

Вопросы
МАТЕРИНСТВА
и
МЛАДЕНЧЕСТВА

2

НАРКОМЗДРАВ СССР

МЕДГИЗ

МОСКВА · 1941

ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА

Ответственный редактор Ф. И. ЗБОРОБСКАЯ

Ответственный секретарь М. Ф. ЛЕВИ

1941

Орган НКЗдрава СССР

№ 2

УЛУЧШИТЬ РАБОТУ ДОМОВ МЛАДЕНЦА

Н. И. Рудакова

Управление детскими лечебно-профилактическими учреждениями
Наркомздрава СССР

В нашей стране все дети окружены вниманием и заботой со стороны государства. Дети раннего возраста обслуживаются широкой сетью постоянных и сезонных яслей. Многодетные матери получают от государства денежную помощь.

Для детей, которые по тем или иным причинам лишены возможности воспитываться в семье, созданы дома младенца. В первые годы советской власти дома младенца обслуживали преимущественно подкинутых детей. С ростом благосостояния трудящихся и расширением сети детских учреждений число подкинутых детей неуклонно сокращалось. Это и было причиной того, что количество домов младенца тоже не увеличивалось, а в последние годы даже сократилось. Однако из этого отнюдь не следует, что дома младенца не нуждаются во внимании и постоянном контроле со стороны органов здравоохранения.

Наше государство обеспечивает сиротам все условия для нормального всестороннего развития, поручая дело воспитания маленьких детей органам здравоохранения, а старших детей — отделам народного образования и отпуская на это ежегодно огромные средства. К сожалению, органы здравоохранения еще плохо выполняют это серьезное государственное поручение, часто исходя при этом из неправильной и вредной установки, что дома младенца — учреждения отмирающие и поэтому можно и не заботиться об улучшении их работы. Это неверно уже потому, что всегда были, есть и будут дети, лишившиеся родителей, а это означает, что такие дети всегда будут воспитываться государством в соответствующих детских учреждениях и что, следовательно, работу этих учреждений нельзя оставлять без постоянного общественного контроля. Это тем более возможно, что сеть домов младенца относительно невелика — их всего по Союзу 350 на 22 000 коек (без новых республик).

Основная задача домов младенца заключается в обеспечении нормальных условий для физического и психического развития детей, т. е. таких условий, чтобы заболеваемость и смертность детей были сведены к минимуму. Для выполнения этой задачи в домах младенца необходимо правильно поставить важнейшие разделы их работы: 1) вскармливание и питание детей, 2) хороший гигиенический уход и 3) воспитательную работу, так как эти разделы в основном определяют работу этих учреждений.

Во многих домах младенца недостаточно серьезно относятся к организации вскармливания детей грудного возраста. Не решив этого основного вопроса, врачи считают неизбежным явлением падение веса у грудных детей после поступления в дом младенца (Днепропетровск, Кривой Рог и др.). Между тем опыт многих детских учреждений, где вскармливанию уделяется должное внимание, где грудные дети получают питание, соответствующее их возрасту и особенностям развития, показывает, что эти дети нормально прибывают в весе и хорошо растут.

Организация питания детей грудного возраста в доме младенца безусловно имеет свои трудности. Особенно плохо обстоит дело с получением грудного молока: в последнее время дома младенца не имеют достаточного количества кормилиц, и поэтому заведующие домами, идя по линии наименьшего сопротивления, вместо того, чтобы организовать пункт сбора грудного молока или связаться для этой цели с другими пунктами, переводят 2—3-месячных детей на искусственное вскармливание. В ряде домов младенца имеется достаточно кормилиц, а молока все же нехватает, потому что кормилицы неправильно подбираются и плохо используются. Кормилица, получающая бесплатно питание, помещение и одежду (помимо содержания ее ребенка за счет государства), должна давать не менее 1 л грудного молока в сутки, кроме кормления своего ребенка. Между тем руководители домов младенца часто держат таких кормилиц, которые дают очень незначительное количество молока.

Говоря о правильном использовании кормилиц, следует также коснуться вопроса о способе получения у них грудного молока. Лучшие дома младенца уже давно отказались от прикладывания детей к груди кормилиц и кормят детей сцеженным молоком. Этот способ безопаснее и для ребенка, и для кормилицы. Он имеет еще и то преимущество, что позволяет давать ребенку любое количество молока в соответствии с назначением врача и дает возможность маневрировать имеющимся количеством грудного молока. Хотя никто из врачей не оспаривает преимущества этого способа получения от кормилиц молока, однако они очень неохотно пользуются им, ссылаясь на то, что ребенок развивается лучше тогда, когда он сосет из груди. Теоретически это, может быть, имеет известное основание, но практически не дает положительных результатов.

Но одного правильного вскармливания еще далеко не достаточно для выращивания ребенка в доме младенца. Помимо рационального кормления, нужно организовать жизнь каждого ребенка, а значит, жизнь каждой группы так, чтобы дети имели возможность достаточно бывать на свежем воздухе, развивать движения, не скучать, общаться со взрослыми. Во многих домах младенца еще не уделяется достаточного внимания воспитанию детей. Маленькие дети всегда лежат в кроватках в одном положении, без игрушек, на руки их берут только в самых необходимых случаях, да и эти моменты общения со взрослыми не используются для того, чтобы порадовать ребенка, поговорить с ним. Неудивительно, что до сего времени во многих домах младенца процветает «госпитализм», — это своеобразное отставание в развитии ребенка, происходящее от недостатка общения со взрослыми, отсутствия ласки, впечатлений и т. п. Научные данные, проверенные опытом лучших домов младенца, говорят также о том, что «госпитализм» содействует уменьшению сопротивляемости организма, способствует увеличению заболеваемости детей.

Существование «госпитализма» в домах младенца можно объяснить лишь предвзятым мнением, еще далеко не изжитым среди работников здравоохранения, будто дети, поступающие в дома младенца, заведомо неполноценные и поэтому не могут хорошо разви-

ваться. Исходя из этой неправильной установки, некоторые врачи считают, что все недостатки в развитии, углубляющиеся за время пребывания ребенка в доме младенца, могут быть устранены путем широкого применения новейших методов лечения (гемотерапия, гемотрансфузия, массаж, физиотерапия и т. д.). Однако эти попытки не дают должного эффекта, что совершенно понятно, так как дети целыми днями не бывают на свежем воздухе, особенно в холодное время года; дети лежат неподвижно, не имея возможности развивать движения и к тому же еще не получают правильного питания.

Дом младенца — учреждение для здоровых детей, и потому руководители этого учреждения прежде всего должны заботиться о создании условий для нормального развития детей. Правильный режим соответственно возрасту и состоянию здоровья ребенка, правильное вскармливание, воспитательная работа с каждым ребенком — вот что здесь обеспечивает успех в работе. Это подтверждается опытом работы ряда домов младенца, которые перестроились соответственно этим основным задачам. К таким домам младенца относятся дом младенца в Мелитополе (врач Тубалова), московский дом младенца № 9 (врач Захарова), ташкентский дом младенца и др. Опыт этих учреждений подтверждает правильность разработанного проф. Щеловановым (Центральный институт ОММ) режима для детей и методов воспитательной работы с детьми в закрытом учреждении. Эти методы должны более активно переноситься в практику.

Знакомство с работой домов младенца указывает на весьма недостаточную подготовку среднего персонала к работе с детьми в закрытом учреждении. Органы здравоохранения совершенно не заботятся о повышении квалификации персонала домов младенца; областные и республиканские институты также недооценивают значения подготовки персонала и мало помогают в этом деле домам младенца. Это неблагоприятно сказывается на качестве обслуживания детей. Обращает на себя внимание увеличение административного персонала в домах младенца и уменьшение числа медицинских сестер в группах, что также приводит к ухудшению ухода за детьми. Необходимо в ближайшее время пересмотреть штаты домов младенца с тем, чтобы на каждую группу в 15 детей приходилось не менее 4 сестер и 2 нянь в среднем; такое количество персонала обеспечит каждую дневную смену в группе сестрой и няней.

В снижении заболеваемости в домах младенца большое значение имеет состояние помещения. Дома младенца в большинстве случаев размещены в старых, мало приспособленных особняках, к тому же давно не отремонтированных. Вдобавок в этих помещениях находится значительно больше детей, чем полагается по площади (Москва, дом младенца № 9, Харьков, Кривой Рог и др.). Такая практика должна быть решительно осуждена; в настоящее время, когда развернута огромная сеть детских учреждений, нет нужды в переполнении домов младенца.

На местах недостаточно серьезно подходят к комплектованию домов младенца, часто удовлетворяя совершенно необоснованные требования. Изучение контингентов детей в домах младенца показывает, что за последнее время около половины всех детей направляется туда на короткие сроки — от 7 до 30 дней (БССР, Узбекская ССР). Обычно таких детей помещают в дом младенца в связи с болезнью или временной неустроенностью матери.

Между тем если бы внимательнее относиться к таким случаям, то детей можно было бы помещать не в дом младенца, а в другие детские учреждения. Опыт Узбекского Наркомздрава показывает, что около 40% детей, ранее поступавших в дом младенца, могут быть обслужены детскими комнатами в больницах, ясельными груп-

пами с круглосуточным обслуживанием и т. п. Упорядочение комплектования домов младенца позволит создать нормальные жилищные условия для детей, разгрузит дома младенца от текучего элемента и тем самым будет содействовать лучшему обслуживанию каждого ребенка.

В правильном комплектовании домов младенца большую роль могут сыграть социально-правовые кабинеты. Помогая матери, они вместе с тем устраняют надобность помещать ребенка в дом младенца. Нужно шире развернуть работу социально-правовых кабинетов по оказанию правовой помощи матери и привлекать кабинеты к активному содействию домам младенца.

Бывают случаи недобросовестного отношения родителей к своим обязанностям; мать или отец, временно находясь в затруднении, помещают ребенка в дом младенца на короткий срок, а когда обстоятельства изменяются к лучшему, отказываются взять его обратно. Часто такие дети подолгу остаются на содержании государства. Не нужно забывать, что обязанностью дома младенца является воспитание сирот, а не тех детей, у которых есть родители.

К мероприятиям, помогающим разгрузить дом младенца, относятся также патронат (передача детей на воспитание в семьи трудящихся). Содержание ребенка в патронате обходится значительно дешевле, чем в доме младенца. Вместе с тем патронат является наиболее эффективным средством в борьбе с заболеваемостью и смертностью детей в домах младенца. Это доказано в течение многих лет существования патроната на Украине (Киев, Днепропетровск, Артемовск), в Грузии (Кутаиси), Ростове н/Д. и других городах. В последнее время патронат успешно развивается в Узбекистане. Наряду с этим в некоторых городах руководители домов младенца недооценивают значения патроната и не способствуют его развитию.

Дома младенца, являясь государственным учреждением для воспитания здоровых детей, должны быть окружены вниманием и заботой со стороны органов здравоохранения и местных общественных организаций.

ОПЫТ РАБОТЫ ДОМА МЛАДЕНЦА В ТАШКЕНТЕ

С. М. Кривина

Отдел изучения развития и воспитания младенчества Центрального педиатрического института в Москве (зав. отделом — проф. Н. М. Щелованов)

На содержание домов младенца, где воспитываются дети, по той или иной причине лишившиеся родителей и семьи, отпускаются достаточные средства. Для того чтобы эти средства в полной мере обеспечивали детям хороший уход, хорошее питание и нормальное развитие, необходима специальная, тщательно продуманная организация всей работы домов младенца. Такая система воспитания детей в закрытых детских учреждениях разработана проф. Н. М. Щеловановым, который вместе с коллективом сотрудников уже в течение многих лет изучает вопросы развития ребенка с момента его рождения. Опыт применения этой системы в ряде учреждений показал, что при тех материальных средствах и штатах, которыми располагают дома младенца, можно добиться снижения заболеваемости и смертности детей, а также ликвидировать тот «госпитализм», который еще имеет место в некоторых учреждениях закрытого типа.

В конце 1939 г. новая система работы была введена в ташкентском доме младенца. После его перестройки прошло еще сравнительно немного времени для того, чтобы можно было полностью оценить результаты работы по-новому, но все же и за этот небольшой промежуток достигнуты такие значительные сдвиги в развитии и физическом состоянии детей, что мы считаем небесполезным поделиться своим опытом.

В 1939 г. ташкентский дом младенца состоял из трех отделений, объединенных одним административно-хозяйственным руководством: карантин-распределитель, отделение для грудных детей и отделение для детей старшего возраста (от 1½ до 3 лет). Карантин-распределитель и грудное отделение помещались в разных домах на одной улице, а старшее отделение находилось в другом районе города. Все три здания — бывшие особняки с мрачными, темными, даже холодными комнатами, кубатура и расположение которых также не соответствовали потребностям детского учреждения. Во всех трех отделениях помещалось 165 детей в возрасте от 10 дней до 3 лет; дети были бледные, худые, малоподвижные, невеселые. Как выяснилось впоследствии, плохое состояние детей являлось прямым результатом не только неудовлетворительных жилищных условий, но и совершенно неправильной постановки всей работы в доме младенца.

Административно-хозяйственная часть, которая является базой всей работы детского учреждения, была поставлена крайне неудовлетворительно. Непонимание некоторыми врачами дома младенца своей роли организаторов всей жизни детей приводило к тому, что они сводили свои функции в основном к лечебной работе. Медицинские сестры ограничивались выполнением врачебных назначений, не принимая никакого участия в жизни детских групп, даже не следя за питанием детей. Некоторые сестры, имевшие большой стаж и хорошо относившиеся к детям, тоже не могли выполнять роли настоящих воспитательниц вследствие полного незнакомства с основами развития и воспитания ребенка. Обслуживающего персонала было недостаточно. Обязанности работников не были точно определены: каждый работал, как умел, без необходимой согласованности в работе всех сотрудников.

Детские группы были неправильно укомплектованы: так, в грудные группы входило по 19—24 детей, а в старшие — по 13—18 детей, при одинаковом по количеству обслуживающем персонале. Это вызывало неравномерность в обслуживании детей, особенно грудных. Несмотря на то, что при домах имелись террасы, а в комнате манежи, детей грудного возраста не выносили на свежий воздух и они целыми днями лежали в кроватках без всякого движения. Высокий манеж, неудобный для работы персонала, почти все время пустовал; иногда в него выкладывали детей, но без игрушек. Сестры и няни не разговаривали с детьми, не занимали их. Сестры большую часть времени занимались уходом за больными детьми, кормили детей и держали на руках некоторых крикливых детей, особенно детей кормилиц, избалованных матерями.

Кормление в грудных группах велось неправильно. Все кормилицы были прикреплены к грудному отделению, а карантин-распределитель снабжался грудным молоком из сливных пунктов яслей и родильных домов. Кормилицы, не считаясь с установленным порядком, кормили своих детей часто и беспорядочно, а прикрепленных к ним детей прикладывали к груди, вместо того чтобы сцеживать для них молоко. В результате только небольшая часть детей получала полноценное питание. Грудного молока не хватало, поэтому вместо назначенных врачом 7 кормлений дети часто получали только 6, а 7-е заменялось чаем. Способ кормления также был неправильный: детей

кормили в кроватках, они высасывали молоко из бутылок в течение 2—3 минут, после чего опять начинали проявлять беспокойство.

В ползунковой группе бросалось в глаза, что дети в возрасте от 8—9 месяцев до 1 года 9 месяцев находились в одном манеже, предназначенном для старших грудных детей: здесь были и дети, не умеющие сидеть, и дети, которые передвигались уже вокруг барьера манежа. Персонал с детьми разговаривал мало и не играл. Кормление и в этой группе было поставлено плохо. Во время дневного сна дети находились в комнате.

Из изложенного видно, что организация работы в доме младенца нуждалась в серьезной перестройке. Мы начали прежде всего с того, что урегулировали с Наркомздравом Узбекской республики вопрос о штатах сестер и нянь, и штаты были пополнены. Затем совместно с врачами дома младенца мы разработали детальный план комплектования групп, что имело целью лучшее обслуживание детей и правильное распределение персонала по группам. Особое внимание было обращено на самый неблагополучный участок — грудную группу в карантинном отделении, куда поступали самые маленькие дети — от 10 дней до 6—7 месяцев. Эту группу, состоявшую из 22 детей, мы разбили на две группы: в одну — вошли дети в возрасте от 10 дней до 4—4½ месяцев, а в другую — дети от 4—4½ до 6—7 месяцев. Было подготовлено все необходимое для правильной организации работы в группе: терраса, кроватки, одежда для сна на свежем воздухе, одежда для бодрствования (штаны-пеленки, матерчатые пинетки и т. д.), ножки манежа были подпилены, чтобы высота его была удобна для работы персонала; приделаны стойки для подвешивания игрушек. Белье было распределено по группам соответственно количеству детей. Были приняты меры к тому, чтобы наладить своевременную доставку грудного молока из сливных пунктов яслей и родильных домов.

После всего этого мы разработали совместно с врачами режим для детей в отдельных группах и начали инструктирование персонала. Для сестер и нянь был прочитан ряд лекций, в которых им рассказывали, как развивается маленький ребенок, отчего зависит его нормальное физическое и нервно-психическое развитие, как нужно организовать воспитание ребенка, какое значение для развития ребенка имеет ласка, разговор с ним уже с первых месяцев жизни. Мы объясняли персоналу, почему в условиях закрытого детского учреждения нужно проводить с детьми специальные игры-занятия для развития у них движений и речи. Помимо лекций, организовывались систематические групповые совещания, на которых персоналу давалась установка о том, как должна быть организована работа в группе. Раз в неделю во время смены дежурств с каждой сестрой проводилась индивидуальная беседа о ее работе в группе.

Прежде всего сестрам и няням внушалась необходимость соблюдения правильного и четкого режима детей. Были распределены обязанности между сестрами и нянями, разработан распорядок дня. В процессе работы персонал постоянно получал указания относительно организации кормления детей, их туалета, сна на свежем воздухе и в комнате и т. п. Особенно важно было убедить сестер в необходимости уделять каждому ребенку в отдельности как можно больше заботы и ласки.

