитарной обстановки городов, а также по уничтожению пошлин на ввозимые зерновые продукты и падение цен на пищевые вещества. В то время, как в 1814 году на душу населения в Англии приходилось 42 фунтов зерновых злаков, в 1901 году количество их достигло до 247 фунтов. Отсюда можно сделать вывод, что все мероприятия по улучшению питания, жилищных условий и санитарного быта населения в целом являются первым условием для борьбы с туберкулезом. Они укрепляют иммунитет населения к заразным болезням вообще и к туберкулезу в частности. Эти мероприятия должны рассматриваться, как мероприятия массового профилактического характера, в то время как мероприятия, разворачиваемые специально по линии противотуберкулезных учреждений, могут рассматриваться, как меры частью групповой, частью

индивидуальной профилактики, усиливающие значение первых.

В последние годы в Западной Европе усиливается течение, рассматривающее проблему борьбы с туберкулезом, как проблему инфекционного характера. С социально-гигиенической точки зрения необходимо решительно бороться с таким индивидуальным и узко бактериологическим подходом к туберкулезу. Устанавливая взаимозависимость между социальной средой и патологией человека, социальный гигиенист никогда не имеет права отрешиться от идеи взаимозависимости целых групп людей, подчиненных давлению тождественных факторов среды, охватывающих целые социальные группы населения. И вместе с тем он не должен забывать, что те же отношения взаимозависимости, которые он наблюдает между социальными факторами и патологией в коллективе, он должен уметь разыскивать в цепи сменяющих друг друга поколений.

Вопрос приходится ставить в том направлении, что если существует определенная связь между конституциональными свойствами человека и вероятностью заболевания данного человека туберкулезом, то эта связь должна найти отражение и в жизненной судьбе непосредственных потомков этого человека. Но нахождение этой связи представляется делом чрезвычайно трудным и деликатным: 1) здесь принимают участие целые группы других факторов, осложняя

ющих картину передачи конституциональных качеств следующему поколению; 2) социальная обстановка среды, в которой находится нисходящий потомок лица, болевшего или умершего от туберкулеза, может быть совершенно другого характера, чем та, в которой приходилось жить представителю предыдущего поколения.

Со стороны формального логического мышления проблема патогенеза обычно ставилась так: или наследственность или внешние воздействия (инфекция). С точки зрения диалектического мышления приходится утверждать, что конституциональные факторы, если они участвуют в патогенезе туберкулеза, должны вйти свое проявление и в судьбе следующего поколения, и что в целом проблема туберкулеза должна ставиться не в плоскости «или — или», а в плоскости: «в какой степени одни факторы, в какой степени другие».

Критерием для суждения о роли конституциональных факторов в патогенезе туберкулеза не могут являться отдельные наблюдения о телосложении туберкулезных больных, а только массовый анализ физического состояния как туберкулезных больных, так и тех лиц, которые впоследствии становятся жертвами туберкулеза. Эти массовые измерения, в которых проявляются основные закономерности, не могут быть наблюдаемыми на отдельных индивидах, без всякого сомнения устанавливают тот факт, что больные

туберкулезом в среднем обладают более узким периметром груди и меньшим весом тела, чем люди, пощаженные этой болезнью. Эти различия наблюдаются во всех возрастных группах. Это различие в конституциональном телосложении можно было бы объяснить, как результат самого заболевания, а не как фактор, предшествовавший его появлению. Но такие возражения не могут иметь силы, потому что такие же различия установлены в конституциональных типах людей задолго до появления туберкулеза у лиц, впоследствии туберкулезом заболевших и оставшихся здоровыми; это было неоднократно установлено при обработке материалов страховых обществ.

Таким образом, факты заставляют признать, несомненным наличие конституционального предрасположения к туберкулезу, которое проявляется в сужении верхнего грудного отверстия, что ведет за собой уменьшение амплитуды дыхательных движений, ослабление кровяного тока и создает точно еще невыясненный механизм появления туберкулезного процесса. Это предрасположение в одних случаях является унаследованной конституциональной особенностью, в других случаях — приобретенной конституциональной аномалией. *Habitus phthisicus* чаще встречается среди лиц, родители которых были поражены туберкулезом. Условия неправильной гигиенической обстановки во всю эпоху формирования организма вызывают отставание в развитии отдельных органов

человеческого тела. Чаще всего это приходится на грудную клетку. Постоянное поверхностное дыхание в связи с сидячим образом жизни и с недостаточным питанием организма в течение ряда лет вполне объясняют наличие массы предрасположенных к туберкулезу, особенно среди городских жителей. Несмотря на то, что вопрос о влиянии наследственности на туберкулез издавна занимает медицинскую мысль, тема эта до сих пор не может считаться достаточно изученной. Это объясняется массой субъективизма, пропитывающего медицинское мышление. Различные исследователи приписывали наследственным факторам от 10 до 83% всех случаев, наблюдаемых ими заболеваний, в зависимости от того, какой круг родства они включали в свои вычисления. На основании наиболее крупных и наиболее серьезных исследований приходится установить, что, примерно, четвертая часть больных туберкулезом имела туберкулезных предков в ближайшем восходящем поколении. Цифра эта сама по себе говорит довольно много, но остается неизвестным контрольный показатель — какой процент среди здорового, не болеющего туберкулезом населения имеет родителей, болевших туберкулезом. Можно думать, что во всяком случае он не так велик.

Классическая работа Риффеля, который исследовал судьбу трех поколений в Карлсдорфе, где он жил до глубокой старости, показала следующее: туберкулез встречается в 3% семейств, где оба ро-

дители были свободны от туберкулеза, в 7,4% семейств — с туберкулезным отцом, в 9,8% семейств, где была туберкулезная мать, и в 21,8% семейств, где оба родителя были больны туберкулезом. Его исключительные по своему интересу работы были опубликованы в начале девяностых годов, когда медицинская мысль, увлеченная Коховским открытием, прошла мимо его выводов о роли наследственности при туберкулезе.

Значительно позже была опубликована исключительно интересная работа Вейнберга, по поводу которой мюнхенский гигиенист, преемник Петенкоффера, Макс Губер, выразился, что такие работы должны вернуть статистике то место в медицине, которое она по праву заслуживает. Вейнберг проследил судьбу до 20 лет 18.052 детей, рожденных в браках, в которых один или оба родителя умерли от туберкулеза. Одним из его выводов является тот, что смертность детей от туберкулеза в этих семьях втрое выше, чем среди населения в среднем.

Как ни важны эти работы, бросающие свет на родовой генезис туберкулеза, они все же оставляют открытым один весьма существенный вопрос: не идет ли в наблюдаемых случаях речь не о наследственной передаче туберкулеза, а об инфекции, весьма вероятной вследствие длительного совместного пребывания детей в одной санитарной обстановке. Убедительных массовых исследований, которые могли бы совершенно авторитетно опровергнуть такое возра-

жение, пока еще нет, хотя отдельные наблюдения, принадлежащие знаменитому основателю учения об астенической конституции — Штиллеру свидетельствуют о том, что наследственные тенденции к туберкулезу проявлялись среди детей, разлучаемых со своими родителями.

Относительная ограниченность роли инфекции в процессе заболевания туберкулезом видна из выводов, сделанных тем же Вейнбергом, что в семьях, где один из супругов умер от туберкулеза, смертность от той же болезни второго супруга наблюдается только в полтора раза чаще, чем в среднем среди населения. Но даже и эта относительно немного повышенная смертность не может быть вся исключительно быт отнесена за счет инфекции, так как определенная группа социальных факторов, способствовавших туберкулезному заболеванию одного из супругов (условия питания, жилищная обстановка и проч.), в том же направлении воздействуя на здоровье второго супруга, тем самым должны были повышать вероятность появления у него туберкулеза.

Мы задержались на анализе конституциональных факторов в патогенезе туберкулеза несколько подробнее, потому что этот вопрос переходит далеко за грани теоретического значения; правильная оценка этого фактора должна дать определенную установку в разрешении профилактики туберкулеза. В заключение мы должны прийти к тому положению, что кон-

ституциональный фактор играет настолько громадную роль при оценке туберкулезного патогенеза, что обходить его значение значило бы рассматривать человеческий организм, как аквариум, понав в который та или иная бактерия чувствовала бы себя в нем полным хозяином и размножалась бы в нем до крайних пределов возможности.

В целом ряде социально-патологических процессов и в частности при туберкулезе механизм воздействия бактериальных патогенных возбудителей мы должны представлять себе таким образом, что сперва длительное нарушение нормальных жизненных функций понижает сопротивляемость как единиц, так и целых коллективов. На эту ослабленную почву садится патогенный возбудитель и делает свое дело. Поэтому лучшее средство массовой профилактики туберкулеза — это борьба за санитарную конституцию коллектива, повышающую все его естественные иммунобиологические качества. Другие мероприятия групповой и индивидуальной профилактики необходимо рассматривать как мероприятия подсобные, усиливающие значение первых при их наличии и мало эффективные при их отсутствии.

Туберкулезу давно уже присвоено название «жилищной болезни». Эта этикетка в настоящее время также нуждается в пересмотре. С гораздо большим правом ее можно заменить этикеткой «болезнь питания».

Термин «жилищная болезнь» основан на том, что статистика смертности от туберкулеза ясно показывает, что большинство туберкулезных больных жили в очень неблагоприятных жилищных условиях. Но ведь от начала заболевания туберкулезом до возможной смерти от туберкулеза дистанция иногда целого ряда лет, так что ставить в связь конечный стадий болезни, отделенный рядом лет от начальной стадии, с условиями жилья, в котором больной умер, это методологически непростительная оплошность. Как хроническое заболевание, подтачивающее условия материального благосостояния больного и всей его семьи, туберкулез вызывает прогрессирующее обеднение этой семьи и ухудшает совместно с этим и жилищные ее условия. Квартира, в которой больной умер, чаще всего совсем не та квартира, где он заболел. Вторая ошибка при расценке туберкулеза, как жилищной болезни, заключается в том, что жилищные условия вовсе не являются каким-то самодовлеющим и оторванным от других сторон быта населения элементом этого быта, а находятся в полном соответствии друг с другом. Тяжелые жилищные условия—это вместе с тем обыкновенно значит: неблагоприятные условия питания, отсутствие необходимых санитарных навыков, невозможность проводить в жизнь меры гигиенического порядка и т. д. При этих условиях выделение жилищного фактора в независимую категорию и приписывание ему того, что

есть результат комплексного воздействия целой группы сплетенных взаимно влияний, является грубой ошибкой не только против диалектической, но и против простой, азбучной логики.

Не с меньшим, а, пожалуй, с большим правом туберкулез может быть назван болезнью вследствие недостаточного питания. Исследования Вассермана над питанием населения Германии во время империалистической войны показали, что между числом калорий, приходящихся на человека, и высокой смертностью от туберкулеза наблюдается обратная связь. А исследования других эпидемиологов показали, что в громадном повышении смертности от туберкулеза во время войны (в 1918 году среди гражданского населения Германии от туберкулеза умерло на 50.000 больше обычного числа смертей в довоенные годы) участвовали два фактора: с одной стороны, более быстрое течение болезни, приводящее к детальному исходу, с другой стороны—и новые заражения. Нужно при этом заметить, что городское население Германии дало гораздо больший подъем смертности от туберкулеза, чем сельское. Жилищные же условия в городах Германии за военное время во всяком случае не могли значительно ухудшиться, так как некоторый наплыв жителей в города, вызванный требованиями военной промышленности, был с избытком компенсирован массой городского населения, ушедшего на военные фронты.

Единственный факт, сохраняющий ценность при подходе к туберкулезу, как к «жилищной болезни», заключается в том, что перенаселенное и гигиенически небрежно содержимое жилье при наличии в нем туберкулезного больного создает опасность в смысле возможности рассеивания заразы. Здесь выступают на сцену задачи индивидуальной профилактики, которые должны проводиться хорошо подготовленным персоналом из состава сестер социальной помощи.

Организационным центром профилактики и борьбы с туберкулезом в настоящее время повсюду является противотуберкулезный диспансер. Основоположителем этого типа лечебно-профилактического учреждения, специализированного для борьбы с туберкулезом, был французский бактериолог Кальметт, открывший в 1902 г. в г. Лиле первый противотуберкулезный диспансер.

Слово «диспансер» значит буквально «распределитель», и, по мысли Кальметта, диспансер должен быть центром снабжения больных туберкулезом необходимыми им предметами как медицинского характера (плевательницы и проч.), так и разного инвентаря, обеспечивающего больным соблюдение гигиенически обязательных норм (отдельная кровать, белье) и делающего их неопасными для окружающих в смысле возможности распространения заразы. Вместе с тем, по мысли Кальметта, диспансер должен быть центром поста-

новки ранней диагностики туберкулеза, что так важно особенно при этой болезни, начальные клинические проявления которой обыкновенно протекают очень неявно, вследствие чего обычно туберкулезный больной обращается к врачу на высоте развития болезненного процесса, когда гораздо меньше шансов на приостановление и затухание разгоревшегося туберкулезного очага. Наконец, третья идея, вложенная Кальметтом в основу противотуберкулезного диспансера, это гигиеническое воспитание как самого больного, так и окружающих его членов семьи.

В то время как на Западе Европы и в Америке типы диспансеров имеют чрезвычайно нестройный характер (в одних диспансерах только диагностируют туберкулез, в других диагностируют и лечат) и носят в значительной степени оттенок частной благотворительности, ставящей перед собой невыполнимую задачу штопать дырки от социальных язв капиталистической системы, советская противотуберкулезная организация, как один из органических элементов общей системы социалистического здравоохранения, построена на принципе оздоровления труда и быта, осуществляемого при непосредственном и активном участии трудящихся масс. Этот принцип социальной профилактики, вложенный в дело советского оздоровления, дает возможность системного и последовательного устранения из обстановки труда и санитарного быта населения тех факторов, которые подры-

вают физические силы коллектива и угрожают ему туберкулезом. Ячейками, на которые выпадает эта активная миссия оздоровления неблагоприятных факторов труда и быта, являются комиссии оздоровления труда и быта (Котиб). Они должны быть застрельщиками и организаторами необходимых оздоровительных начинаний.

