

612 (05)
B 74
366872

Вопросы
МАТЕРИНСТВА
и
МЛАДЕНЧЕСТВА

66

1-10

НАРКОМЗДРАВ СССР · МЕДГИЗ

МОСКВА · 1941

ОПЕЧАТКА

в № 1 журнала «Вопросы материнства и младенчества» 1941 г.

На стр. 45 типографией допущена ошибка. Вместо 7—9-й строки снизу следует читать:

4. В декабре 1940 г. на совещании Общества детских врачей РСФСР был заслушан доклад об организации патронажного обслуживания детей раннего возраста по РСФСР.

Зак. 3892.

ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА

Ответственный редактор Ф. И. ЗБОРОВСКАЯ

Ответственный секретарь М. Ф. ЛЕВИ

1941

Орган НКЗдрава СССР

№ 1

ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ДЕЛЕ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Г. А. Митерев

Народный комиссар здравоохранения Союза ССР

Советское родовспоможение вступает в 4-й год третьей пятилетки с большими достижениями. Общее число родильных коек составляло в 1940 г. 133 855 (без коек системы НКПС), из них 64 307 находятся в сельских местностях, в том числе 25 079 коек — в колхозных родильных домах. Сеть родильных коек значительно выросла за 4 последних года со времени издания постановления правительства от 27.VI.1936 (о запрещении абортов): с 1918 по 1936 г. прирост родильных коек составлял в среднем 2 716 в год, после декрета годовой прирост составлял 21 239 коек.

Особенно резко увеличилось в эти годы число родильных коек в национальных республиках: в Казахской ССР — более чем в 3 раза, в Армянской и Туркменской ССР — в 3½ раза, в Грузинской — в 4 раза. С 1936 г. в сельских местностях ГрузССР число родильных коек увеличилось в 7½ раз, в АрмССР — в 5 раз, в ТуркмССР — в 4½ раза и т. д.

В царской России на каждую тысячу городского и сельского населения приходилось 0,045 родильной койки, при этом в 16 губерниях и областях не было ни одной родильной койки.

В СССР в 1939 г. население городов было охвачено акушерской помощью в среднем на 95,2%, а население сельских местностей — на 57%, в том числе на 39,6% стационарной помощью. По охвату сельского населения медицинской помощью при родах впереди всех союзных республик находятся УССР (73,9%), БССР (64,9%) и РСФСР (55,7%).

Ряд АССР и областей (краев) имеет показатель охвата сельского населения медицинской помощью значительно выше среднего по Союзу: так, Северо-Осетинская АССР достигла уже в 1939 г. полного охвата; в Крымской АССР охват был равен 93,8%; в Кабардино-Балкарской АССР 93,4%; в АССР Немцев Поволжья — 81%; в Ленинградской области — 80%, в Московской — 76,6%; в Краснодарском крае — 76% и т. д.

Значительно повысилось качество работы родильных учреждений, что привело к большому снижению материнской и детской смертности в родильных домах.

По материалам областей и крупных городов за 1939 г., материнская смертность колеблется от 0,12 до 0,2%; в Горьковской области материнская смертность равнялась 0,19%, в Крымской АССР (1939 г.) — 0,12%. По целому ряду отдельных учреждений материнская смертность значи-

тельно ниже; так, в Москве в Баумановском родильном доме — 0,06%, в Ивановском и Егорьевском родильном домах Московской области — 0,09%, в Витебском родильном доме № 2 — 0,037%; в родильном доме № 3 в 1939 г. не было ни одного смертного случая.

Мертворождаемость по ряду областей находится на уровне примерно 2%. Смертность новорожденных, как правило, не превышает 2—2,5%.

Эти показатели приобретают особенное значение при сопоставлении их с показателями лучших родильных учреждений дореволюционного времени: так, например, в Москве, где акушерская помощь стояла на весьма большой высоте, материнская смертность в родильных домах равнялась, по отчетам за 1913 г., 0,4%, смертность новорожденных — 4,02%, мертворождаемость — 4,58%. Таким образом, общая смертность новорожденных в родильных домах составляла 8,6%, т. е. примерно вдвое больше, чем в настоящее время.

Несмотря на эти достижения, следует отметить и ряд крупнейших недочетов в деятельности родовспомогательных учреждений некоторых областей (краев). Показатель материнской смертности, уровень которого является одним из важнейших критериев для оценки деятельности родильного дома, в Ленинграде, например, в течение ряда лет равен 0,24—0,25%, т. е. стоит на крайней грани, допустимой для наших родильных домов.

Неудовлетворительно идет работа по обезболиванию родов.

Обезболивание родов представляет собой не только гуманное мероприятие, характеризующее заботу советской власти о женщине-матери, но оно является также важнейшим стимулом для улучшения качества акушерской помощи, так как проведение обезболивания требует от медицинского персонала особо тщательного наблюдения и ухода за роженицей.

Значительно недоиспользуется сеть родильных коек. Средняя годовая занятость родильной койки в городах, по материалам 1939 г., составляет 273 дня вместо установленного на 1939 г. показатели в 320 дней.

Плохое использование родильных коек произошло вследствие слабого оперативного и организационного руководства со стороны органов здравоохранения на местах, а также неудовлетворительной работы многих руководителей родовспомогательных учреждений, которые не соблюдали обязательных положений о длительности пребывания родильницы на койке, производили раннюю выписку родильниц, не госпитализировали случаи с патологией беременных, неправильно организовывали изоляцию лихорадящих рожениц и т. д.

Еще хуже используется родильная койка в сельских местностях, где она занята в среднем только 189 дней. Одной из причин недостаточного использования родильных коек как в городе, так и на селе является неправильное размещение существующей сети родовспомогательных учреждений в отдельных местностях. Необходимо произвести в 1941 г. проверку действительной обеспеченности родильными койками отдельных городов с населением в 50 000 человек и больше: там, где показатель количества родильных коек составляет менее 1,0 койки на 1 000 населения, следует увеличить родильную помощь; в городах с показателем обеспеченности свыше 1,3 на 1 000 человек населения необходимо переключить часть родильных коек для госпитализации гинекологических больных, требующих хирургического лечения.

Вопрос об уходе за новорожденными должен занимать центральное место в деятельности родовспомогательных учреждений. Особенно важно уделить специальное внимание уходу за недоношенными детьми, чтобы значительно снизить их заболеваемость и смертность.

В 1941 г. надо добиться, чтобы на каждой койке колхозного родильного дома было проведено не менее 20 родов в год.

Основные причины, от которых зависит еще недостаточная работа многих колхозных родильных домов, состоят в неудовлетворительном снабжении топливом, в несоблюдении колхозами договоров по снабжению транспортом, коммунальными услугами, предоставлению акушеркам жилых помещений, а также в неудовлетворительной работе районных здравотделов, отсутствии внимания к деятельности колхозных родильных домов со стороны врачебных сельских участков и самоустранием земельных органов от контроля за этими учреждениями.

Большое значение в улучшении акушерской помощи и особенно в борьбе за уменьшение количества абортов имеют женские консультации.

Проводя большую работу по снижению заболеваний во время беременности, в послеродовом периоде, по профилактике мертворождаемости и патологии родов, женские консультации, однако, в большинстве случаев отстают от современных требований к ним. Первоочередная задача органов здравоохранения в 1941 г. заключается в проведении ряда мероприятий по улучшению работы женских консультаций, по сведению к минимуму количества абортов. Для этого необходимо: обеспечить в консультациях участковый принцип обслуживания городского населения из расчета примерно 20 000 — 25 000 населения на одну врачебную должность; организовать полный охват беременных патронажем, своевременно госпитализировать все случаи патологии беременности и беременных с привычными выкидышами; организовать правильно работу врачебных абортных комиссий в городах и районных центрах.

Чрезвычайно выросло в СССР за последние 4 года ясельное обслуживание: так, число мест в городских яслях в 1936 г. равнялось 283,8, в 1940 г. — 536,0.

Особенно расширено обслуживание работниц в областях с развитой текстильной промышленностью: в Ивановской области на каждые 100 детей ясельного возраста в 1940 г. имеется 21,4 ясельных койки, в Московской — 19,6, в Свердловской — 15,8, в Калининской — 15,7 при средней по Союзу 11,3 койки на 100 детей.

В 1939 г. было охвачено сезонной и постоянной ясельной сетью в колхозах около 50% детей ясельного возраста (количество мест в сезонных колхозных яслях равно 3 561 678 и в постоянных яслях — 128 439. Наибольшую обеспеченность яслями имеют области с более мощными колхозами; так, например, на каждые 100 колхозов в Стalingрадской области было 138 яслей, в Саратовской — 106 яслей, в Краснодарском крае — 114 яслей, в Ростовской области — 166 яслей и т. д.

Расширение ясельного обслуживания шло не только за счет нового строительства, но и путем организации более рациональной работы существующей ясельной сети.

Однако использование ясельного фонда в городах и промцентрах продолжает оставаться еще неудовлетворительным. Вследствие неправильной в отдельных городах дислокации яслей в 1939 г. ясли были укомплектованы детьми только на 93,6%. А благодаря прогулам коек из-за болезни детей и карантинов фонд ясельных коек использовался только на 83—84%.

Задача работников здравоохранения в 1941 г. — как можно лучше использовать фонд ясельных коек, устраниТЬ прогулы, связанные с заболеваниями детей, для чего необходимо правильно организовать работу ясельных изоляторов, организовать карантинные группы в яслях по кори, коклюшу, обеспечив этим лучшее обслуживание и матери, и ребенка; создать условия наилучшего ухода за детьми в грудных ясельных группах, обратив особое внимание на детей первых месяцев жизни; обеспечить своевременно все необходимые мероприятия в борьбе с заболеваемостью и смертностью среди ясельных детей, для чего поставить правильный учет в яслях.

В 1940 г. наметились значительные сдвиги в работе детских консультаций. Как известно, детской консультации принадлежит ведущая роль в борьбе с заболеваемостью и смертностью среди детей. Вот почему Наркомздрав СССР в истекшем году уделял особое внимание перестройке работы именно этих учреждений.

В ряде крупных городов (Москва, Ленинград, Воронеж и др.) детские консультации разукрупняются созданием филиалов, которые должны приблизить профилактическую и лечебную помощь к населению; значительно расширен, а во многих консультациях вновь поставлен патронаж детей первого года жизни, шире поставлена санпросветработа среди матерей. Количество патронажных сестер в консультациях увеличено на 3 000 человек в городах и на 5 000 в сельских местностях. В 1941 г. предусматривается для городов еще 3 000, а для сельских местностей — 10 000 патронажных сестер. Такое количество патронажных сестер позволит в 1941 г. обеспечить каждого врача городской консультации патронажными сестрами, а в каждом сельском врачебном участке профилактическое обслуживание детей раннего возраста на селе будет впервые выполняться патронажной сестрой.

Таким образом, создаются реальные условия для коренной перестройки работы медицинских учреждений с целью лучшего обслуживания маленьких детей и реальные возможности такой постановки и развития профилактической работы, которая должна дать в ближайший год еще большее снижение заболеваемости среди детей и обеспечить им условия для лучшего физического развития.

Организаторам здравоохранения на местах и врачам детских консультаций надо суметь хорошо использовать эту армию новых патронажных сестер, нужно правильно распределить и организовать их работу. Молодых работников, не имеющих еще практического опыта, нужно обучить, прикрепив к лучшей детской консультации до посыпки на сельский врачебный участок: уже имея конкретный опыт, сестра уверенно включится в работу на участке. Нельзя допускать, чтобы патронажная сестра, посланная специально для профилактического обслуживания маленьких детей на селе, использовалась неправильно.

Районные детские консультации обязаны инструктировать и помочь в работе не только сестрам своей консультации, но и тем, которые работают на сельском участке. Методическая помощь в виде своевременного указания по наиболее важным вопросам, иногда выезд инструктора на место, районные конференции и другие возможные на месте способы общения с сестрами будут весьма полезными и помогут этой масse новых сельских работников быстрее включиться по-настоящему в работу.

В 1941 г. необходимо уделить значительно больше внимания санитарно-просветительной работе, поднятию санитарной грамотности матерей.

Школы материнства при женских и детских консультациях, университеты для родителей, эпизодические лекции, групповые беседы — все эти формы, уже широко известные медицинским работникам, должны проводиться как можно шире. Для санпросветработы, для того чтобы более широкие круги населения могли быть вовлечены в учебу, необходимо использовать и средний медицинский персонал.

Органы здравоохранения на местах, вся сеть медицинских учреждений в плане работы на 1941 г. обязаны уделить серьезнейшее внимание организации мероприятий по борьбе с желудочно-кишечными заболеваниями. Необходимы значительно большие четкость и оперативность в проведении как профилактических, так и лечебных мероприятий.

Желудочно-кишечные заболевания продолжают занимать первое место среди причин детской смертности, поэтому своевременная плановая работа и обеспечение необходимых мероприятий в течение всего

года, а не только в летнее время, являются насущной обязанностью всех медицинских работников амбулаторной, поликлинической, больничной и санитарно-эпидемической сети учреждений. Надо решительно покончить с сезонностью в этой работе, с привычкой уделять внимание этому разделу работы только летом. Именно из-за такого еще неправильного понимания на местах запаздывают организационные мероприятия, а в результате получается совершенно недостаточная эффективность их.

Советским правительством созданы все условия к тому, чтобы органы здравоохранения и медицинские учреждения работали значительно лучше. Бюджет здравоохранения в 1940 г. равнялся 11 058,6 миллионов руб.

Указ правительства от 26.VI.1940 поднял трудовую дисциплину в медицинских учреждениях, нужно только изо дня в день врачам, сестрам, акушеркам, фельдшерам работать над улучшением качества своей работы. Нужно больше внимания уделять вопросам организации работы медицинских учреждений. Надо помнить, что медицинские учреждения очень близки массе трудящихся, а лучше, полнее, наиболее эффективно обслужить трудящихся нашей родины — дело чести всех медицинских работников.

В период борьбы с финской белогвардейщиной медицинские работники показали много замечательных образцов геройства и доблести. Надо, чтобы такие замечательные герои множились и давали лучшие стахановские образцы медицинского обслуживания в городах и колхозах.

ЛЕЧЕНИЕ СУЛЬФИДИНОМ ПНЕВМОНИЙ, ОСЛОЖНЯЮЩИХ ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

И. М. Беркович

Центральный педиатрический институт Наркомздрава СССР

Несмотря на общее снижение детской смертности за последние годы, мы до сих пор еще не изжили летнего подъема желудочно-кишечных заболеваний, и они попрежнему продолжают оставаться одной из основных причин детской смертности в раннем возрасте. Хорошо известно, что тяжесть желудочно-кишечных заболеваний, их исход очень часто зависит от характера и течения осложнений, возникающих иногда даже в первые дни заболевания. Это особенно характерно для детей-гипотрофиков и для новорожденных. Одним из наиболее опасных осложнений является пневмония. По данным клиники Центрального педиатрического института за прежние годы, до введения специальной терапии этих пневмоний, летальность от острых токсических желудочно-кишечных заболеваний при осложнении их пневмонией была вдвое больше, чем от этих же заболеваний, не осложненных пневмонией.

До последнего времени пневмониям, осложняющим течение желудочно-кишечных заболеваний, уделялось мало внимания. Отчасти это объясняется тем, что диагностика таких пневмоний нередко затруднительна, а главным образом тем, что до последнего времени не было эффективных методов их лечения. Врач не придавал большого значения диагностике пневмонии при наличии желудочно-кишечного заболевания с токсической реакцией, так как лечение болезни не изменялось от этого. Клиническая картина пневмонии, протекающей на фоне токсикоза, представляет мало характерных особенностей. При обзоре за

несколько лет случаев несовпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в клинике Центрального педиатрического института оказалось, что больше всего таких случаев приходится на пневмонии, осложнившие желудочно-кишечное заболевание, диагноз которых при жизни не был поставлен. Пневмония нередко появляется уже в первые дни (на 6—7-й день) желудочно-кишечного заболевания. Общепринятый взгляд, что пневмония чаще развивается у длительно болеющих детей, не подтверждается материалами нашей клиники, обработанными М. Б. Кассюра. Наоборот, в случаях, осложненных пневмонией, длительность заболевания меньше, так как дети быстрее погибают.

Какие же признаки могут помочь поставить диагноз этих трудно диагностируемых пневмоний?

Температурная реакция в подавляющем большинстве случаев не дает ничего характерного: она остается нормальной, субфебрильной или дает небольшой подъем, который может быть связан и с кишечным процессом, и с сопутствующим ему воспалительным процессом среднего уха или придаточных полостей. Нарушения со стороны дыхания очень своеобразны при токсикозе (так называемое «большое дыхание», «дыхание загнанного зверя» и т. д.). Присоединение пневмонии далеко не всегда ведет к значительному изменению характера дыхания: иногда отмечается некоторое ускорение дыхания, появление видимой одышки, раздувание крыльев носа, но неоднократно мы наблюдали при развитии пневмонии «большое дыхание», которое является характерным клиническим признаком токсикоза при желудочно-кишечном заболевании. Таким образом, и со стороны дыхания мы не находим той типичной картины «пневмонического вида», которая характерна для обычной пневмонии у детей.

Аускультативные и перкуторные данные очень скучны. Перкуссия дает более или менее выраженный тимпанический оттенок звука, который появляется вследствие развития эмфиземы или вздутия легкого — характерного признака при токсикозе и ацидозе. Вздутые части легкого закрывают небольшие очажки воспаления, которые могут и не быть обнаружены при рентгеновском просвечивании. Большое значение надо придавать даже неясно выраженным нестойким аускультативным данным. Несколько измененное или ослабленное дыхание, сухие хрипы, нестойкие и даже скучные мелкие влажные хрипы — симптомы, часто достаточные для диагноза пневмонии. Внимательно изо дня в день наблюдая за характером дыхания, следя за малейшими изменениями дыхания при аускультации, за появлением покашливания, раздувания крыльев носа, цианоза вокруг губ и носа, можно собрать данные, необходимые для ранней диагностики.

Высокий лейкоцитоз и РОЭ при выраженному токсикозе и отсутствии других гнойных очагов может заставить предположить пневмонию. Однако в большом проценте случаев при пневмониях, осложняющих желудочно-кишечное заболевание, количество лейкоцитов находится в пределах нормы или же незначительно увеличено, а РОЭ замедлена.

Наблюдения аспиранта нашей клиники М. Б. Кассюра показали, что желудочно-кишечные заболевания чаще осложняются пневмонией у детей, которые раньше болели гриппом или вообще подвержены заболеваниям, у тех детей, которые находились в худших условиях вскармливания, а также у гипотрофиков и рахитиков. Следовательно, данные анамнеза совместно с вышеупомянутыми симптомами могут облегчить распознавание пневмонии, возникающей при желудочно-кишечном заболевании.

Ранняя диагностика пневмонии приобрела еще большее значение с тех пор, как в терапевтическую детскую практику начал широко входить сульфидин. На страницах журнала «Вопросы материнства и младенчества» (№ 5 за 1940 г.) д-р Гамбург осветила значение сульфидина в

лечении пневмоний. Этот химический препарат является активным терапевтическим средством при заболеваниях, вызываемых пневмококком. При ясно выраженных пневмониях действие сульфидина чрезвычайно демонстративно: уже через 24—48 часов отмечается падение температуры, улучшение общего состояния и физикальных данных, снижение лейкоцитоза. Однако в части случаев, хотя и небольшой, сульфидин не оказывает действия на пневмонический процесс у маленьких детей. Это наблюдается при мелкогнездных пневмониях, когда сульфидин применяется с запозданием, при наличии других воспалительных очагов, а также при пневмониях, которые вызваны не пневмококком, а другими микробами.