Таким образом, работа в доме младенца начала налаживаться. Когда детей с 2-месячного возраста стали выносить днем на свежий воздух, сон их стал крепче. Пока дети спали, сестра успевала подготовить пищу соответственно порционнику и все необходимое для кормления. Для кормления детей поднимали постепенно, поэтому

крику было меньше, сестра и няня могли спокойно кормить постепенно просыпающихся детей. Принесенного с террасы ребенка сестра или няня развешивала, одевала в одежду для бодрствования (штаны-пеленки и пинетки). Детей стали кормить в удобном для них положении — на руках у сидящей сестры или няни, и старались, чтобы дети съедали всю полагающуюся им пищу спокойно и медленно, затрачивая на это не менее 6—8 минут, ибо только при этом условии ребенок может хорошо усвоить принятую им пищу.

После того как дети были накормлены, они выкладывались в манеж. Маленьких детей до 2½ месяцев сестры выкладывали под высоко висящую яркую игрушку так, чтобы они могли ее рассматривать; над детьми 2½—3 месяцев игрушки подвешивались низко, чтобы они могли ощупывать их. Еще до того, как процесс кормления был закончен, манеж постепенно заполнялся детьми. Мы никогда не торопили сестер быстрее заканчивать кормление, а старались так организовать их работу, чтобы каждый ребенок мог съесть свою порцию не спеша, а сестра имела возможность организовать игру детей в манеже. Всякий раз, когда сестра или няня укладывала накормленного ребенка в манеж, они проверяли, в каком состоянии находятся остальные бодрствующие здесь дети, разговаривали с ними, меняли им штанишки, перекладывали в кровати тех детей, которые начинали дремать или плакать.

Когда сестры стали привыкать к новому порядку работы, у них освобождалось время и для игр с детьми. Тогда на групповом собрании сестер мы разработали методику игр-занятий. Вскоре сестры сами стали замечать, какие преимущества имеет новая организация работы в группе и уже по собственной инициативе заботились о том, чтобы не нарушать установленного для детей режима. Дети стали спокойнее, лучше ели и спали, и это, конечно, отражалось на их развитии. Мы все с радостью отмечали каждую прибавку в весе детей, улучшение их общего состояния, появлявшиеся у них улыбки, лепет и каждое новое движение.

После того как работа групп в карантине-распределителе была в основном налажена, мы, не оставляя там своей работы, одновременно приступили к реорганизации остальных групп примерно по тому же плану. Но так как каждая группа имела свои специфические особенности, то это выдвигало необходимость в дополнительных формах работы. Так, например, в грудном отделении основного корпуса пришлось провести немалую работу с кормилицами. Прежде всего по договоренности с Наркомздравом Узбекской ССР все кормилицы были переведены на сцеживание грудного молока. Это дало возможность упорядочить весь процесс кормления и предоставить грудное молоко большему количеству детей. Далее был разработан режим для кормилиц соответственно режиму группы и организованы дежурства кормилиц, которым поручили определенную работу — помощь персоналу во время кормления детей, выноса их на воздух, купания и уборки комнат.

Грудная группа была переведена в меньшее, но самое теплое помещение; в ней было размещено 13 детей. Большая комната и прилегающие к ней три небольших комнаты были предоставлены группе из 20 детей в возрасте от 4½—5 месяцев до 1 года 6 месяцев. Эта площадь обеспечивала детям нормальное развитие движений, а наличие нескольких комнат позволило организовать две подгруппы, каждую с самостоятельным режимом. Группу постоянно обслуживали сестра и няня, которым помогала кормилица. В те часы дня, когда обе подгруппы бодрствовали, работали две сестры. При организации в группе режимов для двух подгрупп, когда дети утром встают в раз-

ное время, а в течение дня то спят одновременно, то в разное время, особенно важно четко распределить обязанности персонала.

Кроме грудной и ползунковой групп, в младшем отделении была организована отдельная группа для 12 больных и ослабленных детей. Благодаря этому больные дети были обеспечены лучшим уходом, а персонал остальных групп освободился от специального ухода за больными детьми, что дало им возможность уделять больше внимания всем детям в группе.

В течение 4 месяцев (с ноября 1939 г. по март 1940 г.) нашей работы в доме младенца мы больше всего уделяли внимания организации работы в грудных и ползунковых группах, а также в младшей группе старшего отделения, где раньше было особенно много недостатков в работе.

При реорганизации дома младенца мы неоднократно сталкивались с трудностями: не была налажена административно-хозяйственная работа, часто нехватало грудного молока¹, среди среднего и младшего персонала была большая текучесть и т. д. Несмотря на все это, в течение 1940 г. в доме младенца значительно уменьшилась заболеваемость среди детей, заметно улучшилось их физическое состояние и развитие. Дети прибавляли в весе, становились подвижнее и веселее; в манеже они не только сосали пальцы, как это было раньше, но и занимались игрушками; более своевременно начинали ползать и ходить.

Необходимо отметить, что всю эту работу по реорганизации дома младенца и подготовке персонала нам удалось провести только благодаря помощи коллектива врачей — Травиной, Фроловой и Калинин-кевич, педагога Поповой, педагога-инструктора Завадской и непосредственному участию во всей работе врача Рыжик. Большое содействие нам оказали Наркомздрав Узбекской ССР и Ташкентский горздравотдел, которые пересмотрели смету с учетом особенностей данного учреждения, выделили специальные средства для приобретения необходимого дополнительного инвентаря, сменили администрацию дома младенца. Местный институт ОММ выделил в помощь дому младенца двух квалифицированных врачей.

На специальном совещании у заместителя наркома здравоохранения Узбекской ССР по вопросу об организации работы в домах младенца постановлено организовать детские комнаты при больницах и суточные группы в яслях для детей больных матерей. Эти дети раньше поступали на короткие сроки в дом младенца, часто перегружали карантин-распределитель и нарушали нормальное обслуживание остальных детей. На этом же совещании решено усилить патронат и перевести дом младенца в другое помещение с тем, чтобы выделить карантин-распределитель как самостоятельное учреждение. Это решение выполнено в ноябре 1940 г.

Наш небольшой опыт лишний раз показывает, в какой степени жизнь, здоровье и нормальное развитие детей в детских учреждениях зависят от правильной организации работы, построенной на основе знания необходимых условий для правильного развития детей.

¹ Летом 1940 г. врачами ташкентского дома младенца был проведен удачный опыт использования молока ослицы для детей грудного возраста (см. ст. д-ра Рыжик, Вопросы материнства и младенчества, № 11, 1940 г.).

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Э. М. Кравец и Р. Б. Коган

(По материалам специального приема недоношенных детей
в детской консультации № 8, г. Москва)

Смертность детей на первом году жизни в основном определяется их смертностью в течение первого месяца жизни. Анализ соответственных данных неизменно показывает, что видное место в смертности первого месяца занимают недоношенные дети. В последующие месяцы первого года жизни у недоношенных детей часто развиваются гипотрофия и рахит, что также отражается на цифрах заболеваемости и смертности. Вместе с тем система советского здравоохранения и уровень медицинских знаний, несомненно, позволяют повысить выживаемость недоношенных детей. Опыт показал, что при правильном режиме, основанном на анатомо-физиологических особенностях недоношенных детей, удастся повысить их выживаемость и добиться хороших показателей физического развития. Данные о развитии недоношенных детей в течение первых 2 месяцев их жизни в стационаре, где они обеспечены специальным уходом, свидетельствуют о хорошей потенциальной энергии роста этих детей¹. Однако стационары не являются распространенной формой обслуживания недоношенных детей; эту задачу могут и должны взять на себя детские консультации.

Как известно, наиболее объективным показателем благополучия детей раннего возраста является их физическое развитие, нарастание в весе. У недоношенных детей показатели физического развития особенно демонстративны вследствие их общей незрелости и лабильности. Поэтому мы считали целесообразным изучить динамику физического развития недоношенных детей, живущих в домашних условиях, чтобы выявить роль детской консультации в этом деле. Собранные нами данные о физическом развитии недоношенных детей, об изменении их веса из месяца в месяц могут быть полезны для врачей-педиатров в повседневной практике.

Указания немецких авторов на то, что вес недоношенных детей удваивается к 3 месяцам, утраивается к 6 месяцам, учетверяется к концу первого года жизни, не могут нас удовлетворить в настоящее время. Имеющиеся в советской литературе единичные работы о развитии недоношенных детей, основанные на данных детских консультаций, отличаются одним общим недостатком: все они констатируют общеизвестный факт, что большинство недоношенных детей страдает гипотрофией и рахитом, вследствие чего они во всех отношениях отстают от доношенных детей. Каковы особенности развития недоношенных детей при правильном уходе за ними и как происходит в этих условиях нарастание веса в отдельные периоды первого года их жизни, — на эти вопросы мы не находим ответа в литературе. Это и побудило нас поделиться своим опытом.

В 8-й консультации Москвы в течение 4 лет (с 1934 до 1938) проводился специальный прием недоношенных детей.

Помимо регулярного врачебного приема детей в самой консультации, было организовано и патронажное обслуживание их на дому.

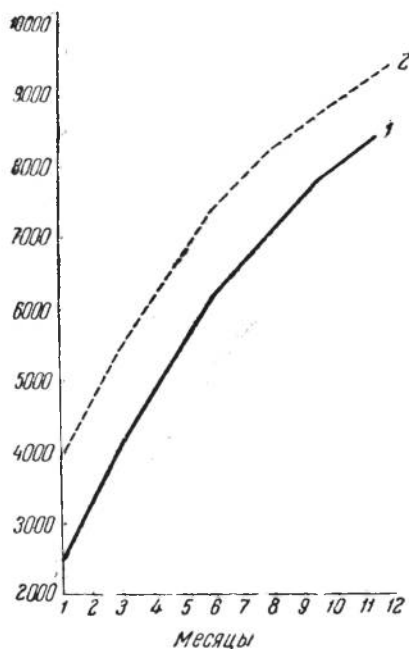
К этому следует добавить, что прием детей не ограничивался только районом консультации, ибо сюда направлялись плохо развивающиеся и больные недоношенные дети из различных детских

¹ Э. М. Кравец и Р. Б. Коган, Физическое развитие недоношенных детей в первые два месяца жизни, Педиатрия, № 12, 1938.

учреждений Москвы, что весьма усложняло работу врача и патронажной сестры.

Ввиду особой важности правильного ухода за недоношенным ребенком в течение первого месяца его жизни, когда наиболее ярко проявляются все симптомы общей незрелости, помощь врача и патронажной сестры была самой активной именно в этот период: ребенок бывал за это время не меньше 3—5 раз на приеме у врача и столько же делалось патронажных посещений на дому. На втором месяце жизни прием в консультации и патронажные посещения были значительно реже. Такая оперативность в работе позволяла обеспечить всех недоношенных детей углубленным патронажем в самый важный для них период жизни.

Для выявления динамики физического развития недоношенных детей мы разработали материал только о тех детях, которые нахо-



Кривая веса детей: 1 — недоношенные дети, 2 — доношенные дети.

дились под наблюдением консультации с 10-дневного возраста до 1 года. Из этих 234 детей 5 были недоношены больше 2 месяцев, 64 — 2 месяца, 32 — 1½ месяца и 133 — 1 месяц или несколько меньше. 11 детей имели при рождении вес от 1001 до 1500 г, 65 — от 1501 до 2000 г, 132 — от 2101 до 2500 г и 26 — от 2501 до 2800 г.

Хотя последнюю группу в 26 детей только по весовому показателю нельзя отнести к недоношенным детям, но, принимая во внимание, что все эти дети родились раньше срока на 1—1½ месяца, что при повторном обследовании у них обнаружена общая лабильность, склонность к гипотермии, вялость, недоразвитие сосательного рефлекса и что они в первые же дни жизни сравнительно много потеряли в весе, мы взяли и эту группу под специальное наблюдение. Такие дети нередко встречаются в нашей практике, и они обнаруживают плохую приспособляемость и часто гибнут при явлениях нарастающего

истощения, поэтому совершенно очевидно, что они нуждаются в специальном уходе.

Наши цифровые данные обработаны по методу вариационной статистики. Для лучшей ориентировки практических работников в степени отклонения веса каждого ребенка от типичной средней мы проводим, помимо средних данных о весе по месяцам жизни, и дальнейшую обработку вариационного ряда — среднее квадратическое отклонение (σ) и ошибку средней m (M).

Недостаточное количество наблюдений над детьми старше 6 месяцев заставило нас объединить данные в более крупные возрастные группы.

Сравнивая полученную нами кривую веса недоношенных детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с такой же кривой веса доношенных детей, мы видим, что между темпами нарастания веса обеих групп детей почти нет никакой разницы¹ (рис. 1). Прибавка

¹ Орлов, Педиатрия, № 9, 1938.

в весе в абсолютных цифрах по отдельным месяцам жизни также почти одинакова у недоношенных и доношенных детей (табл. 1).

Таблица 1. Вес недоношенных детей

Возраст	Число случаев	М средняя	m/M ошибка средней	σ квадратическое отклонение	V коэффициент вариации	Средняя прибавка в весе
15 дней	256	2 298,0	7,50	379,5	16,52	—
1 месяц	246	2 507,3	10,0	495,9	19,7	209,0
2 месяца	144	3 290,0	16,6	630,6	19,17	782,7
3 „	127	4 093,0	60,03	676,5	16,53	803,7
4 „	110	4 759,0	69,5	723,8	15,34	666,3
5 месяцев	80	5 462,0	81,46	728,5	13,3	703,0
6 „	95	6 151,3	92,4	901,38	14,65	689,3
7-7½—8 „	115	6 818,5	94,73	1 015,75	14,9	667,2
9-9½—10 „	105	7 770,3	93,66	959,78	12,4	952,8
11-11½—12 месяцев	70	8 417,8	130,0	1 087,38	12,7	647,5

Некоторое замедление темпов нарастания веса во втором полугодии, закономерное для доношенных детей, по нашим наблюдениям, не должно иметь места у нормально развивающихся недоношенных детей, кривая веса которых продолжает интенсивно нарастать и во втором полугодии. Это иллюстрируют приводимые ниже две истории развития.

Ребенок К., недоношенный, вес при рождении — 2 100 г. В возрасте 9 дней при первом посещении консультации весил 1 800 г. Мать молодая, хорошо выполняет советы патронажной сестры и врача. 7-разовое кормление при докармливании сцеженным грудным молоком, достаточное согревание и ряд мероприятий общего характера (солевое питье, ванны, общий гигиенический уход) способствовали быстрому увеличению веса. В возрасте 2½ месяцев ребенок весил 4 000 г, в 5 месяцев — 6 300 г, к концу первого года — 10 000 г. Прорезывание зубов, двигательные умения соответствовали нормальным срокам. В возрасте 5 месяцев ребенок перенес парэнтеральную диспепсию, повидимому, в связи с легким гриппом. До 1 года больше ничем не болел.

Ребенок С., девочка, недоношен 2 месяца вследствие нефрита у матери. Вес при рождении — 1 380 г. В родильном доме вес уменьшился на 150 г, к концу первого месяца восстановился первоначальный вес. Ребенок со всеми признаками недоношенности, нуждался в правильных назначениях врача и в очень большом внимании со стороны патронажной сестры и матери. Первое время девочку кормили через накладку каждые 2½ часа. Получала сердечное в виде ½% кофеина внутрь по ½ чайной ложки 6 раз в сутки, 10% раствор глюкозы на рингеровском растворе, тщательное согревание и вдыхание кислорода — все это на протяжении первого месяца жизни. К концу месяца, несмотря на небольшое увеличение веса, ребенок стал активнее, у него появился сосательный рефлекс, улучшилась сердечная деятельность. За второй месяц прибавила в весе 550 г, а в дальнейшем стала прибавлять до 900 — 1 000 г в месяц. К 6 месяцам девочка весила 5 000 г, а к концу первого года — 8 400 г. Она переступала с опорой, активно реагировала на окружающее, имела 4 зуба и произносила два-три слова. В возрасте 7½ месяцев перенесла грипп в легкой форме.

Хотя в приведенной истории развития вес ребенка в возрасте 1 года был значительно ниже нормы, однако, принимая во внимание небольшой вес при рождении и общую незрелость ребенка, можно признать темпы нарастания веса вполне удовлетворительными: в течение года вес увеличился в $6\frac{1}{2}$ раз.

Накопление достаточного числа данных на недоношенных детях могло быть обеспечено только путем непрерывного наблюдения одного и того же коллектива в отличие от одномоментного обследования, применяемого при изучении физического развития здоровых детей. Поэтому мы здесь приводим две таблицы: в одну (табл. 1) вошли результаты взвешивания всех находившихся под наблюдением детей вне зависимости от состояния их здоровья, в другой же (табл. 2)

Т а б л и ц а 2. Вес недоношенных детей

Возраст	Число случаев	М средняя	m/M ошибка средней	σ квадратическое отклонение	V коэффициент вариации	Средняя прибавка в весе
15 дней	256	2 298,0	7,5	379,5	16,52	—
1 месяц	246	2 507,3	10,0	495,9	19,78	209,0
2 месяца	144	3 290,0	16,6	630,6	19,17	782,7
3 „	127	4 093,7	60,03	676,5	16,53	803,7
4 „	108	4 777,7	69,43	721,58	15,10	684,0
5 месяцев	76	5 514,6	80,41	705,53	12,81	736,9
6 „	90	6 210,8	91,9	876,6	14,12	695,6
7-7 $\frac{1}{2}$ —8 „	105	6 941,68	91,3	966,28	13,92	731,6
9-9 $\frac{1}{2}$ —10 „	98	7 859,85	91,39	909,30	11,57	918,2
11—11 $\frac{1}{2}$ —12 месяцев	64	8 555,8	122,4	987,3	11,54	696,0

исключены результаты взвешивания детей во время тяжелых заболеваний.