Практика западно-европейской борьбы с туберкулезом показала, что, чем более организовано влияние рабочих масс на санитарное законодательство, тем большие успехи там достигнуты в борьбе с туберкулезом. В настоящее время максимальная смертность от туберкулеза наблюдается не в странах с максимально-развитой промышленностью, а в странах по преимуществу сельскохозяйственных или в таких, которые характеризуются малым санитарным уровнем масс населения, что видно из приведенной на стр. 121 таблицы, где собраны наиболее свежие сведения о смертности от туберкулеза по целому ряду стран.

Организационными центрами профилактики и борьбы с туберкулезом в настоящее время повсюду являются противотуберкулезные диспансеры. На Украине в 1928 году их насчитывают 118. Во Франции число их доходит до 600 (1927 год), в Англии в 1927 году их было 442, в Италии 193, в Германии в 1926 году количество диспансеров дошло до цифры 2089.

Противотуберкулезный диспансер должен детально быть ориентированным в заболеваемости и в смерт-

Смертность от туберкулеза
на 10.000 населения

Страны	год	Туберкулез дыхатель- ных органов	Туберкулез других орга- нов	Все формы туберкулеза
РСФСР (города с населением бо- лее 50.000) . . .	1926	19,2	2,5	21,7
Украина (в це- лом)	1927	—	—	14,2
Окружные го- рода Украины	1927	—	—	16,4
Франция	1926	14,7	1,9	16,6
Венгрия	1927	21,0	2,6	23,6
Чехословакия .	1927	17,4	2,0	19,4
Япония	1926	13,3	5,4	18,7
Австрия	1927	—	—	16,6
Швеция	1924	11,8	2,6	14,4
Англия	1927	7,9	1,4	9,3
Германия . . .	1927	7,8	1,5	9,3
Голландия . . .	1927	7,0	2,4	9,4
Бельгия	1927	6,8	2,8	9,6
С. Ш. С. А. . . .	1927	6,8	0,9	7,7
Дания	1926	6,2	1,9	8,1
Австралия . . .	1927	4,9	0,7	5,6
Н. Зеландия . .	1927	3,9	0,9	4,8

ности от туберкулеза в пределах своего района. Сведения о лицах, умерших от туберкулеза, *да* всегда может получить от органа, ведущего регистрацию смертности. Наличие многих случаев смерти от туберкулеза среди лиц, которые прижизненно не были объектами внимания диспансера, наиболее красноречиво свидетельствуют о том, что диспансер не охватывает своей профилактической работой населения и что он не приостанавливает развития туберкулеза из имеющихся в наличии очагов его.

Центральным нервом всей диспансерной организации должна быть прекрасно налаженная работа сестер социальной помощи. В каждом случае обнаруженного случая туберкулезного заболевания необходимо стараться ответить на два кардинальных вопроса: 1) где источник данного заболевания и 2) кому инфекция угрожает дальнейшим распространением.

Сестра социальной помощи принимает самое активное участие в том, чтобы воспитать гигиенически как самого больного, так и окружающих его лиц. При ее непременном участии создается такая обстановка гигиенического распорядка, при которой исключается риск инфицирования пощаженных еще туберкулезом лиц. Современный диспансер все больше обрастает рядом вспомогательных профилактических установок (дневные и ночные санатории, площадки, диетстоловые), где больные туберкулезом проходят через определенное профилактическое вос-

питание и получают необходимый им диететический режим.

После целого ряда неудач в поисках достижения активной иммунизации к туберкулезу в настоящее время диспансеры могут сыграть значительную роль, как экспериментальные станции, проверяющие эффективность новых методов в этом направлении. Не следует забывать, что научная мысль очень недавно стала на этот путь, и можно верить, что объединенными усилиями коллективного воздействия и научного творчества рано или поздно человеческому обществу удастся спасти от преждевременной гибели тысячи человеческих жизней, которыми оно расплачивается еще теперь.

В системе социальной патологии венерические болезни — сифилис и гонорея — занимают исключительное место по своему разрушительному влиянию на здоровье коллектива и на его потомство. Для более или менее успешной борьбы с ними необходимо не только самое широкое санитарное просвещение, ознакомление масс населения с сущностью этих болезней, с причиняемым ими вредом, но и организованная и непреклонная воля коллектива к очищению жизненного русла от загрязняющих его мутных потоков, грозящих, с одной стороны, вовсе прекратить это течение, с другой стороны — направить его в бездны дегенерации.

Гонорея протекает у мужчин в большинстве случаев, как местное заболевание мочепускающего канала с тенденцией давать воспалительные осложнения урогенитальной сферы, яичек, мочевого пузыря, простаты. Она является фактором абсолютного бесплодия мужчины, если воспалительный процесс распространяется на оба яичка, что наблюдается в 1% всех заражений. Перенесенное однажды заболевание, как известно, не делает организм невосприимчивым к нему, вследствие чего мужчины, живущие половой жизнью вне брака, вступая в половые сношения с различными случайными знакомыми, в течение жизни

обычно по несколько раз болеют перелоем. Так как у мужчины перелой имеет тенденцию переходить в хроническое состояние, периодически обостряющееся, то значительное число мужчин, живущих половой жизнью до брака, передает эту инфекцию своим женам.

Перелой у женщины протекает обычно, как хроническое заболевание, вовлекающее в воспалительный процесс различные части генитальной сферы женщины, значительно ослабляя ее общее здоровье и нередко превращая некогда цветущую девушку в преждевременно увядшего инвалида. Перелой это наиболее частая причина бесплодия в браках, если исключить сознательное бесплодие, достигаемое различными контрацептивами. Процент таких браков среди городского населения различных стран доходит до 15 и в числе некоторых других причин объясняет значительно пониженные коэффициенты плодovitости городского населения по сравнению с сельским.

Таким образом, кратко резюмируя социально-патологическое значение перелоя, можно сказать, что он, с одной стороны, служит фактором, расстраивающим здоровье женщины, и, с другой стороны — служит, несомненно, одной из причин понижения плодovitости.

Социально-патологическое значение сифилиса другого порядка. Как непосредственная причина смерти, сифилис наблюдается среди двух возрастных групп. С одной стороны, среди только что зачатых плодов,

часть которых гибнет еще в утробе матери, и единственно, где оставляют эти не успевшие ни разу глотнуть воздуха еще не развернувшиеся лепестки жизни след— это в статистике мертворождений в тех странах, где эта статистика ведется. Несомненно, что врожденный сифилис часто также служит причиной смерти младенцев в первые дни внеутробной жизни, значительно наполняя собою графу «врожденная слабость, как причина смерти». С другой стороны, непосредственной причиной смерти сифилис является среди болеющих прогрессивным параличом— заболеванием, неизбежно кончающимся смертью.

В настоящее время сравнительно мало подчеркивается роль сифилиса, как фактора, провоцирующего самые разнообразные заболевания организма. Может быть, известный французский сифилидолог Леред несколько преувеличивает, утверждая, что сифилис служит основной базой заболеваемости органов сосудистой и нервной системы в 50% всех возникающих случаев этих болезней и в 33% всех заболеваний дыхательной, пищеварительной и мочевыделительной системы, но во всяком случае провоцирующая роль сифилиса в целом ряде самых разнообразных заболеваний вне всякого сомнения и очень значительна.

Следующая чрезвычайно пагубная роль сифилиса— это его дистрофическое влияние на формирование развивающегося человеческого зародыша вообще и на его нервную систему в частности. Если де-

тальный механизм этого влияния до сих пор остается не вполне ясным, то несомненно, что в целом ряде случаев сифилис является причиной недоразвития центральной нервной системы, внешне проявляющегося в разнообразных формах психической отсталости, начиная с полной идиотии, переходя к разным типам дебильности. В патогенезе эпилепсии сифилису также принадлежит, несомненно, крупная роль.

Уже этих фактов вполне достаточно, чтобы особенно резко подчеркнуть роль сифилиса, как разрушительного яда для нервной системы человека, ставящейся значительно лабильной в условиях прогрессирующей урбанизации населения всех стран Европы.

Высказанное Фрейдом мнение, что первичность часто является одним из проявлений сифилиса предков, может разделяться всяким врачом, углублявшимся в изучение патологии этой болезни.

Основным признаком распространения сифилиса и перелом издревле служит проституция. Поэтому борьба с проституцией и ликвидация ее была бы сто процентной профилактикой венеризма. Но, как известно, ни одна из хозяйственных систем, сменявших последовательно друг друга на арене мировой истории, не могла обходиться без этого добавочного придатка к своему хозяйственному аппарату. История проституция полна примеров, когда полное безучастие к проституции сменялось еудорожными мерами борьбы с проституцией (точнее — с проститутками).

Самые бесчеловечные меры борьбы принимались против нее, но она возрождалась, как феникс, из пепла карательных репрессий и продолжала совершать свой губительный путь. Меры преследования оказались бесплодны, меры санкционирования ее не согласовались как-будто с ханжеской моралью классового общества, и она поэтому перешла на официальном государственном языке буржуазной морали в разряд «терпимых» социальных явлений, подчиненных регламентации в специальных домах. Это бессмертное присутствие проституции на фоне человеческой истории заставило когда-то самого выдающегося русского сифилолога, проф. Тарновского разразиться следующей тирадой: «Уничтожьте пролетариат, распустите армии, сделайте образование доступным в более короткий срок, дайте возможность вступать в брак всем желающим, гарантируйте им спокойствие в семейной жизни, убедите всех жить нравственно, честно и тогда... все таки будет существовать проституция».

Это пропитанное безысходным пессимизмом утверждение в корне неверно. Если понимать «уничтожение пролетариата» как создание бесклассового строя, в котором человеческое тело в какой бы то ни было форме перестанет быть объектом эксплуатации, то тем самым рухнут основные корни проституции, женская беспросветная нужда и женская беспризорность, и как единственный выход для возможности существова-

ния—продажа своих ласк первому встречному. Этому основному положению ни в какой степени не противоречит тот факт, что в целом проститутки не являются лучшими представителями того класса, из которого они попадают в засасывающую тину проституции. Среди проституток, несомненно, существует некоторый процент женщин дегенеративного типа, с аномалиями половой сферы, пугающихся во внимательном медико-педагогическом к себе отношении. Кто несет ответственность за то, что полное отсутствие морального воспитания, социальная запущенность и беспризорность, невыносимо тяжелые условия существования в связи с неразвитой волей, с полным незнанием опасностей сексуальной жизни исподволь вербуют многих неопытных девушек в ряды проституток? Проституция есть не профессия, а состояние социального разложения, связанное с фатальным риском заболевания венерическими болезнями, которые переносятся на всех уголющих своей половой голод из этого отравленного источника.

Наблюдения показывают, что подавляющее большинство проституток заражается сифилисом и передает его в течение первых трех месяцев, когда они начинают вести беспорядочно свою половую жизнь. Поэтому, чем проститутка моложе, тем больше шансов заразиться от нее сифилисом, который, уступая энергичному своевременному его лечению, впоследствии обычно утрачивает свою заразительность.

Голос социальной профилактики в деле борьбы с венеризмом в сознании юноши должен быть формулирован приблизительно следующим образом: «Ты не должен прибегать к удовлетворению своего полового инстинкта путем пользования проституцией. Ты становишься соучастником акта, губящего женщину, и сверх того тебе почти наверняка грозит заражение венерической болезнью. Это заражение надолго отстранит от тебя возможность жить нормальной половой жизнью с женщиной, которую ты изберешь спутницей своей жизни, поставит под угрозу здоровье ее и могущих у тебя быть детей. Но если ты не можешь подавить своих чувственных влечений и решишься на половое сближение с женщиной, в состоянии здоровья которой ты не уверен, то не теряй над собой чувства самообладания и контроля и принимай все меры, которые могут опасность заражения венерической болезнью свести до минимума».

Медицинские наблюдения за обстановкой заражения венерическими болезнями показывают, что значительная часть их происходит в состоянии опьянения мужчины, которое, по видимому, с одной стороны, удлиняет время полового акта, вызывает повторные половые сношения и, с другой стороны, лишает мужчину сознания необходимости принимать необходимые меры для уменьшения возможности заражения. Поэтому борьба с алкоголизмом, пропаганда абсолютного воздержания от спиртных напитков, особенно в

молодые годы, должны быть соучастниками в деле профилактики венерических болезней.

В 1905 году Мечников и Ру опытами над зараженными сифилисом объектами доказали предупреждающее влияние каломельной мази на развитие сифилиса. В 1919 году французский врач Гадюшо предложил в состав этой мази ввести еще тимол, как могущественное дезинфекционное средство, уничтожающее гонококков. Впоследствии к этому была присоединена в значительном количестве диантстая ртуть. Таким путем возникли различные профилактические мази против заражения сифилисом и перелоем*.

Если проблема индивидуальной профилактики против венерических болезней в настоящее время не может еще считаться абсолютно разрешенной, то, во всяком случае, мы владеем подходами к ее разрешению. Фактически можно считать, что каждый осторожный человек в состоянии уберечь себя от заражения венерической болезнью путем применения элементарных мер профилактической самозащиты. И если еще создаются новые очаги венерических болезней, то это в значительной степени объясняется малой осведомленностью широких кругов населения относительно необходимых мер профилактики и некоторыми особенностями современного полового быта вообще.

* Наиболее распространенная во Франции пропись этих мазей следующая: диантстой ртути 0,075, тимол 1,75, каломель 25,0, ланолин 50,0, вазелин 23,2.

Здесь, как и во многих других областях социальной жизни, женщина и по сей час остается более слабым и более уязвимым существом, чем мужчина. Она гораздо менее, чем мужчина, осведомлена о теневой стороне половой жизни. Процесс заражения часто происходит так, что она долго не знает о своем заражении. Это особенно относится к сифилису, где первичное заражение обычно наблюдается внутри половых органов и недоступно непосредственному наблюдению. Точно также и в смысле профилактики от гонорреи она пока вовсе беззащитна. Если инфекция одной-двух капель слабого раствора ляписа служит надежным у мужчин средством профилактики против гонорреи, то вряд ли самое обильное промывание гениталий женщины может ее обеспечить от заболевания после сношения с больным гонорреей мужчиной. Сверх того в настоящее время значительная часть внебрачных половых сношений происходит украдкой, под открытым небом, т. е. в обстановке, где применение каких-либо профилактических мероприятий абсолютно невозможно.

