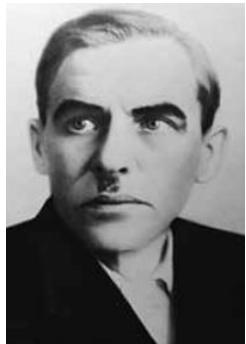


11 октября 1930 г. – 95 лет со дня открытия «фабрики здоровья» – Физиотерапевтического института в Свердловске (ныне – Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промышленных предприятий)

Окончание гражданской войны и возвращение долгожданного мира в начале 1920-х гг. поставили на повестку дня вопросы восстановления и обновления сети медицинских учреждений на Урале, в том числе создания системы профилактической и санитарной медицины, связанной в первую очередь с заботами о здоровье работающего населения.



Один из первых организаторов советского здравоохранения на Урале Владимир Иванович Величкин, инициировавший открытие в Свердловске на рубеже 1920/1930-х гг. целого ряда медицинских учреждений — гигиены труда и профзаболеваний, курортологии и физиотерапии, кожно-венерологических, санитарно-гигиенических, в статье «К десятилетию советской медицины», опубликованной на страницах «Уральского медицинского журнала» (1928, № 1, с. 5-19) писал: «Мы должны учесть, что население пережило

длительный период жесточайших (с 1914 по 1921 год) экономических и биологических потрясений, в связи с империалистической и гражданской войнами, период резкого падения рождаемости, повышения смертности (местами превышавшей рождаемость) и сильнейшего развития заболеваемости, особенно острозаразными болезнями (паразитарные тифы, дизентерия, «испанка» и проч.), так что между 1913 и 1927 г. не было сколько-нибудь спокойной кривой основных показателей санитарного благополучия населения, а, наоборот, кривая указанных лет претерпела бурные изломы и скачки в полном соответствии с санитарной катастрофой указанного периода».



При этом во второй половине 1920-х гг. особую актуальность обрели так называемые «социальные болезни», к которым в первую очередь следует отнести болезни, вызванные условиями труда, жизни и быта людей, – в нашем случае, туберкулез легких (« чахотка »), передаваемый воздушно-капельным и/или воздушно-пылевым путем. Судить о масштабах распространенности

туберкулеза в Уральской области на рубеже 1920-1930-х гг. позволяют статистические данные (рис.), приводившиеся в приложениях «Заразная заболеваемость по округам Уральской области» к каждому номеру «Уральского медицинского журнала» (за исключением трех последних номеров).