Полученные нами данные о физическом развитии недоношенных детей, живущих в домашних условиях и находящихся под специальным наблюдением детской консультации, свидетельствуют о хорошей жизнеспособности и высокой потенциальной энергии роста этих детей. Для развития этих качеств следует организовать дифференцированное обслуживание недоношенных детей детской консультацией. Весь комплекс мероприятий в отношении недоношенных детей вытекает из их физиологических особенностей¹, знание которых необходимо каждому врачу-педиатру. Принимая во внимание, что первый месяц после рождения является самым критическим для недоношенного ребенка, так как в этот период его регуляторные механизмы еще не созрели, организм еще не приспособился к условиям самостоятельного существования, необходимо и все мероприятия профилактического характера проводить преимущественно в первый месяц жизни ребенка. Учитывая недоразвитость терморегуляции у ребенка и опасность для него различных отклонений в процессе согревания, врач и патронажная сестра должны направить свое внимание в первую очередь на эту сторону ухода за недоношенным ребенком. Своевременный и систематический патронаж, проверка выполнения всех назначений врача, об-

¹ Э. М. Кравец, Работа с недоношенными детьми в родильном доме и детской консультации, Вопросы материнства и младенчества, № 2, 1938.

учение матери особенностям ухода — таковы основные задачи патронажной сестры. Правильное вскармливание в широком смысле этого слова, своевременно и правильно назначенный прикорм, своевременное применение витаминов, ультрафиолетовых лучей, назначение прогулок на свежем воздухе и профилактика инфекционных заболеваний — все это не должен упускать из виду врач консультации.

Детским консультациям необходимо заняться организацией обслуживания недоношенных детей. Сейчас уже не приходится доказывать, что недоношенный ребенок имеет право на полноценную жизнь, ибо имеется достаточное количество объективных данных, подтверждающих это положение. Детские консультации могут и должны добиться эффективного развития недоношенных детей и снижения их заболеваемости и смертности. Необходимыми условиями для этого являются:

- 1) четкая связь между родильным домом и детской консультацией и преемственность в работе обоих учреждений;
- 2) углубленный патронаж, своевременно начатый и систематически проводимый;
- 3) наличие достаточных знаний по основным вопросам физиологии вскармливания и ухода за недоношенными детьми у врачей и патронажной сестры.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЕДИНОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА УЧАСТКЕ

О. Е. Шапиро и А. С. Грозная

Центральный педиатрический институт Наркомздрава СССР (Москва)

Рост рождаемости в СССР после декрета о запрещении аборт, огромное расширение сети детских учреждений (родильные дома, ясли, детские сады, консультации и молочные кухни) в городах и на селе вызвали возросшую потребность во врачах-педиатрах и медицинских сестрах. В связи с этим возник вопрос о перестройке существующей системы лечебно-профилактической помощи детям. Уже в 1938 г. на Всесоюзном совещании институтов ОММ в докладе представителя Наркомздрава СССР были намечены основные принципы реорганизации внебольничной помощи детям, идущие по пути объединения педиатрического обслуживания на участке детей всех возрастов, объединения медицинского обслуживания школы с работой детской поликлиники и т. д.

В настоящее время на местах уже накопился значительный опыт:

- а) объединенного обслуживания на участке детей, от 3 до 14 лет, включая обслуживание школы и детского сада (Москва);
- б) обслуживания здоровых и больных детей до 7 лет детской консультацией (Воронеж);
- в) единого педиатрического обслуживания на участке (амбулаторно и на дому) всех детей до 14 лет при отдельном обслуживании детских садов и школ (Москва).

Такую систему работы Центральный педиатрический институт изучил в бывшем 8-м диспансере (ныне поликлиника № 57 Киевского района) Москвы, систематически помогая ему в работе.

Район 8-го диспансера занимает обширную вытянутую в длину территорию, на которой имеется, по учету диспансера, детей до 14 лет 26 000, из них до 3 лет — 9 000. На территории района (рис. 1) находится 8 яслей на 640 детей, 12 детских садов на 660 детей и 12 школ с 13 300 учащимися. Особенность расположения детских учреждений в этом районе такова, что почти половина их сгруппирована в одном участке района.

До перехода на систему единого педиатрического обслуживания весь район 8-го диспансера был разделен на 10 участков, из которых каждый имел двух педиатров: один обслуживал детей до 3 лет, другой — детей от 3 до 14 лет.

Осенью 1939 г. в детской консультации 8-го диспансера работало 6 участковых врачей (вместо 10), а в детской поликлинике — 10 участковых врачей, причем 2 из них, работая по совместительству, обслуживали на своих участках и детей до 3 лет, а 4, помимо участка, обслуживали 3 детских сада и 4 школы. Остальные 5 школ (в 1939 г. их было 9) и 3 детских сада обслуживались другими 7 педиатрами,

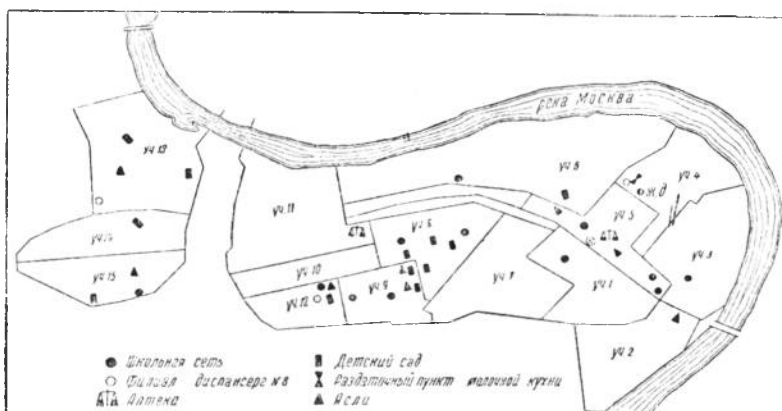


Рис. 1. План территории, обслуживаемой 8-м единым диспансером г. Москвы

не работавшими на участке; 6 садов с небольшим числом детей в каждом не имели систематического врачебного наблюдения. В яслях были свои штатные врачи. Таким образом, всего в 8-м диспансере был 21 врач-педиатр, которые получали в общей сложности 27 врачебных ставок. При этом детская консультация не имела необходимого штата участковых врачей (вместо 10 было 6), несмотря на то, что и 9 000 детей в возрасте до 3 лет требовали фактически почти в 2 раза больше посещений на дому, чем 17 000 детей в возрасте от 3 до 14 лет (см. таблицу). К тому же педиатру поликлиники полагалось для работы помощи на дому $3\frac{1}{2}$ часа в день, а врачу консультации — только 3 часа, так как у него бывало много детей на приеме в консультации.

Отсюда видно, что нагрузка участковых врачей была весьма неодинакова. Чтобы уменьшить нагрузку участкового врача детской консультации, особенно же врача помощи на дому, и довести ее до нагрузки участкового врача детской поликлиники, потребовалось бы не только укомплектовать штаты врачей консультации, но и расширить их в $1\frac{1}{2}$ —2 раза, что в то время было совершенно неосуществимо. Поэтому руководители диспансера (д-р С. А. Подольный и д-р Е. А. Каган) приступили к реорганизации всей лечебно-профилактической помощи детям путем введения системы единого педиатрического обслуживания на участке.

Месяцы 1939 г.	Помощь на дому, оказываемая 8-м единным диспансером		
	детям до 3 лет	детям от 3 до 14 лет	В с е г о
Октябрь	1 712	1 235	2 947
Ноябрь	1 806	948	2 754
Декабрь	2 226	1 143	3 369
Всего	5 744	3 326	9 070

Простой подсчет показывал, что если распределить работу по обслуживанию всех детей до 14 лет (амбулаторию и на дому) между участковыми педиатрами консультации и поликлиники, то у всех участковых врачей будет сравнительно равномерная нагрузка. При этом территория каждого участка станет значительно меньше, что позволит участковому врачу уделять больше времени непосредственному обслуживанию детей на дому за счет экономии во времени, затрачиваемом раньше на передвижение по участку. Руководители диспансера решили передать участковым врачам также и обслуживание за особую оплату детских садов и школ, привлекая к участковой работе и тех врачей, которые до того времени обслуживали только детские учреждения. Ввиду того, что часть врачей детской поликлиники не была подготовлена к обслуживанию детей раннего возраста, 5 из них получили дополнительную подготовку по микропедиатрии, и с осени 1939 г. диспансер перешел на новую систему работы.

Первоначально предполагалось разбить территорию района на 18 участков, но из-за недостатка врачей пришлось ограничиться 15 укрупненными участками. На обязанности каждого участкового врача было: ежедневный 3-часовой прием (2 часа в консультации и 1 час в поликлинике), посещение больных на дому и сверх того обслуживание школы и детского сада на своем или другом участке. Но так как у участковых врачей не хватало времени на обслуживание детских учреждений, то вскоре пришлось освободить их от этой добавочной нагрузки.

В настоящее время школы и детские сады обслуживаются 7 педиатрами (из которых только 2 работают на участке) и 9 терапевтами диспансера; последние привлечены к этой работе в порядке совместительства, потому что педиатров все еще недостаточно. Участковый педиатр ежедневно принимает 2 часа в детской консультации, и через день 2 часа в детской поликлинике, а все остальное время проводит на участке, оказывая больным детям помощь на дому, делая предохранительные прививки и всю другую профилактическую работу.

Новая система врачебного обслуживания, несмотря на все трудности, имевшиеся в первом полугодии 1940 г. (большое количество обслуживаемых детей на каждом участке — 600 до 3 лет и 1 100 — от 3 до 14 лет, весьма недостаточное количество сестер для профилактической работы), все же дала возможность выделить летом 6 врачей для обслуживания оздоровительных детских учреждений за городом и 1 врача для проведения диспансеризации 800 детей, поступающих в школу. Кроме того, дети раннего возраста в летнее время обслуживались значительно лучше, чем до реорганизации,

потому что летом 1940 г. участковых врачей было значительно больше, чем в 1939 г.

Улучшение качества обслуживания детей не могло не отразиться на динамике детской заболеваемости. В этом мы убеждаемся, сравнивая данные об инфекционных и желудочно-кишечных заболеваниях за 1939 и 1940 гг. (рис. 2 и 3).

Особый интерес представляют данные о заболеваемости корью во всем Киевском районе Москвы, где имеются всего лишь 4 детских консультации. В консультациях № 7 и 50 была введена система единого педиатрического обслуживания, а в консультациях № 19 и 45 работа велась по старой системе (обслуживались только дети до 3 лет). Диаграммы, приводимые на рис. 4, показывают, что в районе первых двух консультаций заболеваемость корью в I полугодии 1940 г. была значительно ниже¹.

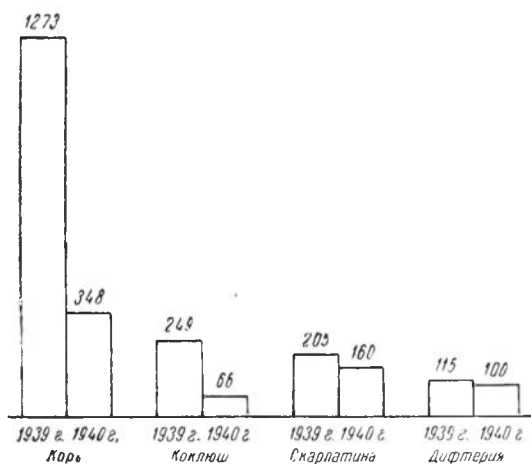


Рис. 2. Движение детских инфекционных заболеваний в районе консультации № 7 в Москве за I полугодие 1939 и 1940 гг.

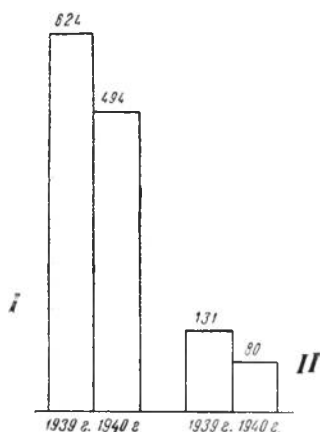


Рис. 3. Движение желудочно-кишечных заболеваний у детей в возрасте до 3 лет в районе консультации № 7 в Москве. Обозначения: I — желудочно-кишечные заболевания (дизентерия, колит, токсическая диспепсия); II — в том числе токсическая диспепсия

Центральный педиатрический институт, изучая опыт работы по-новому, активно помогал детскому отделению диспансера № 8 наладить работу, рационально использовать имеющиеся у него весьма скромные возможности для профилактической работы (обслуживание новорожденных, недоношенных детей, близнецов и др.), улучшить постановку учета и отчетности. Наряду с этим научный сотрудник института врач А. С. Грозная оказывала консультативную помощь участковым врачам (два раза в неделю по полному рабочему дню), пополняя их знания по физиологии, диететике и патологии детей грудного и раннего возрастов; это имело особое значение для бывших макропедиатров.

Сейчас детское отделение 8-го диспансера располагает 15 участковыми врачами-педиатрами, штат патронажных сестер расширен и укомплектовывается из расчета по 2 сестры на участок. Таким образом, налицо все условия для еще большего расширения и углубления профилактической работы. Уже налажено своевременное получение

¹ Жилищно-бытовые условия в районе консультаций № 7 и 19, расположенных ближе к центру, примерно одинаковы, так же как и в районе консультаций № 50 и 45 (на окраине).

из родильных домов списков новорожденных, вводится обязательное посещение врачом новорожденного в первые 2—3 дня после выписки из родильного дома, осуществляется патронаж всех грудных детей и в первую очередь новорожденных, организуется патронаж беременных в последние месяцы беременности.

По мере накопления дальнейшего опыта можно будет более уверенно говорить об эффективности единого педиатрического обслуживания на участке. Но даже итоги полугодовой работы по-новому позволяют сделать следующие выводы:

1. При новой системе работы участкового педиатра, несмотря на большое количество обслуживаемых им детей, на каждого приходится значительно меньше детей раннего возраста и, в частности, грудных, что способствует лучшему их обслуживанию.

2. Территория каждого участка значительно уменьшается, что экономит время и силы врачей и сестер и дает возможность расширить лечебно-профилактическую работу.

На 100 детей приходилось заболеваний корью

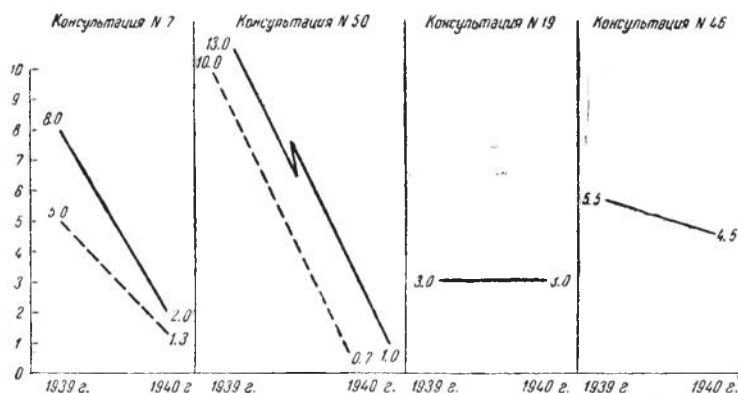


Рис. 4. Движение заболеваний корью за I полугодие 1939 и 1940 гг. (по данным детских консультаций Киевского района Москвы). Обозначения: — — — у детей до 14 лет, — у детей до 3 лет

3. При переходе на систему единого педиатрического обслуживания надо учитывать необходимость осуществления следующих мероприятий:

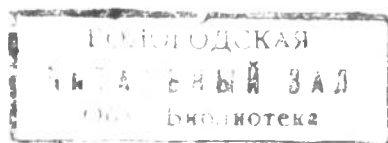
а) врачи, не имеющие опыта обслуживания детей раннего возраста, должны получить дополнительную подготовку по микропедиатрии (физиология, диететика, патология и терапия);

б) участковые врачи, особенно бывшие макропедиатры, должны быть обеспечены консультативной помощью (по возможности повседневной) квалифицированного педиатра;

в) не следует допускать укрупнения участков и перегрузки врачей;

г) при недостатке педиатров для обслуживания детских садов и школ целесообразно привлекать к этому терапевтов, обеспечивая им постоянную консультацию.

4. Ободдряющие результаты первых месяцев работы по-новому дают все основания для продолжения этой работы и в дальнейшем.



ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦАХ

Зав. педагогической частью больницы *А. С. Покровская*

Больница им. Боткина в Москве (зав. инфекционными отделениями
больницы — д-р А. Н. Бузников)

Вопрос о необходимости организовать педагогическую работу в лечебных учреждениях, где дети проводят длительный период, давно уже решен в положительном смысле. В таких детских лечебных учреждениях, как туберкулезные санатории (для легочного и костного туберкулеза), лечебницы и санатории для психо-невротиков, калек, глазные лечебницы, педагогическая работа ведется давно. Практика показала, какой объем работы может быть принят в том или ином случае, сколько часов возможно отводить для учебных занятий, какие виды массовой работы пригодны при том или ином заболевании и т. д.

Не так обстояло дело с детскими инфекционными больницами; здесь никакая педагогическая работа не предусматривалась и не велась. Перед медицинским персоналом больницы им. Боткина давно встал вопрос о необходимости организовать в детских отделениях больницы какую-то педагогическую работу. Некоторые врачи, как, например, д-р П. Г. Ткачев, сами пытались проводить кое-какие занятия с детьми и вовлекали в это дело наиболее активных медицинских сестер. Детям читали вслух, беседовали с ними, рассказывали сказки, случаи из жизни, давали им решать несложные арифметические задачи. При большой загруженности врачей, отсутствии специальной педагогической подготовки и каких бы то ни было пособий занятия эти, конечно, не носили систематического характера. Но даже и в таком виде они оправдывали себя: ребята буквально осаждали врача и сестру просьбами «еще почитать», «еще задачку задать»; их монотонную жизнь в больнице скрашивали эти привычные для них занятия — игра, несложная работа.