Сознание необходимости противопоставить частым заражениям венерическими болезнями определенные профилактические мероприятия натолкнуло в разных местах врачебно-профилактическую мысль на необходимость устройства профилактических пунктов, в которых лица, имеющие подозрительное в смысле возможности заражения венерической болезнью половое

сношение, могли бы получить профилактическую помощь.

Практика показывает, что эти профилактические пункты пока нигде еще не обеспечили себя значительным кругом клиентуры, и что в громадном большинстве случаев посещаемость их ничтожна. Более или менее прочная гарантия профилактики от имевшего место заражения достигается в случаях, когда больной обратился за профилактической помощью не позже, чем через час после подозрительного полового сношения. В настоящее время еще рано решительно высказываться о роли таких профилактических пунктов в деле профилактики венерических болезней. Несомненно одно, что эти пункты самым фактом своего существования популяризируют идею возможности профилактики против венеризма и возбуждают интерес к ней.

Основными организационными центрами профилактики и борьбы с венерическими болезнями являются венерологические диспансеры, которые начали учреждаться в различных странах после империалистической войны, имевшей одним из своих пагубных последствий диссеминацию венерических болезней среди гражданского населения. Диспансеры эти имеют своей задачей, с одной стороны, постановку высококвалифицированного лечения венерических болезней, с другой стороны — раскрытие очагов венерических болезней, ликвидацию этих очагов и, наконец, с

третьей стороны — популяризацию среди широких масс населения мер половой гигиены и профилактики венерических болезней.

В последние годы число вендиспансеров во многих странах принимает характер стабилизации. На Украине в 1929 году находилось 106 диспансеров, во Франции в 1927 году — 406 диспансеров, в Англии в 1926 году — 186 диспансеров, в Италии в том же году — 187 диспансеров. Диспансеры эти повсюду, несомненно, сыграли значительную роль в деле борьбы с сифилисом благодаря общедоступному применению сальварсанного лечения, резко органичивающего заразный период этой болезни.

К сожалению, точная статистика венерических болезней, которая становится возможной на базе существующей установленной законодательным путем обязательной регистрации врачами всякого венерического заболевания, для большинства стран еще дело будущего. Немногие иностранные статистические материалы, за достоверность которых можно ручаться, свидетельствуют о том, что в то время, как за последние годы сифилис проявляет тенденцию к снижению, гоноррея несколько не склонна присоединиться в этом смысле к сифилису, а наоборот — дает признаки возрастания. Об этом свидетельствует нижеприводимая табличка о динамике сифилиса и гонорреи в Швеции, где с 1919 года установлена обязательная регистрация свежих форм этих заболеваний.

Количество свежих форм заболеваний на 10.000 среднего населения в Швеции.

	Сифилис - Перелой	
	Сифилис	Перелой
1921-1925 гг.	2,1	16,9
1926 г.	1,6	21,1
1927 г.	2,0	20,8
1928 г.	1,9	23,6

Соответствующие данные о динамике сифилиса на Украине, включающие в себя три основных формы сифилиса (первичный, вторичный, третичный), дают гораздо более эффектную картину снижения сифилиса. В то время как за довоенный период 1910 — 1914 года показатель зарегистрированной обращаемости больных сифилисом на 10.000 населения выражался в 49,2, в 1924/25 хозяйственном году показатель этот упал до 46,7, в 1925/26 году — до 30,9, а в 1927, в 1928 и в 1929 календарных годах выражался соответственно в показателе 26,6, 24,1 и наконец — 20,6. Резкие изменения в коэффициентах 1925-1926 хозяйственного года и в коэффициентах 1927 календарного года, по всей вероятности, приходится отчасти относить за счет изменений в системе учета. Но этот факт в основном не изменяет резко бросающегося в глаза явления, свидетельствующего о том, что общая масса сифилитиков, обращающихся за медицинской помощью с периода 1910 — 1914 года по 1929 упала более чем в два раза, несмотря на то,

что число регистрирующих венерические болезни медико-профилактических учреждений весьма значительно увеличилось.

Что касается учета гоноррей, поставленного правильно только в самые последние годы, то наличные цифры пока не позволяют ставить никаких точных социальных диагнозов о тенденциях в количественных ее колебаниях. Диспансерные статистические материалы скорее свидетельствуют о тенденции нарастания гоноррей.

В профилактике сифилиса есть еще одна проблема, требующая в настоящее время самого решительного ее разрешения—это бытовой сифилис. Бытовой сифилис, исчезнувший из санитарной практики Запада, кроме балканских стран, где он существует в той же степени, что и у нас, держится на почве чрезвычайной отсталости сельских масс, незнания с путями распространения сифилиса, не обращающих внимания на вторичные проявления этой болезни и распространяющих эту болезнь внутри семьи путем бытового контакта.

Произведенная на Украине в 1924 году широкая анкета среди взрослых крестьян с целью определить уровень их санитарной грамотности, между прочим, показала, что только 41,5% среди мужчин и только 18% женщины имеют элементарные представления о процессе заражения сифилисом. Неудивительно поэтому, что бытовой сифилис до сих пор не сходит со сцены

нашего сельского санитарного быта. Наличие его вносит местами чрезвычайно неприятные осложнения в формы нового коллективного быта сельских масс. Борьба с ним невозможна до того времени, пока всякий случай зарегистрированного в сельской амбулатории свежего заражения не будет прослежен до своих истоков, пока он не будет автоматически вести за собой обследования всего окружения больного с принятием соответствующих мер лечения всех обнаруженных в семье больных. Такие функции должны поручаться сестре социальной помощи, введение которых в постоянный штат сельского участка будет крупным успехом профилактических позиций в Советском Союзе вообще.

**ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Предупреждение острых инфекционных заболеваний относится не столько к области непосредственно медицинской профилактики, сколько к мероприятиям общесанитарного характера, ставящим своей задачей оздоровление внешней физической среды. Но в настоящем анализе общепрофилактических мероприятий невозможно оставить без внимания громадный отрезок социальной патологии, чрезвычайно важный по своему удельному весу и по тем разрушениям, которые он вносит в жизнь всего народного коллектива.

Последующая таблица свидетельствует о том, какое место в различных странах Европы среди причин смертности населения занимают острые инфекционные заболевания.

Процент умерших от острозаразных болезней в общей массе всех умерших в 1925 году.

Страна	
Украина (города)	13,7
Болгария	11,7
РСФСР (города)	10,4*
Англия	6,6
Италия	6,1
Бельгия	5,5

* Не вошла смертность от гриппа.

Страна	Процент умерших от острозаразных болезней в 1925 году
Испания	5,2
Германия	4,7
Венгрия	4,5
Дания	4,1
Швейцария	4,0
Швеция	2,4
Франция	2,2

В следующей таблице показана сила смертности от главных острозаразных заболеваний на 10.000 населения в разных странах по последним опубликованным официально статистическим источникам. Все эти данные относятся к 1927 году за исключением данных по РСФСР и Франции, относящихся к 1926 году.

	Брюшной тиф	Дизентерия	Скарлатина	Коклюш	Дифтерия	Корь
Города РСФСР с населением свыше 50-ти тыс. 1926 г.	2,1	2,1	5,5	1,3	1,0	5,1
Окружные города Украины 1927 г.	1,8	0,6	3,2	0,9	0,7	1,4
Австрия 1927 г.	1,6	3,1	10,6	3,8	2,2	3,1
Англия 1927 г.	0,09	—	0,15	0,9	0,7	0,9
Бельгия 1927 г.	0,3	—	0,15	1,1	0,3	0,8
Венгрия 1927 г.	1,5	—	1,7	0,5	1,2	0,7
Германия 1927 г.	0,2	0,03	0,2	0,7	0,4	0,6
Голландия 1927 г.	0,1	—	0,2	1,02	0,3	1,3
Новая Зеландия 1927 г.	0,08	—	0,1	0,3	0,4	0,2
С. Ш. С. А 1927 г.	0,6	—	0,2	0,6	0,7	0,3
Франция 1926 г.	0,6	—	0,1	0,4	0,4	0,7
Швеция 1927 г.	0,01	—	0,01	0,05	0,03	0,03

Переходя к вопросу о характере профилактических мероприятий при острых инфекционных заболеваниях, приходится сказать, что в общем, как уже указано выше, они отходят на второй план при сопоставлении с эффективностью мероприятий санитарного характера, имеющих своей задачей оздоровление внешней среды, а также мероприятий культурного порядка, повышающих уровень материального благосостояния и санитарных навыков масс населения.

В этом отношении особенно поучительна история исчезновения дизентерии и сыпного тифа в большинстве стран Западной Европы. Никаких специфических мер борьбы, средств профилактики ни с дизентерией, ни с сыпным тифом не проводилось санитарными органами, а эти болезни исчезли вовсе под влиянием культурного роста масс. Точно также блокированная во время войны Германия, в которой городское население форменно голодало, тем не менее не стала ареной сыпного тифа.

Поэтому нужно определенно сказать, что массовое оздоровление внешней среды, которое достигается путем улучшения питания населения, путем оздоровления жилищной его обстановки, включая сюда доставку чистой воды в достаточном количестве и удаление нечистот, — это необходимые предпосылки мер групповой и индивидуальной профилактики при острых инфекционных заболеваниях. В виду того, что источником всякой инфекции прежде всего является

сам больной, выделения его, в которых находятся инфекционные начала, и те предметы, куда эта инфекция могла попасть, то изоляция больного и обеззараживание инфицированной обстановки приобретают, как правило, значение необходимых санитарно-профилактических мер, требующих проведения в неукоснительном и самом педантичном порядке.

С другой стороны, нужно отметить, что, быть может, ни в одной области профилактики, как в области профилактики острых инфекционных заболеваний, не имеют такого решающего значения факторы общего культурного порядка и уровня гигиенических навыков среди населения. Быстрое развитие заболевания делает невозможным присутствие врача с первых моментов появления острого заразного заболевания.

И все, что делается в первые дни в ближайшем окружении больного, как в смысле мер помощи ему, так и профилактических, всецело определяется уровнем гигиенической среды, окружающей больного.

Даже в тех случаях, когда врач вмешивается в болезненный процесс и дает указания профилактического характера, последние имеют эффект только тогда, когда окружающие больного люди своим культурным уровнем подготовлены к восприятию и к выполнению его указаний. Практика борьбы с эпидемиями показывает, что в отдельных конкретных случаях никогда не удается с одного разу преодолеть

непроходимую чащу предрассудков в области личной гигиены, и что только систематическое внедрение гигиенических навыков и привычек в быт населения, начиная с самых юных лет, могут здесь принести осязательную пользу. В этой области социальной работы врачу принадлежит доминирующая роль. Если на минуту вспомнить, что десять процентов всей массовой патологии на Украине падает на кожные болезни, что такие болезни как брюшной тиф и дизентерия могут быть с известным правом названы «болезнями грязных рук», если представить себе обстановку той грязи, неряшливости и санитарной запущенности, которая так характерна, особенно для нашей деревни, то можно решительно сказать, что борьба за элементарную чистоту человеческого тела в состоянии сама по себе наполнить значительную часть работы санитарно-просветительных органов, и что в этой работе всякий врач должен принимать посильное участие.

Переходя к оценке различных санитарно-профилактических мероприятий по отношению к острым инфекционным заболеваниям, их можно условно разделить на три крупных раздела. Первую группу можно назвать мероприятиями по повышению уровня социального иммунитета к острым инфекциям. Сюда входят проблема массового питания, жилищного благоустройства, организации гигиенической обстановки труда. Этот раздел местами переплетается и постепенно переходит в другой раздел — оздоровление

внешней среды, осуществляемое мерами коммунальной политики и коммунальной гигиены. II, наконец, третий раздел — профилактика в более узком, медицинском смысле, где речь идет о создании биологического иммунитета в групповом или индивидуальном масштабе.

В первом разделе основным организатором профилактики являются непосредственно государственные органы управления. Во втором исполнителями и проводниками — местные государственные органы, в третьем — санитарный и лечебно-профилактический персонал.

В практике профилактики против инфекционных заболеваний приходится опираться на тот факт, что человеческий организм в процессе своей эволюции в течение сотен тысяч лет приобрел значительную стойкость в борьбе против инфекционных возбудителей. Чтобы этот природный биологический иммунитет был нарушен, необходим целый комплекс неблагоприятных влияний, который обычно появляется во время очень крупных социальных сдвигов. Так, во время войны мы встречаемся с чрезмерной скученностью населения на ограниченных пространствах, плохим питанием масс населения, недостаточной опрятностью, подавленным психическим состоянием и т. д. Каждый из этих отдельных фактов принимает участие в ослаблении естественного иммунитета, и в результате этого разыгрывается эпидемия. И в отдельных

случаях бывает достаточно устранить один из таких фактов, чтобы, не имея возможности действовать на все остальные, повысить массовый иммунитет и ослабить интенсивность эпидемии. Примером таких профилактических мер является устройство столовых при эпидемиях сыпного тифа. Улучшение массового питания, повышая массовый иммунитет, тем самым ограничивает размеры сыпнотифозной заболеваемости.

С другой стороны, практика показывает, что при ослаблении социального иммунитета к инфекционным заболеваниям, вызванному плохим питанием масс и другими условиями, меры специфической медицинской иммунизации либо оказываются вовсе бессильными помочь организму выработать антитоксины, либо приходится значительно увеличивать дозировку специфических вакцин и сывороток для получения хоть некоторого эффекта.

Поэтому делать в профилактике инфекционных заболеваний основную ставку на меры специфически медицинской профилактики было бы жестоким заблуждением, отводящим общественное внимание от кардинальных задач оздоровления всей среды в целом.

Проблемы иммунобиологии — это самая темная область в медицине, освещаемая чуть заметными огоньками отдельных исследователей, вступивших в ее лабиринты. Поэтому здесь менее чем где-либо в другом месте уместна скоропалительность выводов и поспешность аффективных заключений.

При всяком введении сыворотки и вакцины необходимо учитывать возможное в последующем влияние на изменение естественного иммунитета в целом. Теоретически вполне вероятно предположение, что искусственно измененная биологическая сопротивляемость человека может потерпеть такие нарушения в своем равновесии, что какой-нибудь безвредный сапрофит, мирно живущий в кишечнике человека, вдруг приобретет токсические качества паразита и начнет свою разрушительную работу.