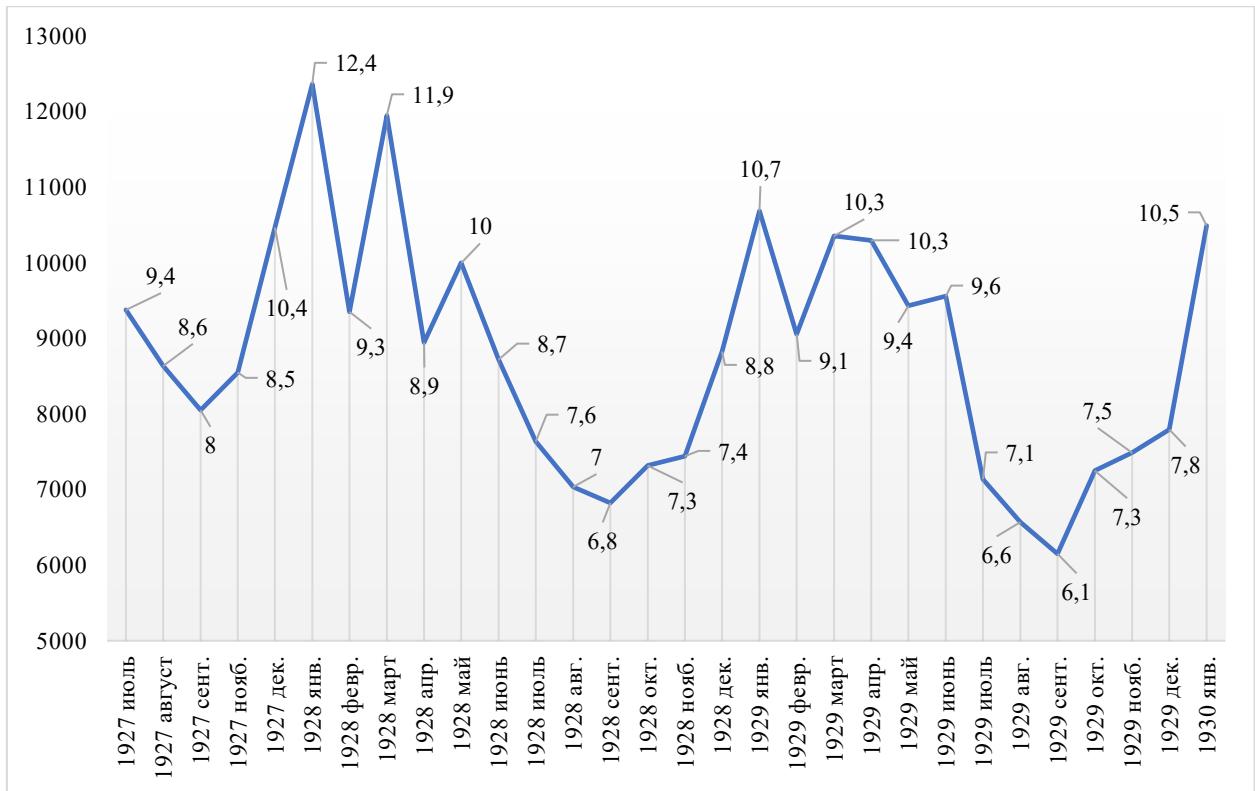
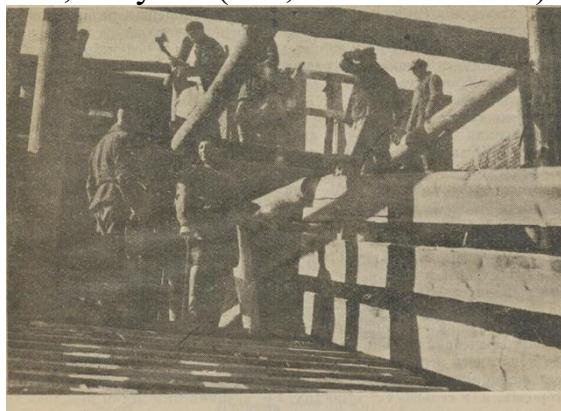


Рис. Распространенность туберкулеза легких (« чахотки »),
июль 1927 г. – январь 1930 г., в тыс. случаев

Заболеваемость туберкулезом в Уральской области была выше, чем в среднем по РСФСР: если в РСФСР в 1926 г. показатель заболеваемости составил 78,7 случая на 10 тыс. нас., то в Уральской области – 180, достигая в Свердловском округе 252, а по Свердловску – 792 случаев; в 1928 г. заболеваемость снизилась до 150 случаев (107,5 тыс. больных); в 1929 г. – до 139,7 случая (104,6 тыс. больных).



Уральский облздрав не стоял в стороне от остроты проблемы: в 1928 г. началось строительство физиотерапевтического института, а число туберкулезных диспансеров за период с 1925/1926 по 1927/1928 хозяйственный год выросло в 1,5 раза – с 12-ти до 18-ти, а количество коек – в 2,3 раза (с 190 до 435). Но этого было недостаточно: по подсчетам зав. статистического подотдела облздрава

И.К. Курдова, в 1928 г. туберкулезные койки составляли только 1% общего коекного фонда, а на 1 тубдиспансер в среднем приходилось по 30 коек. По плану первой пятилетки предполагалось увеличить к 1932/1933 хоз. г. количество тубдиспансеров до 30-ти, число коек – до 1214, а также создать 800 дополнительных «восстановительных» коек в «дневных» и «ночных» санаториях. Тем не менее, все это не обеспечивало удовлетворения потребности в медицинской помощи – как в стационарной, так и в

амбулаторной. По подсчетам В.И. Величкина, общее количество больных легочным туберкулезом в Уральской области в 1927 г. составляло более 110 тыс. чел. (156 случаев на 10 тыс. нас.), что требовало, как минимум, 2900 годовых больничных коек. По мнению зав. областным показательным тубдиспансером в Свердловске М.Н. Карнаухова, в 1926 г. для изоляции и лечения больных открытой формой туберкулезом недоставало 9276 коек, а по итогам реализации плана первой пятилетки к 1932/1933 г. «мы не будем иметь и половины нормальной тубсести» тогда, как только в Свердловске следует иметь не менее 1170 коек.