Когда решено было организовать в инфекционных детских отделениях нашей больницы систематическую, планомерную педагогическую работу, сразу же столкнулись с большим затруднением при подыскании педагога. От педагога требовалась известная универсальность, так как в больнице ему приходится иметь дело с детьми всех возрастов, обычно же педагоги специализируются как дошкольные и школьные педагоги. Кроме того, мы не только не имели возможности получить какое-либо методическое руководство по педагогической работе в условиях инфекционной больницы, но даже использовать чей-нибудь опыт. По поручению заведующего инфекционными отделениями д-ра А. Н. Бузникова я посетила ряд больниц Москвы — нигде педагогическая работа не велась, в штатах инфекционных отделений не было педагога; только в одной больнице (Русаковской) такая должность была предусмотрена, но работа не производилась. Педагоги опасались идти в инфекционную больницу, и нам пришлось своими силами решать эту задачу.

Несколько раз мы собирали совещания, в которых участвовали врачи инфекционных отделений и старшие сестры, наметили перечень допустимых в больничной обстановке занятий и игр, выбрали игры и игрушки для разных возрастов, администрация отпустила средства на приобретение кое-каких пособий, и мы начали работу в scarlatinозных отделениях. Эти отделения решено было обслужить в первую очередь, так как здесь дети находятся в среднем около 40 дней,

и в случае благоприятного течения болезни, легкой формы заболевания и отсутствия осложнений их самочувствие большую часть этого времени настолько хорошо, что они вполне могут читать, играть, заниматься несложной работой (картонаж, лепка) и отчасти даже учиться.

Специфические условия инфекционной больницы весьма осложняют педагогическую работу. Здесь приходится иметь дело с детьми, для которых обязателен постельный режим. Дети не подобраны по возрасту (сейчас врачи по возможности соединяют в палатах детей одного возраста, но это выполнимо лишь отчасти). Состав детей в палатах текучий: если даже палату заполнили одновременно, то в дальнейшем, ввиду разных сроков фактического начала заболевания, разного течения болезни, наличия тех или иных осложнений, одни выписываются раньше, другие — позже, и состав палаты меняется. Затрудняет работу и присутствие больных в тяжелом состоянии среди детей с хорошим самочувствием.

В настоящее время многие из этих трудностей уже остались позади — мы научились их преодолевать. Подобран персонал с педагогической подготовкой, живо интересующийся постановкой педагогической работы в больницах. Уже имеются утвержденные Наркомздравом СССР «Инструктивные указания о педагогической работе в детских больницах», в основу которых вошло многое, почерпнутое из опыта нашей больницы.

Структура нашей теперешней педагогической работы такова. Вся эта работа возглавляется Медико-педагогическим советом в составе заведующего инфекционными отделениями, заведующего педагогической частью, всех педагогов, врачей и старших сестер инфекционных отделений, в которых работают педагоги. Совет дает общие установки в работе, рассматривает и утверждает смету и планы (годовой, квартальные и месячные), представляемые заведующим педагогической частью. Один-два раза в месяц созываются педагогические совещания в составе заведующего педагогической частью и всех педагогов, которые детально разрабатывают месячный план работы каждого отделения, обсуждают методы работы, план проведения праздников с ребятами и т. п. Каждый педагог ежедневно учитывает выполненную работу.

Педагогическая работа строится нами по трем основным разделам: 1) работа со средним и младшим медицинским персоналом, 2) работа непосредственно с ребятами, 3) работа с родителями.

Еще в начале нашей работы мы столкнулись с полным отсутствием педагогической подготовки у обслуживающего детей медицинского персонала (среднего и младшего). Это и вызвало необходимость педагогической работы с персоналом. Если врач при его общей разносторонней подготовке может самостоятельно подготовиться и в области педагогики, то для медицинских сестер совершенно необходимо включить в программу обучения хотя бы элементарный курс педагогики.

«Инструктивные указания о воспитательной работе в детских больницах» от 8.III.1940 в п. 16а устанавливают обязательность такой подготовки для всех медицинских сестер, однако до настоящего времени занятия по педагогике не входят в число обязательных предметов в школах для сестер. Пока мы восполняем этот пробел путем общих бесед с персоналом отделения и с отдельными работниками. Мы стараемся внедрять правильный подход к ребенку, прививать детям через сестер культурно-бытовые и санитарно-гигиенические навыки, включать в уход за больными детьми некоторые приемы, дающие возможность занять, развлечь ребенка.

Ребенок, находясь в больнице, должен чувствовать привычную для него дома, в яслях или в детском саду ласку, внимание, интерес к нему. Обычно за редкими исключениями дети уже со второго дня ведут себя спокойно и легко подчиняются режиму. Очень редки случаи, чтобы дети плакали, боялись или скучали; присутствие других ребят, веселых и спокойных, быстро успокаивает «новичков». В условиях больницы очень легко привить или закрепить у детей культурно-бытовые и санитарно-гигиенические навыки. Детям постарше надо объяснить правила личной гигиены и их значение для здоровья. Таким образом мы приучаем их есть опрятно, не спеша, хорошо прожевывать пищу, съедать свою порцию, чистить зубы утром и на ночь, полоскать рот после обеда и т. п. К тому времени, когда ребенок выписывается из больницы, он уже должен закрепить этот свой опыт как прочную привычку.

Игры, несложные работы, развлечения и учебные занятия проводятся таким образом. Маленьким детям мы раздаем подходящие по возрасту игрушки, показываем картинки, рассказываем сказки, иногда сопровождая их песенкой. С дошкольниками мы проводим беседы, рассказывание и чтение вслух, игры вдвоем и коллективные, настольные игры, некоторые виды несложных работ (картонаж, лепка, аппликация). Со школьниками первых четырех классов — несложные учебные занятия репетиционного характера в соответствии с учебными программами по арифметике и русскому языку, чтение художественной литературы или популярных статей, рассказов и очерков, знакомящих с жизнью природы, с биографиями замечательных людей, с жизнью народов прежде и теперь; чтение и обсуждение статей из «Пионерской правды». Учебная работа для каждого ребенка допускается только с разрешения врача. Проводятся также игры (конструктор, лото, домино, шашки, игры с карандашом, настольные игры). Широко применяется чтение с алоскопом, что очень любят дети всех возрастов. Мы имеем большой набор диафильмов и широко используем этот вид коллективных занятий. Практикуется у нас и показ «Петрушки» — детского кукольного театра и театра теней, что обычно приурочивается к праздникам. В праздники дети декорируют палаты гирляндами, плакатами, флажками; старшие ребята пишут лозунги, выпускают стенгазету, посвященную тому или иному празднику. На новый год устраивались елки, и ребята сами сделали много украшений.

Таким образом, наш план занятий с дошкольниками и школьниками состоит из развлечений и игр, общеобразовательных бесед и чтения, политарботы, ручного труда (лепка, картонаж и т. п.) и несложной учебной работы репетиционного характера с разрешения врача.

Особую ценность имеют книги для детей. Ежемесячно отпускаются средства на книги, пособия и игры. Кроме того, мы выписываем 20 детских и юношеских журналов и газет.

Невозможность сохранить образцы детских работ, кроме фотовоспроизведения некоторых из них, лишает нас возможности поделиться нашим опытом с другими больницами, ведущими аналогичную работу. Врачи периферии, часто работающие в больнице им. Боткина, всегда с интересом знакомятся с нашей работой в scarлатинозных отделениях.

Педагогическая работа с родителями ведется в форме бесед на различные темы, заранее согласованные с медико-педагогическим советом. В частности, мы их информируем о педагогической работе в больнице. В течение 1939—1940 гг. с родителями были проведены беседы на следующие темы: 1) физическое воспитание ребенка и его

значение, 2) нормальный режим ребенка школьника и дошкольника, 3) игры, развлечения и спорт, 4) организация детского уголка, значение игры в развитии ребенка.

В летний период мы провели две беседы о летнем режиме дошкольников и школьников и одну беседу о мерах предохранения против желудочных заболеваний.

Беседы вошли в практику нашего общения с родителями, которые охотно слушают короткий доклад педагога и задают много вопросов.

Сейчас педагогическая работа прочно вошла в жизнь детских инфекционных отделений нашей больницы. Вырос и наш педагогический коллектив, найдены более совершенные формы работы. Однако все еще не разрешен вопрос об обязательности какого-то педагогического минимума для медицинских сестер, работающих в детских больницах и санаториях. Необходимо увеличить штаты педагогов. Педагог должен принимать участие во всей жизни отделения и детей, неустанно наблюдать за ребенком во время его пребывания в больнице. Центр тяжести не в учебе, не в массовых играх и развлечениях, а во всем комплексе педагогической работы — в учебно-воспитательной работе.

РОЛЬ ПИТАНИЯ В РАЗВИТИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Г. И. Степанов

Образование зубной кости, известкование эмали, дентина начинается очень рано, поэтому о зубах ребенка надо заботиться еще в его утробной жизни. Зубная профилактика у детей носит по преимуществу алиментарный характер. С 5-го месяца утробной жизни и до начала прикармливания грудного младенца профилактика сводится исключительно к соответственному пищевому режиму матери. Когда ребенок переходит на прикорм, начинается второй период зубной профилактики, который продолжается до окончания прорезывания постоянных зубов. В этот период от характера питания ребенка зависит не только общее состояние его здоровья, но и развитие его зубочелюстной системы.

Задача заключается в создании наилучших условий для кальцинации зубов и челюстных костей, для достижения предельной твердости и крепости эмали.

По существу профилактическая диета ребенка является продолжением диеты матери во время беременности и лактации, только еще с большим упором на витамины. При выборе продуктов питания детей к ним предъявляется требование высокого содержания кальция, фосфора, фтора и витаминов А, С и D. Организм грудного младенца уже довольно рано нуждается в введении добавочных витаминов, так как материнское молоко ими не богато. Для этой цели можно рекомендовать апельсиновый сок, богатый кальцием и витамином С, морковный сок, обладающий провитамином А — каротином, и сок из свежих листьев капусты или салата как мощный источник кальция, фосфора, витамина С и отчасти витамина D. При отсутствии апельсинового сока он заменяется соком черной смородины или настоем шиповника. Полезны также соки персиков, яблок, брусники, цветной капусты, свеклы. На севере можно пользоваться такими прекрасными витамино-кальциеносителями, как соки клюквы, ежевики, турнепса. Первые порции даются по чайной ложечке с не-

которыми промежутками. Несколько позднее можно давать третью морковь, пюре из мякоти свежего яблока или из мезги винограда, кашицы из пропущенных через машинку тушеного шпината, брюквы, свеклы.

Известкование молочных и постоянных зубов, начавшись внутриутробно, продолжается и после рождения ребенка. Происходит окончательное обизвествление всех молочных зубов, постоянных резцов, клыков, первого моляра и начинается кальцинироваться первый премоляр (предкоренной); на 8-м месяце жизни кальцинируется второй постоянный моляр, а на 10-м месяце — второй постоянный премоляр. Фруктовые и овощные соки и кашицы (пюре) как нельзя лучше содействуют процессам кальцинации и способствуют нормальному формированию зубов. Прикармливать ребенка только манными кашами, кипяченым молоком и киселями на крахмале значит готовить почву для развития рахита, способную привести и к дефективным зубам.

Когда у ребенка уже прорезались все резцы, ему можно давать цельные фрукты и плоды, например, мягкое яблоко, улежавшуюся грушу, тутовые ягоды, землянику, смородину, сливы, а также всех сортов виноград, персики, печеную свеклу, жареную тыкву и помидоры. Появление в возрасте от 1 года до 1½ лет первых молочных моляров и клыков позволяет детским челюстям перетереть всякие вяленые фрукты, гречневую кашу, крутой хлеб с отрубями, а затем справиться и с морковью, твердоватым яблоком, крыжовником. С прорезыванием к 2½ годам последнего молочного зуба, — второго моляра — жевательный аппарат ребенка готов, и он может перемалывать почти все: редиску, репу, сердцевину капустного качана, брюкву, цельные зерна вареной кукурузы, ядра орехов и т. п.

Перечисленные продукты являются необходимым дополнением к обычному молочно-мучному рациону детей и делают его более полноценным.

В возрасте 2½—3 лет у ребенка иногда вдруг начинают портиться зубы, но тогда еще можно спасти непрорезавшиеся постоянные зубы. В 6 лет появляется первый постоянный моляр, а к 13 годам заканчивается полная смена молочных зубов постоянными. В течение 10 лет (от 3 до 13) происходит следующее уплотнение эмали каждого зуба, которая достигает перед его прорезыванием степени твердости кварца, уплотнение дентина до твердости полевого шпата и дальнейший рост челюстей и зубных корней. Детский организм еще больше, чем организм беременной, нуждается в этот период в усиленном подвозе минеральных солей и витаминов. В течение этих 10 лет в диету детей необходимо внедрить три основных элемента питания: 1) литр молока по возможности парного, от здоровой коровы, сырого, стерилизованного электричеством или кипяченого, но облученного кварцевой лампой¹, 2) салаты из сырых листовых овощей, каковы, например, капуста, шпинат, щавель и другие зеленые салаты, которые лучше употреблять мелко нарезанными и залитыми сметаной, и 3) некоторое количество сырых плодовоовощей и фруктов.

¹ От редакции. Рациональное питание ребенка состоит из смешанной мясо-молочно-растительной пищи в количестве, соответствующем его потребностям. При этом ребенок получает необходимое ему количество белков, жиров, углеводов, солей кальция, калия, фосфора, железа и др., содержание которых в молоке недостаточно, а значение для организма очень велико. Для суточного режима ребенка достаточно 0,5 л молока; большое количество молока ухудшает аппетит ребенка и приводит к тому, что он отказывается от других видов пищи.

Нам кажется нецелесообразным требование «парного молока от одной коровы». В городских условиях оно неосуществимо, а там, где это возможно, возникает опасность постоянного пользования молоком недостаточного качества.

Потребность в витаминах у детей настолько сильна, что они уже с ранней весны к ужасу своих родителей поедают почки некоторых деревьев, жуют молодые ростки или побеги излюбленных растений, а позднее набрасываются на зеленый урюк, незрелые абрикосы, оливы, жардель или кок-султан и даже на сырой картофель, компенсируя таким образом дефекты своего домашнего стола. Из боязни расстройства пищеварения им запрещают огульно всякую зелень; но не лучше ли удовлетворить эту потребность детей за обедом в санитарных условиях и приучить их желудок к зелени с малолетства?

Для предупреждения рахита и образования рахитических зубов детям следует больше находиться в движении на чистом воздухе (в трусиках), подвергая загару поверхность кожи, а зимой полезно пользоваться и кварцем, так называемым горным солнцем. Тогда им не придется прописывать синтетический препарат витамина D или рыбий жир.

Наконец, для оптимального развития челюстно-жевательного аппарата детям надо привить здоровые навыки к простой, жесткой пище и энергичному ее пережевыванию. Пора покончить с воспитанием детей на рубленых котлетках, мягких булочках и всяких нежных кушаньях, расслабляющих функцию жевания и весь зубной аппарат. Челюстям детей и подростков надо давать работу над измельчением кислой капусты, поджаренного гороха, разных сухариков, ядер лесных орехов, вареных, растрескавшихся зерен кукурузы и хотя бы даже редьки. Вместо прилипающего к зубам пирожного лучше дать кусок сахара. Трудно описать все благодеяния для здоровья, приносимые основательным пережевыванием твердой пищи. Укажу на три основных: 1) обе челюсти развиваются до нормальных размеров, что способствует свободной расстановке зубов и их сохранению; 2) усиливается секреция слюнных желез, что обеспечивает эффект ротового пищеварения; 3) усвоение пищи увеличивается до 80% всей ее массы.

Индивидуальные колебания в составе молока сглаживаются при смешивании молока от многих коров.

Что касается электрической стерилизации молока, то этот метод еще не вышел из рамок изучения и направлен главным образом на понижение кислотности молока; стерилизация здесь только сопутствующее обстоятельство и может быть недостаточной. Облучение кварцем кипяченого молока не везде доступно и необходимость в нем вообще отпадает при наличии препарата витамина D. Молоко должно отвечать основным санитарным нормам, оно может применяться после обычной стерилизации или короткого кипячения.

Взгляды американцев на молоко как на «совершенную пищу» весьма спорны и разделяются далеко не всеми.

ТИПЫ ЯСЛЕЙ В США

В. М. Федяевская (Москва)

Нигде в мире, кроме нашей социалистической родины, организация яслей не входит в общий государственный план народного здравоохранения. Нет ни одной страны, где ясельная сеть была бы так обширна, как в СССР.

В США нет единой государственной сети яслей. Существуют дневные ясли, младенческие школы и ясли неотложной помощи, резко различающиеся как по своим целям, так и по постановке дела и по наличию материальной базы.

Дневные ясли возникли еще в 60-х годах прошлого столетия в связи с ростом женского труда в промышленности. Эти ясли, которые, как правило, организуются в крупных промышленных центрах, обслуживают детей, матери которых вынуждены уходить на работу вне дома. Они содержатся на частные благотворительные средства, на средства различных организаций — национальных, религиозных, по охране материнства и детства, а иногда самими фабрикантами. Число дневных яслей очень невелико: в 1939 г. их было всего лишь 587, причем каждые ясли обслуживали от 60 до 110 детей.

Дневные ясли — это убежище для детей, заменяющее им семью, в котором они проводят 11—12 часов в сутки. В ясли принимаются дети различного возраста — от нескольких дней до 10, а чаще до 6 лет. Грудные дети и дети до 4 лет проводят в них весь день; дети 2—4 лет отпускаются иногда на часть дня в младенческую школу. Дети 4—5 лет уходят на несколько часов в детский сад, школьники — в школу; все остальное время они проводят в дневных яслях до возвращения матери с работы.

Основное, что дневные ясли дают детям, это наблюдение за ними. Они получают питание, медицинский надзор, главная задача которого уберечь ребенка от заразных болезней, и такой уход, который могла бы им дать мать, не имеющая специальной подготовки. Воспитательная работа вначале совершенно не входила в задачи дневных яслей, но за последние годы, в значительной степени под влиянием младенческих школ, примерно в половине дневных яслей стала проводиться и педагогическая работа.