История патологии хранит примеры, когда внезапно появлялась дотоле неизвестная эпидемия и уносила колоссальные жертвы. Такова, например, «английская потница», унесшая в могилы в XVI столетии в Англии около половины населения. В последние годы в психиатрической литературе очень живо обсуждается вопрос о том, связано ли введение повсеместной вакцинации против оспы с появлением и с распространением прогрессивного паралича в XIX веке, причем один немецкий ученый со свойственной немцам скрупулезностью, детально разобрав этот вопрос, приводит 50% мотивов в пользу такой связи и 50% против нее.

Как бы ни казались парадоксальными такие сопоставления, они не должны затуманивать основного факта необходимости осторожного обращения с естественными иммунобиологическими процессами. Интересы здоровья будущих поколений требуют прежде всего сохранения тех защитных сил, которые выработаны

человечеством в процессе его многовековой эволюции. Если в санитарной практике возможен выбор между двумя путями — оздоровлением среды и мерами специфической иммунизации, она всегда должна предпочитать первый путь и второй рассматривать, как временное *ultimum refugium* (последнее прибежище).

Профилактика оспы представляет единственный пример, оправдывающий в области профилактики поговорку «*ex oriente lux*» (свет с востока), потому, что до сего времени восток доставлял не профилактические меры, а объекты, требующие профилактики (чума, холера, трахома, анкилостомиаз, малярия и проч.).

Профилактика оспы была давно знакома индусам и китайцам, втиравшим в кожу здоровых людей оспенную материю от больных и таким путем достигавшим, хотя далеко не всегда, более легкого заболевания у «инокулированных».

Жена английского посланника в Константинополе лэди Монтегю, познакомившись с этим методом ослабления течения оспенного процесса на востоке, стала с 1718 года пропагандировать его на европейском континенте. Чрезвычайно агитируя за инокуляцию, она выражала опасения, что врачи не пожелают способствовать распространению ее, потому что уменьшение заболеваемости и смертности от оспы значительно сократит заработки врачей. Это было время, когда оспа производила чрезвычайные опустошения

среди населения, захватывая и царские дворы, когда не изрытое оспинами лицо встречалось довольно редко, когда поговорка «любовь и оспа никого не щадят» характерно определяла роль оспы в социальной патологии общества. Практика инокуляции, введенная лэди Монтегю в Европу, все же была обоюдоострым орудием: она в отдельных случаях давала повод к вспышке новых эпидемий оспы, а иногда бывала источником заражения сифилисом.

До введения Дженнером противооспенной вакцинации путем прививки коровьей оспы в Европе почти 60% всей детской смертности обуславливалось оспой. По вычислениям Веревкина, в России с 1804 по 1810 год, т. е. за 6 лет, от оспы умерло свыше 800.000 человек. Считая в среднем, что такое количество умерших соответствует 8.000.000 заболеваний оспы, мы в результате приходим к выводу, что при сорокамиллионном населении России в то время пятая часть населения переболела за указанные шесть лет оспой.

Дженнер вовсе не был изобретателем прививки коровьей вакцины человеку. В целях профилактики от натуральной оспы он использовал и научно систематизировал давно уже знакомые народу и отдельным врачам наблюдения, что заражение доильниц коровьей оспой иммунизирует их против натуральной оспы, выработал технику прививки оспы и тем вакцинации гуманизированной коровьей оспы и этим навсегда увековечил свое имя в истории культурного челове-

чества. Наблюдения над эффектом вакцинации в течение XIX в. показали, что однократная прививка вакцины не служит средством ликвидации оспы, как массовой болезни, и что нужно повторение прививок через каждые 8 лет или по меньшей мере — три прививки в течение человеческой жизни: на первом году жизни, на восьмом, на двадцатом. Системное проведение таких прививок освобождает страну от оспы.

Вследствие того, что в дореволюционной России оспенная вакцинация не была правильно организована, на Украине за время 1901—1914 гг. в среднем оспой ежегодно заболело несколько больше 20.000 человек. После декретирования советской властью обязательного вакцинирования и ревакцинации заболеваемость оспой стала быстро снижаться, и в настоящее время оспу можно считать фактически переведенной из разряда «устраиваемых» заболеваний в разряд «устраиваемых».

Из числа основных детских инфекций корь менее других за последние десятилетия поддается ликвидации и, если исключить периодические вспышки эпидемий скарлатины, то можно сказать, что смертность от кори значительно превосходит смертность от прочих детских инфекций. По вычислениям Дебре, от 1900 до 1910 года в Западной Европе (без балканских стран) умерло от кори 700.167 детей, от коклюша 661.743, от скарлатины 470.235 и от дифтерии 589.250.

В возрасте после трех лет жизни ребенка корь представляет болезнь с доброкачественным течением, не оставляющим после себе никаких видимых последствий. Но в более раннем возрасте и, особенно, среди бедных и малокультурных масс населения корь отличается большой смертностью среди малюток и бывает причиной разнообразных осложнений у выживших. Точно также корь, возникающая как внутригоспитальное заражение, протекает очень тяжело и дает значительный коэффициент смертности.

Индивидуальная и групповая профилактика кори существенно затрудняется тем фактом, что болезнь эта приобретает контагиозность еще перед наступлением коревой сыпи.

Пассивная иммунизация кори путем впрыскивания сыворотки от недавно перенесших корь больных, введенная в 1916 году Николлем, до сих пор не получила сколько-нибудь значительного распространения в виду трудностей, связанных с добыванием сыворотки в достаточных размерах. Длительность действия такой сыворотки в настоящее время точно еще не выяснена и в большинстве случаев, по видимому, не выходит за пределы 30 дней. Попытки заменить сыворотку рекомвалесцентом сывороткой взрослых людей, переболевших корью в детстве, открывают в будущем более доступные перспективы иммунизации против кори. Что касается стремлений найти возможность активной иммунизации против кори, то они до послед-

него времени не выходят еще из стадии эксперимента.

Профилактика коклюша еще менее разработана чем профилактика кори. Из профилактических мер на первое место приходится поставить изоляцию здоровых детей от больных, что на практике нередко, вызывает затруднения вследствие трудности установить заблаговременно характер болезни. Дерре в 1923 году предложил пассивную иммунизацию против коклюша путем впрыскивания сыворотки реконвалесцентов от коклюша, а Николь в 1912 году — активную иммунизацию вакциной из палочек Борде-Жангу. Эффективность обоих методов пуждается в точных клинических наблюдениях, прежде чем станет возможным их широкое распространение.

Дифтерия принадлежит к числу тех острых инфекционных болезней, где успехи профилактики наиболее высоки. Описанное еще за 70 лет до христианской эры Ареетем Каппадокийским заболевание дифтерией («сирийская язва») особенно распространение в Европе получило с половины XVIII века. Изобретенная Берингом и Ру лечебная антидифтерийная сыворотка значительно уменьшила смертность от дифтерии. Вместе с тем оказалось возможным ее применить в необходимых случаях для пассивной иммунизации против заразы благодаря тому, что эф-

фект иммунизации наступает уже через 1-2 суток. Слабой стороной пассивной иммунизации служит то, что эта иммунизация длится не более 4 недель. В 1913 году венский врач Шик путем установления пробной реакции, носящей его имя, открыл возможность различать лиц, имеющих иммунитет к дифтерии, от не имеющих его. Но лица, дающие отрицательную реакцию Шика, тем не менее могут являться носителями и разносчиками дифтерийной заразы. Опыты Беринга с приготовлением дифтерийной вакцины, в которой токсин смешан с антитоксином, и открытие в 1923 году Рамоном дифтерийного анатоксина, в котором разрушены токсические свойства дифтерийной палочки и сохранены способности антигена, дают широкие перспективы для реализации в близком будущем активной иммунизации против дифтерии.

Профилактика скарлатины за последние годы сделала определенные успехи, которые окончательно будут закреплены тогда, когда в вопросе о бактериальном возбудителе скарлатины наступит полное единомыслие среди бактериологов.

Реакция Дика позволяет, хотя и не с полной достоверностью, различать людей, имеющих предрасположение к скарлатине, от не имеющих предрасположения и тем самым вводить предохранительную вакцинацию в необходимые рамки.

Из различных методов активной иммунизации против скарлатины в настоящее время у нас наиболее популярна стрептококковая вакцина с вирусом. Наблюдения нуждающиеся в дополнительных, точно проводимых исследованиях с применением правильных статистических методов их разработки, свидетельствуют о значительно меньшей заболеваемости среди вакцинированных по сравнению с невакцинированными. Иммуитет длится не более одного года и поэтому необходимо ежегодно вакцинацию проводить вновь.

Гораздо большие успехи в деле активной иммунизации достигнуты в профилактике брюшного тифа, благодаря работам Врайта и других.

Широкое применение вакцинации в войсках в течение последних войн понизило до крайности распространение брюшного тифа, столь губительное для войсковых масс в прежние эпохи. Вакцинация против брюшного тифа сопровождается иммуитетом, который длится по меньшей мере в течение целого года. Начатые по почину Мечникова и Безредки опыты с энтеровакциной дают надежды на еще более широкое применение более удобного метода профилактики против брюшного тифа.

Профилактические мероприятия против других инфекционных заболеваний отступают на второй план по сравнению общесанитарными мерами, и поэтому на них здесь можно не останавливаться.

Известный афоризм Гиппократа, относящийся к психическим заболеваниям*, сохраняет свою выразительность и по настоящее время. В сущности говоря, профилактические мероприятия общества в области так называемых душевных болезней сводятся почти исключительно к механической охране психически здоровой части населения от душевнобольных, осуществляемой путем интернирования больных в специальных психиатрических учреждениях. И в то же время, несомненно, что профилактике нервнопсихической системы принадлежит исключительное место в системе всех профилактических мероприятий будущего; можно сказать больше,—что этот вид профилактики будет центром всех гигиенических устремлений.

До последнего времени внимание медицины и гигиены отдавалось почти исключительно вегетативным процессам человеческого организма. Иногда кажется, что орган, притягивающий к себе наибольшее внимание медицины и задающий наибольшие хлопоты

* В ипнократическом сборнике есть следующий афоризм, относящийся к мозгу «Obscura natura, obscurior functio, morbi, obscurissimi» (загаочно строение, еще более загаочна функция, болезнь загадочнее всего).

гигиене,—это кишечник и его содержимое. Медицинская мысль не нашла еще достаточно времени, чтобы перевести свои взоры несколько выше—в ту область человека, где покоится бережно прикрытый костной оболочкой высший человеческий орган, антенна, воспринимающая и перерабатывающая в сознательные, волевые и чувственные акты вибрации всего бесконечного внешнего мира,—будет ли то улыбка ребенка, аромат свежесорванного цветка, торжественный марш обвешанной красными знаменами первомайской процессии или мигание самой отдаленной звезды.

Мозг—это орган, который в эволюции человеческой природы подвергался максимальным вариациям, во много раз превышающим вариационные отклонения печени или селезенки в человеческом теле. Легкие, желудок или печень могут заболеть только от воздействий той среды, с которой они вступают в непосредственное соприкосновение. Психизм же человека нередко травмируется через посредство источников, находящихся физически очень далеко от человека и тем не менее осуществляющих непосредственное вредительство.

Так как мозг есть орган, регулирующий все поведение человека, то ему приходится ежедневно разрешать разнообразные конфликты, возникающие между человеком и всей окружающей его социальной средой, выбирая себе фарватер, искусно лавируя между встречающимися разнообразными препятствиями.

Ни в одной области медицины идея обреченности человека не утверждается с большей уверенностью, чем в области психиатрии. Наследственная психиатрическая тягостность многим представляется, как неумолимый фатум, бороться с которым бесполезно. Что наследственные факторы играют значительную роль в патогенезе психических заболеваний, с этим нельзя спорить, но в какой степени они фактически детерминируют появление психического расстройства, до сих пор остается еще неразрешенным вопросом. Человек, который вышел со станции с тяжелым багажом, может благополучно донести его и спокойно прожить положенное ему время в гостинице жизни, если ему придется идти по ровной дороге. Но тот же самый человек может упасть, сделав всего только несколько шагов, если путь будет идти по ухабам и если он станет подвергаться частым толчкам со стороны встречных людей.

То, что мы знаем о законах наследования, оставляет нам право утверждать наличие определенной пластичности в порядке их проявлений и считать, что окончательные контуры человеческой психики определяются социальной средой. Внимательно наблюдая все, что предшествует вспышке того или иного психоза, в отдельных случаях возможно проследить, какой долгий и мучительный путь проделывает психизм человека, прежде чем он сдаст свои здоровые позиции, окончательно утратит свое равновесие и получит от

психиатра соответствующую позологическую этикетку. Есть крепости, только потому считающиеся неприступными, что они никогда не подвергались штурму, и есть много людей, сохранивших в целости свое психическое здоровье только потому, что по пути их жизни не встречалось сильных препятствий, травмировавших их психику. И с другой стороны, сколько людей не заболело бы психически, если бы их серое, монотонное и бесперспективное существование было прорезано хоть несколькими лучами тех радостных эмоций, которые на субъективном человеческом языке называются счастьем.

Шаг за шагом закрепляются профилактические позиции! Мы уже не ждем, чтобы человек заболел туберкулезом, а стремимся предупредить эту болезнь так же, как не предоставляем младенцу свободу болеть и умирать от острого гастроэнтерита. Мы восклицаем: «Один грамм профилактики ценнее одного кило лекарств!» Но социально-медицинское внимание к бесчисленной армии как законченных психопатов, так и к не менее мощным кадрам резервной армии психопатов ограничивается пока что тем, что относительно немногим избранным мы гостеприимно предлагаем скромный уют в психиатрических больницах и спокойно вычеркиваем их существование с социально-полезного актива нашего хозяйства.

Можно быть уверенным, что в пролетарском государстве, объединяющем всех своих членов общностью

социальных интересов и устранившем мотивы классовой вражды, идеи первопсихической профилактики должны получить четкую формулировку и полное завершённое развитие.

Первым моментом, определяющим позиции первопсихической профилактики является тот факт, что мозг, как один из органов общей экономики организма, подчиняется всем основным физиологическим законам; имеет одинаковые потребности в притоке к нему питательных веществ, как и прочие элементы организма, и подчиняется общему принципу необходимости чередования работы и покоя.

Психозы истощения (после инфекционных заболеваний, послеродовые) как нельзя яснее оправдывают то положение, что психизм многих людей находится в условиях полного устойчивого равновесия, пока на организм их не обрушится чрезмерная тяжесть, под бременем которой психизм приостанавливает свою нормальную работу, дает резкие перебои, которые обычно впоследствии проходят вместе с ликвидацией этих отягчающих моментов.