Сложную для решения проблему составляли возможности поддержания здоровья больных после пребывания в тубдиспансере посредством их последующего долечивания в специализированных санаториях: в 1927 г. в санатории были направлены 922 чел., в 1928 г. – 1581 чел., что, конечно, было несопоставимо с масштабами бедствия.

О распространенности туберкулеза среди самых широких слоев городского населения, в том числе и социально благополучных, свидетельствовали отчетные данные работы Свердловского тубдиспансера за 1923-1927 гг.: из 450 человек, поступивших на лечение, умер каждый 4-й (121 пациент, 26,9%); почти две трети случаев заболевания были отмечены у мужчин (284 чел., 63,1%); самой уязвимой являлась возрастная группа от 21 до 40 лет (344 чел., 76,4%). При этом только треть больных (146 чел., 32,4%) относилась к категории промышленных рабочих, еще столько же (148 чел., 32,8%) – к категории служащих, остальные 156 чел. (34,8%) – к «прочим» (из них 74 чел. – безработные и лица неопределенных профессий и 59 – домохозяйки).

Наивысшие показатели приходились на промышленные округа Уральской области: в 1929 г. в Свердловском округе заболеваемость составила 234 случая на 10 тыс. нас., в Верхне-Камском – 204, Златоустовском – 179, Тагильском – 168, Пермском – 143; из сельскохозяйственных округов выделялись Челябинский (196) и Ирбитский (153 случая). Так, только в Свердловске были выявлены 4257 больных (каждый 30-й горожанин), в Перми – 3818 (каждый 26-й), в Челябинске – 4680 (каждый 22-й).

В то же время учет туберкулезных больных был неточным: амбулатории зачастую регистрировали на первичных картах не только новые случаи туберкулеза легких, но и повторные обращения; более того, больной из одного врачебного участка, обращаясь в другой, учитывался там, как обратившийся за помощью впервые. Более точным был учет тубдиспансеров, но в силу их дефицита они охватывали ограниченный круг жителей, в основном, окружных городов и их ближайших окрестностей.

Большое распространение туберкулез получил среди рабочих текстильной промышленности: по сведениям врача Свердловского НИИ профзаболеваний В.П. Луканина, в 1925 г. в среднем на 100 работников 1-й Уральской суконной фабрики им. И.И. Кутузова в Арамили приходилось 22 случая туберкулеза (640 дней нетрудоспособности по болезни); при этом «хрипы в легких, одышка и кашель с увеличением пребывания на фабрике

начинают до такой степени беспокоить рабочих, что они сравнительно еще в цветущем возрасте покидают фабрику».

При медицинском осмотре рабочих в Полевском, проведенном в июле 1928 г. – январе 1929 г. заведующим местным врачебным участком А.М. Манаковым, поражение дыхательных органов на медеплавильном заводе занимало 55% всех выявленных заболеваний (в том числе 4% больных – с «несомненным туберкулезом» и 14% – «подозрительных на туберкулез»), на химическом заводе – 71,8% (9,8% – с «несомненным туберкулезом» и 15,2% – «подозрительных»). На медеплавильном заводе различные поражения легких (не только туберкулез) имели 66,6% рабочих рафинировочного цеха, 58,3% рабочих «ватержакета» (медеплавильных шахтных печей) и 50,8% рабочих конвертерного цеха. Во всех цехах большинство поражений дыхательных органов приходилось на группу в возрасте от 20 до 29 лет. На химическом заводе различные проявления «легочной пораженности» были обнаружены у 92% рабочих паяльного цеха, у 76% – сернокислотного, у 64,2% – сульфатного и купоросного цехов. Большинство легочных поражений приходилось на группу от 30 до 39 лет.