Помещение ребенка в дневные ясли рассматривается как получение семьей известного денежного пособия, так как пребывание ребенка в яслях обходится в среднем 1 доллар в день, а с родителей берут в зависимости от их материального положения от 5 до 25 центов в день. Поэтому отбор детей в ясли производится весьма тщательно. Семья подробно обследуется, причем в каждом отдельном случае выясняется, какая форма помощи здесь наиболее приемлема: дневные ясли, дневной патронат (помещение ребенка на день в чужую семью под наблюдением яслей или какой-либо организации по охране детства), или «помощь матери на дому», т. е. денежное пособие, которое позволило бы ей не работать на стороне, а самой ухаживать дома за детьми. Таким образом, пытаются индивидуализировать помощь семье, учитывая ее потребности, с одной стороны, и возможности, имеющиеся в данной общине, — с другой.

Младенческие школы — второй основной тип американских яслей — существуют с 1914 г. Вовлечение женщин в разные профессии было одной из главных причин открытия этих школ, но в значительной степени они возникли в связи с пробудившимся

в конце XIX века большим интересом к раннему детству и стремлением выработать наилучшие формы воспитания детей ясельного возраста. Младенческие школы ставят своей целью: 1) дать ребенку всестороннее воспитание и не только во время его пребывания в младенческой школе, но и дома; 2) служить лабораторией для научно-исследовательской работы по изучению детства, лабораторией по подготовке кадров и показательным центром для общины.

Младенческие школы существуют преимущественно в крупных центрах. Они содержатся главным образом научно-исследовательскими организациями, колледжами, университетами и учреждениями по подготовке кадров. Иногда они открываются родителями на кооперативных началах, изредка организуются как особый вид социальной помощи при дневных яслях за счет благотворительных организаций, наконец, в отдельных случаях входят в систему народного образования.

Младенческие школы в принципе обслуживают детей из всех слоев населения. Фактически их посещают дети из довольно обеспеченных семей (адвокатов, врачей, художников), но встречаются и дети бедняков. Младенческая школа — платное учреждение, содержание ее обходится дорого. Неимущим родителям иногда делают скидку или даже совсем освобождают от платы. Младенческая школа посещается по преимуществу детьми от 2 до 4 лет, иногда — от 1½ до 5 лет. Дети проводят в ней в среднем 6 часов, так как эта школа не ставит своей задачей освобождение матери от ухода за ребенком.

Педагогическую работу в младенческой школе ведут лица со специальной подготовкой. Обычно в ней имеется один или несколько консультантов — психолог, психиатр, специалист по работе с родителями и т. д. Она всегда имеет связь с различными организациями, преимущественно с научно-исследовательскими центрами.

Число младенческих школ невелико. В 1939 г. их было около 800 и каждая из них обслуживала всего лишь 20—30 детей. Несмотря на свою немногочисленность, младенческие школы имеют большое значение как показательные учреждения. Именно в этих школах выработаны методы американской преддошкольной педагогики, на основе которой в США впервые широко поставлен вопрос об оздоровительной работе с малыми детьми и вопрос воспитания родителей.

Третий тип американских яслей — ясли неотложной помощи — существует лишь с 1933—1934 гг. Самое их название показывает, что они возникли в связи с кризисом, с депрессией как попытка смягчить зло капиталистической системы. Организация этих яслей рассматривалась в качестве федеральной временной помощи безработным и их семьям: их персонал комплектуется главным образом из безработных, и обслуживают они преимущественно детей из семей безработных. Это был первый опыт организации яслей на федеральные средства, хотя и при некотором участии мест.

Ясли неотложной помощи открываются не только в городах, но и в сельских местностях для детей от 2 до 5—6 лет. В 1939 г. было около 1 600 таких яслей, в каждой — около 20—25 детей. С рабочим днем матери эти ясли не считаются, так как мать обычно безработная; ребенок проводит в яслях около 6½ часов.

Ясли неотложной помощи стремятся объединить помощь семье с воспитанием и оздоровлением ребенка. Для них характерна большая гибкость в работе, практичность и стремление добиться высокого уровня работы при наиболее экономной затрате средств. По-

этому они экономят не на качестве и подготовленности персонала, а на том, чтобы мебель и игровое оборудование были дешевыми, часто самодельными. Кроме того, они широко используют помощь многих лиц и организаций (органы здравоохранения, Красный крест, организация сестер-посетительниц и т. д.).

Из этого краткого описания мы видим, что дневные ясли, организуемые на частные благотворительные средства и являющиеся попыткой хоть как-нибудь облегчить тяжелое положение матери-работницы, — паллиатив, который не решает всей проблемы в целом. Ясли неотложной помощи, хотя и содержатся на средства федерального бюджета, являются лишь временной мерой, своего рода государственной благотворительностью, стремящейся смягчить неизбежное зло капиталистической системы — кризисы и депрессии. Лишь тип яслей, именуемый младенческими школами и ставший своей целью быть лабораторией для научных исследований и подготовки кадров, заслуживает того, чтобы наряду с яслями, обслуживающими население, существовать в любом государстве.

Ясельная сеть США мала и обслуживает весьма незначительную часть нуждающегося в ней детского населения.

РАННИЙ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ КАК МЕТОД УСКОРЕНИЯ РОДОВОГО АКТА¹

С. И. Розенкранц

Родильный дом в г. Сумы (главврач — д-р медицинских наук П. А. Бойко)

Вопрос об ускорении родового акта давно интересовал акушеров. Если проанализировать литературу по вопросу о тактике ведения родов, то можно установить три точки зрения: активистов, консерваторов и сторонников средней линии.

Активистами являются главным образом американцы; особо следует упомянуть Потера, который предлагает при открытии шейки матки на 3—4 пальца захлороформировать роженицу, закончить раскрытие шейки пальцевым способом и произвести поворот на ножку с последующим извлечением. Интересную работу провели Матье и Гольман². Их методика такова: касторовое масло, через 2 часа — горячая клизма, после действия клизмы — питуитрин Р по 0,3—0,4, три-четыре раза вперемежку с хинином и разрыв оболочек, если они еще целы, а родовая деятельность еще не наступила. В дальнейшем они отказались от хинина и от касторового масла, убедившись, что разрыв оболочек резко ускоряет родовый акт. Проведя таким образом 750 «искусственных» родов при доношенной беременности и 750 самопроизвольных родов, они приходят к заключению, что «искусственные» роды имеют несомненные преимущества перед самопроизвольными как в смысле более низкой материнской и детской смертности, так и в отношении патологии родов и пuerперального периода.

¹ Доложено на научной сессии Киевского института ОММ с участием 1-й и 2-й акушерско-гинекологических кафедр усовершенствования врачей и 1-й и 2-й акушерско-гинекологических кафедр I Киевского медицинского института.

² O. Matieu, A. Holman, Am. J. Obst. g. Gyn., № 2, 1937.

Сторонники консервативного способа ведения родов настаивают на полном воздержании от вмешательства в родовой акт без витальных показаний для матери или плода. IX съезд акушеров-гинекологов высказал свои пожелания «бережного и самопроизвольного по возможности родоразрешения».

К сторонникам «средней линии» следует отнести авторов, которые защищают идею раннего разрыва плодного пузыря как метод, заметно сокращающий длительность родового акта.

У нас в Союзе вопрос об ускорении родового процесса путем раннего разрыва плодного пузыря встал в связи с массовым обезболиванием родов (А. Ю. Лурье). Чем короче родовой акт, тем эффективнее будет обезбоживание, тем меньше придется применять медикаментов, далеко не безразличных для матери и плода. А так как наиболее длительным и болезненным является первый период родов, то сокращение этого периода и является решающим фактором в обезболивании родового акта. Сторонниками метода раннего разрыва плодного пузыря у нас являются профессора Щербина, Строганов, Парсамов, Карась и др.

Вопрос о роли и значении плодного пузыря в механизме родов, казалось бы раз навсегда разрешенный классическими работами корифеев нашей специальности — Бумма, Штеккеля и др., требует, по видимому, пересмотра. До сих пор все единодушно считали, что плодный пузырь является гидравлическим клином, способствующим раскрытию шейки матки. Общеизвестно, что в норме плодный пузырь рвется лишь после полного раскрытия матки, следовательно, разрыв пузыря до этого момента является патологией, ведущей к «сухим родам». Последние же пользуются дурной славой и у акушеров, и у рожениц вследствие вызываемой ими затяжки родового акта и возможности развития восходящей инфекции, чему способствует нейтрализация кислотности отделяемого влагалища отходящими водами щелочной реакции (Винтер, Випперт). Однако эти установившиеся взгляды в последнее время подверглись коренному пересмотру как в нашей, так и в зарубежной литературе. К этому привело накопление определенных клинических наблюдений, а также стремление обезболить родовой акт. И когда обратились к истории вопроса, то оказалось, что и раньше раздавались авторитетные голоса, не признававшие за плодным пузырем той роли, которая была отведена ему в дальнейшем.

Еще Вильям Смелли¹ хотя и был противником разрыва оболочек, однако указывал, что оболочки, по видимому, не играют никакой роли при родах; их исключительная роль в поддержании околоплодной жидкости, необходимой для скользкости. Раскрытие производится головкой. Того же мнения придерживаются Девис и Жакемье, которые подчеркивают, что основная роль в дилатации шейки принадлежит головке, а следовательно, разрыв оболочек не препятствует раскрытию шейки. По данным отдельных авторов, оказывается, что разрыв оболочек встречается настолько часто (до 42%), что это само по себе вызывает сомнение в патологии данного явления.

Американские авторы Пласс и Зейберт (1936), производившие разрыв плодного пузыря при совершенно закрытом зеве, а также при раскрытии шейки на 2 поперечных пальца, констатировали, что такой способ ведения родов не отражается на послеродовом периоде и не повышает процента лихорадящих. Гутман и Эндрес² доказывают, что преждевременный разрыв плодных оболочек при переносенной и недоношенной беременности укорачивает продолжительность родов за

¹ William Smellie, цит. по ст. З. Л. Карася.

² Monatschr. Geburt. u. Gyn., 1937.

счет первого периода. Они подчеркивают, что отхождение передних вод действует на процесс раскрытия шейки не хуже, а лучше, чем сохранение в целостности плодного пузыря, и объясняют это явление отсутствием реактивного сокращения маточного зева на гидростатически действующий плодный пузырь.

Из отечественных авторов следует указать на работу проф. Щербины и Боярской, которые на материале в 58 случаев раннего разрыва плодного пузыря у первородящих и повторнородящих приходят к выводу, что такой метод ведения родов является «могучим средством» для ускорения родов и в то же время безвредным для матери и плода. Интересно мнение по этому вопросу проф. В. В. Строганова. В 1936 г. он писал¹: «Под ранним разрывом пузыря мы разумеем разрыв его при закрытой шейке или при открытии ее зева на 1—1½ пальца (0,5 см). При большем открытии мы рекомендуем производить ранний разрыв плодного пузыря уже несколько десятков лет назад». И дальше: «Наши наблюдения уже давно доказали, что ранний разрыв плодного пузыря ускоряет течение родов у экламптичек». Энгельман произвел ранний разрыв плодного пузыря в 300 случаях. Проф. Строганов приводит 179 таких случаев у экламптичек, в том числе у первородящих в 88,9%. В 35 из этих случаев проф. Строганов произвел разрыв плодного пузыря во время беременности при закрытой шейке, однако и в этой группе не было тяжелых послеродовых заболеваний.

Целесообразность искусственного раннего разрыва плодного пузыря начинает получать экспериментальное и клиническое обоснование.

Весьма важно мнение Шульце² о том, что самопроизвольный преждевременный разрыв плодного пузыря происходит вследствие некоординированных сокращений матки; к последующей затяжке родового акта и ведут эти некоординированные сокращения, а не преждевременный разрыв пузыря. К тем же выводам приходит Павловская из клиники проф. Фигурнова, указывая, что «одно отсутствие плодного пузыря при других нормальных условиях не вызывает удлинения родового акта, напротив, роды даже протекают быстрее». Ранний разрыв плодного пузыря является не причиной патологических родов, а только их следствием. Проф. Парсамов³ доказал хронометрически и кимографически, что ранний разрыв плодного пузыря усиливает родовую деятельность.

При каких условиях следует прибегать к раннему разрыву плодного пузыря? Большинство авторов считает, что необходимыми условиями являются: нормальный таз, фиксированная головка и наличие ясно выраженной родовой деятельности.

Относительно степени раскрытия шейки матки, при которой производится ранний разрыв плодного пузыря, различные авторы придерживаются разных мнений. Так, ван Гевен производит разрыв при раскрытии зева матки на 2 поперечных пальца, Щербина — на 1½—4, Строганов на 0—2½, Плас и Зайберт — на 0—2, Карась — на 2½—4; я прибегаю к этому способу при раскрытии шейки на 3—4 пальца.

Техника раннего разрыва плодного пузыря не одинакова у разных авторов. В клинике проф. Щербины разрыв производится в зеркалах. Проф. Парсамов рекомендует пальцевой способ. Фрайман рвет плодный пузырь пулевыми щипцами, вводимыми во влагалище под кон-

¹ Акушерство и женские болезни, № 12, 1936.

² Zbl. f. Gynaec., 1937.

³ Акушерство и женские болезни, № 12, 1939.

тролем пальца, находящегося в прямой кишке. Последний способ мы считаем небезопасным ввиду возможности травмы мягких родовых путей.

В Сумском родильном доме ранний разрыв плодного пузыря производится в зеркалах. Наш материал за 1939 г. состоит из 97 случаев вскрытия плодного пузыря на 2339 родов, что составляет 4,1%. Надо, однако, отметить, что ранний разрыв плодного пузыря применяется теперь все чаще ввиду явной эффективности этого приема для ускорения родов. У первородящих разрыв плодного пузыря произведен в 40 случаях, у повторнородящих — в 57 случаях.

До истечения 15 минут у 15 рожениц	Через 2 $\frac{1}{2}$ —3 часа у 5 рожениц
Через 16—30 минут у 16 рожениц	, 3—3 $\frac{1}{2}$, , 4 ,
, 31—45 , , 9 ,	, 4—5 часов , 2 ,
, 46 мин.—1 час 10 ,	, 5—6 $\frac{1}{2}$, , 2 ,
, 1—1 $\frac{1}{4}$ часа , 4 ,	, 8—8 $\frac{1}{2}$, , 2 ,
, 1 $\frac{1}{4}$ —1 $\frac{1}{2}$, , 12 ,	, 12 $\frac{1}{4}$, , 1 ,
, 1 $\frac{1}{2}$ —2 , , 8 ,	, 22 $\frac{1}{2}$, , 1 ,
, 2—2 $\frac{1}{2}$, , 6 ,	

Таким образом, в 32% случаев раннего разрыва плодного пузыря роды закончились через полчаса, в 51,5% случаев — через 1 час. Если из общего количества выделить 40 случаев разрыва пузыря у первородящих, то оказывается, что у них родоразрешение наступило в 22,5% случаев через 1 час, а в 57,5% — через 2 часа.

Ранний разрыв плодного пузыря производился при нормальных родах и лишь однажды был произведен при лицевом предлежании, причем в этом случае роды наступили с поразительной быстротой.

На 97 случаев было отмечено 2 мертворождения, но оба эти случая нельзя приписать разрыву плодного пузыря. В одном случае в послеродовом периоде отмечен эндометрит (роженница выписана на 19-й день), в другом — субинволюция матки и в третьем — лохиометра. У трех рожениц было одно- и двукратное повышение температуры без местных заболеваний. Все остальные роженицы выписаны здоровыми после безлихорадочного послеродового периода.

Мы так же, как и другие авторы, можем отметить, что после вскрытия плодного пузыря явно уменьшается болезненность схваток. Непосредственно после вскрытия наблюдается кратковременное ослабление родовой деятельности, которое длится от 2—3 до 15 минут, после чего схватки становятся весьма интенсивными. Ранний разрыв плодного пузыря допустим только при ясно выраженной родовой деятельности и при открытии шейки не меньше чем на 2 $\frac{1}{2}$ пальца. В тех случаях, когда эти условия не соблюдаются, иногда отмечается затяжка родового акта. У повторнородящих вскрытие плодного пузыря в зеркалах допустимо и при подвижной головке.

Выводы

1. Ранний разрыв плодного пузыря бесспорно ускоряет родовый акт за счет сокращения первого периода.

2. Ранний разрыв плодного пузыря может производиться только при условии ясно выраженной родовой деятельности и раскрытия зева не меньше чем на 2 $\frac{1}{2}$ пальца.

3. Ранний разрыв плодного пузыря, проведенный в соответствующих условиях, безвреден для матери и плода и должен войти как один из приемов в систему обезболивания родов.

Примечание редакции. Ранний разрыв плодного пузыря, который находит себе в последние годы все более широкое применение, допустим лишь в учреждении, обеспеченном постоянным дежурством врача. Во всяком случае этот метод не является общепризнанным и применение его акушерками не может быть рекомендовано, что в особенности относится к методике разрыва пузыря в зеркалах, введение которых сопряжено с риском заноса инфекции. Допускаемый автором разрыв пузыря при подвижной головке (хотя бы и у повторнородящих) требует большой осторожности.

ПЕРЕЛИВАНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ КРОВИ В АКУШЕРСТВЕ ¹

Асс. И. Ф. Панцевич

2-я акушерско-гинекологическая клиника II Ленинградского медицинского института (дир. клиники Г. М. Шполянский)

Одним из наиболее частых показаний к переливанию крови в акушерстве является кровопотеря, острая и хроническая. Тяжелой кровопотерей сопровождаются атония матки в послеродовом и послеродовом периодах, предлежание последа, преждевременная отслойка детского места, разрыв родовых путей, внематочная беременность, выкидыши и другие осложнения. При кровотечениях переливание крови производят как до, так и после операции. Ламбре считает, что оперировать больных при содержании гемоглобина ниже 35% опасно. Бумм советует производить гемотрансфузию лишь после остановки кровотечения. Проф. Малиновский тоже считает, что при неликвидированном кровотечении нельзя делать обильного переливания. Переливание крови обогащает организм жидкостью, повышает кровяное давление, улучшает работу сердца и сосудов, увеличивает окислительные процессы и пр. (Бурденко, Филатов, Юдин, Малиновский, Кеннон и др.).