Летом 1940 г. мы решили применить сульфидин при дизентерии и токсической диспепсии, осложненных пневмонией, в той же дозировке, которая применялась в клинике при обычной пневмонии. Сульфидин назначался по 0,2 на 1 кг веса ребенка в день, причем общая дневная доза распределялась на 6 раз и давалась через каждые 4 часа. Через 2 дня доза постепенно снижалась (до 0,1 на 1 кг веса). Сульфидин давался в общем в течение 6—8 дней. Так как пневмония при кишечных заболеваниях часто протекает без повышения температуры и без лейкоцитоза, то эффективность действия сульфидина проявлялась главным образом в улучшении общего состояния ребенка, в наступлении частичной дезинтоксикации и в прекращении рвоты.

Мы применили сульфидин во временной больнице Таганского района у 37 детей с острыми желудочно-кишечными заболеваниями. Из 7 детей, больных токсической диспепсией, 6 выздоровело и 1 ребенок умер. Из 30 детей, больных дизентерией, осложненной пневмонией, выздоровело 27, умерло 3. В клинике Центрального педиатрического института сульфидин был нами применен у 17 детей: в 9 случаях при пневмонии, возникшей в течение дизентерии, и в 8 случаях — при токсической диспепсии, осложненной пневмонией. Все дети, больные дизентерией, выздоровели, а из 8 детей, больных токсической диспепсией, 6 выздоровели и 2 умерли.

Приводим пример благоприятного действия сульфидина.

Ребенок К., 2½ месяцев, на раннем смешанном вскармливании, гипотрофик, поступил в клинику на 3-й день заболевания в очень тяжелом состоянии с диагнозом «токсическая диспепсия». Частый, жидкй стул, рвота, отказ от пищи. Заболевание началось при нормальной температуре учащенным стулом и изредка рвотой. На 4-й день болезни температура поднялась до 38,3, состояние ребенка стало еще более тяжелым: резко выраженный токсикоз, явления эксикоза, тоны сердца глухие. Со стороны легких при перкуссии резко выраженный тимпанический оттенок звука спереди и сзади, при аускультации — рассеянные сухие хрипы. Живот вздут. Печень прощупывается на 2 см из-под реберного края. Со стороны среднего уха незначительные воспалительные явления. Частая рвота. На 5-й и 6-й день заболевания, несмотря на применение обычных методов лечения, состояние ребенка ухудшается, появляется склерема. Температура субфебрильная с отдельными подъемами. Небольшое раздувание крыльев носа, изредка покашливание. Дыхание нечастое, глубокое, приближающееся к типу «большого дыхания». Тонны сердца глухие. Со стороны легких справа сзади под лопаткой и паравертебрально незначительное укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком, в остальных частях легких — тимпант. Аускультативно — сзади, больше справа, появились нестойкие мелкие влажные хрипы.

Несмотря на отсутствие данных при рентгеновском просвечивании, которое обнаружило только явления значительной эмфиземы, поставлен диагноз пневмонии и назначен сульфидин в течение 6 дней (за все время 3,5 г сульфидина) при весе ребенка 3200 г. Через 2 дня после дачи сульфидина состояние ребенка начинает улучшаться, рвота прекращается, появляется аппетит. В легких сухие хрипы держатся. Температура остается субфебрильной с подъемами (развился гнойный отит). Несмотря на это, состояние ребенка с каждым днем улучшается. Выписывается из клиники на 20-й день заболевания в хорошем состоянии.

Таким образом, ранняя диагностика, несмотря на незначительные объективные данные, и во время предпринятое лечение сульфидином

привели к выздоровлению ребенка-гипотрофика, болевшего тяжелой формой токсической диспепсии, осложненной пневмонией.

Наш хотя и небольшой материал все же позволяет утверждать, что при пневмониях, осложняющих заболевания кишечного тракта, сульфидин оказывает хороший терапевтический эффект; это особенно заметно при сравнении летальности в 1940 г. с той летальностью, которая из года в год наблюдалась при этих заболеваниях в нашей клинике и в Таганской больнице в Москве.

Весьма полезен сульфидин и при лечении мелкогнездной паравертебральной пневмонии, сопровождающейся рядом симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта. Мы здесь упоминаем об этой форме пневмонии потому, что диагностика ее также нередко представляет значительные трудности. Хорошо известно, что даже фокальная пневмония может начаться с явлений общего токсикоза и сопровождаться менинго-энцефалитическими явлениями, не давая в первые дни заболевания определенных физикальных данных. «Кишечная форма» мелкогнездной пневмонии у маленького ребенка тоже начинается с общих явлений, которые сопровождаются симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта и нарушением нормальных процессов обмена при незначительных и нестойких перкуторных и аускультативных данных. Наступление токсикоза, рвоты, поноса связано с воспалительным процессом в легких. Часто такая пневмония протекает при нормальной или субфебрильной температуре. Ребенка обычно считают больным токсической диспепсией и с этим диагнозом направляют в больничное учреждение. И действительно, диагноз желудочно-кишечного заболевания в раннем детском возрасте, несмотря на его кажущуюся простоту, представляет большие трудности. Рвота и понос, являясь кардинальными симптомами этих заболеваний, часто встречаются в этом возрасте при самых разнообразных заболеваниях. Внимание родителей и даже врача привлекают именно эти симптомы, причем упускается из виду основная вызвавшая их причина. Такой основной причиной в данном случае является воспалительный процесс в легком, который очень важно во-время распознать, чтобы применить соответствующее лечение. Следует подчеркнуть вредность постановки в этих случаях диагноза токсической диспепсии. Предполагая желудочно-кишечное заболевание, применяют ряд диететических мероприятий, в которых ребенок мало нуждается (чайно-водная диета, медленное увеличение количества пищи и т. д.). Нельзя причислять к токсической диспепсии заболевание, не имеющее отношения к болезням желудочно-кишечного тракта. Это вносит неточность в статистику, искусственно увеличивает количество острых желудочно-кишечных заболеваний, не дает возможности правильно учесть результаты борьбы с ними.

Приведем пример такой «кишечной формы» пневмонии, успешно леченной сульфидином.

Ребенок Л., 8 месяцев, на смешанном вскармливании, удовлетворительно развивавшийся, заболел 28.IX. Температура 37,8, кашель, насморк. Стул 10 раз в сутки, жидкий, зеленый; после каждого кормления рвота, отказ от груди. Состояние с каждым днем ухудшалось. На первый план выступали явления со стороны желудочно-кишечного тракта — понос и рвота. На 5-й день заболевания поступает в клинику в крайне тяжелом состоянии с диагнозом: «токсическая диспепсия». Радуние крыльев носа, дыхание типа загнанного зверя, полубессознательное состояние, исхудание, отказ от пищи, рвота после еды и питья, жидкий, довольно частый стул. Резкий метеоризм, высокое стояние диафрагмы. Печень — на 2 см из-под реберного края. Значительное приглушение сердечных тонов. Со стороны легких — тимpanicкий перкуторный звук спереди и сзади, нестойкие мелкие влажные хрипы в нижних долях легкого сзади с обеих сторон. При рентгеновском просвечивании, кроме явлений резко выраженной эмфиземы, никаких очаговых затемнений не отмечается. Незначительные воспалительные изменения в среднем ухе. Температура 37,5—37,6°. Вес 5700 г.

В первый же день пребывания в клинике на 5-й день болезни ребенку дан сульфидин. Всего было дано 7 г сульфидина в течение 8 дней. На 3-й день дачи

сульфицина рвота прекратилась, ребенок начал лучше есть, явления токсикоза пошли на убыль, в легких появились определенные, стойкие изменения, выявившиеся путем перкуссии, аускультации и рентгеновского просвечивания (очажки паравертебральной пневмонии). На 8-й день пребывания в клинике полная дезинтоксикация, ребенок хорошо ест, прибавляет в весе. В легких явления бронхита, рентгеновское просвечивание не дает уже указаний на изменения со стороны легких.

Таким образом, у ребенка 8 месяцев мелкогнездная пневмония протекала вначале с трудно диагностируемыми изменениями со стороны легких и с резко выраженным токсикозом, поносом и рвотой. Действие сульфицина оказалось очень эффективным и привело к сравнительно быстрой дезинтоксикации и выздоровлению.

Клиническое наблюдение и анализ течения таких форм пневмоний показали, что даже незначительные и нестойкие аускультативные и перкуторные данные со стороны легких у ребенка с токсикозом, особенно если заболевание началось с гриппозных явлений, являются достаточными для диагноза пневмонии, тем более когда налицо измененный характер дыхания, незначительный цианоз вокруг рта и покашливание.

Приводим еще один пример эффективности лечения сульфицином.

Ребенок Ч., 4 месяцев, гипотрофик, на раннем смешанном вскармливании, поступает в клинику 5. V, на 6-й день заболевания. Рвота, понос, отказ от пищи, повышение температуры до 37,5°. Заболевание началось после перенесенного гриппа. Состояние при поступлении крайне тяжелое. Выражены явления эксикоза и токсикоза. Со стороны легких при перкуссии — тимпанит спереди и сзади, при аускультации справа под лопаткой нестойкие влажные хрипы, слева спереди единичные сухие хрипы. Тоны сердца глухие. Живот вздут. Печень прощупывается на 3 см из-под реберного края. Выраженный двусторонний отит, после парacentеза гнойное отделяемое. В последующие дни пребывания в клинике объективные данные со стороны легких остаются попеременно скучными и нестойкими. Состояние ребенка не улучшается, несмотря на произведенную трансфузию. Токсикоз, рвота, жидкий, но не частый стул. Состояние ребенка внушиает опасение за его жизнь.

На 6-й день пребывания в клинике ребенку назначен сульфицин (3,5 г в течение 7 дней). Через 2 дня после дачи сульфицина наступает перелом в общем состоянии, токсикоз уменьшается, температура доходит до нормы (была субфебрильной), рвота и понос прекращаются, ребенок начинает хорошо есть. В периоде реабилитации применено внутримышечное введение крови матери. На рентгене в первые дни после поступления заметно было только эмфизематозное расширение легочных полей. Через 2 дня после назначения сульфицина обнаружено справа паравертебрально несколько мелких пневмонических очагов, что объясняется, повидимому, уменьшением эмфизематозного расширения легочных полей. На 4-й день лечения сульфицином рентгеновское просвечивание уже не дает указаний на наличие пневмонических очагов.

В данном случае мы имели мелкогнездную паравертебральную пневмонию у ребенка 4 месяцев с значительным токсикозом, рвотой и поносом. Желудочно-кишечные явления, повидимому, были обусловлены воспалительным процессом в легких. Сульфицин, примененный комбинированно с гемотерапией, оказал благоприятное действие на общее состояние ребенка и разрешение пневмонии.

Комбинированное лечение сульфицином и трансфузиями крови (или с внутримышечным ее введением) дает хорошие результаты при пневмониях, осложняющих желудочно-кишечные заболевания. Даже после наступления дезинтоксикации и разрешения пневмонического очага ребенок часто продолжает находиться в состоянии дизергии. Гнойные очаги (отиты, пиэлиты, пиодермиты), нередко сопутствующие пневмонии или даже возникающие до ее развития, ухудшают общее состояние ребенка и в свою очередь понижают его сопротивляемость к инфекции. Поэтому гемотерапия является важным терапевтическим мероприятием при этих заболеваниях.

Не во всех случаях можно рассчитывать на эффективность сульфицина. При позднем его назначении у ослабленного ребенка вряд ли можно ожидать благоприятного эффекта. Тем более не оказывает действия сульфицин, назначенный за 1—2 дня до летального исхода, уже в

предагональном состоянии. Отсутствие успеха возможно и в случаях пневмонии, вызванной различными микробами без участия пневмококка.

Перед врачом стоит задача возможно раньше поставить диагноз пневмонии, возникающей в течении желудочно-кишечного заболевания, а также уметь распознать пневмонию, протекающую в первые дни под видом кишечного заболевания, и применить соответствующее лечение. Нужно знать особенности клинической картины этих пневмоний, дающих часто незначительные перкуторные и аускультативные данные. Правильное и своевременное их лечение значительно снижает общую детскую летальность, в частности, летальность от желудочно-кишечных заболеваний.

ЖИРЫ В ПИТАНИИ РЕБЕНКА

Проф. М. В. Шабанова-Миллер

Кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. А. Ф. Тур) Педиатрического медицинского института (дир. — проф. Ю. А. Менделева)

Значение жиров многообразно. Они содержатся в каждой клетке нашего тела, служат поддержкой органам при рыхлом строении их паренхимы, защищают от травмы периферически расположенные сосуды и нервы, предохраняют наружные покровы тела от высыхания, растрескивания и мацерации при соприкосновении с водой. В определенных тканях (подкожножировая клетчатка, мускулатура и пр.) из жиров образуются запасы в виде жировых депо, откуда организм извлекает жир по мере надобности. Но главное значение жиров энергетическое: они сгорают в организме до воды и углекислоты с выделением тепла, причем даваемое ими число калорий — наибольшее, сравнительно с даваемым другими пищевыми ингредиентами (белки, углеводы), вследствие чего жиры являются как бы концентрированными носителями энергии. Скапливаясь в подкожножировой клетчатке, они как плохой проводник тепла задерживают теплоотдачу, что при равномерном распределении жира у детей имеет особое значение для энергетического обмена у детей с относительно большой для них поверхностью тела. Учение о витаминах, возникшее за последние два десятилетия, выдвинуло значение качества питательных веществ и способствовало признанию биологического значения жиров, обусловливаемого наличием в них фосфатов, липоидов, стеринов и витаминов. Липоиды являются жизненно необходимыми веществами и входят в состав клеток и их оболочек, участвуя в окислительных процессах как катализаторы, а также в процессах осмоза и других функциях внутриклеточного обмена. Они не содержат в себе растворимых в жирах витаминов А, Д и Е.

По Лондону, жиры крови оказывают влияние на деятельность ретикуло-эндотелиальной ткани, имеющей, как известно, отношение к иммунитету. Жиры, следовательно, имеют отношение к выработке организмом иммунитета благодаря наличию в них витаминов, а также и их влиянию на ретикуло-эндотелиальную ткань.

За последнее время выяснилось, что организм способен синтезировать фосфатиды интермедиарно из их строительных камней: жиров, фосфатов и азотистых веществ. Так, например, холестерин, широко распространенный в организме представитель группы стеринов, не только доставляется с пищей, но образуется и в самом организме. Холестерин — один из преобладающих липоидов, входящих в состав мозга. Он встречается во всех клетках. Холестерин и продукты его распада вместе с другими липоидами способствуют также задержке воды

клетками: имеется предположение, что он служит исходным веществом для образования желчных кислот. Как известно, антирахитический фактор—витамин D— доставляется организму и с пищей и синтезируется под влиянием ультрафиолетового облучения из эргостерина, обычно находящегося в нашем теле в виде примеси к холестерину. Витамины А и Е доставляются организму только через пищу.

Нельзя не указать и на отношение жиров к обмену фосфора и кальция, на роль нейтральных жиров при всасывании кальция и фосфора, что имеет особое значение при грудном вскармливании ввиду бедности солями женского молока.

Женское молоко является жирной пищей, до 50% калоража которой идет за счет жиров. При грудном вскармливании ребенок получает в день в среднем около 5—6 г жира на 1 кг веса. С возрастом потребность в жирах постепенно снижается: до 3—4 на 1 кг веса (30—40% суточного калоража) в раннем детском возрасте и до 3—2,5 г (25—30% суточного калоража) — в дошкольном и школьном возрастах.

Наличие фермента липазы в женском молоке, а также большая активность ферментов в сыворотке женского молока и лучшее всасывание жиров способствуют лучшей усвояемости жиров при грудном вскармливании (95,9%) сравнительно со смешанным и искусственным (89,2—88,2% по Соминской).

Для растущего организма ребенка с его сравнительно более слабым иммунитетом, несовершенной теплорегуляцией, склонностью к заболеванию рахитом и т. п. жиры являются важной составной частью пищи. Они нужны также и для правильного формирования кала ребенка, в состав которого они входят в количестве 5—10%.

С биологической точки зрения жиры животного происхождения имеют преимущество перед жирами растительными, не содержащими или сравнительно бедными витаминами. Со времени выяснения биологического значения жиров указание Фойта на важность введения в пищу жиров животного происхождения находит свое подтверждение.

Несомненно также, что так называемые «благородные жиры», содержащие липоиды и витамины, имеют особое значение в питании детей как стимуляторы роста и развития иммунитета. Жиры коровьего молока сравнительно с жирами женского молока содержат больше низших жирных кислот и являются менее ценными для питания ребенка раннего возраста.

Источниками жиров в организме являются жиры пищи, а также углеводы и белки. В растениях, как предполагают, жиры образуются из углеводов. В созревающих семенах наблюдается одновременно уменьшение крахмала и увеличение жира, повидимому, за счет убывающего крахмала. И в животном организме жиры могут образовываться из углеводов, подтверждением чего могут служить домашние животные, которые легко жиреют от углеводной пищи.

Жиры, образующиеся из углеводов пищи, более богаты олеиновой кислотой и, следовательно, более жидкими, легче плавятся и не содержат «благородных» жиров и витаминов, а потому биологически менее ценны. Предложение Шика и Пирке заменить в питании детей дорогие жиры более дешевыми углеводами встретило справедливые возражения. По сообщениям этих авторов, полученные ими результаты при вскармливании детей первого года жизни обезжиренным молоком, с заменой жира сахарозой, на первый взгляд можно было бы считать благоприятными: дети развивались нормально, не отставали в весе, имели достаточный иммунитет. Но более длительные и многочисленные наблюдения не подтвердили этих сообщений. Эксперименты Вейнгерта и др. на животных подтвердили значение жиров для нормального развития молодых животных. Барр в опытах на крысах, вскармливающихся пищей, лишенной жиров, наблюдал ряд патологических явлений на коже животных (шер-

лущение кожи, изъязвления, воспалительные процессы) что, повидимому, было проявлением авитаминоза А, а также остановку роста. При введении в пищу жиров животные начинали развиваться нормально.

Пиккат и его сотрудники (1933), давая обезжиренную пищу крысам, наблюдали у них значительное отставание в росте. Многочисленные и авторитетные клинические наблюдения (Черни, Келлер и др.) указывают на значение жиров для настоящего, прочного нарастания упитанности ребенка, зависящего от отложения жира, а не от задержки воды в организме. Выяснилось также и значение жиров для повышения устойчивости ребенка к инфекциям.

Достаточное развитие жира в подкожножировой клетчатке ребенка является одним из признаков, характеризующих состояние эйтрафии, которое может быть достигнуто главным образом за счет жиров, пищи, а не за счет преобладания в пище углеводов, способствующих развитию мнимого лополнения, так называемой пастозности тканей, вследствие излишней задержки воды в организме.