Жертвами туберкулеза становились медицинские работники: по результатам профилактического осмотра 413 работников Пермской окружной больницы и прикрепленных к ней лечебных учреждений, проведенного в 1925 г. штатным ординатором клиники нервных болезней Пермского медицинского института А.А. Печеркиным, «легочные» болезни были обнаружены у 38% (в том числе туберкулез – у 10,6%). В наибольшей степени пораженность туберкулезом была характерна для мужчин: по врачам – 21,8%, по среднему медицинскому персоналу (фельдшеры, братья милосердия) – 23,5%. По данным А.М. Ефмана, на 100 медработников Уральской области в 1927 г. приходилось 202,1 дня нетрудоспособности «по туберкулезу»: наибольшим рискам подвергался административно-хозяйственный и технический персонал – соответственно 477,9 и 260 дней; в наименьшей – врачи (84,9) и аптекарские работники (122,4 дня).

Крайне высокими в сравнении со среднероссийскими были показатели смертности: по данным М.Н. Карнаухова, в 1928 г. смертность от туберкулеза легких составляла 29 случаев на 10 тыс. нас. (12,3% смертей от всех причин). В этом плане Уральская область уступала первенство только Вятской губернии (32,7 случая) и Дальнему Востоку (29,8); для сравнения в Нижне-Волжском районе смертность составляла 22,8 случая, в Ленинграде – 21,6, а в Москве – 14,9 случаев. Нередко фиксировались случаи скоротечной чахотки: среди умерших больных, находившихся на лечении в Свердловском тубдиспансере, продолжительность жизни с момента выявления заболевания и постановки диагноза составляла в 21-30-летнем возрасте в среднем 10 месяцев, в 31-40-летнем – 11 месяцев, свыше 40 лет – 13 месяцев; безработных – 8 месяцев, инвалидов – 8,5, домохозяек – 9, служащих – 12,5 месяцев.

О состоянии противотуберкулезной работы на местах ярко свидетельствуют отчеты врачей, проводивших обследования постановки санитарного дела в окружных центрах Уральской области. Так, начальник

областной санинспекции В.С. Серебренников, описывая состояние медицинской помощи «туберкулезникам» в Кизеле, замечал, что вопрос вообще никак не решается, так как «вся работа... отложена до открытия в новом здании тубдиспансера», при этом все больные «идут на общий амбулаторный прием, и нет даже зародыша специально профилактических мероприятий». Неслучайно, по свидетельству студента-медика К.К. Белкина, проходившего в 1924-1928 гг. практику в Тобольске, «туберкулезных больных мы избегаем лечить, посылая их всех в тубдиспансер, и нам приходится иметь дело только в тех случаях, когда они прикованы к постели».

При этом если не в лечении в тубдиспансере, то в последующем «долечивании» больных в санатории господствовал «классовый подход», на что на страницах журнала обращалось особое внимание: «Социальный состав больных на курортах Урала должен быть изменен в направлении повышения процента рабочих и крестьян». О том же свидетельствовал заведующий Чебаркульским туберкулезным санаторием Г.С. Шапшал: в 1927 г. поступившие на лечение больные по социальному положению подразделялись на рабочих (70,08%), служащих (24,2), домохозяек (1,09), безработных (1,22), учащихся (1,22) и инвалидов (2,21%). И хотя из 1103 чел. 974 (88,3%) были выписаны с клиническим улучшением, 115 (10,4%) – «без перемен», 14 (1,3%) – с ухудшением, а смертельных случаев не было, более трети прибывших на лечение по профсоюзным путевкам были «нетуберкулезными» (то есть «практически и клинически» здоровыми), так как «соответствующий профсоюз, заполучив по разверстке путевки..., не имел достаточно показанных кандидатов и потому направлял относительно показанных или вовсе не показанных». Конечно, имелась возможность отправиться на долечивание в санаторий за свой счет, например, в Троицкий кумысолечебный район, но стоимость 40-дневного курса лечения там составляла в 1929 г. 178 рублей в то время, как среднемесячная зарплата рабочего в промышленности – 59 рублей.

С другой стороны, достигнутый при лечении больных эффект, в частности, за счет применения искусственного пневмоторакса – введения воздуха в плевральную полость для создания коллапса («выключения из работы») пораженного легкого – по возвращении домой вскоре утрачивался только потому, что «на местах врачебно-контрольные комиссии или здравотделы не всюду предоставляли им возможность поездки... в ближайшие тубдиспансеры и больницы». В.С. Серебренников с горечью отмечал, что «очень часто внимание [диспансерных работников] сосредоточивается на повышении качества специальной медицинской помощи больному внутри диспансера, и их влияние за стенами своего учреждения почти не чувствуется».