В нашей клинике переливание крови до операции производится в случае небольших повторяющихся кровопотерь, а при большом кровотечении оно применяется только после остановки его. Наш материал охватывает 310 гемотрансфузий, произведенных 220 больным (сюда не вошли больные гинекологического и септического отделений). Большинство трансфузий производилось после больших кровопотерь — 1 500—2 000 см³.

Переливание крови применено: 47 раз — 24 больным при предлежании последа, 47 раз — 39 больным при атоническом кровотечении в послеродовом периоде, 1 раз — при преждевременной отслойке дет-

¹ От редакции. Статья д-ра Панцевича представляет значительный интерес, поскольку она подводит некоторые итоги практике переливания плацентарной крови на сравнительно большом материале. Особые биохимические и морфологические свойства плацентарной крови (большое количество эритроцитов, высокое содержание в них гемоглобина, значительный процент сахара, наличие адреналиноподобных веществ и т. д.) дают ей определенные преимущества по сравнению с донорской кровью. Несмотря на постановление Наркомздрава СССР и специальную инструкцию об организации в родовспомогательных учреждениях сбора, хранения и применения плацентарной крови для целей переливания, последнее далеко еще не пользуется тем вниманием, которое оно заслуживает. В особенности это относится к родильным домам, которые всегда обеспечивают плацентарной кровью, что создает для них возможность широкого ее применения, без добавочных расходов, связанных с приобретением донорской крови.

ского места, 11 раз — 5 больным после операции кесарского сечения, 6 раз — 5 больным после акушерских операций, показанием к которым была эклампсия, 4 раза — 4 больным при разрывах родовых путей, 121 раз — 85 больным в связи с кровопотерями при абортах, 53 раза — 43 больным при внематочной беременности, 7 раз — 4 больным при пневмонии, 5 раз — 3 истощенным больным, страдавшим рвотой беременных, 2 раза — 2 больным при родовом шоке и 6 раз — 5 больным при прочих заболеваниях (из них одна страдала бронхиальной астмой, а остальные 4 были послеоперационные больные).

Количество крови для одной трансфузии составляло от 80 до 350 см³, чаще — 150—170 см³. Оно определялось характером кровотечения и количеством потерянной крови. При заболеваниях, не связанных с кровопотерей, количество крови, как правило, не превышало 150 см³. На нашем материале только 12 раз применена кровь универсальной 0(I) группы, во всех остальных случаях перелита одногруппная кровь. 294 раза употреблена плацентарная кровь, 14 раз — донорская и 2 раза — трупная.

При остром малокровии к первому переливанию приступали тотчас же после остановки кровотечения, повторные трансфузии производились через 1—2 дня после первой. В зависимости от характера и течения заболевания колебалось и количество повторных переливаний; так, по 1 разу кровь перелита 170 больным, 2 раза — 28, 3 раза — 10, 4 раза и больше — 12 больным.

Общих реакций на переливание крови мы имели до 1939 г. около 17%, но за последнее время количество их снизилось до 3%. По нашим наблюдениям, на снижение общих реакций у больных значительно влияет тщательное и продолжительное мытье аппарата для переливания (вначале в проточной, а затем в дистиллированной воде), обеспечивающее освобождение трубок и каналов от остатков крови, задержавшихся при предыдущем переливании. Надо думать, что кровь, оставшаяся в аппарате хотя бы в минимальном количестве, при последующих трансфузиях как чужеродный белок вызывает реакцию организма.

Для переливания плацентарной крови мы пользуемся фракционным способом, т. е. для одного переливания берем кровь от нескольких (до 4—5) рожениц¹. Переливание производим аппаратом Тцанка, соблюдая при этом все известные предосторожности в смысле групповой принадлежности крови, ее совместимости, биологической пробы и пр.

Произведенные в нашей клинике переливания плацентарной крови при кровотечениях в родах дали хороший эффект. После введения обескровленным больным даже небольших порций крови (150—200 см³) повышалось кровяное давление, улучшался пульс, нарастало количество гемоглобина и эритроцитов, и больные становились бодрее. Большей частью мы ограничивались одним переливанием, но в случае надобности через 1—2 дня производилось повторное переливание, и больные быстро поправлялись. Исключение составили лишь совершенно безнадежные больные, которым трансфузии производились как «последнее средство» без особых шансов на успех. Сюда относятся 3 случая тяжелой эклампсии, где родовая деятельность сопровождалась значительной кровопотерей в последовом периоде. Это обстоятельство и чрезвычайно тяжелое общее состояние больных послужили основанием для применения трансфузии при эклампсии.

¹ Применяемый автором фракционный метод переливания крови является известным этапом в развитии техники трансфузии, более принят сливной метод.

Гемотрансфузию при эклампсии применяли Зайц, Патер, Билль с сомнительными, Римптон, Сандерс и другие уже с хорошими результатами. Бернгейм считает, что переливанию крови при эклампсии должно предшествовать кровопускание.

У больных с предлежанием последа повторные и частые кровопотери нередко приводят к тяжелой анемии еще во время беременности. Родовой акт у таких больных также сопровождается значительным кровотечением, что может роковым образом сказаться на состоянии рожениц. Ввиду этого при предлежании последа весьма показана борьба с малокровием в родовом периоде. Бриль при предлежании последа не делает операции без предварительного переливания крови, если кровяное давление ниже 100/60 мм, а количество эритроцитов менее 3 млн.

Из наших 24 больных с предлежанием последа у 8 произведено повторное переливание крови во время беременности. Все больные этой группы были значительно обескровлены, количество гемоглобина у них колебалось от 40 до 30 %, количество эритроцитов было ниже 3 млн. 5 больных получили по 3 переливания и 3 — по 4. После переливания количество гемоглобина поднималось до 50—64 %, а число эритроцитов увеличивалось до 4 млн. В дальнейшем все больные были разрешены оперативным путем, из них 4 — кесарским сечением, 2 — метрейризом и поворотом на ножку и 2 — вскрытием плодного пузыря. Послеродовой период протекал без особых осложнений. Остальным 16 больным при *plac. praevia* гемотрансфузии были произведены в послеродовом периоде; показанием во всех случаях было острое малокровие.

При внематочной беременности 40 больным переливание крови произведено непосредственно после операции чревосечения и только 3 больным во время операции. Повторное переливание применено у 10 больных. Показанием для всех больных этой группы было острое малокровие. Все больные поправились.

Острая анемия при нарушении недоношенной беременности также была показанием для применения переливания крови. Сюда относятся большая часть больных с неполным выкидышем в первой половине беременности. Переливанию крови предшествовало оперативное удаление частей плодного яйца. 12 больным этой группы произведены повторные трансфузии.

При некоторых заболеваниях переливание плацентарной крови применялось с расчетом на его стимулирующее действие. Так, 3 истощенным больным 5 раз перелита кровь после прерывания беременности по поводу неукротимой рвоты. Это способствовало более быстрому восстановлению сил больных; на второй же день после переливания они становились заметно бодрее, самочувствие их улучшалось, появлялся аппетит, а через несколько дней отмечалось увеличение веса. 2 больным кровь перелита по 2 раза. Все больные выписались из стационара в удовлетворительном состоянии на 6—7-й день после операции.

Послеоперационные и другие формы плевро-пневмонии мы также лечим переливанием крови¹. В данном материале плевро-пневмония была показана для переливания крови у 4 больных. У одной из них было установлено крупозное воспаление правого легкого при 9-месячной беременности. После двух переливаний через день (80 и 90 см³ крови) больная поправилась и выписалась из больницы с сохранившейся беременностью. У 1 больной была бронхо-пневмония в послеродовом периоде и у 2 — после операции кесарского сечения. Коли-

¹ См. мою статью «Лечение послеоперационных пневмоний переливанием плацентарной крови», Клиническая медицина, № 9, 1940.

чество крови для одного переливания обычно не превышало 150 см³; в случае надобности трансфузия может повторяться несколько раз, с 1—2-дневным промежутком. Следует отметить, что переливанием крови при пневмонии удается быстрее купировать воспалительный процесс, поддержать силы организма и ускорить выздоровление. Больные пневмонией после переливания крови становились заметно бодрее, нередко уже после второй трансфузии у них снижалась температура. Все больные выписались из стационара в хорошем состоянии.

Прекрасное действие оказало переливание крови в 2 случаях родового шока. Уже в момент самого переливания больные выходили из шокового состояния, общее их состояние быстро улучшалось, кровяное давление повышалось, кровообращение восстанавливалось. В дальнейшем послеродовой период протекал без осложнений.

Наконец, необходимо отметить, что мы ни разу не имели никаких тяжелых расстройств и вредных побочных явлений от переливания крови.

В ы в о д ы

1. Переливание плацентарной крови должно войти в широкий обиход в акушерских отделениях и родильных домах.

2. Для переливания можно рекомендовать оправдавший себя фракционный метод применения плацентарной крови.

3. Переливание крови с успехом может быть применено не только с субституирующей целью после кровопотери, но и как стимулирующая терапия при ряде заболеваний, встречающихся у акушерских больных, например, при плевро-пневмонии, у истощенных больных, при рвоте беременных, при родовом шоке, у послеоперационных и прочих больных.

ЭТИОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ БЕСПЛОДИЯ

Ф. С. Сироткина и д-р Ф. В. Фремп-Брохес

Воронежский областной институт ОММ (дир. И. Френкин, руковод. сектора родовспоможения — проф. А. И. Крупский)

В женскую консультацию 1-й Клинической больницы им. Плеханова за 3 года (1937—1939) обратилось по поводу бесплодия 305 женщин, из них 157 с первичным и 148 со вторичным бесплодием. По возрасту эти женщины распределяются следующим образом (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Возраст Бесплодие	20—25 лет	26—30 лет	31—35 лет	Старше 35 лет	Всего
Первичное	48	54	36	19	157
Вторичное	19	67	39	23	148

Продолжительность бесплодия представлена в табл. 2.

Наряду с основной жалобой на бесплодие большинство этих женщин указывало на расстройство менструальной функции (табл. 3).

Диагнозы заболеваний представлены в табл. 4.

Гоноррею в анамнезе отмечают 22 женщины. Связь вторичного бесплодия с предшествовавшей беременностью отражена в табл. 5.

Все прочие анализы у женщин (РОЭ, лейкоцитоз, pH влагалищного секрета, чистота флоры влагалища, выделения из уретры и шейки матки), а также исследование спермы у мужей производились в лаборатории 1-й Клинической больницы д-ром Р. В. Фремп-Брохес.

Исследование спермы у мужей произведено в 100 случаях. Сперма доставлялась в лабораторию не позже 1 часа эякуляции; в случае неполноценности спермы анализы повторялись. Результаты исследо-

Таблица 2

Возраст \ Бесплодие	2 года	3—5 лет	6—10 лет	Свыше 10 лет
Первичное	11	50	58	38
Вторичное	4	62	60	22

Таблица 3

Заболевание \ Бесплодие:	Дисменорея	Аменорея	Олигменорея	Полименорея	Меноррагия	Метроррагия	Менструальная функция в норме
Первичное	43	2	12	14	10	5	71
Вторичное	25	1	15	12	15	5	75

Таблица 4

Диагноз Бес плодие		Пороки развития		Гипоплазия матки		В том числе		Ретродевиация матки	В том числе фиксированная	Воспаление шейки и тела матки	Воспаление придатков матки	Сактосальпинкс	Разрыв шейки матки	Опухоли			Половой аппарат без изменения
						коническая шейка	гипертрофия шейки матки							фиброма матки	киста яичника	рак шейки матки	
		Первичное	1	53	13	12	22	4	20	45	7	—	3	1	1	4	
Вторичное	—	3	—	—	18	6	33	71	8	6	3	2	—	4			

вания таковы: азооспермия — в 9 случаях (9%); некроспермия — в 12 случаях (12%); олигоспермия — в 9 случаях (9%).

Детальное обследование мужчин (анамнез, специальный осмотр) произведено в консультации д-рами Е. А. Болкуновым и А. А. Елисеевым в специально выделенные дни и часы приема. Из 24 обратившихся мужчин были в возрасте 20—25 лет — 1, 26—30 лет — 6, 31—35 лет — 10, 36—40 лет — 6, старше 40 — 1. Из перенесенных заболеваний у них отмечено: гоноррея — в 8 случаях, ушиб яичка —

в 4, онанизм в анамнезе — в 5, понижение либидо — в 1, импотенция — в 1. У их жен отмечено: отсутствие либидо — в 4, понижение либидо — в 2, отсутствие оргазма — в 10 случаях.

Из 305 женщин, обратившихся по поводу бесплодия в 1-ю Клиническую больницу, 150 провели лечение под нашим наблюдением в женской консультации. Из них 68 — с первичным бесплодием и 82 — по поводу вторичного бесплодия. Срок лечения — от 2 месяцев до 2 лет.

Таблица 5

Один искусственный аборт	Несколько искусственных аборт	Роды и аборты (последний искусственный)	Самопроизвольный аборт	Роды и последний самопроизвольный аборт	Одни преждевременные роды	Одни срочные роды	Несколько срочных родов
30	15	32	12	8	12	30	9

В том числе:

Гоноррея	Гоноррея	Иод вводился в матку	Гоноррея	Гоноррея	—	Гоноррея 3 Иод вводился в матку 4
3	1	2	2	1	—	

По заболеваниям проводившие лечение распределяются следующим образом (табл. 6).

Таблица 6

Бесплодие \ Заболевание	Гипоплазия матки	Воспаление шейки и тела матки	Воспаление придатков	Сактосальпинкс	Ретрофлексия матки	Фиброматоз матки	Новый аппарат без особых изменений
Первичное	13	12	35	1	4	2	1
Вторичное	—	29	38	4	11	—	—

Результаты исследования крови на РОЭ таковы: до 10 мм — 40%, от 10 до 15 мм — 25%, выше 15 до 20 мм — 15%, выше 20 мм — 20%.

Исследование выделений из влагалища на трихомонады выявило носительниц трихомонад в 25% случаев. При исследовании выделений на чистоту влагалищной флоры оказалось: чистота I степени — 21%, II степени — 70%, III степени — 9%. Исследование влагалищного секрета на pH дало следующие результаты: pH до 4 — 43% случаев, от 4 до 5 — 55%, выше 5 до 5,5 — 2%.

Таблица 7

Физиотерапия (ионотерапия, соллюкс, диатермия)	Физиотерапия + массаж	Физиотерапия + прижигание шейного канала	Физиотерапия + гормонотерапия	Физиотерапия с последующим курортным грязевым лечением
54	21	41	18	16

В выделениях из шейки матки найдено лейкоцитов: до 10 в поле зрения — в 50 % случаев, 10—15 — в 15,6 %, 15—25 — в 9,4 %, 25—40 — в 12,5 %, 40—60 — в 6,3 %, 60—80 — в 3,3 %, 100 и более — в 2,5 % случаев.

Виды примененного лечения указаны в табл. 7.

Из физиотерапевтических процедур чаще всего применялся ионтофорез с KJ и красный соллюкс; затем, при благоприятной РОЭ (ниже 20 мм), переходили на диатермию. В случаях эндоцервицита применялись влагалищный ионтофорез с ихтиолом (через день) и прижигание шейного канала 5 % ляписом (через день). При ретрофлексированной матке и гипоплазии массаж комбинировался с физиотерапией и гормонотерапией (инъекции фолликулина).

Больным с повышенной кислотностью влагалищного секрета назначались домашние щелочные спринцевания. Продувание труб произведено у 30 больных, из них у 13 при отрицательном результате на проходимость обеих труб и у 1 — при односторонней проходимости. Кроме того, всем бесплодным рекомендовалось употребление пищи, богатой витаминами.

В результате проведенного лечения беременность наступила у 23 женщин: у 12 — при первичном и у 11 — при вторичном бесплодии. Если принять во внимание, что в число 150 женщин, получивших консервативное лечение, вошли и 30 женщин, мужья которых страдали вышеупомянутой *impotentia generandi*, то процент эффективности лечения составит 19,1 (23 случая на 120).

Из 12 женщин с первичным бесплодием, у которых после лечения наступила беременность, в возрасте до 25 лет были 6, от 25 до 30 лет — 3, от 31 до 35 лет — 1, старше 35 лет — 2. Продолжительность бесплодия в 2 случаях — 2 года, в 3 случаях — 3, в 5 — от 5 до 10 лет и в 2 — более 10 лет. В первом браке состояли — 17 женщин, во втором — 1. Диагноз у женщин, забеременевших после лечения: воспалительные заболевания — в 7 случаях (из них эндоцервицит — в 3), инфантилизм матки — в 3 случаях (из них эндоцервицит — в 2), фиброматоз — в 1 случае, половой аппарат без изменений — в 1 случае (в первом браке 6 лет). У 1 женщины в анамнезе была отмечена гоноррея (бесплодие 12 лет).

При вторичном бесплодии беременность наступила у 11 больных. Возраст: от 25 до 30 лет — 7, от 31 до 35 лет — 4. Срок бесплодия: 3 года — 5 случаев, от 5 до 10 лет — 5, свыше 10 лет — 1 случай. В первом браке состояли 8 женщин, во втором — 3.

Диагноз: воспалительные заболевания — у 10 (из них эндоцервицит — у 4, односторонний сактосальпинкс — у 3), ретрофлексия матки — у 1, гоноррея в анамнезе — у 1 женщины.

Из 23 забеременевших женщин у 3 наступила внематочная беременность (из них у 2 — после продувания труб) и у 20 — нормальная маточная беременность (у 2 — после продувания труб). Из 20 случаев маточной беременности в 1 случае произошел самопроизвольный выкидыш, в 2 случаях роды были преждевременными, в 15 — роды срочные, и 2 женщины беременны в настоящее время.