С этой точки зрения следует возразить проф. Цимблеру¹, считающему, что качественное углеводное голодание является причиной непокрытия энергетических потребностей ребенка при смешанном и искусственном вскармливании и, следовательно, причинным моментом плохого развития детей при этих условиях. Не отрицая всего значения углеводов для детского организма в покрытии энергетической потребности ребенка, в сбережении белка, роли углеводов при сгорании жиров и мышечной деятельности и т. п., мы видим главное препятствие для нормального развития ребенка при условиях смешанного или искусственного вскармливания не в недостатке белков (ввиду достаточного количества их даже в разведениях коровьего молока) и не в недостатке углеводов (ввиду обычно практикующейся достаточной прибавки их к молочным разведениям), а в бедности последних жирами, вследствие чего ребенок при таком вскармливании находится в условиях жирового голодания со всеми его последствиями.

Избыток, как и недостаток жиров в пище, оказывают неблагоприятное влияние. Избыток жиров, особенно при недостаточном количестве углеводов, ведет к накоплению кетоновых тел в крови (ацидоз) и выделению их в моче, к ухудшению всасывания, усвоения белков, ухудшению условий переваривания и всасывания и самих жиров, повышению выделения из организма известковых мыл и пр.

Ввиду важной роли углеводов при сгорании жиров («жиры сгорают в огне углеводов»—Naunyn) необходимо правильное соотношение в пище этих двух групп носителей энергии. При грудном вскармливании отношение жиров к углеводам равно 1:2.

Говоря о значение жиров в питании ребенка, мы не касаемся значения других пищевых ингредиентов — белков и углеводов, — не менее важных для питания детей, иначе это завело бы нас слишком далеко. Конечно, все эти жизненно необходимые пищевые ингредиенты должны входить в пищу ребенка в определенных количествах и соотношениях. При грудном вскармливании соотношение белков, жиров и углеводов равно 1:3:6, при смешанном и искусственном вскармливании мы стремимся приблизиться к нему.

В диететике детей первого года жизни, проходящих через стационар кафедры физиологии ребенка, Ленинградским институтом ОММ всегда уделяется много внимания достижению правильной пищевой корреляции и достаточному количеству основных пищевых ингредиентов на 1 кг веса ребенка.

Физиологическое отделение института достигло прекрасных результатов в физическом развитии детей. Дети хорошо упитаны, расстройст-

¹ Педиатрия, № 5, 1939.

ва питания наблюдаются в единичных случаях, моторное развитие их нормальное, иммунитет можно считать достаточным, несмотря на очень большую экспозицию детей в учреждении, ведущем большую педагогическую работу (врачи, студенты Педиатрического медицинского института, сестры, всевозможные экскурсии и пр.). В этих результатах, помимо значения общегигиенической обстановки, применения физкультуры (массаж, гимнастика, кварц и пр.), несомненно, должно быть отведено почетное место и планово, по определенной системе, проводимой диететике.

При назначении питания детям мы определяем суточную потребность ребенка в пище в первые 3 месяца жизни в количестве $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ веса ребенка и до 120 калорий на 1 кг веса; в возрасте от 3 до 6 месяцев — $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{7}$ веса и 110 калорий на 1 кг веса; для детей старшего возраста — в $\frac{1}{8}$ веса и 90—100 калорий на 1 кг веса. Разложив суточное количество пищи на содержание в ней основных пищевых ингредиентов на 1 кг веса ребенка, выводим соотношение их. В случае неблагоприятного соотношения мы корректируем его прибавкой тех или других пищевых ингредиентов (чаще всего жиров).

Мы руководствуемся следующими средними нормами (на 1 кг веса) для детей первого года жизни: белков — 2,5—3 г, жиров — 5—6 г, углеводов — 10—15 г.

При грудном вскармливании, если качественный состав женского молока не отклоняется от средних норм, жировая нагрузка (в 5—6 г на 1 кг веса) и содержание других пищевых ингредиентов уже обеспечены составом женского молока. Но при смешанном и особенно искусственном подкармливании добавка жиров для приближения к пищевой корреляции, имеющейся при чисто грудном вскармливании, является необходимой. С этой точки зрения мы не можем согласиться со схемой питания детей раннего возраста, предлагаемой Цимблером¹, считающим достаточной нагрузку жира в 3,5—4,2 г на 1 кг веса, а введение сливок и жировых смесей нужным лишь при особых показаниях. Мы также не наблюдаем невыносливости к жирам при правильном их назначении.

Невыносливость к жирам — явление, нередкое у детей раннего возраста, — проявляется главным образом при расстройствах питания, а также при слишкомспешной и большой нагрузке организма жирами.

При добавлении жиров к пище ребенка мы пользуемся главным образом 10% сливками, которые назначаем в постепенно увеличивающихся количествах для корреляции бедных жирами простых молочных разведений. При смешанном и искусственном вскармливании основными смесями в нашем учреждении являются простые молочные разведения. Для добавления жира применяем 10% сливки и гораздо реже смесь Моро. Начинаем добавление жирных смесей с самых небольших количеств (10—20 г) и постепенно, учитывая общую картину и данные со стороны желудочно-кишечного тракта, доводим до 80—100 г в день, избегая, однако, перегрузки жирами.

Вот пример такого назначения.

Ребенок М. П., 3 месяцев, вес 5 450 г, на смешанном вскармливании, получает в день молоко в количестве около $\frac{1}{6}$ его веса — 840 г (140×6), а именно: женского молока — 600 г, смеси № 3 — 200 г, 10% сливок — 40 г в сутки, т. е. белков — 12,56, жиров — 28,2 и углеводов — 63,4 калории. На 1 кг веса это составляет: белков — 2,3, жиров — 5,2, углеводов — 11,7 калории; соотношение белков, жиров и углеводов 1 : 2,2 : 5; КЭ = 112.

При искусственном вскармливании тот же ребенок получает: смесь № 3 — 800 г, 10% сливки — 100 г; в сутки это составляет: белков 21,8, жиров — 28,4, углеводов — 72 калории. На 1 кг веса: белков —

¹ Педиатрия, № 5, 1939.

4,0 (жиров — 5,2, углеводов — 133,2 калорий; соотношение белков, жиров и углеводов равно 1 : 1,3 : 3, КЭ = 121.

Хотя соотношение пищевых ингредиентов, благодаря большой нагрузке белками, в этом случае еще далеко от имеющегося при чисто грудном вскармливании, но нагрузка пищевыми ингредиентами на 1 кг веса является вполне достаточной, и соотношение жиров и углеводов равно 1 : 2,5. Должна оговориться, что искусственное вскармливание в нашем физиологическом стационаре проводится исключительно редко, и наблюдения над детьми на искусственном вскармливании велись мною главным образом в периферийных учреждениях.

Если стул детей при смешанном вскармливании неустойчив, мы заменяем молочные смеси пахтанием. Затем через несколько дней начинаем прибавлять к пахтанию небольшими порциями 10% сливки, благодаря чему мы можем употреблять пахтание продолжительное время, пользуясь всеми его антибродильными свойствами и избегая опасности длительного питания смесью, бедной жирами. Комбинация пахтания со сливками, испытанная в течение 4 лет на большом количестве детей нашего физиологического стационара и периферийных домов грудного ребенка, дала прекрасные результаты в смысле весовых прибавок и постепенного улучшения стула ребенка, а также профилактики расстройства питания при длительных расстройствах пищеварения. Несомненно, что пахтание как лечебная смесь по действию на стул ребенка является одной из лучших лечебных смесей: богатство белка, свертывающееся в пахтание мелкими, нежными хлопьями, наличие молочной кислоты, незначительное количество легко бродящего молочного сахара являются большим преимуществом этой смеси; но бедность пахтания жирами, весьма целесообразная в первые дни диспепсии при понижении выносливости к жирам, является опасной для ребенка при затянувшихся поносах, вследствие жирового голодания, приводящего к понижению иммунитета. Комбинация пахтания со сливками, осторожно назначаемая по миновании первого острого периода диспепсии, устраивает эту опасность; кроме того, жиры, как указывает Финкельштейн, особенно хорошо переносятся при тонком коагулировании казеина благодаря разделению жира на мельчайшие частички и предоставлению большей поверхности для захвата их ферментами. Пахтание, обогащенное сливками, представляет собой смесь, богатую белками и углеводами; количество жира, легко переносимого в кислой среде, всегда можно изменить в зависимости от потребностей и возможностей ребенка. Такая смесь хорошо переносится детьми, оказываясь одновременно и лечебной, и питательной смесью. С улучшением же состояния ребенка нет никаких препятствий к переходу его с пахтания со сливками на простые молочные смеси, обогащенные сливками.

Из имеющегося у нас большого материала по применению пахтания со сливками я могу привести несколько примеров.

1. Ребенок Т., весом 3 000 г, поступил в физиологическое отделение в возрасте 1 месяца. Вес при рождении 3 000 г. Таким образом, за 1 месяц пребывания дома вес не прибыл. Мать умерла вскоре после родов, дома ребенок находился на смешанном вскармливании, которое велось беспорядочно. У ребенка дистрофия, стул жидкий, учащенный. Сначала назначено одно грудное вскармливание, а затем, вследствие недостатка грудного молока, смешанное: грудное молоко с пахтанием. Ввиду плохой прибавки в весе пахтание постепенно обогащается 10% сливками. Ребенок за 1 месяц прибыл на 1 кг, стул нормальный.

2. Ребенок Д. поступил в физиологический стационар в возрасте 1 месяца 4 дней с весом 4 200 г; при рождении весил 4 270 г, следовательно, за 1 месяц пребывания дома убыл в весе на 70 г. Стул учащен. Получает грудное молоко 7×110, КЭ=120. Через 2 недели вес 4 400 г, прибавил всего 200 г; стул учащен. Назначено грудное молоко

и пахтанье. В течение следующих 2 недель ребенок получает по 120 калорий на 1 кг веса, в весе прибавляет удовлетворительно (за 1 неделю — 280 г), но стул учащен. Прибавка 10% сливок небольшими количествами улучшает стул. Вес попрежнему идет хорошо: за месяц вес прибыл на 700 г.

3. Ребенок Ш. поступил в стационар в возрасте 1 месяца 10 дней с весом 3 200 г, с диспептическим стулом. Назначено 530 г грудного молока и 30 г пахтанья; КЭ=120. Стул становится менее частым, но все еще неустойчив; через 2 недели прибавил в весе недостаточно (180 г). Количество пахтанья было доведено до 100 г + 50 г сливок. В возрасте 1½ месяцев, при весе в 3 380 г, ребенок получает 450 г грудного молока, 100 г пахтанья и 50 г сливок — 130 калорий на 1 кг веса.

Дальнейшее развитие шло хорошо, стул стал нормальным. Ребенок получил в сутки: белков — 10,1, жиров — 20,3, углеводов — 45,3 калории; на 1 кг веса: белков — 3,0, жиров — 6,1, углеводов — 13,7 калории. Соотношение белков, жиров и углеводов равно 1 : 2 : 4,5.

4. Ребенок И. поступил в возрасте 3½ месяцев с весом 4 900 г, с жидким и частым стулом. Назначено смешанное вскармливание: получал 420 г грудного молока, 330 г смеси № 3, 100 г пахтанья; КЭ=115. Это составляло в сутки: белков — 15,6, жиров — 22,3, углеводов — 68,4 калории на 1 кг веса: белков — 3, жиров — 4,5, углеводов — 14 калорий. Соотношение белков, жиров и углеводов равно 1 : 1,5 : 4.

В дальнейшем прибавка сливок дала хорошее нарастание веса и нормальный стул, так как ребенок начал получать жиры до 5,3 г на 1 кг веса. В возрасте 4 месяцев, имея вес 5 000 г, он получал грудного молока 400 г, смеси № 3 — 300 г, пахтанья — 100 г, сливок — 50 г, т. е. 119 калорий на 1 кг веса.

Таких примеров можно привести много, но мы считаем, что и приведенные достаточно характерны. Во всех случаях можем отметить хорошее нарастание веса при еще неустойчивом стуле, а затем и постепенное налаживание стула ребенка.

Из всего вышесказанного мы можем вывести следующее заключение.

1. Назначение питания детям должно вестись с учетом количества пищевых ингредиентов на 1 кг веса, а также с достижением правильного соотношения между ними. Излишнее при грудном вскармливании разложение пищи на основные ингредиенты и учет пищевой корреляции необходимы при смешанном и искусственном вскармливании, особенно у детей, плохо прибавляющих в весе.

2. Правильная пищевая корреляция при смешанном и искусственном вскармливании достигается главным образом путем добавления жира к бедным им простым молочным разведениям.

3. Для питания ребенка на смешанном и искусственном вскармливании при овладении правильной техникой диететики детей раннего возраста можно ограничиться очень небольшим количеством смесей: коровье молоко и его разведения, пахтанье, сладкие или подкисленные сливки. При вскармливании здоровых детей молочные кухни с большим разнообразием смесей являются дорогостоящей и излишней роскошью.

4. При затяжных диспепсиях хорошей питательной и лечебной смесью является пахтанье с добавкой к нему 10% сливок.

ПО ПОВОДУ СТАТЬИ ПРОФ. ШАБАНОВОЙ-МИЛЛЕР «ЖИРЫ В ПИТАНИИ РЕБЕНКА»

Проф. И. В. Цимблер

Центральный педиатрический институт (Москва)

Физиология питания в настоящее время концентрирует интерес и внимание главным образом на так называемых добавочных факторах — витаминах. Вопрос о пищевой потребности и потребности в отдельных калориосодержащих ингредиентах пищи ребенка считается как бы разрешенным. Между тем вопрос пищевой потребности, качественного состава пищи в отношении основных ингредиентов и их соотношения, конечно, еще нуждается в дальнейшем углубленном изучении. Это относится и к вопросу о потребности жира в пище. Большое значение жира, если и не столь простиранно, однако в пределах одинакового внимания ко всем ингредиентам пищи, было мной достаточно подчеркнуто в упомянутой проф. Шабановой-Миллер статье (лекции), помещенной в «Педиатрии» № 5, 1939. Всякое подозрение в скрытом невнимании с моей стороны к употреблению жиров в пище ребенка должно отпасть. Другое дело, в каком количестве и в какой корреляции их давать. Очевидно, нерационально давать жир в таких количествах, при которых он выбрасывается с калом, не усваиваясь. Еще более непредусмотрительно давать жир при таких условиях, когда он вызывает глубокие нежелательные нарушения в межуточном обмене и вместо оптимального развития ведет к расстройству питания у ребенка. Прежде всего по поводу постановки таких работ и достоверности их выводов: наблюдения и исследования, проводимые в опытных целях при изучении влияния специально испытываемой пищи, не должны быть кратковременными. Нередко при недолгом наблюдении дети вначале дают хорошее нарастание веса, и на первых порах отражение неправильно построенной диеты на показателях усвоения и ретенции отдельных ингредиентов пищи недостаточно заметно. При дальнейшем наблюдении, однако, вслед за таким кажущимся благополучием начинают еще до наступления клинических расстройств отмечаться определенные нарушения в обмене, а за ними или одновременно с ними выявляется вся картина невыносливости к пище. Таким образом, кратковременные наблюдения при недостаточно частом и динамическом обследовании ребенка могут привести к неправильным выводам. При всем индивидуальном отношении ребенка к пище как в смысле потребности, так и выносливости удается все же выявить средние оптимальные нормы — предел, выше которого не следует итти, и границу, ниже которой мы не покрываем потребности ребенка. Специально поставленная в этом направлении работа, которая ведется 3 года в отделе физиологии и диететики Центрального педиатрического института (И. М. Островская), дала нам возможность уяснить себе как эти пределы колебаний — верхние и нижние границы, — так и средние оптимальные потребные величины основных ингредиентов пищи, в том числе и жира. Этот материал полностью подтверждает высказанное мной в упомянутой статье положение, что при искусственном вскармливании (а речь идет, естественно, только об этом) увеличение количества жира сверх 5 г на 1 кг веса оказывается неблагоприятно на ребенке. Этот же материал выявил, что количество жира ниже 3,75 г на 1 кг веса приводит к улучшению ретенции азота и ухудшению всасывания жиров. Можно считать, что оптимальное количество жира в первом полугодии находится в пределах от 4,5 до 5 г на 1 кг веса, во втором — в пределах 4—4,5 г при количестве белка в пределах 3,5 г на 1 кг веса в первом полугодии и 3 г на 1 кг веса — во втором. Приводимые проф. Шабановой-Миллер примеры хорошей выносливости ребенка

к жиру и хорошего нарастания веса при количестве жира в 6,3 и 5,5 г на 1 кг веса относятся, очевидно, к детям которые получали $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ всего питания в виде грудного молока.

Кто же сомневается, что корреляция в женском молоке является оптимальной, и можно ли из этого сделать вывод, что при искусственном вскармливании следует давать такое же количество жира и надо стремиться к такой же корреляции, как при вскармливании грудным молоком? Наши наблюдения лишний раз подтвердили относительно плохую усвояемость (резорбцию из кишечника) жира при искусственном вскармливании в первые месяцы жизни и нарастающее улучшение этого усвоения в последующие месяцы. Практически вопрос сводится к следующему: 1) следует ли обогащать молочные разведения сливками и как их обогащать; 2) что следует предпочесть при искусственном вскармливании — быстрый переход на $\frac{2}{3}$ молока (смесь № 3) или же вскармливание $\frac{1}{3}$ и $\frac{1}{2}$ молока (смесь № 1 и 2), обогащенного жиром; 3) наконец, необходимо ли к смеси № 3 добавлять сливки.

При применении $\frac{1}{3}$ молока, обогащенного сливками, потребность ребенка в белке не удовлетворяется. Потребность в белке и в жире покрывается при быстром переходе на $\frac{2}{3}$ молока с одновременной дачей рыбьего жира в установленных количествах (1—2 чайные ложки). Обогащение жиром смеси № 3 требует осторожности, так как при даче жира в количестве свыше 5 г на 1 кг веса после некоторого временного благополучия у ребенка развивается потеря аппетита, падение веса, диспептический стул; наряду с этим падает ретенция азота и усвояемость жира.

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С МАТЕРЯМИ

С. А. Бахмутская

Из отдела гигиены Центрального научно-педиатрического института
(директор института Ф. И. Зборовская)

Санитарно-оздоровительную работу советское здравоохранение всегда расценивало как могучее орудие в профилактической работе.

Вопросы борьбы за снижение детской заболеваемости и смертности неизменно стояли и в настоящее время находятся в центре внимания органов здравоохранения. Наши достижения в этой области огромны благодаря росту материального благосостояния и культурного уровня населения, улучшению санитарных условий нашей страны, выросшей по всей стране сети детских лечебно-профилактических учреждений.

Всестороннее изучение причин детской заболеваемости указывает на то, что дальнейшее повышение санитарной культурности населения, особенно матерей, могло бы значительно способствовать еще большим успехам в борьбе с заболеваемостью.

В нынешнем году Наркомздрав СССР требует от детских лечебно-профилактических учреждений расширения санитарно-просветительной работы, широкого развертывания «школ матери» и углубления профилактической работы путем усиления патронажа.