Это заставляет сказать, что все принципы личной профилактики и гигиены, имеющие своей задачей сохранить здоровье организма, поставить его в условия нормального санитарного режима вообще и в частности обеспечить ему достаточное питание, обезопасить от инфекций, оградить от чрезмерных напряжений, сохраняют свое место и в системе первопсихической профилактики.

психической профилактики. Это подкрепляется тем соображением, что мозг как таковой не является исключительным источником психизма, что между ним и другими органами тела (в частности — органами внутренней секреции и вегетативной нервной системой) существует интимная связь, которая, между прочим, проявляется в том, что состояния значительной психической депрессии, наблюдаемые при меланхолии, сопутствуются повышенным тонусом симпатической нервной системы, а состояния маниакального возбуждения связаны с раздражением блуждающего нерва.

Особые трудности заключаются здесь в том, что ни в одной сфере социального бытия и поведения человека внутренняя саморегуляция человека не имеет такого большого значения, как в проблемах психо-психической профилактики. Психическая направленность человека в значительной степени зависит от того, насколько правильно он установит взаимоотношения между своим «я» и интересами всего коллектива. Каждый из нас в своей жизни должен организовать свою психическую жизнь путем гармонического сочетания личных интересов с интересами социальными. Всякая переоценка своего «я», а тем более противопоставление его интересам интересам коллектива создают психический конфликт, нередко кончающийся психической катастрофой. Борьба с различными инстинктами и влечениями, находящими импульс в низших психических центрах, требует также опре-

деленных волевых упражнений, определенной, если можно так выразиться, психической гимнастики, поддерживаемой и направляемой умелым педагогом. Недооценка своего «я» может иметь также те пагубные последствия, как и его переоценка.

Человек, лишенный нормального физиологического гедонизма, не может быть активным и полноценным участником социальной жизни. Этот физиологический гедонизм или физиологическая эвфория свойственны всякому нормальному человеку. Как биологические конфликты (болезни), так и социальные конфликты (неудачи в общественной жизни и проч.) могут нередко прерывать эту эвфорию, вызывать состояние психической депрессии, которая, как бы она ни была значительна, спустя некоторое время, как правило, выравнивается, сглаживается, и человек приобретает вновь ощущение радости личного бытия и заинтересованности социальной сферой.

Наблюдаемое изредка у некоторых нейропатов неудержимое влечение к наркотикам есть проявление поисков во что бы то ни стало создать искусственным путем то состояние психического довольства, которое в нормальных случаях является естественным свойством здорового организма.

Основная установка психизма человека закладывается уже с раннего детства и обычно направляется родителями и другими лицами, окружающими ребенка, без всякого понимания находящихся перед ними за-

дач и своим поведением грубо нарушающих возможности нормального психического развития живущих вместе с ними детей.

Суровый авторитетный тон родителей или воспитателей, постоянные окрики, непрерывное лишение ребенка инициативы, систематические запрещения, отсутствие ярких впечатлений, монотонность среды постепенно готовят у ребенка шизоидное состояние, характеризующееся тем, что психизм его, не привлекаемый окружающей его средой, ищет себе удовлетворения в области грез, в создании призрачного мира, где ущербленные его потребности находят себе полное удовлетворение. Если наследственная структура психики этого ребенка имеет характер неустойчивости, то тем самым создаются все наличные предпосылки для образования впоследствии стойкого психоза. Частодневные попреки, постоянные мелкие психические травмы вызывают у подростка чувство безволия, нарастающее сознание своей малой ценности и готовят почву для разнообразных психозов сомнения (*folie de doute*), для хронических состояний меланхолии, для психастенических состояний, характеризующихся полной утратой воли.

Такие депрессивные влияния на психизм человека обнаруживаются не только в детском возрасте, но и в последующих этапах человеческой жизни. «Сколько на свете женщин с многообразным душевным миром,

жизненная бодрость которых гаснет в браке», как указал один французский психиатр. «Некоторые мужья третируют взгляды и всю психическую жизнь своих жен с таким убийственным высокомерием, что они утрачивают веру в себя, превращаются в бесцветные существа, имеющие вид покорных избитых собак».

Для многих людей, находящихся в аналогичных состояниях хронической психической депрессии, которым реальная жизнь не оставляет никаких светлых надежд, остается единственный выход—выражаясь языком Фрейда,—«бегство в болезнь».

Если обстановка развития ребенка в чрезмерно суровой среде, без проявления человеческой теплоты, создает определенную угрозу правильности его психического развития и подготавливает почву для различных психозов, то в настоящее время приходится учесть новые, ранее неизвестные опасности, представляющие бесспорно громадное, пока еще недостаточно учтенное социальное значение,—это наличие в массе семейств «единственного ребенка», условия психического развития которого также идут по своеобразным, нуждающимся во внимательном изучении, путям.

В настоящее время в городах Украины свыше трети всех рождающихся детей (34,2%—в 1927 году) по порядку рождения относятся к перворожденным. «Единственные дети» в городских семьях составляют третью часть общего числа детей. Условия развития и воспитания таких детей в семье представляют

значительную угрозу для их психического здоровья. Постоянно находясь в общении с взрослыми людьми, они преждевременно развиваются в умственном отношении. Первая система их получает непосильную нагрузку. Лишенные социальной среды, где в общении с другими детьми они привыкли бы с малых лет приучать себя к самоограничению, они имеют тенденцию вырастать эгоистами. Социальные навыки среди них остаются подавленными. Приручаемые окружающей их средой постоянно сосредотачивать внимание на самом себе, на явлениях незначительного недомогания, они легко превращаются в сосредоточенных медицинских гипохондриков. Жизнь под постоянным ревнивым присмотром родных, старающихся предупредить все их желания, задерживает у таких детей развитие воли и активности. Одиночество, с одной стороны, и неподходящее общество взрослых — с другой, рано знакомят их с чувством скуки, спасения от которой им приходится искать в причудливых узорах фантазии, отвлекающей от реальной жизни и угрожающей разорвать их связь с действительностью и воспитать шизоидный характер. Единственным противовесом такой ненормальной среды является детский коллектив, естественная обстановка жизни среди сверстников по возрасту, которая должна быть предоставлена ребенку возможно раньше.

Помимо условий гармонического развития всего психизма подрастающего организма, достигаемых об-

становкой правильного социального воспитания, в деле психической профилактики имеет очень большое значение надлежаще поставленный профессиональный отбор и научная организация труда.

Профессиональный отбор имеет своей задачей выяснение совокупности психофизических условий, наличие которых сопровождается максимальным эффектом и наименьшей усталостью при различных формах труда.

В одних профессиях чрезвычайно важна хорошая память, в других — точность движений, в третьих — способность сильного сосредоточения внимания и т. д. При выборе профессии необходимо также считаться с тем, в какой степени она удовлетворяет инстинктивным влечениям индивида. Необходимо иметь в виду, с чем непосредственно связана каждая профессия — с постоянным соприкосновением с людьми или с неодушевленными предметами. Неудачный выбор профессии, постылая каждодневная работа, не удовлетворяющая индивидуальных склонностей человека, является сильным непрерывно угнетающим психическую сферу человека фактором, способным нарушить его психическое равновесие. А из повседневного опыта нам известно, что психизм человека обычно оправляется даже после сильного единичного шока, в какой бы тяжелой форме он ни наступил. Гораздо более опасны каждодневные мелкие психические толчки, выводящие человека из равновесия, исподволь подтачивающие

его психическую устойчивость и в результате переводящие его в разряд психопатов.

Для того, чтобы получить ясное представление о конкретных перспективах профилактики, расстилающихся в области психических болезней, достаточно хотя бы бегло познакомиться с составом психических больных, заполняющих современные психиатрические больницы. Состав этот может в отдельных странах в отдельные периоды подвергаться тем или иным изменениям, но в общем он относительно устойчив и раскрывает нам картину современной социальной психопатологии в ее основных проявлениях. Нужно при этом иметь в виду, что в зависимости от той или иной доступности психиатрического лечения населению, контингенты больных психиатрических лечебниц могут изменяться и что при недостаточности этой помощи в психиатрические больницы попадают только большие, содержание которых дома представляется абсолютно невозможным. Ниже приводятся цифровые материалы 1) о душевнобольных, находившихся на излечении в психиатрических больницах Украины в 1927/28 году, 2) о душевнобольных, бывших на излечении в 4 крупных психиатрических больницах Украины—Одесса, Винница, Игрень, Полтава—с 1908 по 1927 год и 3) о душевнобольных, подвергавшихся специальной переписи во всех психиатрических больницах в Италии 1 января 1926 г. Классификация психозов чрезвычайно сложна и не-

прерывно пересматривается. Для анализа их с профилактической точки зрения они могут быть разбиты на следующие группы: 1) дефекты развития мозга; 2) шизофрения; 3) маниакально-депрессивный психоз; 4) психозы, связанные с органическими болезнями мозга; 5) токсические психозы; 6) эпилепсия; 7) паранойя; 8) прочие душевные расстройства.

Распределение всей массы психических расстройств по перечисленным нами материалам показано в следующей таблице:

	Украина 1927/28 г.	Украина 1908/27 г.	Италия 1926 г.
Дефекты развития мозга	5,6	6,1	9,9
Шизофрения	40,9	25,0	37,3
Маниакально - депрессивный психоз	10,0	13,7	17,6
Психозы вследствие органиче- ских болезней мозга	12,1	13,1	7,2
Токсические психозы	11,6	6,9	7,2
Эпилепсия	9,3	9,9	8,2
Паранойя	1,1	2,9	0,5
Прочие психически заболелания	8,6	22,4	12,1
Общее число больных	14.219	44.854	60.127

Дефекты в развитии мозга составляют от 5,6 до 9,9% общего числа интернированных психических больных. Исключая незначительную часть, вызванную травмами и заболеваниями мозга в раннем детстве, в основной массе их мы имеем проявления дефектив-

ного строения мозга, унаследованного от предков. В части случаев слабоумие в различных его степенях есть проявление структурных аномалий, унаследованных от предков, в другой части случаев оно есть результат дефектов в эмбриологическом развитии мозга, вызванных токсическим воздействием на зачатый или развивающийся зародыш. Основными токсическими факторами, извращающими нормальное формообразование вообще и структурное строение мозга в частности, служат сифилис и алкоголь. Иначе говоря, дебильность в значительной части случаев есть не фатально-наследственное поражение, а результат токсических влияний на развивающийся организм, которые в соответствующей профилактической обстановке могли бы быть устранены.

Следующая за группой дебиликов группа шизофреников составляет основные кадры больных в психиатрических учреждениях. Этиология этого заболевания в целом остается неясной. Считается в настоящее время, что наследование этого заболевания идет в рецессивном порядке. При наличии наследственного предрасположения, как уже указано было выше, факторы социального окружения играют значительную роль в проявлении этой болезни, и несомненно, что разумным психопедагогическим вмешательством можно было бы достичь, чтобы часть предрасположенных к шизофрениии не переступила бы граней психически-здорового существования.

Больные маниакально-депрессивным психозом составляют от 10 до 17,6% душевнобольных, находящихся в психиатрических больницах. Эта пазологическая форма, как известно, представляет самые разнообразные варианты в своих проявлениях. Неясно выраженные проявления ее часто скрываются под диагнозом психастения, нейрастения, психоневроз и т. д. Наследование ее, по видимому, подчиняется закону доминирования.

Но нельзя не отметить, что резкие вспышки этой болезни, иногда периодические, иногда только раз в жизни выводящие человека из нормальной колеи психической жизни, всегда совпадают с моментами непосильной загрузки психизма, будет ли это умственное переутомление, тяжелые аффекты или внутренние конфликты в самом человеке. Так что и здесь применение элементов психо-гигиенического характера в состоянии было бы сохранить социальную полезность многих людей, которым приходится переходить на иждивение государства потому, что они были лишены в необходимое время психо-гигиенической охраны.

Психозы, вызванные органическими изменениями самого вещества мозга, состоят в основном из прогрессивного паралича и из психозов, вызванных склеротическим изменением сосудов мозга. Прогрессивный паралич, осложняющий в незначительном числе случаев заболевание сифилисом, является устранимым

заболеванием в той же степени, в какой устраним сифилис. Тот факт, что прогрессирующим параличем заболевает относительно небольшое число сифилитиков, в анамнезе которых часто встречается злоупотребление алкоголем и психические эксцессы, определенно свидетельствует, что и в профилактике прогрессирующего паралича психо-гигиенические мероприятия могут сыграть большую роль. Вторая часть болезней этой группы—психозы на почве склероза сосудов—также в известной степени должна считаться заболеваниями устранимого характера, поскольку в наше время может быть организована борьба с ранним наступлением склероза.

Следующую группу психических расстройств образуют болезни токсического характера. Сюда входят алкогольные психозы и психозы, вызываемые бактериальными токсинами в течение инфекционной болезни. И про эту группу психических расстройств приходится сказать, что она с профилактической точки зрения вполне устранима в той степени, в которой эффективно ведется борьба с алкоголизмом и с заразными болезнями.

Предпоследняя группа—группа психозов на почве эмпирии, составляющая от 8,2 до 9,3% общего числа больных, также этиологически связана с токсическим воздействием алкоголя на зародышевую плазму родителей больного, и к ней относится то же, что сказано по отношению к предыдущей группе.

Наконец, последняя группа, паранойи, составляет от 0,5 до 2,9% общего числа душевных заболеваний. Этот бесспорно мрачный психопатический монолит, выкованный, по господствующему в психиатрии мнению, из одних только наследственных факторов без какого бы то ни было участия социальных влияний, в последнее время начинает распадаться. В основе параноидального состояния, так поражающего окружающих больного лиц сохранением формальной логики суждения во всем, кроме определенной группы идей, относящихся к самой личности больного, часто можно найти внутренние психические конфликты вследствие воспитания в среде, насыщенной узким себялюбием и прививаемым с детства эгоизмом. В основе паранойи нередко можно отыскать первичное аффективное состояние, стремление излить на чужих лиц негодование за личные неудачи. Несомненно встречающиеся случаи эпизодической паранойи, излечимость ее в некоторых случаях путем психоанализа, свидетельствуют о том, что, подходя к самой тяжелой психопатической картине, мы не стоим перед пропастью, вырытой «наследственностью», а перед сложным психосоциальным комплексом, доступным профилактическому вмешательству.