Кроме 150 женщин, которые подверглись консервативному лечению, 16 были направлены на операцию. Операции заключались в удалении кист и миоматозных узлов, вентрофиксации, операции Estes и пр. Беременность наступила только у одной после вентрофиксации матки. У этой женщины первичное бесплодие продолжалось 10 лет, она состояла в первом браке, диагноз — ретрофлексия матки. В консультации лечение проводилось массажем и физиотерапией, произведено продувание труб, беременность наступила через 6 месяцев после операции.

Выводы

1. Из 100 случаев исследования спермы найдено 30 случаев (30%) *impotentia generandi*, что указывает на необходимость более тщательного обследования и лечения мужей в бесплодных браках.
2. Наиболее частой причиной женского бесплодия в наших случаях являются воспалительные заболевания, обусловленные в 12% случаев гонорреей.
3. Во вторичном бесплодии наиболее важную роль играет искусственный (53%) и самопроизвольный (13,5%) аборт. Необходимо профилактику бесплодия направить по линии борьбы с абортами.
4. Физиотерапия является необходимым ингредиентом лечения бесплодия; в условиях женской консультации она была эффективна в 19,1% случаев.
5. Перенесенная гоноррея, так же как и длительные сроки бесплодия, при тщательном лечении не исключают возможности наступления беременности (4 случая наступления беременности при бесплодии свыше 10 лет).

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В КРЫМУ ЗА 1939 г.

Инспектор-методист Наркомздрава
Крымской АССР канд. мед. наук *К. М. Эпштейн*

Начавшийся в связи с декретом от 27.VI.1936 рост родильных коек в Крыму продолжался и в 1939 г., но уже за счет расширения сельской сети. На 1.I.1940 мы имели 1172 родильных койки вместо 1019, зарегистрированных в 1938 г. Эти 1172 койки распределяются между 6 городами (Симферополь, Севастополь, Керчь, Феодосия, Евпатория и Ялта) и 26 районами. В городах мы имеем 7 родильных домов и 6 родильных отделений в больницах, всего 570 коек, а в районах — 602 койки, из них 250 — в 19 родильных отделениях больниц, 62 — в сельских родильных домах, 98 — в 20 больницах и 184 — в 57 колхозных родильных домах.

Обеспечение родильными койками городского и сельского населения в 1939 г. составляло 1 на тысячу. В 1938 г., по данным кафедры социальной гигиены Крымского медицинского института, число родильных коек по городам равнялось 1,2, а в сельских местностях — 0,5 на тысячу. При этом использование родильной сети недостаточно как в городах (88%), так особенно в районах (58%), считая за норму в городах 330, а в районах 300 рабочих дней в году на койку.

Если же сравнить показатели занятости родильной койкой в 1937, 1938 и 1939 гг., то мы получим следующие соотношения (табл. 1).

Таблица 1. Занятость родильной койки в днях за год

1937 г.			1938 г.			1939 г.		
город	село	среднее по всему Крыму	город	село	среднее по всему Крыму	город	село	среднее по всему Крыму
287,2	208,4	265,5	272,2	198,5	230,8	287,0	173,0	230

Нагрузка родильной койки остается в среднем на уровне 1938 г.

Мы считаем, что недогрузка родовспомогательных учреждений происходит в основном за счет нерационального использования акушерско-гинекологического отделения. Например, в Симферополе до последнего времени аборт по медицинским показаниям и поздние (до 7 месяцев) аборт производились в гинекологическом отделении, которое поэтому было перегружено, в то время как наблюдательное отделение родильного дома на 20 коек работало весь год с большой недогрузкой.

Последнее распоряжение Наркомздрава РСФСР внесло ясность в этот вопрос, указав, что родильные койки могут быть использованы для гинекологических больных, требующих оперативного лечения, и для абортов по медицинским показаниям. Учтя эти возможности, необходимо соответственно перестроить работу гинекологических отделений и родильных учреждений. Это диктуется жизненными интересами, так как из-за перегрузки гинекологических отделений приходится принимать больных с запозданием и рано выписывать их. Точно установить средний срок пребывания роженицы на койке по статистическим отчетам за 1939 г. нам не удалось, так как в отчетах по всем родовспомогательным учреждениям Крыма не выделены койко-дни, относящиеся только к роженицам. Если исходить из общего количества койко-дней (269 686, в том числе 164 071 по городам и 105 615 по районам) и общего числа родов (17 349 в городах и 15 941 в районах), то средний срок пребывания женщины на родильной койке составит 9,4 дня в городах и 6,6 дня в районах.

Т а б л и ц а 2. Средний срок пребывания роженицы в родовспомогательном учреждении (число койко-дней)

1937 г.			1938 г.			1939 г.		
город	село	среднее	город	село	среднее	город	село	среднее
6,3	6,1	6,3	7,7	6,6	7,5	9,4	6,6	8,1

Как видно из табл. 2, длительность пребывания женщин в городских родильных учреждениях растет с каждым годом, а в сельских местностях остается стабильной. Правда, и в 1939 г. средний срок пребывания на родильной койке явно недостаточен и отстает от установленной нормы (около 10 дней), тем более что в общее число койко-дней входят и случаи патологических родов, и температурающие роженицы, которые находятся в лечебных учреждениях больше времени, чем роженицы с нормальными родами. Цифры, приведенные в табл. 2, явно свидетельствуют о ранней выписке рожениц, особенно в сельских местностях.

Меньшая оборачиваемость родильной койки в 1939 г. (табл. 3) вы-

Т а б л и ц а 3. Оборачиваемость родильной койки

1937 г.			1938 г.			1939 г.		
город	село	среднее	город	село	среднее	город	село	среднее
41,5	33,8	41,5	35	30,2	33,6	30,4	25,8	28

текает из более длительного пребывания рожениц в родильных домах.

Для характеристики качества работы наших родовспомогательных учреждений мы имеем два показателя: 1) материнскую смертность и 2) мертворождаемость и смертность новорожденных. Смертность матерей в городах составляет 0,16%, а в районах — 0,09%. Мертворождаемость и смертность детей, вместе взятые, в родильных учреждениях держатся на следующем уровне: в городах — 3,7% и в сельских местностях — 3,4%. Несмотря на то, что показатели смертности новорожденных в наших родильных домах лучше средних показателей по литературным данным, мы все же не можем их считать удовлетворительными. Смертность новорожденных может и должна быть значительно снижена за счет улучшения ухода за преждевременно родившимися детьми.

Процент обезболивания родов в 1939 г. составляет 33 по городам и всего 7,3 по районам. Из городов самый высокий процент дает Керчь (41), наименьший — Евпатория (25). Эти цифры свидетельствуют о совершенно недостаточной работе по обезболиванию родов. Более того, сравнение их с данными за 1938 г. показывает, что процент обезболивания родов в родовспомогательных учреждениях Крыма падает и в сельских местностях, и (в меньшей степени) в городах (табл. 4). На это обстоятельство следует обратить внимание

Таблица 4. Процент обезболивания родов

1938 г.			1939 г.		
город	село	среднее	город	село	среднее
34,5	16,1	29,7	30,3	7,3	21

родовспомогательных учреждений и добиться по крайней мере в городах гораздо большего применения обезболиванию родов, что вполне осуществимо.

Процент кальметтизации детей в городах равен 60, а по районам — 7; из городов наибольший процент кальметтизации дает Симферополь (70), наименьший — Евпатория (23) и Керчь (25). Попутно отметим, что в отчетах следует указывать количество детей, которым кальметтизация противопоказана. За исключением подобных случаев, прививки должны получить большее распространение, чем это имело место до сих пор. Перебои в снабжении вакциной необходимо ликвидировать.

Переливание крови — это серьезное терапевтическое средство при кровопотерях, к сожалению еще слишком мало используется нашими родовспомогательными учреждениями: в городах было всего лишь 57 случаев переливания крови, а в районах — совсем ничтожное количество.

Из всего изложенного можно сделать следующие выводы:

1) коечная сеть Крыма может охватить родильной помощью почти полностью все население;

2) родильная сеть в городах и районах Крыма используется недостаточно; необходимо провести реорганизацию в смысле приема в родильные учреждения и гинекологических больных, требующих хирургического лечения;

3) родовспомогательные учреждения должны принять все меры к тому, чтобы шире использовать переливание крови в борьбе с заболеваемостью рожениц.

КОЛХОЗНЫЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ НА ВСЕСОЮЗНОЙ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ ВЫСТАВКЕ

Н. Е. Гранат

На территории Всесоюзной сельскохозяйственной выставки в участке, где сконцентрирован показ всех культурных учреждений колхоза (ясли, школа, клуб и т. д.), имеется павильон «Колхозный родильный дом». Павильон построен в 1940 г., в нем осуществлен проект родильного дома на три кровати, рекомендованный Народным комиссариатом здравоохранения Союза ССР. В качестве экспоната в павильоне демонстрировалась работа колхозного родильного дома села Клишки Шосткинского района Сумской области (УССР).

Клишковский родильный дом, открытый около 4 лет назад, является одним из лучших колхозных родильных домов на Украине и в течение последних двух лет имеет переходящее красное знамя ЦК Союза медико-санитарных работников Наркомздрава УССР. Деятельность его была представлена в виде большого фото-стенда (установленного в приемной павильона), изображавшего различные помещения родильного дома и наиболее важные моменты его работы. В плакатах, таблицах, альбомах и журналах был показан план здания, количество продуктов, доставляемых колхозами родильному дому, и подлинная документация, медицинская и хозяйственная: основной журнал родильного дома, тетради учета беременных, патронажных обследований, подлинные истории родов, тетрадь инвентаризации и пр.

Другим альбомом демонстрировался Высокоукраинский колхозный родильный дом Житомирской области.

В качестве экскурсоводов павильона работали заведующие названных родильных домов — акушерки Сияльская и Тараненко. За 5 месяцев павильон посетило 4 400 групп экскурсантов общей численностью в 59 000 человек, из них 4 130 групп колхозников и 270 групп работников земельных органов, политпросветработников, домохозяек, железнодорожников и др. Помимо этого, через павильон прошло 214 000 отдельных посетителей, а всего 273 000 человек.

Задача работников, обслуживавших павильон, заключалась в популяризации колхозных родильных домов, в передаче опыта лучших из них и в проведении массовой санитарно-просветительной работы. После небольшого вступления, в котором каждой группе давались краткие сведения о состоянии родильной помощи на селе и о развитии колхозных родильных домов, показывался стенд Клишковского колхозного родильного дома. При этом экскурсовод останавливался на достижениях этого родильного дома, которые и послужили основанием для его демонстрации на Всесоюзной сельскохозяйственной выставке. В успехе такого показа большое значение имело то обстоятельство, что заведующая демонстрируемым родильным домом непосредственно давала пояснения посетителям. Ее присутствие всегда повышало интерес экскурсантов, оживляло беседу с ними, вызывало много вопросов.

Заканчивая показ стенда, экскурсовод узнавал у экскурсантов, имеется ли в их колхозе родильный дом, как обеспечены их колхозницы родильной помощью. Это давало возможность завязать с посетителями живую беседу. Они обращались к экскурсоводу с многочисленными вопросами, из которых наиболее часто задаваемые и наиболее интересные отмечались экскурсоводом в рабочем блокноте. Таким путем выяснялось, что больше всего интересует посетителей, и это учитывалось в дальнейших беседах. Всего за указанный период было записано около 370 вопросов, из которых 50% относится к ор-

ганизации родильных домов, 30% — к медицинскому обслуживанию рожениц и новорожденных и 20% — к остальным разделам работы родильного дома.

Показывая комнаты павильона «Колхозный родильный дом», экскурсовод попутно вел и общую санитарно-просветительную работу. Так, в «смотровой-душевой» он говорил о значении чистоты для беременной и роженицы, объяснял, почему беременной необходимо находиться под наблюдением врача или акушерки; в послеродовой палате рассказывал, как роженица должна вести себя дома по возвращении из родильного дома и т. д.

Выявленные во время беседы у стенда недостатки в постановке родильной помощи на местах обязывали экскурсовода более подробно останавливаться на соответствующих разделах показа. Таким образом, в ответ на вопрос или свой рассказ экскурсант получал тут же конкретный совет. В некоторых случаях посетителям давалась более подробная консультация по окончании показа всего павильона.

Иногда вопросы посетителей носили сугубо специальный характер, так как, кроме колхозников, павильон посещали и специалисты. Так, например, архитекторы и строители интересовались принципами планировки, директора и преподаватели акушерских школ — методическими пособиями по организации колхозных родильных домов и т. д. В таких случаях специальный консультант павильона (врач) снабжал посетителей нужными адресами, списком рекомендуемой литературы и т. д. Некоторым посетителям при содействии Института санитарного просвещения посылались дополнительно почтой литература и ответы на вопросы. Павильон принимал от посетителей заказы на типовые проекты зданий родильных домов и передавал их в Наркомздрав СССР. В тех случаях, когда по ходу экскурсии выяснялось, что на местах имеются крупные дефекты в работе родильных домов, об этом ставилось в известность управление родильными домами Наркомздрава СССР.

При показе павильона посетители нередко высказывали те или иные пожелания или делали критические замечания по поводу здания павильона и его оформления. Часть из них была учтена в работе павильона, а другие должны быть реализованы в 1941 г.

Очень важно было при показе павильона не придерживаться одного шаблонного подхода ко всем посетителям и особенно к групповым посетителям. Обычно экскурсоводы с самого начала выявляли состав группы экскурсантов и в зависимости от этого по-разному вели показ павильона: так, с группой колхозников, не имеющих у себя родильного дома, но нуждающихся в нем, больше всего говорилось о значении организации родильного дома, о стоимости его содержания; с экскурсантами из колхозов, имеющих родильный дом, — о его состоянии, о способах улучшения работы и т. д. Работникам земельных органов указывалось на их роль в организации родильных домов, на помощь, которую они могут оказать колхозам, включая расходы на содержание родильного дома в годовую смету колхоза. При посещении павильона группами, состоявшими из редакторов и других работников районных газет, обращалось внимание на роль районной прессы в развитии колхозных родильных домов и в освещении вопросов родовспоможения на селе. Особого подхода требовали, конечно, группы экскурсантов из новых областей и республик.

Специальная работа была проведена с медицинскими работниками сельских местностей: акушерками, врачами, организаторами здравоохранения. С ними, особенно с группами организаторов и молодыми

врачами, уезжающими на периферию после окончания медицинского вуза, приходилось проводить длительные занятия, так как выяснилось, что многие из них имеют самое отдаленное представление о такой форме родовспоможения, как колхозный родильный дом. По-видимому, вопросы организации здравоохранения не получили еще должного отражения ни в системе теоретического преподавания в вузе, ни в планах практической работы студентов в районах в летний сезон.

Экскурсоводы проводили также работу и вне павильона: при помощи консультанта они поместили в нескольких газетах, популярных журналах общего характера и медицинской прессе ряд статей, освещающих деятельность павильона или демонстрируемых в нем родильных домов. Такая форма работы имела двоякое значение: с одной стороны, она являлась прямым продолжением выполнения задач павильона, а с другой, — заставляла экскурсовода работать над собой, повышать свои знания и делала его работу более содержательной и квалифицированной.

Из работавших экскурсоводов в 1940 г. следует выделить акушерку Клишковского родильного дома Е. Г. Сняльскую, проявившую исключительную добросовестность, преданность и знание дела, пользующуюся большой популярностью среди населения села Клишки.

Оценкой работы павильона «Колхозный родильный дом» в 1940 г. могут служить отзывы посетителей, занесенные ими в «книгу отзывов и предложений». Всего за 5 месяцев накопилось 340 записей, в том числе 208 записей отдельных посетителей и 132 — разных групп экскурсантов (колхозников, медицинских работников, районных работников и др.). Все записи отмечают исключительную заботу партии и правительства о матери и ребенке и вместе с тем дают хорошую оценку павильону. Приводим несколько примеров:

«Колхозный родильный дом» оборудован хорошо, что свидетельствует о той великой заботе партии и правительства, которой окружена женщина-мать и ребенок. Приложим все усилия, дабы у нас, в западных областях БССР, женщины-мать и ребенок могли быть обеспечены в родильных домах так, как это есть в восточных областях».

Председатель Волковычского сельсовета

«Роддом произвел на нас неизгладимое впечатление. По приезде домой расскажем своим соседкам по деревне и постараемся и у себя устроить такой же родильный дом».

Колхозницы колхоза «Путь Ленина» Ефимова и Александрова

«Колхозный родильный дом на ВСХВ производит самое хорошее впечатление. Я обследовал много колхозных родильных домов, сам работал в сельской медицинской сети и могу сказать, что осмотренный мною родильный дом поражает продуманностью всех деталей и показывает блестящее знание дела его организаторами. Особенно ценно то, что бывшая со мною моя ученица, выпускница акушерской школы тов. Минаева А. И., после осмотра родильного дома сказала: «Обязательно поеду работать на периферию».

Врач Якобс

«Мы, политпросветработники Винницкой области, осмотрев родильный дом, вынесли очень хорошее впечатление. По приезде на место работы постараемся внедрить все то, что видели и слышали».

«Колхозный родильный дом произвел на меня хорошее впечатление. Акушерка тов. Сняльская — действительно советская акушерка, любящая свою работу. Нельзя не отметить, что ее родильный дом можно брать как пример всем колхозным родильным домам. Только у нас, в Советском Союзе, — такое внимание родильницам и только у нас — такие медицинские работники, как акушерка Сняльская. Спасибо за то внимание, которое оказано мне в родильном доме».

Запись врача Алтайского края от 6.IV.1940

«Посетив колхозный родильный дом, остались исключительно довольны экскурсоводом т. Тараненко. Чувствуется, что роженицы в родильном доме при таких кадрах, как т. Тараненко, будут иметь правильный уход и заботу. Будем прилагать все силы к тому, чтобы в нашей области были такие же колхозные родильные дома».

Запись группы агрономов Гомельской области от 8.VII.1940

«Побывав на ВСХВ, впервые познакомились с колхозным родильным домом. Это для нас, окончивших в этом году медицинский вуз, будет очень ценно в нашей практической работе на периферии».