В связи с этой директивой Наркомздрава представляют интерес данные о состоянии санитарно-просветительной работы в лечебно-профилактических учреждениях, обслуживающих мать и ребенка. Центральный научно-исследовательский педиатрический институт Наркомздрава СССР обследовал с этой целью ряд учреждений Москвы: 51 детских и 26 женских консультаций, 10 родильных домов и ряд яслей. Задача обследова-

ния — выяснить, какая проводится с материами работа, какие учреждения проводят ее, сколько времени уделяется этой работе и какова ее эффективность. Мы получили следующие показатели по детским консультациям:

Из 51 обследованной детской консультации только одна не ведет санитарно-просветительной работы, т. е. не выделяет для этого специального времени. Из детских консультаций проводят эту работу только с беременными (в женской консультации), остальные 47 выделяют специальное время для работы с материами; формы этой работы различны.

Наиболее распространенной формой санитарно-просветительной работы в детских консультациях является групповая беседа. Ее проводят в 46 из обследованных консультаций: в одних — в консультации, и на участке, в других — только в консультации.

За период с 1.I по 1.IX.1940 в групповых беседах приняло участие 387 320 женщин. Среднее число участников отдельных бесед — 13. Продолжительность каждой беседы — 5—15 минут. В среднем каждая консультация уделяет групповым беседам 20 с лишком часов в месяц, что составляет более 2 часов в месяц на каждую участковую бригаду (врачи и сестры).

Проводятся беседы в помещении консультации исключительно врачами, в единичных случаях привлекаются педагог и юрист. При патронаже и посещении больного ребенка на дому такие беседы ведут и сестры некоторых консультаций.

Групповые беседы в помещении консультации ставятся с группами матерей, одновременно явившихся на прием, а на участке — с членами семьи ребенка, с населением квартиры, общежития, барака, при посещениях ребенка на дому.

В 26 обследованных консультациях были организованы «школы матери», т. е. цикловые занятия по определенной программе, причем в большинстве консультаций с целью приближения санитарно-просветительной работы к населению эти «школы» работали на участке.

Для «школ матерей» существует утвержденная Наркомздравом программа, включающая 8 занятий в цикле, однако ее придерживаются только 50% детских консультаций, остальные большей частью сокращают число занятий в цикле до 6—5—4, да и в тематике отклоняются от установленной программы.

«Школы матери», организуемые в помещении консультации, комплектуются по предварительной записи из посещающих консультацию матерей, что позволяет объединить в группу матерей с однородными интересами (например, матери детей первого года жизни). На участке же приходится в силу необходимости привлекать в «школу» матерей детей различного возраста и вследствие этого соответствующим образом менять тематику.

За январь—август 1940 г. в обследованных консультациях было проведено 160 циклов «школы матери», охвативших 1.370 женщин, в то время как эти консультации обслуживают 146 000 детей.

На каждое занятие в «школе матери» врачу приходится затрачивать в среднем 1 $\frac{1}{2}$ —2 часа. Нередки случаи, когда срываются отдельные занятия, а иногда после 1—2 занятий и весь цикл, так как матери не являются, несмотря на все старания врача. На 160 циклов, значительная часть которых была проведена по сокращенной программе, было затрачено врачами 1 800 часов (не считая затраты времени на несостоявшиеся занятия и на незаконченные циклы).

Наряду с названными формами работы в ряде детских консультаций Москвы проводятся эпизодические лекции. Они организуются в специально назначенный день и час, после предварительного оповещения, в большинстве случаев на участке (в клубах, на предприятии и т. п.), реже — в помещении консультации. Эпизодические лекции ста-

вятся в 23 из обследованных нами детских консультаций. Число слушателей на этих лекциях колеблется между 15 и 300. Читаются эти лекции врачами на любую тему из области гигиены ребенка, а главным образом — на сезонные темы (летние поносы, грипп, корь и др.).

Имеются в большинстве (не во всех) обследованных консультаций санпросветвыставки. В 35 консультациях имеется санитарно-просветительная стенгазета, но в большинстве случаев она не отражает интересов посетителей консультаций, а представляет лишь тип стенной листовки. В 3 консультациях имеется «доска вопросов и ответов» старого типа, которая была лишена значения и тогда, когда была новинкой, ибо у матери нет стимула при посещении консультации задавать письменно вопросы, на которые она может получить ответ в следующее свое посещение; она предпочитает задать тот же вопрос устно врачу, чтобы сразу же получить разъяснение.

Санитарно-просветительной работы женской консультации мы коснемся здесь только в отношении подготовки беременной к материнству.

При 24 из обследованных женских консультаций существуют также «школы матери», в цикл которых входят по утвержденной Наркомздравом программе 3 занятия по гигиене новорожденного. Однако, как правило, по вопросам гигиены ребенка в цикле «школы матери» для беременных проводится (в большинстве случаев педиатром, реже — акушером) только одно занятие.

За период с 1.1 по 1.IX.1940 в 24 женских консультациях состоялось 111 циклов «школы матери», охвативших 1546 беременных. Таким образом, в среднем в каждой из обследованных женских консультаций через «школу» получали подготовку к исполнению материнских обязанностей примерно 8 женщин в месяц.

В 10 обследованных родильных домах педиатрами регулярно проводятся санитарно-просветительные беседы, индивидуальные и групповые, и лекции по уходу за ребенком. Практические же занятия по уходу за ребенком ведет с матерями старшая сестра отделения новорожденных в выписной.

Цифровых данных по родильным домам мы не приводим, ибо там всегда охвачены беседами все матери: врач-педиатр проводит их, как правило, ежедневно в палатах и в выписной.

Специфические условия яслей, где создается регулярный и частый контакт медицинского и педагогического персонала с матерью, дают возможность вести с последней систематическую санитарно-просветительную работу также в форме индивидуальных и групповых бесед, причем первые в подавляющем большинстве случаев проводятся групповой сестрой, вторые — почти всегда врачом, реже старшей сестрой или педагогом-инструктором. Изредка (раза 2—3 в год) врачом проводятся лекции на широких родительских собраниях. Имеются и выставки, но не во всех обследованных нами яслях и недостаточно полные и содержательные.

Данные обследования говорят прежде всего о том, что учреждениями, обслуживающими мать и ребенка, проводится большая по затрачиваемому на нее труду, но все же совершенно недостаточная, прежде всего по объему, и не всегда рациональная по форме санитарно-просветительная работа.

Даже групповые беседы — шире других поставленная форма санпросветработы детской консультации — охватывают едва $\frac{1}{5}$ часть посещающих консультацию матерей, в то время как «школы матери» обслуживаются весьма малое количество женщин.

Для того чтобы охватить «школой» только матерей грудных детей, каждому участковому врачу пришлось бы (по точному подсчету) уделять на это в течение года по 25 часов в месяц. Но обучение матери

уходу за грудным ребенком и правилам вскармливания ребенка нельзя растянуть на целый год, а сокращение срока потребует выделения на эту работу еще большего числа часов из бюджета рабочего времени врача консультации. Это совершенно нереально. К тому же при организации «школы матери» по территориальному принципу совершенно не представляется возможным комплектовать группы только из матерей грудных детей. В этих случаях «школы» неизбежно приходится комплектовать вообще из матерей, что требует и соответствующего увеличения числа циклов.

«Школа матери» отнюдь не новая форма работы. Ее пропагандировало уже I Всероссийское совещание по ОММ в 1920 г.¹, но прививалась она слабо, и лишь в 1925 г. консультация Научно-исследовательского института ОММ поставила у себя первый опыт организации «школы матери». Не в пример современным «школам матери», редко насчитывающим больше 10—12 слушательниц, тогда удалось собрать группу в 93 человека: однако в числе их было лишь 11 матерей, остальные—беременные. В своем сообщении об этом опыте² Е. В. Фигуровская объясняет это тем, что «женщина, имеющая ребенка, лишена возможности ходить на лекции». Это обстоятельство и в настоящее время сильно затрудняет организацию «школы матери».

О недостаточной рациональности использования этой формы санитарного просвещения для широкой массовой работы говорит также и опыт женских консультаций, каждая из которых пропускает через «школу» в месяц в среднем только 8 человек. Очевидно, и беременная не всегда имеет возможность специально явиться на занятия в «школу».

При всем этом «школа матери» не представляет и той совершенной по эффективности формы санитарно-просветительной работы, для которой стоило бы идти на большие жертвы в смысле затраты времени. Наивно было бы думать, что пройденный цикл занятий дает матери за конченную подготовку по вопросам гигиены и воспитания ребенка. Матерью осваивается только незначительная часть сообщенных ей на занятиях сведений, и она быстро их забывает, если они носят общий характер и не представляют в данный момент животрепещущего интереса для нее. Поэтому «школа матери» не исключает необходимости в дальнейшем, на протяжении всего периода обслуживания ребенка консультацией, систематически вести с матерью санитарно-просветительную работу актуального для матери в соответствующий момент содержания.

Гораздо более рациональной формой работы являются групповые беседы, проводимые в консультации. Эти беседы не отнимают у матери много времени, им не требуется специально приходить для них, они позволяют объединить из числа присутствующих в ожидальне небольшую группу матерей с однородными интересами, с тем чтобы провести беседу по актуальному в данное время и для данных матерей вопросу.

В таких коротких беседах можно осветить на протяжении 3 лет жизни, когда мать посещает консультацию, все важнейшие моменты питания ребенка, ухода за ним, профилактики различных заболеваний, делая это всегда своевременно. Последнее обстоятельство является залогом высокой эффективности беседы, так как мать всегда будет внимательнее слушать и лучше усваивать то, что важно для нее и ребенка в данный момент.

При этом групповые беседы дают возможность систематически вести занятия с посещающими консультацию матерями, с небольшой сравнительно затратой времени; для такой работы участковой бригаде до-

¹ Труды I Всероссийского совещания по ОММ, 1922.

² Охрана материнства и младенчества, № 8, 1926.

статочно уделять не более 1 часа в день (при численности группы матерей в 5 человек).

Мы подчеркиваем — «бригаде», а не «врачу», так как к проведению групповых бесед вполне возможно и необходимо привлечь средний медицинский персонал, само собой разумеется, только после соответствующей подготовки. Эту подготовку должна давать среднему персоналу школа в процессе обучения. Не должно быть больше такого положения, при котором постоянно приходится ликвидировать этот пробел в подготовке медицинского персонала уже в процессе его работы в учреждении. Введение в учебные планы средних медицинских школ курса методики санитарно-просветительной работы — неотложная необходимость.

Большую роль в санитарном просвещении матери могут и должны были играть родильные дома. Для родильницы вопрос ухода за ребенком более актуален, чем для беременной, а для удовлетворения своего интереса к этому вопросу она во время пребывания в родильном доме, будучи свободна от выполнения обязанностей по уходу за ребенком и пр., больше располагает временем, чем после возвращения домой. Интерес, с каким слушают родильницы беседы по вопросам гигиены и воспитания ребенка, подтверждают лица, которым приходилось проводить такую работу¹.

Санитарно-просветительная работа с матерями в родильных домах заслуживает большего внимания, чем ей сейчас уделяется, ибо именно во время пребывания в этом учреждении матери можно дать все те сведения по уходу за ребенком, которые ей необходимы с первых же минут по возвращении домой. В родильном доме условия для этого исключительно благоприятны.

В настоящее время санитарно-просветительная работа с матерью проводится в женских и детских консультациях и в родильных домах без учета преемственности в обслуживании ими матери и одного и того же содержания: вскармливание ребенка, уход за ребенком, профилактика заразных заболеваний. Такое дублирование тематики ведет к тому, что мать слушает беседу на знакомую ей тему без интереса, а это снижает эффективность работы. При существующей в Советском Союзе системе обслуживания матери и ребенка имеется полная возможность создать единый для всех учреждений план санитарно-просветительной работы с матерью², единую «школу матери». В этой «школе» мать должна последовательно получать только необходимые ей в данный момент сведения по уходу за ребенком, вскармливанию его и другим вопросам его гигиены и воспитания.

Беременную достаточно познакомить с тем, что и как надо подготовить для новорожденного; в родильном доме мать должна получать все необходимые сведения по вскармливанию ребенка в первые месяцы жизни, по уходу за телом ребенка (купанье, подмыwanье, прочистка носа), по одежде ребенка, по прогулке с ним, предохранению его от гриппа, туберкулеза, поносов.

Патронаж новорожденного, вменяемый Наркомздравом в обязанность детской консультации, должен не только закрепить знания, полученные матерью в родильном доме, но и научить мать применять эти знания в условиях данной обстановки.

Дальнейший этап санитарно-просветительной работы с матерью — это беседы во время регулярных, на первых порах довольно частых посещений матерью консультации.

Как бы ни был хорошо налажен прием матерей по предварительной

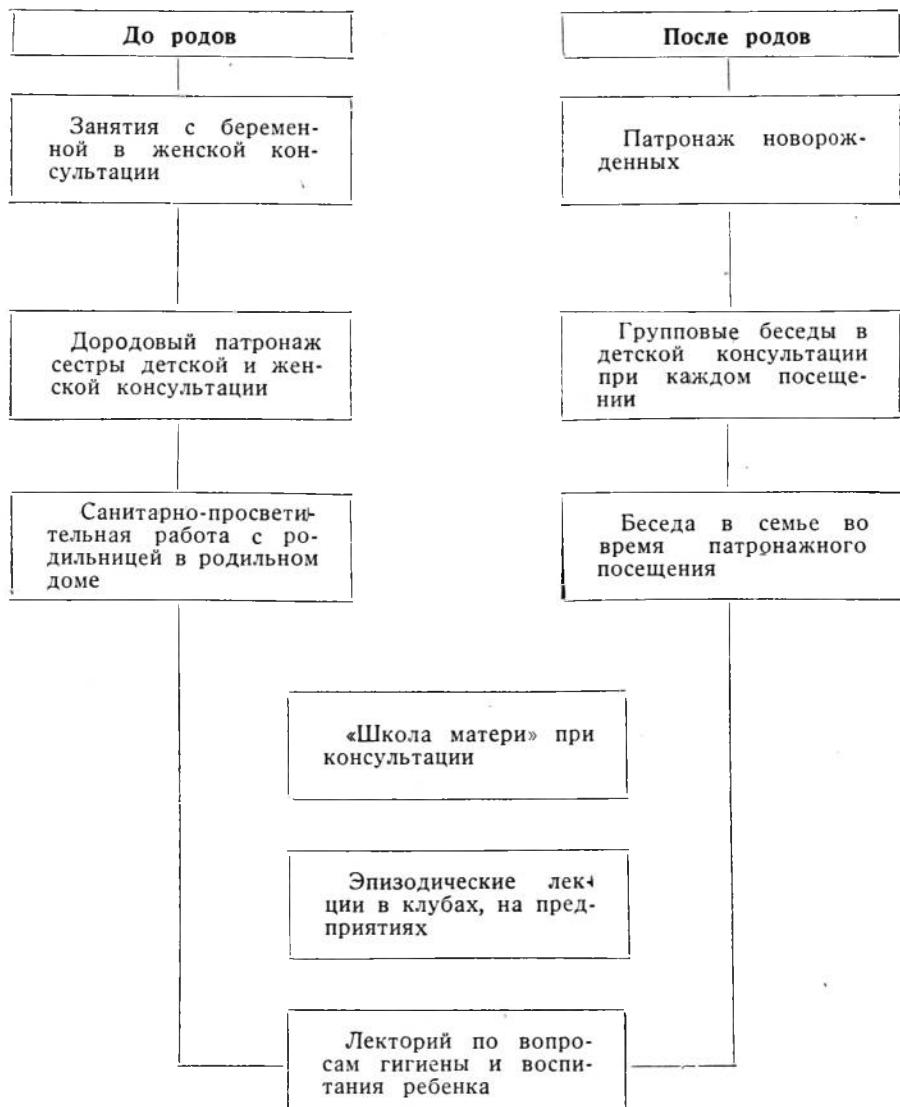
¹ Е. Эренбург, Опыт работы педагога детской консультации в родильном доме, Вопросы материнства и младенчества, № 7—8, 1940.

² См. приложение — схему санитарно-просветительной работы с матерью.

записи, в ожидание консультации всегда бывает одновременно несколько ожидающих приема матерей. Вот это время и надо использовать для проведения групповых бесед на актуальные в данный момент и для данной группы темы.

Аналогичную же работу проводят и ясли. Систематически, ежедневно посещаемые матерями в течение 3 лет ясли при правильной постановке в них санитарно-просветительной работы являются подлинным санитарным университетом для матери.

СХЕМА САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С МАТЕРЬЮ



Ясли — это школа, в которой женщина-мать может без лишней затраты времени и всегда в нужный момент получить необходимые ей для воспитания ребенка санитарно-гигиенические сведения.

Не подлежит сомнению, что эффективность санитарно-просветительной работы с матерями была бы значительно выше, если бы матери имели уже необходимую общую подготовку санитарно-просветительного

характера, важнейшие санитарно-гигиенические навыки. Наша начальная и средняя школа должна в обязательном порядке давать своим воспитанникам эти знания и воспитывать в них соответствующие навыки. В семье, все члены которой санитарно грамотны, легче внедрить в быт необходимые санитарно-гигиенические условия для ребенка, да и интерес там к вопросам гигиены ребенка более повышен.

Подготовку, о которой мы говорили, проходит обязательно каждая советская мать. Запросы же матерей, глубже интересующихся вопросами гигиены и воспитания ребенка, должны удовлетворять «школы матери», организуемые по записи в консультации эпизодические научно-популярные лекции и лектории.

Огромное значение имеет для санитарного просвещения матерей популярная литература.

Во всех обследованных нами учреждениях — в детских и женских консультациях, в родильных домах и яслях — мы слышали жалобы на недостаток популярной литературы по вопросам гигиены ребенка при огромном спросе на нее со стороны матерей.

Книжки нужны и для того, чтобы можно было их давать матерям во временное пользование, и для того, чтобы матери могли приобретать их. Книжку просит и беременная, и родильница, и посещающая консультацию мать.

Книжку может прочесть на досуге мать, не находящая возможности пойти послушать лекции. Грамотная мать во многих случаях гораздо лучше и полнее освоит содержание брошюры, чем лекции. Это, конечно, не значит, что надо отказаться от бесед и лекций, но в санитарно-просветительной работе, как и в других областях надо проявлять гибкость и в каждом отдельном случае использовать те формы, которые возможны и наиболее целесообразны в данных условиях, стремясь всегда к тому, чтобы, с одной стороны, всячески облегчить матери возможность приобретения необходимых ей знаний по гигиене и воспитанию ребенка, и чтобы, с другой — не расходовать без необходимости дорогое время врача.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

Проф. д-р медицинских наук А. П. Николаев (Сталино)

Обезболивание родов является одной из отличительных черт советского родовспоможения.

В постановлении III пленума комиссии по родовспоможению при Наркомздреве СССР обезболивание родов признано одним из важнейших качественных показателей работы родильных стационаров. Как известно, обезболивание родов нашло применение не только в крупных центрах, но и в самых отдаленных уголках Советского Союза, что свидетельствует о широкой популярности этого мероприятия среди населения и медицинских работников. За 1937 и 1938 гг. по всему Союзу обезболено свыше 1 млн. родов (1 060 305).