Что же касается «вспомогательных» учреждений (тубсанаториев, «детских» и «взрослых» кабинетов, диагностических отделений, диетических столовых и пр.), то их катастрофически не хватало: в начале 1929 г. насчитывалось 7 санаториев на 369 коек (но только 3 из них – для больных легочным туберкулезом, в том числе 2 взрослых на 135 коек и 1 детский – на 20 коек); лишь в 11 тубдиспансерах (из 21-го) имелись диагностические отделения, в 9 тубдиспансерах – педиатрические кабинеты, в двух –

хирургические кабинеты (в Перми и Свердловске); на всю область насчитывалось 6 дневных детских санаториев (в Ирбите, Кургане, Перми, Свердловске, Нижнем Тагиле и Троицке), 16 «ночных» санаториев для взрослых и 2 (!) диетические столовые (на 99 мест). При этом диагностические отделения не имели тубдиспансеры таких крупных окружных центров, как Усолье, Златоуст, Тобольск, Троицк, Тюмень и Челябинск, аочных санаториев для взрослых не было в Ишиме и Тобольске. В результате для многих больных, даже получивших своевременное лечение в тубдиспансере и последующее долечивание в санатории, диагноз « чахотка » в конечном счете означал смертный приговор, о чем, кстати, свидетельствовали отчеты врачей о ходе наблюдения за пациентами, время от времени размещаемые на страницах «Уральского медицинского журнала».

Благоприятную базу для распространения « чахотки » создавали условия жизни и быта уральцев. Так, в отчете санитарного врача А.А. Грацианова о состоянии школ Шадринска в начале 1929 г. отмечалось, что из 15-ти проверенных им школ только в двух имелась приточная и вытяжная вентиляция; во всех остальных для проветривания открывались форточки, но из-за отсутствия рекреационных комнат дети не покидали душные и пыльные помещения: «ни площадок, ни игр на свежем воздухе нет ни в одной школе, и физкультура не нашла для себя применения ни в одной из них. Школьные кухни, как правило, не имеют вентиляции, и чад большинства из них смешиается с и без того тяжелым воздухом классных помещений ». В школах царила грязь и неухоженность («мытье полов производится только один раз в неделю, а в остальные дни – сухая уборка, и пыль в это время стоит невероятная»), отсутствовали умывальные комнаты («при всех школах 1-й ступени примитивные железные умывальники, обычно установленные в коридорах, в раздевальнях и даже в классах»), централизованное либо собственное водоснабжение («собственных источников водоснабжения нет на школьных усадьбах, а если и имеются, то пользоваться водой из них с питьевыми целями невозможно») и канализация («при железнодорожной школе холодные отхожие места имеются при школе, тогда как во всех остальных школах таковые во дворах»).

Неслучайно II Областной научный съезд врачей, прошедший в Екатеринбурге 2-8 февраля 1930 г., в резолюции по докладу д-ра Н.И. Иванова «Эпидемиологические особенности Урала» отметил «неблагополучие Урала в отношении ряда инфекций – паразитарных тифов, кишечных инфекций, оспы, туберкулеза», поставив их в связь «с неблагоустройством наших городов и рабочих поселков, недостатком жилой площади, плохим водоснабжением, низким культурным уровнем населения и недостаточностью медико-санитарной сети». В решении съезда отмечалась необходимость скорейшего открытия в Свердловске специализированных медицинских центров: в октябре 1930 г. открылся Физиотерапевтический институт, а в марте 1931 г. на базе тубдиспансера Туберкулезный институт (ист.: Кузьмин К.В. Социальные болезни в отражении периодической печати: по материалам «Уральского медицинского журнала» (1928-1931) // Российская история. 2025. № 2. С. 194-210).



Строящийся комплекс Физиотерапевтического института, общий вид (1928 г.)



Физиотерапевтический институт (начало 1930-х гг.)

Институт представляет собой образец здания лечебного учреждения с функциями НИИ. Торжественное открытие института состоялось 11 октября 1930 года в присутствии большого количества народа и прессы. Газета «Уральский рабочий» восторженно писала о том, что подобных учреждений не было до революции, о передовых методах лечения, просторных светлых помещениях, красивой мебели и оригинальных светильниках.