Из вышеперечисленных конкретных материалов о составе психопатов, содержащихся в специальных больницах, совершенно ясно видно, какой значительный процент этих больных обусловлен устранимыми

причинами, и какие громадные области психогигиенической профилактики лежат еще нетронутым плащом перед нами.

Если санитарная статистика располагает более или менее солидным материалом о составе психических больных, интернированных в специальных лечебницах, то сведения из области статистики «резервной армии» психопатов, о численности ее кадров и о характере ее патологии почти отсутствуют. О значительной численности этой армии свидетельствует тот факт, что среди лиц, обращающихся в нерпсихические диспансеры, число больных органическими болезнями нервной системы уступает значительному количеству всяких психоневротиков.

Число психоневрозов в самых разнообразных формах особенно велико в наше время, когда отживающие формы быта резко сменяются новыми формами, когда к личности предъявляются требования быстро перестроить свой психизм в соответствии с революционизирующим темпом социалистического строительства.

Если профилактика психоневрозов в существенной своей части сводится к такому воспитанию и самовоспитанию отдельной личности, чтобы она гармонически сочетала интересы своего «я» с интересами коллектива, то коллектив, с другой стороны, должен сделать все возможное, чтобы отдельный человек в канун срыва своей психики мог найти у коллектива столь нужную ему моральную поддержку.

Организационными формами такой социальной связи между обществом в целом и отдельным индивидуумом прежде всего должны служить психоневрологические диспансеры, как одна из новых форм открытого призора разнообразных психоневротиков. Социальная агентура такого диспансера в лице сестры социальной помощи и совета социальной помощи должна облегчить выписанному из психиатрической больницы переход к условиям нормальной гражданской жизни. Через школьных учителей, через фабрично-заводских врачей она должна получать информации о наличии лиц, угрожаемых по нервнопсихическому здоровью. Она должна была бы привлекать в диспансер, как это кое-где уже начинают делать, всех утративших вкус к жизни и покушавшихся на самоубийство.

Социально-экономическое значение нервнопсихических диспансеров, которые должны в будущем разгрузить в значительной степени скученное население наших психиатрических больниц и создать более дешевые формы организации лечебно-профилактической помощи психопатам, чрезвычайно важно. Вместе с тем эти диспансеры должны быть центрами, изучающими столь еще мало известные формы нашей социальной психопатологии, и аванпостами по насаждению и по распространению самой юной и многообещающей области профилактики — психической гигиены.

Бэкон Веруламский, возвещая в 1623 году прерасветную зарю естественно-научного развития, посветил в своем «Органооне» несколько замечаний о медицине, не утративших и по сейчас известного значения. В эпоху, отделенную от нашего времени тремя веками, Бэкон устанавливает и разграничивает три направления и задачи в медицине: 1) лечение болезней, 2) охрану человеческого здоровья и 3) продление человеческой жизни. Это деление медицины на три области сохраняет свое значение до настоящего времени, хотя приходится оговориться, что вопросы продления человеческой жизни не образовали самостоятельной дисциплины и исчерпываются сравнительно немногими, частью научными, частью литературно-историческими изысканиями, не получившими до последнего времени законченного выражения в социально-медицинской практике.

Профилактика не может ставить своей задачей ликвидацию смерти и предшествующей ей старости, сопровождающейся упадком и увяданием всех жизненных функций. Ее задача—отодвинуть на возможно более поздний срок наступление неизбежного угасания всех психофизических сил человека и сохранить возможно более долго социальную ценность человеческой жизни.

Сущность процессов, обуславливающих старость человека, до сих пор не может считаться окончательно изученной. Различные исследователи, подходившие к этой проблеме, оценивали ее с разнообразных точек зрения: с биологической, с патологической, с химической.

Биологами установлено, что одноклеточные организмы можно рассматривать, как потенциально бессмертные. Размножение среди них происходит путем дробления клетки. Одноклеточные организмы могут погибать вследствие неблагоприятных условий среды, в которой они находятся, но не вследствие своей внутренней изношенности. Многоклеточные организмы, в том числе и человек, расплачиваются за дифференциацию своих клеток, выполняющих специальные функции, утратой способности непрерывно обновляться и смертью организма в целом, неизбежно наступающей вследствие этого.

Исследования ряда американских биологов показали, что клетки многоклеточного организма потенциально также обладают бессмертием, так как, выделенные из организма и культивируемые на питательных средах, они могут размножаться неопределенно долгое время.

Химики отметили, что последовательное изнашивание организма характеризуется целым рядом изменений химико-физического состава тканей. По мере роста организма в нем наблюдается прогрессирующее

обеднение водою. В организме человеческого эмбриона — 87% воды, у новорожденного — 84%, у взрослого — 70%. Соли калия, обуславливающие пластичность организма, постепенно заменяются солями кальция. Это невольно наводит на некоторые аналогии между старением организмов и целых материков. Жизнь зарождается в воде, относительно богатой солями калия и натрия. Медленно материк выступает из воды и обизвестляется.

Анатомы и физиологи обратили внимание на то, что в старческом периоде человеческой жизни интенсивность обмена между органами и отдельными тканями тела значительно ослабевает. Органы внутренней секреции перестают снабжать кровь гормонами, исчезают половые импульсы, психическая жизнь человека постепенно слабеет. Жизнерадостный оптимизм юности сменяется ворчливым пессимизмом старости. Клеточные элементы тела уменьшаются в объеме, протоплазма их утрачивает свою прозрачность, кости становятся ломкими, паренхиматозные элементы органов и тканей вытесняются соединительнотканными элементами.

Но как связать все эти явления в одно целое, установить между ними взаимозависимость, отделить основные факторы от сопутствующих, — это до сих пор остается еще неразгаданной проблемой.

Наш великий Мечников создал гипотезу, что процессы старения вызываются медленной интоксикацией

организма со стороны «дикой флоры» кишечного канала. Эта интоксикация понижает жизнеспособность тканевых элементов, медленно рассасываемых фагоцитами. Если в этом объяснении и есть известная доля истины по отношению к человеку, то общих процессов старения, свойственных и представителям растительного царства, эта гипотеза не объясняет. Среди растений процесс одряхления сопровождается изменениями физико-химического состава тканей, нарушающими возможность питания отдельных частей, и также заканчивающимся гибелью в целом.

Приходится признаться, что мы пока бессильны объяснить существенные детали основного факта, что каждый живой организм, приобретая в момент своего зарождения определенную сумму энергии, в более или менее ограниченный срок ее тратит до последнего предела и исчезает из этого прекрасного мира.

Французский ботаник Бюффон, желая установить точные пределы для существования того или иного вида животных, пришел к выводу, что существуют определенные соотношения между периодом созревания организма и общей длительностью его существования. Для большинства животных организмов нормальные границы существования соответствуют пятикратному периоду его развития. Считая, что процесс окостенения эпифизарных хрящей заканчивается около двадцати лет, можно считать нормальной продолжительностью человеческой жизни около 100 лет.

Однако, всем нам известно, что в человеческой жизни достижение столетнего возраста является редким исключением, а не общим явлением. Дошедшие до нас из различных источников сообщения об исключительном долголетии отдельных лиц далеко не всегда заслуживают доверия. Контроль над отдельными зарегистрированными случаями исключительного долголетия, произведенный при некоторых общенародных переписях, показал, что среди стариков существует своеобразное честолюбие, заставляющее прибавлять себе года, в противоположность тому, что наблюдается среди молодых женщин. Во всяком случае чрезвычайно знаменательно, что в последних народных переписях эти виртуозы долголетия, которыми нестрат средневековые хроники, уже больше не встречаются. Многие из рассказов об обетовательствах жизни, сопровождавших долговечность, в сущности говоря, представляют издевательство над здравым смыслом и элементарной гигиеной. Мы встречаем среди них лиц, злоупотребляющих алкогольными напитками, кофе, табаком. Очевидно, что в этих случаях речь идет о субъектах, наделенных исключительно крепкой конституцией, которые достигали очень преклонного возраста вопреки полному пренебрежению к правилам гигиены.

Что конституциональные факторы имеют определенное влияние на общую продолжительность жизни — факт, не подлежащий сомнению. Если бы про-

должительность жизни каждого отдельного человека была совершенно случайным явлением, тогда нельзя было бы установить никакой закономерности в соотношениях между продолжительностью жизни родителей и детей.

Крупнейший американский биолог и статистик Раймонд Пэрль в своей исключительно интересной и содержательной работе «Биология смерти» утверждает, что время наступления смерти определяется комбинарованным действием наследственных качеств и внешней среды. Последнее влияние проявляется в том, что неблагоприятные условия внешней среды способствуют преждевременной растрате биологических качеств, унаследываемых нами от предков. На основании статистических выкладок Пэрль приходит к выводу, что от 25 до 50% всех смертей происходит за счет случайных и относительно легко устранимых факторов. Если исключить эти случаи, очень осложняющие изучение вопроса о конституциональных факторах, определяющих продолжительность жизни, то влияние последних приобретает неоспоримое значение. Некоторые евангелисты значительно вульгаризируют эту идею, когда высчитывают вероятный возраст наступления смерти определенного лица путем сложения общего числа прожитых лет его отцом и матерью, и двух дедов и бабок с отцовской и материнской стороны и разделением этой суммы лет на шесть.

Если перейти от наблюдений над отдельными группами лиц к массовым исследованиям демографического характера о длительности человеческой жизни в исторической динамике, то прежде всего приходится обратиться к наиболее ценному и точному материалу — к шведской статистике. В последующей таблице приводятся сведения о динамике средней продолжительности жизни в Швеции за период с 1816 по 1920 годы.

Средняя продолжительность жизни
мужчин и женщин —

Годы	Мужчины	Женщины
1816-1840	39,5	48,5
1841-1850	41,6	46,1
1851-1860	40,5	44,4
1861-1870	42,8	46,4
1871-1880	45,3	48,6
1881-1890	48,3	51,5
1891-1900	50,9	53,6
1901-1910	54,5	57,0
1911-1920	54,8	57,6

Эта таблица свидетельствует о том, что с развитием материальной и связанной с нею санитарной культуры средняя продолжительность жизни непрерывно возрастает, причем женщины всегда имеют шансы несколько более длительной жизни, чем мужчины.

Изменения в средней продолжительности жизни за период между началом XX века и ближайшим к нам временем видны из следующей таблицы:

Страна	Годы	Средняя продолжительность жизни		Годы	Средняя продолжительность жизни	
		М.	Ж.		М.	Ж.
Украина	1896-1897	35,8	36,8	1925-1926	43,6	46,7
Германия	1891-1900	40,6	44,0	1924-1926	56,0	50,8
Франция	1898-1903	45,7	49,1	1920-1923	52,2	55,9
Англия	1891-1900	44,1	47,8	1920-1922	55,6	59,6

К сожалению, отсутствие таблиц смертности для населения РСФСР, относящихся к последним годам, не позволяет привести соответствующие статистические показатели. Средняя продолжительность жизни, вычисленная проф. Борткевичем для 1874—1883 года для части русского населения, определялась величиной в 26,3 года для мужчин и 29,0 лет для женщин. Повторные вычисления проф. С. А. Новосельского для 1896—1897 года измеряют среднюю продолжительность жизни в дореволюционной России для мужчин в 31,3 года и для женщин в 33,4 года. Исчисленная Центральным статистическим управлением в РСФСР средняя продолжительность жизни в 1926 г. — 41,6 лет для мужчин и 46,8 лет для женщин.

Если вышеприведенные показатели определяют средние тенденции продолжительности жизни, то по-

следующие дают конкретные указания, сколько лиц из каждой тысячи родившихся в данную эпоху доживают до того возраста, который в настоящее время можно считать периодом физиологического изнашивания организма.

Из каждой тысячи родившихся мальчиков и девочек доживают до 70 лет

Страны	Годы	Мужчины	Женщины
Н. Зеландия	1921-1922	503	566
Дания	1921-1925	497	517
Австралия	1920-1922	443	547
Швеция	1911-1915	435	493
Норвегия	1911-1921	420	480
Германия	1924-1925	419	472
Голландия	1910-1920	417	453
С. Ш. С. А.	1922	401	440
Англия	1920-1922	395	484
Франция	1920-1923	343	433
Украина	1925-1926	302	356

Таким образом, только небольшое меньшинство доживает до возраста, на который могли бы простираться блага профилактики старости, если бы они нашлись. Большая же часть сверстников к этому времени уже спит вечным сном смерти, сном без грез и без пробуждения. В кубок жизни, к которому когда-то тянулись их жадные губы, была примешана отравляющая и в последнем выпитом ими напитке, приготовленном в аптеке, они не нашли необходимого противоядия.

Но каковы же средства, имеющиеся в распоряжении профилактики и гигиены, для того, чтобы сделать старость бодрой, возможно более жизнерадостной и работоспособной? Можно ли извлечь полезные уроки из практического опыта седовласых старцев, как будто владеющих секретом «жизненного эликсира»? Курьезно, что почти всякий из этих старцев обладает свойственной исключительно ему тайной владения «долгой жизнью». Так, один врач приписывал свое долголетие тому, что он всегда охранял себя от магнитных земных токов и во время сна располагал свое тело с севера на юг. Другой объясняет свое долголетие тем, что он ест только один раз в сутки, третий — исключительно вегетарианским режимом, четвертый — щадящим мясным столом и т. д.

В 1924 году проф. Парль поставил опыт статистического изучения характера жизни и последственности более чем трехсот лиц, достигших возраста 95 лет жизни и больше. Предварительная разработка изученного им материала мало прибавляет к тому, что уже известно по этому вопросу. Оказалось, что родители и деды долголетних характеризуются превышением средней продолжительности жизни, установленной для данной эпохи. 54% из состава обследованных потребляло алкогольные напитки и 50% курило.

Современное медицинское знание определяет возраст жизни в зависимости от состояния стенок арте-

риальных сосудов и предлагает не допускать их раннего обизвестления, которое приписывается действию хронических инфекций (сифилис, туберкулез и другие организованные яды), затем алкоголя, табаку, чаю, кофе, не говоря о профессиональных ядах.