Однако в 1939 г., да и сейчас почти повсеместно замечается как бы охлаждение к этому ценнейшему мероприятию. Если проанализировать причины этого, я бы сказал, позорящего нас, акушеров, явления, то окажется, во-первых, что многие акушеры недооценивают всей важности дела обезболивания родов и в связи с этим не проявляют необходимой инициативы при родовспоможении; во-вторых, со стороны Наркомздрава и местных органов здравоохранения нет нужного содействия, руководства и контроля над делом обезболивания. Это ска-

зывается хотя бы в том, что родовспомогательные учреждения совершенно недостаточно снабжаются самыми необходимыми обезболивающими средствами: паралдегидом, гексеналом, пантопоном, пирамидоном и др.; в-третьих, известные затруднения вызывает необходимость при обезболивании самого тщательного наблюдения за актом родов и специального ухода за роженицей при недостаточности персонала в родильных домах. Далее, относительная сложность методик обезболивания, рекомендуемых многими авторитетами, ограничивает возможности массового их применения, а совершенно необоснованная боязнь наркотических веществ неизбежно усложняет методику обезболивания. Наконец, большую роль играет неправильное толкование самого принципа обезболивания родов.

Начну именно с последнего. Мы тщательно проанализировали материал 1 622 родов, подвергшихся обезболиванию в 1937—1938 гг. Изучая применявшиеся при этом методики (всего около 20), мы установили, что действительно полное обезболивание на всем протяжении родового акта могло быть получено лишь в 18,8% случаев. В 47,5% случаев достигнуто лишь частичное обезболивание, под которым следует разуметь два варианта: а) значительное уменьшение (но не полное исключение) болезненности на протяжении всего родового акта или б) полное обезболивание, но лишь на коротком отрезке родового акта, который в дальнейшем протекает все же болезненно. В 23% результаты обезболивания были мало ощущимы, т. е. получено было слишком незначительное болеутоление, и в 10,7% — вовсе отрицательными. Весьма сходные данные, вероятно, получены и другими клиниками, если учесть и анализ этих результатов производились строго объективно.

Отсюда я позволяю себе сделать два вывода, которые, как мне кажется, и должны определять линию нашего дальнейшего поведения в деле обезболивания родов.

1. Если еще в процессе изучения различных обезболивающих методов, из которых многие оказались совершенно несостоительными, мы (как и другие) больше чем в 66% случаев получили все же хорошие результаты в смысле значительного облегчения родовых болей, то, значит, обезболивание родов представляет собой задачу, безусловно разрешимую.

2. Если, несмотря на тщательное изучение длинного ряда разнообразнейших методов с применением новейших средств, мы получили полное обезболивание лишь в 18,8% случаев, если мы пока не можем предсказать характер течения и продолжительность родов в каждом отдельном случае и не можем по своему произволу значительно укоротить любые роды; если мы не имеем пока средств обезболивания, распространяющих свое действие на родовой акт любой продолжительности; если, наконец, наука до сих пор не разрешила еще вопроса о самой природе родовой боли, о законах ее возникновения и развития, — то единственное разумное, по моему убеждению, не ставить себе целью абсолютное обезболивание родов, а ограничиваться болеутолением в родах, что, безусловно, легко достижимо и притом при помощи простых и доступных методик.

Ставя перед собой задачу широкого применения болеутоления в родах, которое, в зависимости от характера родового акта и состояния психики и нервной системы роженицы, нередко будет ограничить с полным обезболиванием, мы должны выбрать немногие, наиболее доступные нам.

При наших, еще далеко не достаточных в данном вопросе знаниях мы должны признать родовую боль, несомненно, ноцицептивной («вредоносной»). Чувствительные ощущения при родах возникают в результате действия таких раздражений, которые, достигнув определенной силы, не дают никаких других ощущений, кроме боли. В процессе возникновения и переживания этой боли совершенно отсутствует дискри-

минативная функция, т. е. функция различения характера и качества раздражения, вызывающего боль, что именно и характерно для ноцицептивных ощущений. Далее, родовая боль действительно вызывается раздражениями большой силы, не только угрожающими, но и производящими разрушительное действие на организм.

Будучи ноцицептивной, родовая боль носит чисто протопатический характер, т. е. она является грубо примитивной и сопровождается яркими неприятными эмоциями без точного различения характера раздражителя. Я постараюсь вкратце показать, что, действительно, все характерные черты протопатической боли свойственны также родовой боли. Протопатическая боль, как указано выше, характеризуется наличием неприятной эмоциональной окраски, эмотивное же возбуждение способствует усилиению боли. Следующая характерная черта протопатической боли — высокий порог раздражения. Эта особенность свойственна также и родовой боли: лишь тогда, когда сумма приносимых в мозг раздражений достигает определенной величины, схватки начинают ощущаться, как боль; пока эти раздражения не достигли пороговой силы, боль, несмотря на наличие сокращений матки и совершающееся раскрытие внутреннего зева, не ощущается. Подобная же картина наблюдается у первородящих в периоде так называемых подготовительных схваток. В процессе самих родов также нередко можно заметить, что роженица начинает испытывать боль только тогда, когда схватки достаточно «разыгрываются», т. е. достигнут пороговой силы. Можно предположить, что если порог раздражения у роженицы окажется особенно высоким, то роды могут протекать вообще безболезненно, что иногда в действительности и наблюдается (по нашим наблюдениям, — в 7% случаев).

Отсутствие вполне точной локализации также характерно для родовой боли, как и вообще для протопатических болей. Беспокойство роженицы (что особенно ярко выражается при угрожающем симптоме — чрезмерном растяжении нижнего сегмента матки), их беспрерывное движение, вставание, вскакивание, желание уйти, убежать — все это не что иное, как проявление видоизменений двигательной реакции, неизбежной при ноцицептивных раздражениях, порождающих протопатическую боль.

Наконец, имеется еще один признак протопатической боли — диффузность ее распространения и как частный случай последней — явление реперкуссии, или отраженной локализации, явление, характерное для родовой боли и притом весьма постоянное. Явление это состоит, как известно, в том, что при сильном болевом раздражении в каком-либо органе боли могут ощущаться и локализоваться в области совсем другого органа, вполне здорового, но имеющего нервную связь с первым. Явления реперкуссии происходят по типу висцеро-висцеральных и висцеро-сенсорных, в частности висцеро-кутанных, рефлексов, хотя вполне возможен и более короткий путь отражения боли — по типу аксонрефлекса. Последним термином обозначают рефлекс, путь которого осуществляется по укороченным нервным связям, мимуя соответствующий сегмент спинного мозга. Этим аксонрефлекс отличается от типичного безусловного рефлекса, в осуществлении которого участие сегментов спинного мозга совершенно обязательно.

Описанные явления в родовой боли вполне отчетливо выражены наличием явной гипералгезии в зонах Геда и особенно в отдельных их точках, в так называемых пунктах максимальной чувствительности, которые можно определить вполне объективно гальванометрическим методом, предложенным мною и Подерни в 1935 г.¹.

Итак, родовая боль имеет все характерные признаки протопатической боли. Протопатическая боль носит также название таламической, ибо в настоящее время считается установленным, что главным коллектором всех грубых, примитивных болевых ощущений, вызываемых ноцицептивными раздражениями, является таламус. Отсюда правильнее всего бороться с родовой болью при помощи фармакологических средств, которые непосредственно действуют на таламус, понижая или угнетая его возбудимость. Такими средствами являются веронал, люминал, мединал, пропонал, перноктон, эвипан, эйнаркон, ректидон, антипирин, пирамидон.

За исключением мединала и пропонала мы испытали все перечисленные средства.

Пирамидон — весьма эффективное средство при невралгиях различного рода — безусловно заслуживает употребления при обезболивании родов. Мы испробовали подкожное применение пирамидона в растворе 1:30 с кофеином (по прописи МОНИ), однако принуждены были оставить эту методику, так как наблюдали слишком явное ослабление родовой деятельности. Экспериментальная работа Дозорцевой и Морозовой подтвердила, что пирамидон в концентрации 1:30 как рег

¹ Акушерство и гинекология, № 1, 1937.

се, так и с кофеином резко и длительно расслабляет гладкую мускулатуру матки и кишечника. Внутривенное применение антиpirина (40%) с пантопоном по методике проф. Чертока так часто в нашем опыте сопровождалось атоническими кровотечениями, что мы после недолгих испытаний вовсе выключили этот метод из своей практики. Однако обоими этими веществами — пирамидоном и антиpirином, но в других формах применения, мы все же рекомендуем широко пользоваться. Испытав самые разнообразные рецепты суппозиториев, мы признали наилучшими в смысле эффективности следующий их состав: Extr. Belladonnae 0,03, Morph. muriat. 0,01, Chinin. muriat. 0,15, Pyramidon (seu Antipyrin.) 0,3, T-rae Cannabis indic. ex extracto paratae (1:19) gtt. VI, Butyr. Cacao. q. s.

Здесь мы имеем комбинацию в достаточных дозах прекрасных спазмолитических средств (белладонна и индийская конопля), мощное наркотическое, действующее через кору головного мозга (морфин), аналгетическое средство, действующее на подкорковые центры (пирамидон), и, наконец, хинин, в мелких дозах явно усиливающий сократительную способность матки.

Боязнь многих акушеров перед морфином ни на чем не основана, и замену этого наиболее могучего болеутоляющего средства пантопоном никак нельзя признать удачной и рациональной. Во-первых, морфин дается обычно в количестве 1,01% раствора, т. е. 0,01, пантопон же дают в количестве 1,02% раствора, т. е. 0,02. Так как пантопон содержит 50% морфина и ряд других алкалоидов опия, то получается, что, желая избегнуть морфина и заменяя его 1 см³ 2% пантопона, противники морфина вводят роженице то же самое количество (0,01) морфина и вдобавок такое же количество других алкалоидов опия. Замена вряд ли остроумная! Токсическое влияние морфина полностью обезвреживается одновременно вводимой белладонной или атропином — естественным антагонистом морфина. Антидиуретического действия морфина при небольших дозах мне никогда наблюдать не приходилось. О том же заявлял покойный проф. Стrogанов, который, как известно, всегда был сторонником морфина при лечении эклампсии. Пантопон, по наблюдениям клиники Кватера, явно ослабляет сокращения матки. Морфин, по исследованиям Курдиновского, Кубасова, Шредера, Кватера, наоборот, в небольших дозах (по Кватеру — до 0,03) не угнетает родовой деятельности. Нередко даже можно наблюдать, как после некоторого периода покоя, затишья после дачи морфина родовая деятельность усиливается, хотя болезненность ее и уменьшается. В свете предложенной мною концепции о нервно-гуморальных факторах родового акта это вполне понятно, ибо морфин, как и эзерин, и хинин, относится к разряду тех немногих веществ, которые предохраняют от слишком быстрого разрушения ацетилхолин, играющий, как это вытекает из наших исследований, столь большую роль в динамике родового акта.

Нам представляется поистине удивительным отрицательное отношение большинства акушеров к морфину, о применении которого при родах мы находим в литературе лишь самые благоприятные отзывы. Так, Штеккель, говоря о средствах, возбуждающих родовую деятельность, пишет: «Наиболее действительным средством является морфин, который в определенных случаях может быть назван лучшим возбуждающим схватки средством». В таком же смысле высказывается о морфине Скробанский: «Что касается действия морфина на гладкую мускулатуру матки, — пишет он, — то на основании как клинических наблюдений, так и экспериментальных данных можно притти к заключению, что морфин не только не понижает работы мышц матки, но может даже повышать ее».

Наконец, переход морфина в кровь плода нельзя считать доказанным. Мы же, применяя один морфин или пантопон в самом конце пер-

вого периода и во втором периоде за 2 часа, за 1 час и даже за полчаса до окончания родов, на 157 случаев не имели ни одной асфиксии и плода, в то время как средний процент асфиксий при обезболивании родов достигал на нашем материале 2,1.

Итак, страх перед морфином явно преувеличен без всяких к тому оснований, и морфин отвергается акушерами незаслуженно.

Антипирин мы применяем во всех без исключения случаях родов в составе микстуры, которая дается, как правило, каждои поступающей роженице еще в смотровой комнате. Мы считаем необходимым как можно скорее воздействовать успокаивающим образом на нервную систему роженицы, нередко находящуюся в состоянии эмотивного возбуждения. Антипирин, подобно пирамидону, действует на промежуточный мозг, где в области thalami и hypothalami заложены эмоциональные центры. Состав нашей микстуры следующий: Natr. bromat. 12,0, Antipyriini 3,0, T-rae Valeriana 6,0; Aq. destill. ad 200,0. Дается одна полная столовая ложка.

Некоторые комбинации фармакологических средств дают, как мы видим, возможность одновременного воздействия на промежуточный мозг и на кору, а через последнюю — опять-таки на подкорковые центры, в частности, на тот же таламус. Очень удачной комбинацией, которой широко пользуется наша клиника, является препарат «Д» проф. Скробанского, сочетающий в себе средства, действующие на кору (морфин, паральдегид, хлоралгидрат) и на подкорковый слой (антипирин, люминал, уретан). Достоинством этой комбинации является также то, что, с одной стороны, паральдегид и уретан являются хорошими диуретическими и парализуют антидиуретические свойства морфина, а с другой — уретан и морфин взаимно потенцируют друг друга. Согласно последней нашей работе (д-р Н. П. Никоненко), препарат «Д» дает в 72% случаев весьма хороший и нередко полный успех.

Однако мы не применяем более первоначальной методики Скробанского. Во-первых, мы совершенно исключили из нее, как и из всех других методов, сернокислую магнезию, так как мы очень широко пользуемся в качестве профилактического средства стрептоцидом, а сернокислая магнезия с ним несовместима. Во-вторых, мы отказались от хлоралгидрата как соединения, неблагоприятно действующего, вследствие содержания в нем группы хлора, на сердечно-сосудистую систему и дыхательный центр. Зато мы увеличили дозу паральдегида с 5,4 до 8,0 и, согласно позднейшим указаниям Скробанского, ввели в состав клизмы антипирин. Таким образом, состав препарата «Д» у нас следующий: паральдегид 8,0, уретан 2,0, антипирин 1,0, люминал 0,1, вода 75,0. Это количество делится на три порции, которые вводятся в виде микроклизм после предварительной дачи под кожу морфина с атропином.

Получая от препарата «Д» при даче полной его дозы и с предварительным применением морфина успех в 72% случаев при средней длительности действия препарата в 5—6 часов, мы считаем этот метод одним из самых ценных для болеутоления в родах и потому заслуживающим широкого распространения. К сожалению, это затрудняется той непостижимой халатностью, с какой наши органы здравоохранения и фармацевтические организации относятся к делу изготовления паральдегида, производство которого нужно наладить.

Весьма видное место среди средств для обезболивания или болеутоления в родах, несомненно, должен занять гексенал. Мы имели возможность провести под гексеналовым наркозом около 150 родов и можем признать результаты вполне удовлетворительными. В последнее время мы применяем гексенал исключительно в клизмах, разводя 1 г гексенала в 50 см³ дестиллированной воды.

Учитывая относительную непродолжительность действия гексенала, мы должны стремиться к ускоренному завершению первого периода и

к быстрому протеканию второго, т. е. к общему укорочению родов, что уже само по себе представляет большое облегчение для роженицы. Мы достигаем этого посредством подкожных повторных инъекций тимофицина и, в подходящих случаях, путем вскрытия плодного пузыря. Наблюдения нашей клиники (д-р Карась) над несколькими сотнями случаев искусственного разрыва плодного пузыря показали, что этим простым и безопасным способом действительно можно достигнуть весьма значительного ускорения родов, продолжительность которых уменьшается на много часов. Если хорошо скомбинировать применение гексенала с ускорением родов, мы получим, без всякого сомнения, один из ценных методов обезболивания родов.

«Колющие» методы обезболивания родов, как, например, метод анестезии зон Геда, опоясывающая анестезия по Маркову, анестезия по Вишневскому и другие методы, мы решительно отвергаем. Эти массивные, неизбежно болезненные инъекции создают у рожениц отрицательные эмоции, в то время как мы добиваемся и должны добиваться эмотивного покоя. Увлечение колющими методами, против которых я возражал еще в 1936 г. и которые не дают особенно блестящих результатов, привело в то же время к весьма нежелательному явлению, а именно: некоторые роженицы стали бояться обезболивания родов и в ряде случаев категорически от него отказываются.

Мы считаем, что из всей массы методов и средств, предложенных для обезболивания родов каждое родовспомогательное учреждение должно выбрать два-три фармакодинамических метода, обеспечивающих наибольший успех, в смысле наиболее значительного и продолжительного болеутоления в родах. Методы эти должны быть доступными и удобными в применении и отнюдь не травмировать психику рожениц, в частности, они должны по возможности включать минимум инъекционных манипуляций. Избираемые методы болеутоления следует комбинировать с методами, ускоряющими роды, что вместе с тем обеспечивает более высокую эффективность болеутоляющих методов. Мы на основании своего опыта можем рекомендовать следующие три схемы:

Обезболивание родов

При поступлении всем роженицам без исключения дается одна столовая ложка мицтуры: Rp: Natr. bromat. 12,0. Antipyrini 3,0, T-rae Valerianae 6,0. Ag. destill. 180,0. Последующее обезболивание производится по одной из следующих трех схем.

Схема I	Схема II	Схема III
<p>При раскрытии зева на 2—2½ пальца — свеча:</p> <p>Rp. Extr. Bellad. 0,03 Morph. muriat. 0,01 Chinin. muriat. 0,1 Pyramidoni 0,3 T-rae Cannabis indic. ex extr. parat. (1:19) gtt. VI Butyr. Cacao q. s.</p> <p>Если нужно, через 1 час — снова свеча. Повторять не более 3 раз с промежутками в 1 час.</p>	<p>При раскрытии зева на 2—2½ пальца — инъекция: Sol. Morph. muriat. 1% 1,0, Sol. Atropini (1 : 1000) — 1,0. Не ранее чем через 1 час — препарат «Д»: три клизмочки по 1/3 дозы с промежутками в 15—30 минут</p>	<p>При раскрытии зева на 2—2½ пальца — инъекция: Sol. Morph. hydrochlor. 1% 1,0, Sol. Atropini (1 : 1000) 1,0. Не ранее чем через 40 минут, если нужно, — гексенал (1 ампула на 50 см³ дистиллированной воды в клизме)</p>

При раскрытии на 3—4 пальца разорвать пузырь Тимофицина. В конце второго периода — хлорэтил.

В заключение я хочу сказать несколько слов еще об одном наиболее эффективном, безопасном и действительно обезболивающем методе — о методе борьбы с родовой болью путем воздействия на психику роженицы словом, внушением. Слово — могучий фактор, ибо в него может быть вложено любое содержание. Слово, — это мы видим на каждом шагу,—мощно действует на сознание, т. е. на кору, и очень сильно—на эмоции, т. е. на подкорковый слой. Было бы ошибочно думать, что воздействие на роженицу для ослабления ее страданий словом заключается только в словесном внушении, даваемом врачом-психотерапевтом или акушером. Прямое внушение в бодрствующем и особенно в гипнотическом состоянии имеет, разумеется, первенствующее значение. Но роженица находится еще под влиянием многих косвенных внушений, исходящих намеренно или невольно от окружающих людей, от всей окружающей среды, и роль этих косвенных внушений весьма велика. От них в значительной степени зависит успех обезболивания родов любым методом.

Если роженица приходит в учреждение, где, как она знает, применяется обезболивание родов, то она должна от всех авторитетных для нее лиц слышать уверенно высказываемое убеждение в том, что ее роды действительно будут обезболены. Слово, по превосходному выражению проф. К. И. Платонова, должно быть асептичным: оно не должно внести в сознание роженицы «микробы сомнения». В этом отношении громадное значение имеет соответственное воспитание всего персонала родильного учреждения — от врача до уборщицы. Кроме абсолютной уверенности в возможности неболезненных родов, роженица должна видеть и чувствовать полное теплоты и сердечности желание со стороны окружающих помочь ей неболезненно родить. Но и этого мало: женщина должна являться в родильное учреждение уже «иммунизированной» против родовых болей, и эта «иммунизация» должна производиться словом врача консультации. На протяжении всей беременности с первых дней врач консультации обязан «прививать» беременной мысль о возможности неболезненных родов; врач должен оздоровить, перестроить психику женщины, воспитанную на мысли о неизбежности родовых мук.

К ВОПРОСУ О ПЕРЕХОДЕ И ВЛИЯНИИ РОДООБЕЗБОЛИВАЮЩИХ СРЕДСТВ ЧЕРЕЗ МАТЬ НА МЛАДЕНЦА

Кандидат мед. наук Б. Я. Динец (Ленинград)

Посвящается светлой памяти заслуженного деятеля науки проф. Р. В. Кипарского

Вопрос о влиянии на плод лекарственных веществ, введенных матери, в течение многих лет привлекал к себе внимание врачей разных специальностей, а в настоящее время в связи с массовым обезболиванием родов получил особенно актуальное значение. Учитывая большое распространение методов обезболивания родов с применением морфина (пантопона), сернокислой магнезии, хлоралгидрата и антипирина, мы поставили перед собой задачу изучить переход этих веществ через плаценту и влияние их на младенца.

Для указанной цели нами были произведены химические и биологические исследования пуповинной крови, взятой через разные промежут-

ки времени после обезболивания рожениц. Кроме того, велись наблюдения в клинике и эксперименте и проверялись гистологические изменения в паренхиматозных органах плодов животных, которым эти вещества вводились до родов.

Пантопон применялся нами по 0,02 г в свечах, подкожно и внутривенно; сернокислая магнезия вводилась подкожно в 33 и 20% растворах по 3 и 5 см³; хлоралгидрат давался внутрь и в клизме по 10—20 см³ в 10% растворе (одно-, дву- и трехкратно); антипирин вводился в свечах по 0,3 г и внутривенно по 0,6 г (1,5 см³ 40% раствора).

Животным¹ (беременные белые крысы) указанные лекарственные вещества вводились теми же путями (в клизмах, подкожно и внутривенно) и в дозах соответственно их весу (приблизительно 1/300 часть того, что давалось роженице). Роды у животных в большинстве случаев наступали спонтанно, после чего одна часть плодов подвергалась гистологическому исследованию, а другая оставлялась при материах для дальнейшего наблюдения за их ростом и развитием.

Касаясь вскользь истории интересующего нас вопроса, отметим, что первые опыты с целью определения перехода вещества от матери к плоду были поставлены на животных Майером в 1817 г. Первые опыты на людях принадлежат Гиттеру, затем Шауенштейну и Шпету. Первый в 1848 г. установил, что хлороформ переходит к плоду, а вторым в 1859 г. удалось доказать наличие следов иода в околоплодных водах, а также в мекониуме и в моче новорожденных, матери которых в течение 6 недель до родов лечились иодистым калием.

Вопрос о влиянии морфина через мать на младенцев получил различную оценку у разных авторов. В то время как одни (Фелинг, Гейнике, Альфельд, Фабри и др.) признавали его опасными для плода и младенца, другие, как Курдиновский и Фирст не могли отметить плохих последствий для младенца от введенных матери умеренных доз морфина (0,01—0,03 г с промежутком в 1 час).

С осторожностью подходят к назначению морфина при обезболивании рожениц Кипарский, Скробанский, Гиршман и др. Они воздерживаются от введения его роженицам менее чем за 1½—2 часа до родов, считая, что в течение указанного времени морфин не успеет выделиться обратно от плода, вследствие чего к моменту рождения младенца может наступить паралич дыхательного центра, начинающего к тому времени функционировать.

Не разработан вопрос и разноречивы данные об определении химическими способами перехода морфина к плоду после введения его матери в терапевтических дозах.

Подвергая исследованию пуповинную кровь после введения пантопона роженицам в указанных выше дозах и в разные промежутки до родов, мы пользовались общепризнанным методом Стас-Отто и наиболее чувствительными реактивами, а также новым способом Юрашевского². В наших объектах всегда было не менее 20 см³ крови. Проделав около 200 реакций с 40 объектами крови, мы не могли в них обнаружить морфин. Мы считаем, что только с получением положительных реакций со всеми реактивами в одном и том же объекте наличие морфина будет доказано. Наши контрольные опыты со стандартными растворителями морфина показали, что положительные качественные реакции получаются лишь при наличии в объектах не менее 0,01 мг вещества. Таких количеств морфина в наших объектах не могло быть. Это подтвердилось также и нашими биологическими реакциями.

¹ Экспериментальная часть нашей работы в более подробном изложении помещена в Сборнике по вопросам обезболивания родов, изданном Центральным научно-исследовательским институтом акушерства и гинекологии (ЦНИАГИ) в 1939 г.

² Описание методики см. в упомянутом выше Сборнике ЦНИАГИ.

На основании этих данных мы пришли к убеждению, что после применения терапевтических доз морфина последний может совершенно отсутствовать в пуповинной крови, либо, вследствие ничтожных его количеств, морфин не может быть обнаружен современными слабо чувствительными химическими и биологическими реакциями. Это ясно подтвердилось на опыте, когда после введения беременной крысе 6 ампул 2% пантопона и химического исследования ее плодов, удаленных чревосечением спустя некоторое время после инъекции, были получены со всеми реактивами положительные результаты.

Однако, несмотря на отсутствие положительных химических и биологических реакций на морфин в пуповинной крови, известны случаи, когда новорожденные рождались в асфиксии после предшествовавшего введения морфина. Об этом свидетельствует ряд случаев гибели детей, известных из литературы, а также наши клинические данные, которые мы приводим ниже.

Относительно действия сернокислой магнезии можно встретить в ряде работ отечественных авторов лишь поверхностные указания о, «повидимому», полной безвредности для младенца указанного обезболивающего средства. Определением солей магния в жидкостях и органах плодов после обезболивания родов также не занимались.

Мы исследовали на магний пуповинную кровь детей, женщин, подвергавшихся обезболиванию во время родов, а также тех, которые обходились без применения обезболивающих средств, и кровь рожениц до и после введения им сернокислой магнезии. Химические определения проводились методом Гадиента, и мы могли убедиться, что соли магния легко переходят в кровь младенца, так как количество вещества в материнской и пуповинной крови значительно увеличивалось после введения магния матери. Наши химические исследования показали, что при этом переходе существует определенная зависимость между количеством магния, найденного в фетальной крови, количеством введенного матери вещества и временем введения его.

Изучение гистологических препаратов органов плодов животных после пантопон-магнезиального наркоза показало, что в ряде органов под влиянием, повидимому, солей магния наступает гиперемия и затем жировое перерождение. Последнее было особенно резко выражено в печеночном эпителии¹. Эти явления оказались, однако, нестойкими, ибо оставшийся приплод продолжал нормально развиваться, и ни одно животное не погибло.

Переходя к нашим клиническим данным, отмечу, что для проверки влияния на новорожденного пантопон-магнезиального обезболивания (сначала подкожно вводился 1 г сернокислой магнезии, а спустя 10—15 минут — 1 см³ 2% пантопона) мы разработали материал, охватывающий 324 родов. При этом с целью исключения побочных вредных моментов для младенца нами отбирались только женщины с доношенной беременностью и новорожденные с весом не ниже 2900 г. Ни в одном случае не было никаких указаний на какое-либо заболевание у матери, роды протекали без осложнения и без оперативных вмешательств. Мы проследили за состоянием младенцев при рождении (асфиксия, цианоз, вялость, крик), а также за дальнейшим их развитием во время пребывания в клинике.

Из 9 случаев асфиксии мы только в одном имели дело с белой асфиксий, однако и этот ребенок был оживлен, но умер в тот же день спустя 13 часов 20 минут после рождения. Нужно отметить, что матери детей, родившихся в асфиксии, инъекция пантопона производилась в промежутки от 20 до 60 минут до родов.

¹ Аналогичные данные получила также в своих опытах с сернокислой магнезией заслуженный деятель науки проф. К. П. Улезко-Строганова.

Помимо асфиксии, в небольшом числе случаев наблюдался еще цианоз лица и тела у новорожденных, который, правда, быстро проходил, но иногда продолжался до 2—3 минут. Эти дети рождались вялыми, без всякого крика или с очень слабым криком. В 2 случаях дети погибли на 18-й и 20-й день жизни от гриппозной инфекции, что ни в коем случае нельзя связать с обезболиванием.

Дальнейшее развитие детей в клинике шло без особых уклонений от нормы, и все они охотно принимали грудь у матери.

В отношении веса детей можно отметить, что у большинства из них к концу 6-го дня жизни максимальное падение веса равнялось 100—200 г; 47,54% детей потеряли в весе от 100 до 300 г; 20% детей прибыли в весе на 100—400 г. Эти колебания веса у детей вполне соответствуют обычным физиологическим нормам. Мы не могли также отметить разницы в частоте физиологической желтухи между детьми, матери которых подвергались обезболиванию при родах, и детьми тех матерей, у которых роды проходили без обезболивания.

Наши данные о влиянии пантопон-магнезиального наркоза на детей расходятся с данными других авторов (Жмакин, Евдокимов). Это находит свое объяснение в том, что в наш материал вошли случаи исключительно нормальных родов, где не было побочных вредных моментов, материалы же указанных авторов являются обобщенными.

Помимо сернокислой магнезии, пантопон применялся у нас также с антипирином: в свечах (0,02 пантопона и 0,3 антипирина) и внутривенно по методу Вайнштейна, Чертока (1 см³ 2% пантопона одновременно с 1,5 см³ 40% антипирина).

Изучением влияния антипирина на плод до сих пор не занимались. В доступной мне литературе я мог найти лишь отдельные заметки по этому вопросу. Так, Кононов на основании своих случаев указывает, что вредного влияния на новорожденных антипирин не имел. Черток и Болкунов также не могли отметить вредного влияния антипирина на плод.

Наш материал разработан на основании 270 родов, при которых для обезболивания применялся антипирин в свечах, и 48 родов, где обезболивание производилось внутривенными инъекциями пантопон-антипирина. При употреблении обезболивающих свечей мы получили 6 случаев асфиксии у новорожденных, но они были без труда оживлены. При внутривенном введении антипирина с пантопоном были 2 асфиксии у новорожденных, причем один ребенок был оживлен с трудом и через 4 часа после этого погиб. Кроме того, в этой же группе почти у 40% новорожденных можно было отметить небольшой цианоз, сонливость, вялость и слабый крик. Все эти опасные явления, несомненно, объясняются переходом большого количества лекарственного вещества к плоду, что зависит от быстро повышающейся концентрации его в крови матери после внутривенного введения. Максимальная потеря веса в обеих группах находилась в пределах 300 г, что не выходит из рамок физиологической потери веса детей после рождения. Почти все дети охотно принимали грудь у матери и продолжали нормально развиваться.

Наблюдения за приплодом животных, которым антипирин с пантопоном вводился внутривенно, убедили нас в том, что он также продолжал нормально развиваться, ничем не отличаясь от контрольного приплода.

Химические исследования на антипирин, повидимому, произведены были нами впервые. Мы и здесь пользовались методом Стас-Отто и соответствующими реактивами. Количественные определения антипирина в пуповинной крови производились по способу Лемера, описанному Аутенритом. Проделав 40 реакций, мы убедились в том, что антипирин переходит от матери к плоду. Установить какую-либо зависимость пере-

хода от количества и времени введения его в организм матери не удалось. Антипирин был нами обнаружен в фетальной крови уже через 25 минут после инъекции, а также спустя 17 часов после нее.

При изучении гистологических препаратов этой серии мы могли отметить, что патологические изменения у плодов под влиянием антипирина с пантопоном заключаются главным образом в расширении сосудов и резко выраженной гиперемии во всех органах, которая местами даже доходит до гнездного кровоизлияния. Кое-где можно было также наблюдать слабо выраженное жировое перерождение печени.

Вопрос о переходе хлоралгидрата к плоду в литературе удelenо несколько больше внимания, но все же недостаточно. Цвейфель указывает, что опасаться какого-либо вредного влияния терапевтических доз хлоралгидрата не приходится. Такого же мнения придерживается и Курдиновский. Заславская (клиника Крупского) указывает, что после обезболивания матерей хлоралгидратом почти все дети рождались без асфиксии и с громким криком. Такие же данные приводит и Литвак (клиника Писемского). У Буховцева в 2 случаях, когда после введения роженицам больших доз этого вещества у новорожденных наступил продолжительный сон (1—2 дня), который сопровождался цианозом, ослаблением дыхания и падением температуры до 33°, дети выздоровели. Кубасов на основании своих наблюдений пришел к заключению, что дозы хлоралгидрата в 1,85 г, введенные в клизме, не опасны для плода; по его мнению, это вещество должно даваться роженицам только внутрь.

Нужно отметить, что к хлоралгидрату плоды и новорожденные сравнительно мало чувствительны ввиду недостаточно высокой дифференциации коры мозга.

Мы имели возможность наблюдать только 25 родов, обезболенных хлоралгидратом, так как этот вид обезболивания в нашем институте почти не применяется. Хлоралгидрат давался роженицам в 10% растворе по 10—20 см³, главным образом внутрь, в некоторых случаях даже до трех раз. Роды протекали совершенно normally, дети рождались живыми, с громким криком. Дальнейшее развитие в клинике не дало никаких указаний на какие-нибудь отклонения от нормы. Физиологическое падение веса также находилось в пределах нормы. Большая часть детей потеряла в весе от 100 до 300 г.

Химические определения хлоралгидрата в пуповинной крови производились по методу Фридман-Кальдерона. При этом мы, так же как и другие авторы (Афанасьевский и Владимирский, Литвак, Тюрина, Теверовский и Лернер), могли убедиться в том, что хлоралгидрат легко и быстро (через 25 минут) переходит от матери к плоду. Почти все наши анализы дали положительные качественные и количественные результаты. Нам удалось также установить, что в количественном отношении переход хлоралгидрата к плоду находится в зависимости от количества и времени введения его матери.

При гистологических исследованиях, после введения хлоралгидрата самке через прямую кишку, во всех органах плодов отмечены выраженная гиперемия и чрезвычайное расширение сосудов, переполненных кровью; в печеночных клетках и в почечном эпителии — мутное набухание и местами — слабое жировое перерождение. Все эти явления находились в пределах обратимости, так как весь приплод остался жив и в дальнейшем normally развивался.

Заканчивая на этом краткое изложение проделанной нами работы, я позволю себе подытожить полученные клинические данные и провести некоторое сравнение с контрольными цифрами.

В табл. 1 представлены данные, указывающие на то, что степень влияния наркотического вещества на новорожденного находится в зависимости от способа введения его в организм матери. Для новорож-

Таблица 1. Мертворождаемость, асфиксия и смертность у детей при обезболивании родов

Новорожденные	Обезболивающее средство	Пантопон + магнезия		Свеча — антипирин + пантопон		Пантопон + антипирин внутривенно		Хлоралгидрат		Всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мертворождения		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Асфиксия		9	2,77	6	2,22	2	0,16	—	—	17	2,54
Умерло в 1-й день		1	0,3	—	—	1	2,08	—	—	2	0,03
Умерло в последний день пребывания в клинике		2	0,61	—	—	—	—	—	—	2	0,3
Общее число новорожденных . . .		324		270		48		25		667	

денного более безопасны такие методы обезболивания родов, при которых средство вводится внутрь, и угрожающими являются методы, при которых концентрация вещества в крови матери быстро увеличивается.

В отношении падения веса у детей мы большой разницы в зависимости от способа обезболивания не видим, однако и здесь более благоприятные результаты получены при внутреннем употреблении лекарственного вещества (табл. 2).

Таблица 2. Падение веса у детей при обезболивании родов

Падение веса у новорожденных	Обезболивающее средство	Пантопон + магнезия		Свеча — антипирин + пантопон		Антипирин + пантопон внутривенно		Хлоралгидрат		Всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 100 г		72	22,2	59	21,8	12	24,9	5	20,0	148	20,5
От 100 до 200 г . . .		103	31,8	87	35,7	14	29,1	6	24,0	210	31,3
» 200 » 300 » . . .		51	15,7	52	19,2	11	22,9	3	12,0	117	17,2
» 300 » 400 » . . .		15	4,6	19	7,0	4	8,3	1	4,0	39	5,8
От 400 г и более . . .		8	2,46	14	5,1	1	2,08	1	4,0	24	2,3
Общее число новорожденных		323		270		47		25		665	

Для контроля мы отобрали 752 родов, протекавших совершенно normally без какого-либо вмешательства и без применения обезболивания. В этой группе у нас был 1 мертворожденный ребенок (0,13%) и 19 детей, рожденных в асфиксии (2,52%). Сравнивая эти данные с предыдущими (табл. 3), мы видим, что частота асфиксии у детей при обезболивании родов и без применения обезболивающих средств почти одинакова. Такие же данные приводятся и Фирсовой на материале Свердловского акушерского института.

Падение веса у детей обеих групп (табл. 4) также почти ничем не различается между собой. Во второй группе (без обезболивания) отмечается даже несколько большая потеря веса (табл. 4).

Таблица 3. Сравнительные данные о мертворождаемости и асфиксии у детей при обезболивании и без обезболивания родов

Новорожденные	Обезболенные роды		Необезболенные роды	
	абс.	%	абс.	%
Мертворождения . . .	—	—	1	0,13
Асфиксия	17	2,54	19	2,52
Общее число новорожденных . . .		667		752

Таблица 4. Сравнительные данные о падении веса у детей при обезболивании и без обезболивания родов

Падение веса у новорожденных	Обезболенные роды		Необезболенные роды	
	абс.	%	абс.	%
До 100 г	148	20,68	166	22,08
От 100 до 200 г . . .	210	31,33	219	29,13
» 200 » 300 » . . .	117	17,24	145	19,28
» 300 » 400 » . . .	39	5,84	47	6,25
» 400 г и более . . .	24	2,30	22	2,92
Общее число новорожденных . . .		665		752

Суммируя наши клинические данные, мы можем сказать, что исход родового акта для новорожденных и развитие их в течение первых дней после рождения почти одинаковы как при обезболивании родов, так и без него.

О ВЛИЯНИИ АКРИХИНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МАТКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ

Доц. А. И. Петченко

1-я акушерско-гинекологическая клиника II Ленинградского медицинского института (дир. клиники — проф. Г. А. Бакшт)

Медицинская мысль давно занималась изучением возможности приискания заменителей хинина — препарата импортного и дорогого, обладающего притом рядом существенных недостатков (весма горький вкус, идиосинкразия, шумы в ушах, рвота, сердцебиение), особенно неприятных в практике акушера. Предложенный в 1924 г. (Шулеманом) плазмохин (советский препарат — плазмоцид) не мог удовлетворить акушеров, так как в противоположность хинину плазмохин (плазмоцид) не действует на мышцы матки (Аничков). В 1932 г. Митш и Маус синтезировали вещество акридинового ряда — атебрин, и предложили его в качестве заменителя хинина. В СССР в 1933/34 г. сотрудниками Химико-фармацевтического института был предложен аналогичный препарат — акрихин. Виноградова (клиника Черепахина, 1938—1939 гг.) впервые подвергла изучению действие синтетического препарата акрихина на сократительную способность матки крольчих, отметив положительное и энергичное действие акрихина как на изолированные отрезки, так и на матку *in situ*.