Согласно мнению Мечникова, здесь имеет также большое значение хроническая интоксикация со стороны продуктов гниения в кишечном канале.

Но нет ли еще других факторов склероза? При анатомическом исследовании 24 египетских мумий эпохи XXI династии в 13 случаях были обнаружены несомненные склеротические изменения больших сосудов. А Египет не знал еще сифилиса, курение также было неизвестно и растительный стол был там преобладающим. Во всяком случае можно сказать, что подавляющее большинство лиц, достигших значительного долголетия, вело очень простой образ жизни ограничивало свою диету и особенно потребление животных белков. Среди стариков нередко наблюдается отвращение к мясной пище и переход на вегетарианский стол.

Пользующийся и в настоящее время некоторой популярностью метод антисклеротического режима Гурельта заключается в том, чтобы периодически абсолютно воздерживаться от пищи или ограничивать свою диету небольшим количеством хлеба и чая, чтобы вызвать сгорание и удалить из тканей излишние продукты обмена. Метод этот пригоден, вер-

ятно, только для лиц, страдающих ожирением и болезнями обмена. Некоторые врачи, исходя из факта, что в старости окислительные процессы значительно ослабевают, рекомендуют периодические глубокие вдыхания, прогулки на открытом воздухе и побольше пить воду.

«Фонтан жизни», окунаясь в который ветреные богини Олимпа вновь возвращали себе девственность, а распутные боги восстанавливали свои юношеские силы — несяк навсегда и безвозвратно. Средство, которым в свое время старались возбудить слабеющие силы царя Давида, укладывая рядом с ним спать юных красавиц, ожидая, что испарения от свежих их тел вдохнут в него утраченную бодрость, во-первых, мало кому доступно, во-вторых — уже дискредитировано в том же библейском рассказе, оно оказалось безрезультатным. В последние годы в роли нового спасителя человека от тягостей старчества неожиданно появился ближайший сородич человека — горилла и некоторые его коллеги, более доступные по своей рыночной расценке. Опыты прививки старикам взятых целиком или разрезанных на кусочки обезьяньих семенных желез, произведенные д-ром Вороновым и другими хирургами, обнаружили у привитых возврат психофизических сил, и разбудили угаснувшее половое влечение и половую потенцию. Дороговизна такого обновления и сравнительная недавность этих опытов заставляют относиться к ним пока что сдер-

жанию и во всяком случае не позволяют думать, что метод борьбы со старческим одряхлением за счет обезьяны может получить более или менее широкое распространение. Оперированные по Воронову по вполне понятным мотивам избегают широкой огласки результатов операции. Теоретически можно сомневаться, что привнесение продуктов секреции одной железы в экономию одряхлевшего организма в состоянии выравнять все явления одряхления — так же, как трудно себе представить, чтобы поставленный в изношенную фабрику мощный мотор в состоянии исправить сам по себе все производственные недочеты.

Профилактика преждевременного увядания организма должна быть построена на началах системного контроля здоровья и на борьбе с проявлениями склероза. Одним из существенных методов контроля склероза служит определение силы кровяного давления в сосудах, повышение которого всегда почти связано со склерозом. Такое же раннее диагностическое значение имеет контроль за количеством мочевины в крови, наличие которой свидетельствует о дефектах внутриклеточного питания и об ослаблении мочевиноделительной функции почек.

Бодро всматриваясь вперед, но все же сдерживая себя от излишних иллюзий, не мешает иногда оглянуться и назад, на пройденные медицинским знанием этапы, чтобы учесть и использовать уже накопленный медицинской опыт. Оставшийся от знаменитой

Салернской школы афоризм «*Custodit vitam qui custodit sanitatem*» (тот, кто бережет свое здоровье, бережет тем самым и свою жизнь) прекрасно резюмирует взгляды врачей-рационалистов отдаленной от нас эпохи. Эта же Салернская школа, бывшая в течение нескольких веков в Европе единственным светочем рационального медицинского знания, разменявшегося в других местах на грубый эмпиризм и шарлатанство, оставила в числе своих литературных памятников не-большой трактат о гигиене в стихотворной форме, который закапчивается словами:

*Si tibi deficient medici, medici tibi fiant
haec tria: mens hilaris, requies, moderata diaeta.**

Под такими правилами гигиенического распорядка охраняющими течение жизни, не откажется подписаться и современный врач-профилактик.

За последние годы в медицинской литературе много внимания уделяется вопросу об увеличении смертности от рака, наблюдаемого, как известно, преимущественно в тот период жизни человека, когда, пройдя zenith своего существования, она склоняется к своему фатальному концу. Не входя в излишнее подробное обсуждение этого вопроса, можно заметить, что самым важным фактором в распространении рака, обра-

* «Если ты будешь чувствовать недостаток во врачах, то пусть твоими врачами будут бодрое настроение, умеренности в пище и отдых».

тившим за последние десятилетия на себя внимание, является значительное увеличение средней продолжительности жизни во всех странах Европы и в Америке. Вследствие этого в настоящее время гораздо большее число людей доживает до пожилого возраста, в котором рак встречается всего чаще.

Нижеприводимая таблица, где сопоставляется средняя продолжительность жизни и смертность от рака в различных странах, вполне подтверждает эту взаимозависимость обоих явлений:

Страны	Средняя продолжительность жизни мужчин	Смертность от рака на 100.000 населения
Дания	60,3	140
Швеция	56,5	111
Германия	56,0	108
Франция	52,2	78
Украина (города)	43,6	58

Говорить о профилактике рака в прямом смысле в настоящее время, к сожалению, еще не приходится, так как нам до настоящего времени неизвестны непосредственные причины этого заболевания. Но факты, находящиеся в несомненной связи с раковыми заболеваниями, теперь уже более или менее установлены, и смысл их сводится к тому, что всякие хронические раздражения кожи и слизистых оболочек увеличивают вероятность заболевания раком. Поэтому профилактические мероприятия по отношению к раку

сводятся сейчас к тому, чтобы избежать потребления алкоголя и всех веществ, значительно раздражающих кожные и слизистые оболочки. Курение также служит одним из моментов, предрасполагающих к раку губы. Во многих случаях этой формы рака, а также рака языка и прямой кишки в анамнезе больных находятся указания на сифилис, борьба с которым также обещает снижение числа раковых болезней. Точно также необходимо охранять кожу от повторных резких раздражений, наблюдаемых среди рентгенологического персонала и представителей других профессий, при которых кожа подвергается сильным раздражениям.

Профилактика рака в настоящее время уступает место «ранней диагностики» рака, широкая постановка которой открывает значительные перспективы хирургической терапии рака, пока еще не образовались метастазы раковой опухоли, значительно обесценивающие ценность хирургического вмешательства в эту болезнь.

Организационными центрами такой «ранней диагностики» рака в настоящее время являются диспансеры по борьбе с раком, которые стали в последние годы учреждаться в различных городах нашего Союза. На ряду с учреждением таких диспансеров в целях профилактики рака необходима дальнейшая популяризация среди населения систематического контроля здоровья, при котором могут улавливаться в числе начальных симптомов прочих заболеваний также и

симптомы развивающегося рака. Этот контроль в Советском Союзе осуществляется посредством диспансерного метода, при котором определенные группы рабочего населения ставятся под систематический лечебно-профилактический надзор.

Профилактические задачи, расстилающиеся перед коллективом, имеют своей целью обезопасить здоровье данного поколения и способствовать возможно большему продлению его жизни. Улучшая здоровье масс, отстраняя от него вредности, сказывающиеся одинаково как на соматических, так и на генеративных элементах человеческого организма, профилактические начинания тем самым способствуют и улучшению физической конституции следующих поколений. Но задачи профилактики чрезвычайно осложняются, когда она встречается с уже готовым наличием среди коллектива дегенератов, т. е. лиц, унаследовавших от своих производителей определенные патологические изменения в структуре зародышевой плазмы, — изменения, проявляющиеся в форме разнообразных психических заболеваний, как напр.: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия и т. д. Эти заболевания, часто сопровождающие всю человеческую жизнь, значительно понижают общественнополезную ценность психопатов и ложатся тяжелым экономическим бременем на государство.

При всенародных переписях населения, производимых обычно через каждые пять или десять лет, в последние десятилетия насчитывают на каждую тысячу населения трех человек, страдающих психиче-

скими расстройствами. Но эти числа не соответствуют реальной действительности, так как переписчики не обладают никакими познаниями по психиатрии, и в их учет попадают только резко выраженные психические заболевания, явные для окружающих. Ниже помещаемая таблица, заимствованная из Шведского статистического справочника, свидетельствует о том, что с 1860 по 1927 год число коек для душевнобольных увеличилось в 12 раз, в то время как население не успело увеличиться в два раза.

Г о д ы	Число психиатрических коек	Население в тысячах
1860	1.008	3.859
1870	1.322	4.168
1880	1.991	4.565
1890	2.625	4.784
1900	5.056	5.136
1910	7.866	5.522
1920	10.242	5.904
1925	11.516	6.053
1927	12.732	6.087

Рост числа психических больных и психиатрических коек наблюдается не только в высококультурных странах, но и в странах сравнительно низкой культуры. Так, в Египте в 1895 году в психиатрических учреждениях находилось 440 больных, а в 1923 году уже 2.491 больной. Стоимость содержания психических больных с 1895 до 1922 года увеличилась от 8 до 116 тысяч египетских лпр.

Кроме ясно выраженных форм психических заболеваний, интернированных в специальных больницах, в обществе находится громадная резервная армия разного рода психонатов, размножение которых не встречает никаких ограничений. Многократными наблюдениями установлено, что количество детей в семьях, где один из супругов страдает слабоумием или алкоголизмом, в среднем несколько выше числа, характерного для той группы населения, к какой они принадлежат. Это обстоятельство в связи с резкими детоограничительными тенденциями подавляющей массы городского населения создает угрозу относительного увеличения дегенеративных элементов в последующих поколениях.

Нам пока еще неизвестна сущность тех патологических мутаций в зародышевой плазме, которые обуславливают в дальнейшем появление психических расстройств. Но нам известно, что, раз возникнув, эти изменения в зародышевой плазме переходят из одного поколения в другое и выявляют себя или остаются незамеченными в зависимости от неизвестных нам причин, причем порядок их выявления подчиняется определенным правилам, эмпирически установленным в основном Грегором Менделем.

Патологический признак, закрепленный в зародышевой плазме, может передаваться последующим поколениям или в порядке доминантности или в порядке рецессивности. В первом случае он покрывает

добою здоровые качества второго производителя. При этих условиях все члены поколения, получившихся в результате обоюдного слияния больных и здоровых зародышевых элементов заболевают той же болезнью, что и один из производителей, наделенный этим патологическим качеством. Иногда же патологическое свойство обладает рецессивными качествами, имеет тенденцию отодвигаться в сторону здоровыми элементами в плазме другого производителя. В таких случаях это патологическое качество остается в скрытом, ни в чем вовсе себя не проявляющим свойством и в последующих поколениях может обнаружиться лишь тогда, когда оба производителя оказываются наделенными этими патологическими элементами в своей зародышевой плазме, и когда взаимное их слияние вызывает у части их детей болезнь в явной форме.

Можно высказать с некоторой уверенностью соображение, что для человечества в целом было бы выгоднее, если бы психические болезни передавались по законам доминантности. В таком случае раз появившаяся патологическая мутация у членов одного поколения, неуклонно появлялась бы среди членов последующего поколения. Появление резких форм психического расстройства, проявляющих себя в каждом последующем поколении, так резко бросалось бы в глаза, что весьма мало вероятно, что наделенный такими патологическими ка-

чествами род мог бы долго существовать. Ясное наличие душевной болезни, независимо от того, интернирован больной или нет, уменьшает шансы половой жизни носителям этой болезни, ограничивает возможность его хозяйственно-самодетельного существования и тем самым и возможность появления детей. А если дети все же рождаются, то характерные признаки той же родовой болезни так бросались бы в глаза окружающим, что они, надо думать, были бы совершенно изолированы, и дальнейшее размножение такого рода было бы невероятным.

В тех случаях, когда передача психических дефектов нисходящим поколениям происходит в порядке рецессивности, картина пораженности рода становится менее заметной, потому что патологические явления, характеризующие одно поколение, переходят в скрытое состояние во втором поколении, чтобы обнаружиться вновь в третьем.

Схематически можно представить следующие комбинации наследственной психопатологической отягощенности среди обоих производителей и соответственные этим комбинациям вероятности заболевания психическими болезнями у детей:

1. У обоих родителей доминантные формы психической болезни. В этом случае все дети без исключения поражаются той же болезнью.

2. Один из родителей болен психической болезнью, передающейся по признаку доминантности, другой

здоров. Тогда половина детей заболевает психической болезнью, вторая половина остается здоровой.

3. Если оба родителя больны психической болезнью, унаследованной ими от предков в рецессивном порядке, то все дети их поражаются той же болезнью.

4. Если один из родителей болен психической болезнью, передаваемой в порядке рецессивности, а другой здоров, то все дети наследуют эту болезнь в рецессивной форме, внешне оставаясь здоровыми.

5. Если один из родителей, как и в предыдущем случае, болен психической болезнью, передающейся в порядке рецессивности, а второй, будучи внешне здоровым, вносит в себе предрасположение к той же болезни, находящейся у него в рецессивной форме, то половина детей внешне проявит эту болезнь, другая половина унаследует ее в скрытой форме.

6. Если оба родителя, внешне оставаясь психически здоровыми, в своих зародышевых элементах имеют предрасположение к психическому заболеванию, передаваемому в порядке рецессивности, то половина детей унаследует эту болезнь в скрытой форме, четвертая часть детей проявит эту болезнь внешне, а остальная четверть детей будет совершенно свободна от какого бы то ни было предрасположения к данному заболеванию.

Совершенно ясно, что практическое применение этих элементарных схем часто встречает весьма значительные трудности, особенно когда дело идет о

внешне здоровых психически людей, в зародышевой плазме которых есть предрасположение к психическому заболеванию, сохраняемое в рецессивной форме. Для того, чтобы составить «биологический гороскоп», врач должен обладать солидными сведениями в области анализа семейной генеалогии, обыкновенно абсолютно неведомой большинству людей. С другой стороны, при ограничении числа рождений в современной городской семье никогда почти нельзя сказать, какой биологический жребий из числа равно возможных выпадет на долю одного или двух отпрысков данной семьи.

Все таки следует отметить, что движение в пользу устройства специальных консультаций по вопросам брака, наследственности и гигиены половой жизни в последнее время все шире проникает в общественное сознание. Какая масса несчастных человеческих существований могла бы быть предотвращена, если бы виновники этих существований обладали бы зачатками «генеративного самосознания» и если бы им вовремя дан был бы совет удержаться от деторождения!

Практика работы брачных консультаций показывает, что посещаемость их очень невелика. Первая такая консультация возникла в 1922 году в Вене. В 1924 году была устроена аналогичная консультация в Берлине. В 1926 году прусское министерство общественного призрения стало на путь широкой реко-

мендации устройства таких консультаций, в результате чего в течение одного только года в Пруссии было основано 77 консультаций и 54 находились в стадии организационной подготовки к их открытию. В целом ряде стран все громче раздаются голоса в пользу обязательного медицинского осмотра лиц, вступающих в брак, и кое-где этот осмотр уже получил законодательную санкцию (сеть штатов Северной Америки, Швеция). Наше советское законодательство облизывает лиц, вступающих в брак, знакомить друг друга с состоянием своего физического здоровья. Эту меру, вряд ли повсюду проводимую в жизнь, можно рассматривать, как начальное звено будущих законодательных санкций, имеющих своей задачей взять под профилактическую охрану зарождение новых жизней.

Значительная часть психических заболеваний обнаруживается в эпоху полового созревания и в период жизни, непосредственно следующей за этой эпохой. Благодаря тому, что в Советском Союзе средний возраст вступающих в брак мужчин и женщин гораздо более молодой, чем в западных странах,* большая часть людей обоего пола из лиц, имеющих наследственную

* В РСФСР в 1927 году из каждой сотни вступающих в брак мужчин 65,6%, а из каждой сотни вступающих в брак женщин 77% находились в возрасте менее 25 лет. В том же году в Швеции процентное число мужчин и женщин из каждой сотни их, вступающих в брак в этом возрасте, было соответственно 21,3% и 46,1%.

наклонность к душевным расстройствам, успевает вступить в брак прежде, чем стали ясны признаки психического заболевания. Если бы средний возраст вступления в брак отодвинулся на несколько лет, то наступившая психическая болезнь явилась бы препятствием к заключению брака и появлению на свет детей с врожденной склонностью к психическому заболеванию.

Немногочисленные переписи душевнобольных, организованные в дореволюционную эпоху, показали, что в подавляющем большинстве случаев душевнобольные мужчины находились в браке. Перепись душевнобольных в Уфимской губернии, произведенная в 1913 году, показала, что взрослые эпилептики все женаты, и что в среднем на 100 психических больных, состоящих в браке, приходится 350 детей.

Необходимость организации широких мероприятий по профилактике дегенерации диктуется прежде всего мотивами социально-экономического характера. В тех странах, где признание душевнобольных приняло более или менее значительные размеры, оно ложится очень тяжелым бременем на бюджет государства и местных хозяйственных организаций. Д-р Еис высчитал по отношению к г. Гамбургу в 1906 году, что все траты на признание малолетних и социальнобеспольных элементов обошлись в 31,6 миллионов марок, в то время как прямые доходы выражались в сумме 30,8 миллионов марок. В Берлине в 1904 году

на призрение душевнобольных было потрачено $5\frac{1}{2}$ миллионов марок. Принимая наличие на Украине в среднем 90.000 резко выраженных психических больных и считая, что годовое содержание больного в настоящее время обходится минимум в 263 рублей, одни траты на интернирование этого числа больных должны были бы обходиться государству до 24 миллионов рублей ежегодно т. е. превышать более, чем вдвое, наличный государственный бюджет здравоохранения. Известные категории душевнобольных, как например, больные маниакально-депрессивным психозом, периодически имеют светлые промежутки, в течение которых болезнь их внешне ни чем не проявляется, и, находясь вне больницы, они могут вступать в брак и рожать детей. Пропорция слабоумных среди населения не меньше, чем процент резко выраженных форм душевных болезней. Эта группа населения ничем не ограничивается в своем размножении.

Среди детей, учащихся в школах в разных странах, в среднем насчитывается до 2% характеризующихся теми или иными дефектами психического развития, которые значительно затрудняют дальнейшие их умственное развитие и делают невозможным пребывание их в общих классах наряду с нормально развитыми детьми. Таких детей приходится отбирать в специальные школы для отсталых детей, содержание которых обходится значительно дороже (до $2\frac{1}{2}$ раз), чем

содержание нормально развитых детей, так как каждому отдельному преподавателю дается гораздо меньшая нагрузка. Среди этих умственно отсталых детей половина обязана своей отсталостью наследственностью — слабоумию одного из родителей или эпилепсии. Результаты воспитания умственно отсталых детей значительно уступают результатам воспитания нормальных детей и в лучшем случае делают их пригодными для выполнения элементарных профессий земледельческого, садоводственного характера и простейших форм ручного труда.

Стремление ограничить число дегенеративных элементов коллектива требует прежде всего ясной ориентировки в вопросе, из кого рекрутируются кадры налично живущих дегенератов, — есть ли это потомки лиц, зародышевая плазма которых подверглась патологической мутации, или перед нами протекает непрерывный процесс нового образования дегенеративных семей, происходящих от здоровых родов. В первом случае задачи медицинской профилактики относительно просты и сводятся, по крайней мере в принципе, к возможному ограничению размножения психически больных людей. Во втором случае они гораздо более сложны и имеют своей задачей предотвращение всех возможностей, создающих появление патологических мутаций из состояния здоровых генов производителей.

Современное состояние психиатрии не позволяет ответить на этот вопрос. Предположительно можно

думать, что имеют место оба эти процесса, но в каком они находятся численном отношении друг к другу, ответить на это сейчас нельзя. Если исключить теоретически возможные в небольшом количестве случаев факторы дегенерации вследствие биологической нецелесообразности друг к другу зародышевых элементов обоих производителей, то нужно сказать, что основными факторами нарастающей дегенерации, кроме тех, которые заключены в зародышевой плазме населения, и борьба с которыми требует указанных выше евгенических мер, являются вещества, влияющие дистрофически на зародышевую плазму, и прежде всего — сифилис и алкоголь. Поэтому все мероприятия социальной профилактики, направленные на борьбу с обоими ядами, нужно рассматривать не только в свете социальной гигиены, охраняющей здоровье масс наличного населения, но и одновременно с этим в свете социальной евгеники, обеспечивающей улучшение психофизических свойств грядущих поколений.

Из предыдущих глав читатель легко заметит, что в изложении опущены многие главы массовой патологии и соответствующей им профилактики, как например: профилактика глазных болезней, сердечнососудистых, ревматизма и других, каким в последние годы медицинская мысль отводит значительное внимание.

По этому поводу приходится сказать, что в задачу автора не входила мысль написать «компендиум» по профилактике; им руководило только желание сосредоточить внимание на основных идеологических пунктах профилактики и на некоторых отдельных темах практической профилактики, казавшихся автору наиболее ценными.

Составление дельного руководства по профилактике, необходимость в котором вполне актуальна, может быть выполнено только коллективным трудом клиницистов. Хотя профилактика в настоящее время еще не вошла в сердцевину медицинского образования, но историческая эпоха делает свое дело. Учреждение в Советском Союзе в 1930 году санитарно-профилактических факультетов, — это знаменательная дата, открывающая новые горизонты и необозримые перспективы в деле оздоровления трудящихся масс населения. В одной из своих речей в конвенте Дип-

тон говорил: «после хлеба народ больше всего нуждается в гигиене». Эта «всенародная гигиена» и является основным лозунгом советского здравоохранения, которому приходится с геркулесовскими усилиями очищать от векового загрязнения авгиевы конюшни массового санитарного неблагоустройства, полученные по наследству от абсолютизма. На ряду с этой работой советская профилактическая мысль старается выковать новые формы гигиенического сознания, стремление к здоровым формам в индивидуальном и общественном быту.

Примитивная общественная совесть громко возмущается поступком вора, извлекающего в трамвае носовой платок из кармана соседа. Но она беспрепятственно позволяет неосторожному человеку сеять кругом себя заразу, она не мешает слабоумному плодить несчастных от рождения детей, единственная вина которых состоит в том, что они не в состоянии были распорядиться выбором своих родителей. Как много людей в простоте душевной разделяют афоризм Кузьмы Пруtkова: «зачем мне заботиться о потомстве, ежели оно ничего для меня не сделало!»

Каждый из нас получает факел жизни, передающийся ему на время от бесчисленного поколения предков. Он волен сам решать, загасит ли его навсегда вместе со своим уходом из жизни, размножить ли его — рядом новых ярких огней или тусклых и чадных мерцаний.

Санитарное просвещение имеет своей задачей не только освободить коллектив от осевших на нем многовековых плаков санитарного невежества, не только культивировать гигиенические навыки в индивидуальном и коллективном быту и приучить каждого уважать в своем соседе право на здоровье, не только поднять ценность жизни как таковой, но и постепенно пробуждать среди членов коллектива сознание его генеративных интересов.

Санитарное просвещение имеет целевой установкой стремление возбудить в каждом желание здоровой, содержательной психически, наполненной социальными влечениями жизни, и должно вовсе отказаться от популяризации устрашающих воображение разнообразных микробных угроз и заболеваний, что нередко в податливых умах культивирует «медицинскую гипохондрию».

Образную картину такого запуганного медицинскими страхами человеческого существования дает один английский философ в следующих выражениях: «Подобно тому, как одинокий шпион пробирается ночью через вражеский лагерь, видит неприятелей, сидящих вокруг костров, и дрожит, когда под ногою затрещит ветка, так и странник жизни пробирается с бутылкой лекарства в одной руке, с перевязочным пакетом в другой, боясь, как бы не потревожить спящие легионы смертей, и благословляет судьбу, если

ему удастся, лавируя то вправо, то влево, пройти незамеченным ими».

Не стальные мышцы гладиатора и не бесплотный дух, созданный мистической фантазией утратившего связь с реальной жизнью сознания, рисуются нам, как желанные формы непрестанно меняющегося лица человека, а сочетание тонкой психической чеканки с правильно развитым, крепким, выносливым и красивым человеческим телом.

Декарт высказал предположение, что «если существуют средства улучшить человеческую природу, то их нужно искать в медицине». Эту провидческую мысль нужно понимать в том смысле, что медицинская деятельность, обогащенная профилактическим содержанием и протекающая в социальной среде, обеспечивающей всем своим членам полноценное физиологическое существование, окажется в состоянии обеспечить будущему человеку возможность развернуть все вложенные в него природой и облагороженные социальной средой потенциалы развития.

Защищая от навадок скептиков медицину, Гиппократ говорил: «медицина издревле обладает способами исследования, с помощью которых были произведены многочисленные открытия... Следуя по этому пути, медицина будет в состоянии в дальнейшем достигнуть совершенного развития посредством применения правильных методов логического мышления» (Гиппократ, «О древней медицине», глава 2

и 12). На высоте сознания гегелевской философской мысли этот «правильный метод логического мышления» не может быть иным методом, как методом диалектического материализма.

Зачатая в предрассветных сумерках человеческого сознания, как инстинктивное стремление заглушить боль, медицина в диалектическом процессе своего развития будет постепенно освобождаться от своего патологического содержания и в социалистическом мире превратится в основном в науку об экономике человеческой жизни и об экономике обмена поколений. Каждый профилактик должен неустанно следить за разворачиванием этого процесса и освобождать ему путь!

1. «Statistik Årsbok for Sverige». Stockholm. 1929. — 2. Arthur Newsholme. «Evolution of preventive Medicine». London. 1927. — 3. Raymond Pearl. «The Biology of Death». Philadelphia. 1922. — 4. Robert Woodbury. «Maternal Mortality». Washington. 1926. — 5. Marcello Bólorini. «Biometrica. Problemi della vita delle specie e degli individui». Padova. 1927. — 6. Leonardo Bianchi. «Eugenica igiene mentale». Napoli. 1925. — «Le Malattie mentali in Italia». Relazione statisticosanitaria. Roma. 1928. — 8. Elie Metchnikoff. «Etudes sur la nature humaine». Paris. 1904. — 9. Jules Amar. «Organisation et hygiène sociales». Essai d'homiculture. Paris. 1927. — 10. Georges Schreiber. «La médecine préventive usuelles». Paris. 1928. 11. Dr Legrand. «La longevité à travers les ages». Paris. 1911. — 12. Ichok «La protection sociale de la santé». Paris. 1925. — 13. Marcel Nathan. «Les psychoses éritables». Paris. 1929. — 14. Mary Sewall Gardner. «L'infirmière visiteuse». Traduit de l'anglais. Paris. 1926. — 15. Léon Bernard et Robert Debré. «Cours d'hygiène». 2 vol. Paris. 1927. — 16. «Hygiène sociale». Laubry et autres auteurs. Paris. 1929. — 17. Dr Potet. «Hygiène mentale». Paris. 1926. — 18. Krebs-Japi. «Le service social à l'hôpital». Paris. 1923. — 19. Христофор Гүфеланд. «Искусство про-

длить человеческую жизнь». Пер. с немецкого. СПб. 1852. — 20. Единый диспансер. Сборник статей и материалов под редакцией Д. П. Оленейма. Москва. 1929. — 21. М. Птуха. «Смертність у Росії й на Україні». Харків. 1928. — 22. Ю. Корчак-Ченурківський. «Таблиці доживання і сподіваною життя людини УСРР» 1925-1926. Харків. 1929. — 23. Langstein u. Rott. «Wege und Ziele der Gesundheitsfürsorge unter dem Gesichtspunkt der Planwirtschaft». Berlin. 1925. — 24. Wendenburg. «Soziale Hygiene». Berlin. 1929.

С О Д Е Р Ж А Н И Е

	Стр.
Предисловие	5
Существо и задачи профилактики	7
Профилактический персонал	27
Организационные центры профилактики	47
Аntenatalная профилактика	52
Профилактика детской смертности	65
Профилактика детства и юношества	79
Профилактика материнства	89
Профилактика туберкулеза	104
Профилактика венеризма	123
Профилактика острых заразных заболе- ваний	138
Профилактика невропсихических заболе- ваний	153
Профилактика старости	172
Профилактика дегенерации	190
Заключение	201
Указатель литературы	206