Наши наблюдения над акрихином были начаты еще до появления в печати работы Виноградовой. Ведя опыты с риванолом¹ и постоянно наблюдая возбуждающее действие этого препарата на матку крольчих и кошек, мы вправе были ожидать такого же действия на матку и от акрихина, так как оба препарата по своему химическому строению являются производными акридина. Произведенные нами 70 опытов на кроликах (на изолированных отрезках по Магнус-Кереру и на матке *in situ* по Николаеву-Субботину) подтвердили это предположение.

Уже слабые концентрации акрихина (1 : 5 млн.) вызывали увеличение амплитуды сокращений и повышение тонуса матки. Наиболее заметное возбуждающее действие на изолированные отрезки матки получено при концентрациях 1 : 3 — 1 : 1 млн. Более крепкие концентрации (1 : 500 тыс.) оказывают угнетающее влияние на сократительную способность матки крольчих в опытах по Магнус-Кереру. Подобное же действие акрихина оказывает и на изолированные отрезки человеческой матки, причем особенно заметно положительное влияние акрихина на тонус. В опытах на отрезках матки крольчих нами отмечено, что сочетание акрихин-хлористый кальций сильнее активизирует матку, чем хинин-кальций. Отмечается также сенсибилизирующее действие акрихина по отношению к питуитрину, причем акрихин сильнее сенсибилизирует матку к питуитрину, чем те же дозы хинина.

В опытах с маткой *in situ* малые дозы акрихина (0,5—2 мг на 1 кг веса) увеличивали амплитуду сокращений и тонус матки. Начиная с дозы 6 мг акрихина на 1 кг веса, это положительное влияние исчезало. Более значительные дозы (10 мг на 1 кг веса) либо не влияют на маточные сокращения, либо угнетают их, либо вызывают резкое тетаническое сокращение. Эти дозы для животного токсичны. Малые дозы (0,5—1 мг) резко сенсибилизируют матку к питуитрину, который дает после акрихина значительно более резкий и длительный эффект, чем те же дозы питуитрина без предварительного введения акрихина. Повторное введение акрихина после питуитрина дает положительный эффект при условии, если это введение совершается не раньше, чем через полчаса после питуитрина.

¹ Акушерство и гинекология, № 9, 1940.

На основании этих экспериментальных данных мы перенесли наши наблюдения над акрихином в клинику.

Сделав перерасчет на средний вес женщины (60 кг), мы должны считать оптимальными дозы в 10—100 мг, причем 100 мг (стандартная таблетка содержит 50—100 мг акрихина) является максимальной дозой. В условиях клиники мы решили испытать дозы в 20—30 мг. После нескольких проб мы заметили, что акрихин лучше действует на матку при ректальном введении, чем при даче препарата внутрь.

Наш пока предварительный клинический материал состоит из 50 случаев нарушенной беременности (начавшиеся, неполные, фебрильные аборты) и ряда наблюдений в родильной комнате. Действие акрихина при абортах мы испытывали в клизмочках в дозах 0,025 — 0,03, для чего применяли 2,5—3 см³ 1% раствора, к которому добавляли 40—50 см³ теплой воды. Такие клизмочки мы вводили *per rectum* через каждые 30—45 минут, всего 4 раза. Само собой разумеется, что кишечник должен быть предварительно очищен клизмой. Акрихин вводился в чистом виде и в комбинации с питуитрином, который инъицировался под кожу малыми дозами в 1/4 см³ (1/4 ампулы питуитрина Р) также через 30—45 минут в количестве 4 уколов.

Действие чистого акрихина сказывалось на тонизировании матки, но в общем его действие на матку было недостаточным. Комбинируя акрихин с питуитрином, мы получали гораздо лучший эффект, чем от действия одних инъекций питуитрина или пресловутой «американки» (способ А. Штейна). В 25—30% случаев при таком ведении аборта все плодное яйцо отходит самостоятельно, и выскабливания полости матки не приходится делать. Отмечается быстрое падение температуры и улучшение общего состояния при фебрильных абортах. В тех случаях, где лечение акрихин-питуитрином не давало полного опорожнения матки и приходилось выскабливать матку, последняя была хорошо тонизирована, мало кровоточила при операции, а послеоперационный период обычно протекал гладко.

В последнее время наша клиника проводит все лечение фебрильных аборотов по принципам Винтера почти исключительно вышеописанным методом и отказалась от «американки», адреналина и т. п.

Влияние акрихина на продолжительность родового акта изучалось Науменко¹ и нами. Науменко давал роженицам *per os* по 0,1 акрихина 2 раза на протяжении первого и второго периодов и получал сокращение продолжительности родов почти на 15 часов у перворожениц (sic!) и на 4 часа 15 минут у повторнородящих. Малый материал автора (102 роженицы) и совершенно фантастические цифры не внушают доверия. Мы² полагаем, что дозы в 0,1 акрихина чрезмерно велики и могут отрицательно влиять на моторику матки.

Мы даем дозы в 3—4 раза меньшие, притом вводим акрихин ректально. Во многих случаях наблюдается усиление родовой деятельности, которое может, конечно, ускорить родовой акт, но для окончательного суждения о пользе акрихина при нормальных родах нужны не сотня, а много сотен, даже тысячи наблюдений. Эта работа нами продолжается.

Что касается влияния акрихина и акрихин-питуитрина при первичной слабости родовых болей, то мы имеем и здесь ряд положительных наблюдений. Очень хороший результат получился в 3 случаях переношенной беременности, причем первые схватки наблюдались и от введения чистого акрихина (в клизмочках) без питуитрина.

В случаях с гормонально неподготовленной маткой, например, при сроках беременности в 2—5 месяцев, мы не видели эффекта от нашего

¹ Труды Днепропетровского медицинского института, 1940.

метода; впрочем, и в этих случаях наступали повторные схваткообразные боли в матке, которые, однако, к выкидышу не приводили.

Интересно отметить, что производимое после испытания акрихин-питуитрина выскабливание или влагалищное кесарское сечение (дело идет об abortах по медицинским показаниям) протекало совсем бескровно с прекрасным сокращением матки после операции.

Акрихин ни в одном случае не проявил какого-либо вредного действия на беременных, рожениц или на плод.

Резюмируя наши экспериментальные данные и первоначальные клинические наблюдения, можно сделать следующие выводы.

1. Советский синтетический препарат акрихин в эксперименте проявляет возбуждающее влияние на маточные сокращения и тонус и оказывает сенсибилизирующие к питуитрину действие на матку.

2. Акрихин действует положительно только в малых дозах и концентрациях.

3. Клинические наблюдения подтверждают экспериментальные данные о благоприятном действии акрихина на матку, особенно в сочетании с питуитрином, почему он заслуживает широкой проверки в акушерской практике на правах заменителя хинина.

4. Намечаемая сфера применения акрихина в клинике: фебрильные, неполные abortionы, слабость родовых болей, переношенная беременность.

5. Рекомендуемый способ введения — ректальный, в дозах 0,025—0,03 чистого акрихина, еще лучше в сочетании с подкожными инъекциями питуитрина (питуикрина Р), с промежутками в 30—45 минут для каждого из этих препаратов.

7. Акрихин в указанных дозах совершенно безвреден для беременных, рожениц и плода.

О ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ АКУШЕРКИ

Доц. И. Я. Бычков (Москва)

В дореволюционной России звание «акушерка» официально не было признано; эта профессия имела звание повивальной бабки 1-го и 2-го разрядов. К повивальной бабке 2-го разряда в части общего образования предъявлялось только требование грамотности. За отсутствием государственной организации родовспоможения царское правительство перекладывало обязанность оказания родильной помощи на частнопрактикующих повивальных бабок. В статье 241 Врачебного устава об этом говорилось: «Не оставившая практики повивальная бабка должна во всякое время, днем и ночью, от кого бы по должности своей призываема ни была, не взирая на лица, тотчас являться, буде особые законные причины ей в том не препятствуют».

В советском государстве, где имеется широкая государственная организация родовспоможения, нет надобности обязывать каждую акушерку оказывать родильную помощь в порядке частной практики. Действующим советским законодательством о профессиональной работе и правах медицинских работников¹ установлена обязанность всякого медицинского работника, занимающегося практической лечебной деятельностью, в том числе и акушерки, оказывать неотложную медицинскую помощь. Зато в советском законодательстве регламентирована квалифицированность акушерской помощи.

В законе РСФСР от 1.XII.1924 «О профессиональной работе и правах медицинских работников» звание «повивальная бабка» заменено званием «акушерка» и записано, что «акушерское звание присваивается лицам, окончившим акушерскую школу или акушерский техникум и получившим в этом соответствующее удостоверение» (§ 30 закона). В акушерские школы принимаются только лица, окончившие не менее семи классов средней школы.

В Постановлении СНК СССР от 14.V.1929 декретировано обязательное периодическое повышение квалификации акушерок. § 9 этого постановления предполагает организовать, начиная с 1939 г., в республиканских, краевых и областных центрах и в крупных городах постоянные двухмесячные курсы усовершенствования акушерок с законченным средним медицинским образованием. За акушерками, командированными на курсы усовершенствования, сохраняется заработка плата по месту их основной работы.

Общесоюзный закон от 8.IX.1936 «О подготовке средних медицинских кадров» разрешает присвоение звания среднего медицинского работника, в том числе и акушерки, путем сдачи испытаний экстерном при средней медицинской школе.

В утвержденном Наркомздравом СССР 5.IV.1940 Положении об экстернате² установлено, что к сдаче испытаний экстерном на звание акушерки допускаются только лица, имеющие не менее трех лет стажа практической работы в качестве акушерки непосредственно перед сдачей испытаний и при наличии общеобразовательной подготовки в объеме не менее семи классов средней школы. Исключение допущено для лиц, имеющих не менее пяти лет практического стажа на должностях среднего медицинского персонала; при отсутствии у них свидетельства об образовании в объеме не менее семи классов эти лица подвергаются экзамену только по родному языку и арифметике в объеме пяти классов средней школы.

¹ Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 1.XII.1924, Постановление ВУЦИК и СНК от 17.IV.1924 и аналогичные постановления в других республиках Союза ССР.

² См. Официальный сборник Наркомздрава СССР, № 13—14, стр. 3—6, 1940.

Сдача экстерном испытаний по специальным предметам установлена в полном объеме акушерской школы. Таким образом, Положение об экстернате обеспечивает уровень знаний не ниже, чем у акушерок, прошедших полный курс в акушерской школе.

Объем профессиональных прав и обязанностей у акушерки, получившей это звание после обучения в акушерской школе, и у получившей звание после сдачи испытаний экстерном совершенно одинаковый.

В настоящее время действует Положение о правах и обязанностях акушерки, утвержденное Наркомздравом СССР 11.III.1938¹. Согласно этому Положению, акушерке предоставляется право самостоятельного оказания всех видов акушерской помощи в условиях сельского врачебного участка (заведывание колхозным родильным домом, акушерским пунктом). В городских и районных акушерско-гинекологических учреждениях акушерка должна работать под руководством врача.

В случаях затянувшихся и осложненных родов акушерка обязана вызвать к роженице врача или направить ее в родовспомогательное учреждение (§ 8 Положения). Если это невозможно, то акушерке предоставляется право производить без применения общего наркоза следующие операции и оперативные вмешательства: 1) разрыв плодного пузыря; 2) ручное пособие при тазовом предлежании; 3) извлечение плода за тазовой конец; 4) поворот плода при целом пузыре или недавно отшедших водах; 5) рассечение промежности; 6) наложение швов при разрывах промежности первой и второй степени; 7) ручное отделение и выделение последа и его частей; 8) применение способа Креде для выделения последа. Этот перечень утвержден Ученым медицинским советом Наркомздрава СССР 14.VI.1939.

Для оказания экстренной помощи акушерке предоставлено право выписывать из аптек лекарства за своей подписью. Из ядовитых и сильнодействующих средств акушерка вправе выписывать только 11 наименований лекарств, наиболее ходких при родовспоможении (ляпис в растворе не выше 1%, раствор сулемы не более 0,1%, опийная настойка не свыше 5,0 по одному рецепту, спорынья в порошке и ее экстракт, стигтицин и др.). В случаях отсутствия врача местные здравотделы могут предоставлять акушерке право выдачи листков нетрудоспособности по беременности и родам (§ 6 Положения об акушерке).

Отличительной чертой советского законодательства о профессиональных правах и обязанностях акушерки является то, что в ее обязанности включено не только непосредственное родовспоможение, но и широкие профилактические мероприятия.

В инструкции для акушерки колхозного родильного дома² в числе ее обязанностей значится также проведение массовой санитарной и культурно-просветительной работы среди колхозниц. В функции акушерского пункта входят санитарно-просветительная работа в области охраны материнства и младенчества и патронажная работа среди беременных и детей. В перечне обязанностей акушерки пункта числится также своевременная сигнализация заведующему сельским врачебным участком и в райздравотдел о ставших известными акушерке случаях остро заразных заболеваний³.

При проведении санитарно-просветительной работы акушерка должна уделять максимальное внимание пропаганде вреда абортов, привлекая к участию в этой работе колхозную и профсоюзную общественность.

¹ См. Бюллетень Наркомздрава РСФСР, № 8, стр. 20—22, 1938.

² Утверждена Наркомздравом СССР 2.XII.1939 (см. Сборник положений и инструкций по работе учреждений родовспоможения под ред. Д. Гинодман, Москва, стр. 28—40, 1939).

³ § 12. Положения об акушерском пункте, утвержденного Наркомздравом СССР 13.III.1938 (см. упомянутый выше сборник, стр. 16—17).

Касаясь вопроса обabortах, уместно напомнить, что производить abortы акушерка не вправе, даже при наличии медицинских показаний. Это право предоставлено исключительно врачам. В случае производства abortа, хотя бы в больничной обстановке, акушерка привлекается к уголовной ответственности по статье Уголовного кодекса, карающей медицинского работника за занятие такого рода профессиональной деятельностью, на которую он не имеет права по закону (Уголовный кодекс РСФСР, ст. 180, УК УССР, ст. 194, и т. д.).

В профессиональные обязанности акушерки входит также оказание первой помощи, в том числе и при поражениях боевыми отравляющими веществами. Это обязывает каждую акушерку быть хорошо подготовленной для оказания любого вида первой медицинской помощи.

Когда настанет час необходимости защищать с оружием в руках нашу социалистическую родину, акушерка может быть призвана в качестве среднего медицинского работника для выполнения почетной обязанности каждого гражданина СССР, записанной в ст. 133 *Сталинской Конституции*.

В качестве квалифицированного среднего медицинского работника акушерка пользуется правом на ряд трудовых льгот и преимуществ: а) право на пенсию за выслугу лет на основании Постановления ЦИК и СНК СССР от 25.IX.1929 (при наличии 25-летнего стажа работы на селе или в рабочих поселках); б) право на освобождение от сельхозналога (ст. 27 закона, принятого Верховным Советом 1.IX.1939); в) право на поступление в высшее учебное заведение после отработки в течение 3 лет по окончании акушерской школы (§ 5 Постановления ЦИК и СНК СССР от 15.IX.1933) и г) право на бесплатную квартиру с отоплением и освещением в сельских местностях и рабочих поселках (это право для среднего медицинского персонала установлено в постановлении ВЦИК и СНК РСФСР от 10.VI.1930, в других союзных республиках оно декретировано не везде).

Действующее советское законодательство в достаточной степени определяет объем прав и обязанностей акушерок, призванных помочь советским женщинам рожать здоровых детей, которые станут бодрыми, сильными и смелыми строителями коммунизма.

СОВЕЩАНИЕ ИНСТИТУТОВ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

С 28 по 31.X.1940 в Москве происходило, созванное Центральным педиатрическим институтом, совещание директоров и научных руководителей институтов ОММ, ОМД и ОЗДиП. В совещании принимали участие представители 18 периферических институтов. Были заслушаны и обсуждены следующие доклады.

1. Задачи институтов в борьбе с заболеваемостью среди детей и в улучшении работы детских учреждений.

2. Тематика научно-исследовательской работы институтов в 1941 г.

3. План методической работы институтов в 1941 г.

4. Помощь институтов западным областям Украины и Белоруссии.

5. Методы работы институтов в борьбе с детской заболеваемостью.

Заместитель наркома здравоохранения СССР тов. М. Н. Казанцева в своем докладе указала, что перед институтами стоит большая задача — максимально помочь органам здравоохранения в лучшей организации охраны здоровья детей. Тов. Казанцева привела ряд данных, показывающих, что в первом полугодии 1940 г. заболеваемость по основным детским инфекциям снизилась. Значительные успехи достигнуты в борьбе с корью. Противокоровую сыворотку изготавливают 282 лаборатории, на которые в текущем году расходуется 38 млн. рублей. Сеть детских учреждений со времени издания декрета от 26.VI.1936 сильно выросла. По всему Союзу имеется 24 педиатрических факультета, в текущем году открыты еще 2 факультета в Смоленске и Астрахани. В детских учреждениях уже работает 16,5 тыс. педиатров. Указ правительства от 26.VI.1940 дал возможность улучшить лечебно-профилактическое обслуживание детей и ликвидировать текущие кадровые.

В 1940 г. сеть здравоохранения получила дополнительно 8 000, а в 1941 г. получит еще 13 000 штатных патронажных сестер, что должно обеспечить профилактическое обслуживание грудных детей на дому не только в городах, но и на селе. Однако эти возможности во многих местах еще не реализованы, и не все детские консультации, даже городские, имеют по 2 патронажных сестры на участке. Не везде еще правильно расставлены силы, не всегда используются рационально материальные средства.

Научные институты должны помочь органам здравоохранения в разрешении весьма актуального вопроса правильной организации обслуживания больных ясельных детей и детей, находящихся в домашнем карантине. Институты должны также уделять больше внимания улучшению работы поликлинической сети.

В научно-исследовательской области институтам надо попрежнему включать в свои планы разработку мер борьбы с острыми детскими инфекциями и желудочно-кишечными заболеваниями и пневмонией, а также профилактику и лечение ракита. Одной из основных задач для каждого института является помочь органам здравоохранения в анализе данных о детской заболеваемости и смертности, в выявлении причин повышения заболеваемости в отдельных районах, в разработке плана конкретных мероприятий для снижения заболеваемости и в оказании практической помощи для реализации этого плана.

Вопросы методической работы институтов осветила Ф. И. Зборовская (директор Центрального педиатрического института). За 2 года, прошедших со времени последнего совещания (декабрь 1938 г.), институты развернули значительную работу в помощь практике здравоохранения путем обследования учреждений, выявления недочетов в работе и организационно-инструктивной помощи. Сотрудники институтов выезжали на места и там практически помогали в улучшении работы. За полгода сделано 454 выезда, часть из них на длительные сроки (1—2 месяца).

В текущем году в отличие от прошлых лет институты оказывали методическую помощь периферическим учреждениям не эпизодически (по заданию облздрава), а в плановом порядке, стремясь добиться положительных результатов. Многие (Воронежский, Ивановский, Крымский, Смоленский, Минский и др.) институты вели систематическую работу в районах, менее благополучных по детской заболеваемости. Этот положительный опыт следует учесть и обязать каждый институт предусмотреть в своем плане на 1940 г. такую же помочь органам здравоохранения и детским учреждениям.

Институты должны уделять больше внимания развитию профилактической работы на селе через патронажных сестер. Для этого им необходимо установить систематический контакт с сельскими врачебными участками, опираясь на районную детскую консультацию, а где ее нет, — на врача крупных яслей в районе. Для внедрения научных достижений в практику работы всей сети детских учреждений и сельских врачебных участков целесообразно, помимо организации курсов в областном центре, проводить учебно-выездную работу, особенно для сельских участковых врачей.

В текущем году институты ввели ряд новых интересных форм работы. Так, Смоленский институт занялся борьбой с гипотрофией через детские консультации. Крымский институт проводил вечерние обходы в клинике специально для педиатров. Воронежский институт прикрепил к отстающим детским учреждениям научных сотрудников (своих и из медицинского института) и время от времени вызывает для доклада того или иного заведующего детским учреждением и прикрепленного к этому учреждению научного сотрудника.

Для углубления своей методической работы институтам необходимо организовать методические кабинеты, улучшать работу своих базовых учреждений, где ведется подготовка кадров, помочь здравотделам в организации методических бюро в крупных городах и районах области и, опираясь на эти бюро, претворять в жизнь все новое в борьбе с детской заболеваемостью и смертностью.

По вопросу о планах научно-исследовательской работы институтов в 1941 г. сделал доклад А. А. Дормидонов (Центральный педиатрический институт). Он указал, что планы институтов должны быть построены таким образом, чтобы помочь в разрешении задач, стоящих перед советским детским здравоохранением. Планы, представленные 23 институтами, в основном удовлетворяют этому требованию. Каждому институту следует сосредоточить свои силы на немногих актуальных вопросах, чтобы обеспечить их углубленное изучение. Тематический план института должен отражать особенности детской заболеваемости в данной области или республике.

Проф. А. А. Колтыпин (Центральный институт РСФСР) в своем содокладе отметил недочеты в планах институтов РСФСР: в них не предусмотрено изучение ряда вопросов на поликлиническом материале, недостаточно изучаются детские инфекционные заболевания и недоношенность.

С докладами об опыте работы институтов в борьбе с детской заболеваемостью выступили Б. М. Гольденберг (директор Горьковского института), Ф. М. Илупина (Ивановский институт) и О. Е. Шапиро (Центральный педиатрический институт).

Первые два института проводили особую работу в тех районах своей области, где имело место некоторое повышение детской заболеваемости. Горьковский институт направил в один из таких районов бригаду из трех врачей, которая установила, что основными причинами повышения детской заболеваемости были плохая работа медицинской сети, недостаточность профилактических мер против распространения инфекционных заболеваний, отсутствие необходимой санитарно-просветительной работы с населением по вопросу вскармливания грудных детей. Институт провел в районе инструктаж всех врачей и фельдшеров по борьбе с корью и легкими детскими поносами, добился расширения госпитализации детей, больных желудочно-кишечными заболеваниями (в 1939 г. — 12% заболевших, а в 1940 г. — 75%), правильно поставил работу детской консультации, развернул работу молочной кухни. В результате всех этих мер заболеваемость детскими инфекциями в этом районе снизилась. В 1941 г. институт продолжит эту работу, чтобы закрепить достигнутый успех.

Ивановский институт также проводил работу в определенных районах области, помогая в правильной организации работы детских учреждений и в борьбе с детскими желудочно-кишечными заболеваниями. В методической работе по области Ивановскому институту оказала большую помощь бригада работников Центрального педиатрического института во главе с научным сотрудником Л. А. Розенман.

Центральный педиатрический институт направил в 1940 г. специальную бригаду в Западно-Казахстанскую область, где в прошлом году было отмечено повышение детской заболеваемости в основном за счет кори. Бригада провела широкое обучение врачей и фельдшеров серопрофилактике кори и организовала в горздраве по-вседневный контроль за своевременным проведением всех необходимых мероприятий при каждом случае кори. По данным за 8 месяцев 1940 г., число заболеваний корью снизилось по сравнению с предыдущим годом. В борьбе с летними детскими поносами бригада добилась своевременной очистки города (в зимнее время), увеличения сети детских консультаций, усиления патронажа, расширения работы молочной кухни, раннего открытия сезонных стационаров (дневных и круглосуточных). Число случаев желудочно-кишечных заболеваний (дизентерии, колита и токсической диспепсии) в областном центре снизилось в 1940 г. больше чем наполовину по сравнению с 1939 г.

По вопросу о помощи институтов западным областям Украины и Белоруссии выступили тов. Бурова (директор Киевского института) и тов. Каминская (Минский институт).

Научный руководитель самого молодого института ОММ проф. Ф. Е. Гроер (Львов) поделился опытом своей работы.

Рассмотрению планов научно-исследовательской работы институтов было посвящено три заседания. План каждого института обсуждался под углом зрения актуальности тем в условиях работы данного института и с учетом реальных возможностей обеспечить высокое качество научного исследования в намеченные сроки. В планы были внесены существенные изменения: некоторые темы изъяты и заменены другими, более актуальными, добавлены новые темы, не предусмотренные ранее.

На совещании были обсуждены представленные Центральным педиатрическим институтом (тов. Дормидонов) проекты положений о республиканском и областном педиатрическом институтах.

КРАТКИЙ ОТЧЕТ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖУРНАЛА «ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА» ЗА 1940 г.

В 1940 г. вышло 12 номеров журнала в 10 книжках. Как и в предыдущие годы, журнал освещал все важнейшие разделы работы, связанные с дальнейшим улучшением организации и деятельности учреждений охраны материнства и младенчества. Всего за истекший год в журнале было напечатано 128 статей, сообщений с мест, рецензий и официальных материалов. Последние охватывали весьма широкий круг вопросов, отвечающий как задачам, стоящим перед журналом, так и запросам читателей.

Разделу детства было посвящено 72 статьи (56% к общему количеству статей), из них: 12 — по вопросам желудочно-кишечных заболеваний (17% ко всему материалу по детскому); 11 — по другим детским инфекциям (15%); 6 — по вопросам организации и работы детских яслей (8%); 8 — по работе детских консультаций (11%); 8 статей касались ухода и питания ребенка раннего возраста (11%); 3 статьи освещали вопросы борьбы с раком; 6 — касались вопросов раннего возраста; 2 — подготовки кадров ясельных работников и 4 были статьями руководящего общего характера.

Одному из весьма актуальных вопросов — недонашиваемости и борьбе за выживание недоношенных детей — были посвящены 3 специальные статьи.

Помимо указанного, в 9 статьях были затронуты вопросы, касающиеся различных видов патологии раннего детского возраста, имеющих большое практическое значение (склерема, опрелость, борьба с асфиксий новорожденных и др.).

Раздел материнства был представлен 35 статьями — 28% ко всему материалу.

Вопросам борьбы с инфекцией и терапии послеродовых заболеваний было посвящено 8 статей — 23% всего раздела материнства. 6 из них относились к организации работы отделения (палаты) для патологии беременности и различным осложнениям беременности и родов (17%). В 2 статьях были отражены вопросы обезболивания родов.

Большое внимание в отчетном году удалено было работе женских консультаций, особенно по линии выполнения основного раздела Постановления ЦИК и СНК СССР от 27.VI.1936 — борьбе с абортами. Вопросам организации и проведения патронажа беременных женщин и роли патронажной сестры в деле борьбы с абортом были отведены 8 статей (23%). Важным моментом является также освещение в журнале в 1940 г. практики и методики работы социально-правовых кабинетов в области борьбы с абортами (2 статьи).

Вопросы правильной выдачи дородовых декретных отпусков получили свое отражение в 2 напечатанных статьях.

Остальные 9 статей по разделу материнства и младенчества относились к разнообразным вопросам организации и практики работы родильных учреждений, переливанию крови и т. д. Приведенная группировка статей отмечает положительную направленность журнала, благодаря которой случайные статьи, не отвечающие актуальным проблемам и задачам, сведены к очень незначительному количеству.

Как серьезное достижение следует отметить то, что в 1940 г. страницы журнала были широко использованы для сообщений с мест и особенно для материалов по обмену опытом (19 статей — 15% всего материала), причем большинство их представляет серьезную разработку ряда актуальных вопросов. Это указывает на продолжающееся укрепление связи журнала с периферийными работниками, что подтверждается также значительным количеством статей (40%) в журнале, принадлежащих иногородним авторам (Тюмень, Кутаиси, Ташкент, Сталино, Тбилиси и др.). Можно также отметить тесную связь, установившуюся с рядом городов — Киевом, Сталино, Ленинградом.

Как на положительный момент следует указать на возросшее участие в журнале работников среднего звена, что было сформулировано в отчете редакции за 1939 г. как одна из серьезных очередных задач, стоящих перед журналом.

В отчетном году журнал откликался на выходящую в свет специальную литературу по вопросам охраны материнства и младенчества, помещая соответствующие рецензии (6 статей).

Публикуя в разделе официальных материалов ряд установочных положений руководящих органов, журналставил своей задачей более широкое доведение их до читателей, практически претворяющих эти указания в жизнь. Официальные материалы были помещены в 5 журналах.

Печатавшаяся в отдельных номерах журнала Хроника (в 4 номерах) знакомила читателей с основными решениями, принятыми на совещаниях, конференциях, сессиях (III пленум Комиссии по родовспоможению при УМС Наркомздрава СССР, Московская конференция акушерок и медицинских сестер и т. д.), достижениями по линии ОММ в различных республиках и др.

Следует отметить известное ослабление внимания к вопросу обезболивания родов (всего 2 статьи) в 1940 г.

Редакция

ХРОНИКА

1. 15.XI.1940 на коллегии Наркомздрава СССР состоялся доклад Ленинградского и Ворошиловского горздравов и Калининского облздрава о выполнении Постановления ЦИК и СНК СССР от 27.VI.1936 «О запрещении абортов» и о мероприятиях по снижению детской заболеваемости.

Коллегия Наркомздрава СССР подвергла резкой критике работу Ленинградского и Ворошиловского горздравов за недооценку значения развертывания детских консультаций, патронажа детей, за отсутствие руководства работой женских консультаций и должностных мероприятий по борьбе с абортами.

2. НКЮстом РСФСР дано указание народным комиссарам юстиции АССР, начальникам управлений НКЮста РСФСР, при краевых и областных советах депутатов трудящихся, председателям верховных судов АССР, краевых и областных судов, автономных областей и окружных судов о том, что в связи с многочисленными запросами мест по вопросу о применении I части ст. 5 Указа Президиума Верховного Совета Союза ССР от 26.VI.1940 к женщинам с малолетними детьми, необходимо руководствоваться следующим.

а) Во всех случаях, когда женщины с малолетними детьми объясняют свой уход с производства невозможностью оставить детей, надлежит тщательно проверить правильность такого заявления.

б) В случае, если привлеченная к ответственности женщина, имеющая малолетних детей, не имела возможности поместить их в ясли вследствие отказа ей в этом и не имеет возможности оставить детей дома по семейным условиям, причину отставления ею работы следует считать уважительной.

в) В случае, когда это не имеет места, надлежит применять часть I ст. 5 Указа Президиума Верховного Совета Союза ССР от 26.VI.1940.

3. В Казани в ноябре 1940 г. под руководством проф. С. М. Лепского проводился просмотр работы всех детских учреждений с целью улучшения их работы в деле борьбы с инфекционными заболеваниями и организации патронажного обслуживания детей в возрасте до 1 года.

4. В декабре 1940 г. на совещании Общества детских врачей РСФСР был заявлен) В случае, когда это не имеет места, надлежит применять часть I ст. 5 Указа РСФСР.

5. В ближайшее время Медгизом издается книга «Организация и работа городских яслей» — руководство для врачей.

6. При обследовании работы яслей в г. Казани установлено, что врач Дубравина при появлении кори в яслях № 8 не обеспечила своевременного введения детям противокоревой сыворотки.

Врач Дубравина привлечена к судебной ответственности.

7. По заданию Наркомздрава СССР специальная комиссия разрабатывает нормативы строительства яслей в городах и на селе.

8. Наркомздравом СССР утверждено Положение о карантинных группах в яслях (по кори). Положение разослано местным отделам здравоохранения для руководства.

9. Наркомздрав УзССР уделяет большое внимание работе домов младенца республики.

В текущем году проведен ряд мероприятий, которые уже дают значительный эффект в повышении качества работы домов младенца: устранина текучесть детей, дома младенца разгружены от детей, которые принимались без достаточной нужды в этом.

Финансирование в домах младенца улучшено, некоторые дома младенца переведены с районного на городской бюджет, 2 дома младенца из старых неприспособленных помещений переведены в новые здания яслей, значительно пополнено оборудование (белье, мебель).

В целях повышения квалификации работников домов младенца Наркомздрав УзССР организует в Ташкентском доме младенца базовое учреждение. С этой целью Наркомздравом и горздравом был приглашен методист Центрального института ОММ. Содержание работы в Ташкентском доме младенца коренным образом улучшилось. На базе его проведен декадник для врачей домов младенца республики.

Вся эта работа проходит под личным контролем наркома тов. Муминова, который в июле 1940 г. вторично заслушал доклад заведующего Ташкентским горздравом и руководства домом младенца о состоянии работы в нем.

Благодаря такой работе Наркомздрава дома младенца в Узбекистане из отсталых учреждений становятся передовыми детскими учреждениями республики.

* В Ташкенте (УзССР) открылись межреспубликанские курсы методистов-педагогов, руководителей воспитательной работой в детских лечебно-профилактических учреждениях (ясли, дома младенца, санатории). Курсы будут работать по учебному плану и программам, утвержденным Наркомздравом СССР.

Лекции на курсах будут читать профессора и научные работники педагогического и медицинского институтов.

На курсы съехались педагоги яслей из Туркмении, Киргизии, Таджикистана, Казахстана. Практические занятия курсанты будут проводить в базовых яслях и Доме младенца г. Ташкента.

ОФИЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

ПОЛОЖЕНИЕ О РАБОТЕ ИЗОЛЯТОРА ПРИ ЯСЛЯХ

Утверждено Наркомздравом СССР 22.Х.1940, № 160/9—18

1. Изолятор организуется для обслуживания ясельных детей с легкими неинфекционными заболеваниями.

2. Изолятор должен иметь обособленное помещение с отдельным входом, состоящее из приемной, 1—2 боксированных палат, ванной и полного бокса для временного выделения ребенка, подозрительного по инфекции (бокс должен быть при раздевальне или приемной).

При изоляторе должна быть веранда, а также озелененный участок для прогулки детей.

3. Изолятор должен быть обеспечен всем необходимым оборудованием (жестким и мягким инвентарем, предметами ухода, медицинским инвентарем и игрушками).

4. Изолятор может обслуживать или детей яслей, при которых находится изолятор, или детей нескольких яслей, по возможности близлежащих.

5. Изолятор организуется на 15—18 коек (количество детей, которое может быть обслужено одним постом персонала). Исходя из указанного количества коек изолятора, общий для нескольких яслей изолятор может обслуживать ясли, в которых общее количество коек не превышает 200—250. (В обслуживании изолятором нуждается в среднем около 7—8% ясельных детей.)

6. В изолятор помещают детей с легкими неинфекционными желудочно-кишечными заболеваниями, с заболеваниями дыхательных путей (кроме пневмонии), гриппом (после установления точного диагноза), кожными паразитарными и гнойными заболеваниями, с конъюнктивитом, стоматитом.

7. Не подлежат приему в изолятор:

а) дети с подозрением на острую инфекцию (корь, скарлатина, дифтерия, коклюш, ветрянка и др.);

б) дети с дизентерией, колитом, с острой и токсической диспепсией;

в) дети, больные сифилисом, туберкулезом, гонорреей и другими хроническими инфекциями.

8. Во избежание заноса инфекции в изолятор принимают детей только с направлением врача яслей после осмотра ребенка и установления им точного диагноза.

В изолятор, обслуживающий несколько яслей, ребенок принимается с направлением врача яслей, в котором указывается диагноз и подтверждается, что ребенок последние три недели не был в контакте с инфекционным больным.

9. Изолятор может работать или круглосуточно, или только дневные часы.

10. При приеме ребенка в изолятор с дневным пребыванием необходимо ежедневно опрашивать мать о состоянии ребенка и не был ли он в контакте с инфекционным больным.

11. Ребенок, заболевший во время пребывания в изоляторе острой инфекцией, из изолятора немедленно удаляется. В случае заболевания скарлатиной или дифтерией ребенок непосредственно из изолятора отправляется в больницу; с корью, коклюшем — во временный стационар или домой при наличии отдельной квартиры.

12. При направлении ребенка домой ему обеспечивается медицинская помощь (врача, сестры).

13. В тех случаях, когда состояние ребенка длительно не улучшается и требует больничного лечения, врач должен принять меры к помещению его в больницу.

14. В необходимых случаях врачу яслей должна быть обеспечена в изоляторе консультативная помощь квалифицированного педиатра, отиатра, инфекциониста и др.

15. Врач ежедневно совместно со старшей сестрой в присутствии сестры изолятора должен делать обход больных детей, назначать лечение, диету и отмечать (в обязательном порядке) состояние детей в историях болезни.

16. В изоляторе дети обеспечиваются индивидуальным полноценным питанием с достаточным количеством витаминов.

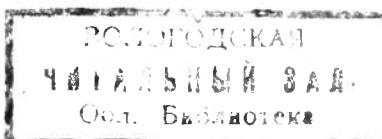
17. Для изолятора должны быть выделены наиболее квалифицированные медицинские сестры.

18. В изоляторах ведется точный учет движения детей по установленной Наркомздравом СССР форме.

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

Г. А. Митерев. Задачи медицинских работников в деле улучшения медицинского обслуживания матери и ребенка	1
И. М. Беркович. Лечение сульфидином пневмоний, осложняющих острые желудочно-кишечные заболевания	5
М. В. Шабанова-Миллер. Жиры в питании ребенка. К диетике раннего возраста	10
И. В. Цимблер. По поводу статьи проф. Шабановой-Миллер «Жиры в питании ребенка»	16
С. А. Бахмутская. Организация санитарно-просветительной работы с матерями	17
А. П. Николаев. Обезболивание родов	23
Б. Я. Динец. К вопросу о переходе и влиянии родообезболивающих средств через мать на младенца	29
А. И. Петченко. О влиянии акрихина на сократительную способность матки и перспективы его применения в акушерстве	36
И. Я. Бычков. О профессиональных правах и обязанностях акушерки	39
Совещание институтов охраны материнства и детства	42
Краткий отчет о деятельности журнала «Вопросы материнства и младенчества» за 1940 г.	44
Хроника	45
Официальная часть	47



Отв. редактор *Ф. И. Зборовская*

Год издания 16-й Тираж 13 180 экз. Зак. 3892. Подписано к печ. 8.II.1941 г.
Л13327 3 печ. лист. 5 авт. лист. 64 000 знаков в 1 п. л. Цена 1 руб. 25 коп.

Типография «Известий Советов депутатов трудящихся СССР», Москва.