Запись группы врачей от 8.VII.1940

Подавляющее большинство письменных и устных предложений касается планировки здания павильона, поскольку он является одновременно и проектом родильного дома. Остальные предложения затрагивают вопросы оформления павильона и улучшения его оборудования.

На основе замечаний и предложений посетителей, а также личного опыта всего обслуживающего персонала павильона выдвинут ряд задач, которые должны быть осуществлены при подготовке павильона «Колхозный родильный дом» к Всесоюзной сельскохозяйственной выставке 1941 г.

Опыт работы павильона «Колхозный родильный дом» на сельскохозяйственной выставке показал, что сельское население проявляет большой интерес к вопросам обеспечения колхозниц квалифицированной медицинской помощью при родах. Такая заинтересованность самого населения указывает на необходимость и возможность дальнейшего развития колхозных родильных домов.

Успех этого мероприятия зависит во многом от широкой популяризации колхозных родильных домов среди населения. Ознакомление последнего со значением колхозного родильного дома, порядком его организации, стоимостью содержания и т. д. должно стать повседневной работой районных органов здравоохранения и работников сельских медицинских участков.

Большую роль в развитии новых колхозных родильных домов и улучшении состояния существующих сможет сыграть подготовка и выбор экспоната на сельскохозяйственной выставке в 1941 г. Необходимо развернуть среди колхозных родильных домов социалистическое соревнование на право быть участником выставки в 1941 г. Необходимо вовлечь в это дело районные органы здравоохранения, участковых врачей и самих акушеров, а также земельные органы и правления колхозов.

◆ Научно-исследовательские институты (Ленинградский педиатрический, Днепропетровский институт охматдета) проявили достойную инициативу. Они организовали «Университеты для матерей», где матери имеют возможность ознакомиться с анатомо-физиологическими особенностями детей раннего возраста, с правилами вскармливания и ухода за ребенком, с профилактикой и лечением детских желудочно-кишечных и инфекционных заболеваний и т. д. Опыт организации университетов для матерей блестяще себя оправдал, о чем свидетельствуют многочисленные, полные благодарности отзывы слушательниц. Матери, окончившие университеты для матерей, участвуют в работе советов содействия консультациям и в активе местных здравоохранителей.

Управление детских лечебных и профилактических учреждений Наркомздрава СССР широко рекомендует всем институтам ОММ использовать эту форму санитарно-просветительной работы с населением.

◆ 22.XII.1940 в Музее охраны материнства и младенчества в Москве состоялась конференция воспитательниц патронируемых детей-сирот. В качестве делегатов на конференцию были направлены лучшие воспитательницы из всех районов Москвы и Московской области. В конференции принимали участие патронажные сестры, заведующие социально-правовыми кабинетами, инспектора многих районных отделов здравоохранения, врачи детских консультаций. Всего присутствовало свыше 100 человек.

Из всех областей РСФСР патронат детей больше всего развит в Московской области, главным образом в сельских районах, где в 1940 г. воспитывалось около 600 детей. Незадолго до конференции Московский областной отдел здравоохранения провел обследование патронируемых детей на дому.

В своих докладах на конференции представители Мособлздравотдела и Института оздоровления раннего детства сообщили, что, судя по неоднократным обследованиям, все патронируемые дети, за редкими исключениями, живут в хороших условиях. Воспитательницы относятся к ним с большой заботливостью и любовью. Заболеваемость среди детей очень незначительна. В 1940 г. по отдельным районам от 60 до 80% патронируемых детей было усыновлено. Возвращение патронируемых детей в детские дома стало редким явлением. Воспитательницы подробно и красочно рассказывали о том, как живут их маленькие воспитанники и как много радости вносит их появление в семьи, которые берут детей на патронат. Выступавшие делегаты заявляли, что дети, переданные им на патронат, стали как бы их родными детьми и что они навсегда останутся равноправными членами семьи.

Конференция вынесла решение всемерно содействовать подысканию новых семей, желающих принять на патронат детей-сирот из домов младенца.

◆ 25.XII.1940 в Центральном педиатрическом институте Наркомздрава СССР была организована конференция патронажных сестер трех детских консультаций Молотовского района Москвы.

В конференции приняли участие зам. наркома здравоохранения СССР Н. М. Казанцева и ряд других ответственных работников наркомата, горздравотдела и райздравот.

Конференция прошла с большим подъемом. Присутствовало более 150 человек сестер и врачей Молотовского района и, кроме того, работники других районов.

Цель конференции — обмен опытом работы патронажных сестер. Повестка конференции была составлена таким образом, что работа патронажной сестры была освещена со всех сторон, начиная с задачи патронажа и этапов его развития в Советском Союзе и кончая всеми методами и формами работы патронажной сестры в семье.

Сестры Чистосердова, Белевич, Ремизова и старшая сестра консультации института № 28 Е. С. Цоппи в своих докладах рассказали, как они проводят предродовой патронаж беременной, новорожденного ребенка, здорового грудного ребенка, ознакомили слушателей с формами санитарно-просветительной работы в семье; особое внимание в докладах уделялось уходу за недоношенным ребенком и созданию в семье необходимой обстановки для ухода за больным ребенком.

Выступление в прениях сестры детской консультации института Изоргиной было посвящено вопросу организации полного охвата беременных и новорожденных ранним патронажем и проведению учета этого патронажа. Белевич, Ильшенко, Малкина рассказали, каким трудом пришлось им, молодым сестрам, завоевать авторитет у матерей; вначале они не хотели идти на патронажную работу, но старшая сестра Цоппи, педагог Эйгес и работник социально-правового

кабинета Зильперт, проводя с ними ежедневно занятия, очень заинтересовали их этой работой, и теперь сестры получают от нее большое удовлетворение.

Тов. Цоппи на основе своего опыта призвала всех старших сестер консультаций вести систематическую воспитательную работу с молодыми кадрами.

Педагог консультации института Эйгес особенно подчеркнула перед аудиторией чрезвычайную важность внедрения в быт семьи правильных навыков по воспитанию ребенка и обратила внимание патронажных сестер на то, что они сами должны овладеть этими знаниями.

Сестра Морозова из яслей № 73 остановилась на вопросе о роли патронажной сестры в борьбе с ранним прикормом грудных детей: она рассказала, как персонал их яслей ведет упорную работу с матерями по сцеживанию ими грудного молока и как это хорошо удается: дети, поступившие в ясли в возрасте полутора-двух месяцев и состоящие на искусственном кормлении, вскоре свободно обходятся без него, получая достаточное количество сцеженного материнского молока.

Конференция была хорошо подготовлена: была организована небольшая выставка, состоявшая из диаграмм по перестройке работы детских консультаций Молотовского района, литературы и плакатов, которые должны явиться пособием для патронажных сестер в их работе.

В заключение был показан фильм «Уход за грудным ребенком в семье».

Все присутствовавшие признали работу конференции очень значительной и приняли решение собирать конференции сестер не реже одного раза в три месяца.

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ¹

Вопрос. Какова продолжительность рабочего дня инструктора-педагога в яслях?

Ответ. Согласно Указу Президиума Верховного Совета СССР от 26.VI.1940 в соответствии с постановлением СНК СССР от 29.IV.1939 за № 584 продолжительность рабочего дня ясельного инструктора-педагога равна 6 часам.

Вопрос. Как тарифицируется медицинская сестра, заведующая городскими яслями, в тех случаях, когда ясли работают в две смены?

Ответ. Ставки заработной платы заведующей городскими яслями, имеющей среднее медицинское образование, установлены п. 12 раздела I перечня категории медицинских работников в постановлении СНК СССР от 8.V.1939 за № 637, а именно: при числе детей в яслях до 60—300 руб. в месяц, при числе детей свыше 60 до 100—325 руб. и при числе детей свыше 100—350 руб. в месяц.

В соответствии с § 3 указанного постановления СНК СССР от 8.V.1939 заведующая яслями, работающими в две смены, получает прибавку в 15% к основному окладу заработной платы.

Вопрос. Каков порядок направления на работу беременной женщины по окончании ею средней медицинской школы?

Ответ. В постановлении Наркомтруда СССР от 16.I.1931 за № 14 (Известия Наркомтруда, № 3, 1931) установлено, что беременные женщины, начиная с 5-го месяца беременности, и женщины, имеющие детей до 1 года, по окончании высшего или среднего специального учебного заведения направляются на работу в том же городе, где находится вуз или средняя специальная школа, которую они окончили. Однако по окончании этого льготного срока они могут быть сняты с занимаемой должности и назначены на работу в отъезд на общих основаниях.

Вопрос. Применяется ли Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26.VI.1940 в части ответственности за самовольный уход с предприятия или из учреждения по отношению к женщинам, имеющим малолетних детей?

Ответ. В циркулярном письме Наркомюста РСФСР от 12.X.1940 за № 81 УСО дано следующее указание всем судебным органам: во всех случаях, когда женщины, имеющие малолетних детей, объясняют свой самовольный уход с производства невозможностью оставить детей, следует тщательно проверить правильность такого заявления. В случае, если привлеченная к ответственности женщина была лишена возможности поместить малолетних детей в ясли вследствие отказа ей в этом и не имеет возможности оставить детей дома по семейным условиям, причину оставления ею работы следует считать уважительной. В противном случае следует применять часть 1 статьи 5 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 26.VI.1940.

Вопрос. Из какого расчета должны быть выплачены суточные инструктору по охране материнства и младенчества, выезжавшему на 2 дня из районного центра в колхозы?

Ответ. В соответствии с указаниями, содержащимися в § 3 циркуляра Наркомфина СССР от 16.IX.1940 за № 699/239, при командировках в сельские местности на срок менее 2 суток суточные не выплачиваются.

¹ Консультацию ведет доц. И. Я. Бычков.

«Утверждаю»
Зам. народного комиссара
здравоохранения СССР
М. К а з а н ц е в а
14.XII.1940

ИНСТРУКЦИЯ ПО БОРЬБЕ С ГРИППОМ В ДЕТСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Грипп является инфекционным заболеванием и представляет большую опасность для детей, особенно раннего возраста.

2. Грипп вызывает у некоторых детей раннего возраста ряд осложнений (пневмонии, отиты, пиелиты), нередко с длительным и тяжелым течением.

3. Главным источником гриппозной инфекции является больной гриппом. Основным путем распространения инфекции надо считать: разбрызгивание гриппозным больным капелек слюны и слизи при кашле и чихании, руки, носовые платки и плохо вымытая посуда гриппозного больного.

4. Мероприятия по борьбе с гриппом в детских лечпрофучреждениях должны быть направлены:

а) на укрепление организма ребенка — повышение его сопротивляемости к борьбе с инфекцией;

б) на предупреждение заноса и распространения гриппозной инфекции в детских учреждениях.

Примечание. Работники, больные гриппом или ангиной, к уходу за детьми не допускаются. При насморке надевают марлевые респираторы (повязки, маски). Также надевает маску мать, кормящая грудью ребенка, если у нее имеется насморк.

1. МЕРОПРИЯТИЯ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ОРГАНИЗМА РЕБЕНКА

1. Организация правильного вскармливания детей раннего возраста. Обеспечение детей первого года жизни грудным молоком (кормление грудью или сцеженным грудным молоком). Прикорм с 5—6 месяцев в зависимости от состояния ребенка, а более раннее введение — только по указанию врача. Полноценная пища при смешанном искусственном вскармливании и после отнятия от груди. Правильный подбор пищи как по составу, так и по калорийности. Дача витаминов в достаточном количестве.

2. Правильное и достаточное пользование воздухом, светом и водными процедурами. В летнее время вся жизнь детей должна проводиться по возможности на открытом воздухе. Зимой, в зависимости от общего состояния ребенка и от температуры воздуха (не ниже 10—12°), должны обязательно проводиться ежедневные прогулки в защищенном от ветра месте. Сон детей на балконах, на верандах и в комнатах при открытых окнах (фрамугах) проводить в соответствующей одежде.

3. Большое внимание должно быть обращено на мероприятия против перегревания и охлаждения ребенка. Дети должны быть одеты соответственно сезону, особенно осенью и зимой.

В помещении яслей должна поддерживаться ровная температура в пределах 20—22° для грудной группы и 18—20° для старшей группы.

4. Дети, часто болеющие гриппом, должны быть выделены для особого наблюдения с выявлением причин, способствующих заболеванию гриппом как в яслях, так и на дому. Такие дети нуждаются в применении к ним индивидуальных мероприятий (диететический режим, уход за носоглоткой, своевременное лечение носоглотки по назначению врача, более длительное пребывание на воздухе и т. д.).

5. В целях профилактики гриппа следует широко пользоваться в детских лечебно-профилактических учреждениях облучением детей ртутно-кварцевой лампой.

6. В детских садах, школах, детдомах должны широко использоваться все оздоровительные мероприятия, укрепляющие организм ребенка (организация оздоровительных площадок, вывоз в летнее время за город, физкультура, широкое пользование свежим воздухом).

II. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЗАНОСА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГРИППА В ЯСЛЯХ И ДОМАХ МЛАДЕНЦА

1. Дети, поступающие в ясли, перед приемом в группу ежедневно осматриваются врачом или старшей сестрой. В случае выявления на приеме ребенка, больного гриппом или подозрительного, он в группу не допускается, а помещается в изолятор, в крайнем случае отправляется домой. Больных детей до их выздоровления обслуживает на дому ясельный или участковый врач детской консультации.

2. В яслях и домах младенца всех подозрительных по гриппу детей с насморком и кашлем необходимо изолировать от здоровых детей путем перенесения боксов, ширм, частичного использования подсобных помещений (приемных, игралок) и не выкладывать детей, подозрительных по гриппу, в общий манеж.

3. В яслях, домах младенца усилить контроль за индивидуальным использованием как предметов ухода за ребенком, так и игрушек.

4. В сменных яслях установить перерыв не менее получаса между сменами для производства уборки и проветривания помещения.

5. Помещения, в которых находились дети, больные гриппом, надо вымыть раствором хлорной извести (20,0 на ведро воды), закрыть их на 2 часа, после чего проветрить.

6. Белье от больных гриппом детей следует замочить в 1% растворе хлораминина или в 3—5% растворе лизола, после чего выстирать (с последующим кипячением) и прогладить.

7. Помещение яслей должно обязательно проветриваться несколько раз в день: до приема детей, во время сна или прогулки и после выдачи детей домой.

8. Во всех помещениях яслей надо ежедневно проводить влажную уборку. Полы мыть ежедневно и не реже двух раз в день подметать щеткой, обернутой влажной тряпкой. Подоконники, отопительные батареи, печи, мебель — ежедневно протирать влажной тряпкой. Мебель полированную или лакированную протирать тряпкой, увлажненной маслом.

Кровати детей должны ежедневно протираться влажной тряпкой и не реже 3 раз в месяц мыться с мылом.

Проветривание матрацев и выколачивание ковров должно проводиться в обязательном порядке ежедневно.

Каждую неделю должна проводиться тщательная уборка помещения и мебели (обметание потолков, мытье панелей и дверей).

9. Не реже одного раза в год следует проводить побелку всех помещений яслей.

Примечание. В случае массового заболевания гриппом в одной из групп необходимо произвести побелку помещения этой группы.

10. Мытье посуды надо производить путем кипячения или ошпаривания кипятком с последующим высушиванием в духовке.

11. Ежедневно после ухода детей необходимо проводить дезинфекцию игрушек: резиновые — кипятить, мягкие игрушки выколачивать и проветривать; целлулоидные, деревянные, костяные и металлические игрушки мыть с мылом.

12. Полотенца и носовые платки должны быть строго индивидуализированы.

13. Борьба с гриппом в яслях может быть успешной тогда, когда весь персонал и родители будут знакомы с методами профилактики гриппа.

14. Врачи и средний мерперсонал яслей должны проводить широкую санитарно-просветительную работу с родителями по вопросам ухода, вскармливания, закаливания ребенка и профилактики гриппа.

III. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ГРИППА В ДЕТСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ И ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

1. В целях организации борьбы с гриппом детская консультация должна прежде всего устранить возможность заражения внутри самой консультации, обеспечивая отдельный прием здоровых и больных детей и усиливая наблюдения за работой фильтров.

2. Дети, подозрительные по гриппу, а также температурающие, с невыясненным диагнозом, приему в детской консультации и в детской поликлинике не подлежат, а должны обслуживаться на дому.

3. Детские консультации и детские поликлиники должны широко использовать предварительную запись на прием к врачам в день обращения.

4. При большом количестве вызовов на дом во время вспышки гриппозной инфекции заведующие детской консультацией и детской поликлиникой через райздравотделы должны привлечь к этой работе всех врачей существующей в данном районе сети детских учреждений (яслей, больниц, детских домов, школ), а также и врачей других специальностей (отделов, хирургов).

5. Повторные посещения на дому должны проводиться в порядке активного посещения врача, а в детской консультации также и сестры до полного выздоровления гриппозного больного.

6. В случае обнаружения больных гриппом детей при посещении врачом ребенка на дому врач обязан оказать помощь этим детям, хотя бы от них вызова врача на дом не поступало.

7. При госпитализации гриппозного больного на дому детская консультация и детская поликлиника обязаны обеспечить его квалифицированной медицинской помощью и уходом с изоляцией от окружающих (занавес, ширма и пр.).

8. Обязательное проветривание и проведение ежедневной влажной уборки помещений 0,2% раствором хлорной извести.

IV. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И ПО БОРЬБЕ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ГРИППА В ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦАХ И ДЕТСКИХ САНАТОРИЯХ

1. В детских больницах и детских санаториях необходимо тщательно выявлять и немедленно изолировать детей с начальными формами гриппа.

2. Всех вновь поступающих больных детей по возможности выдерживать в течение 2—3 дней обособленно, помещая их в отдельной палате или в крайнем случае за переносным боксом.

3. На время вспышки гриппа воспретить посещения родными больных детей.

V. САНПРОСВЕТАБОТА

1. Организовать в детских лечпрофучреждениях раздачу листовок по гриппу.

2. Организовать в детских консультациях, детских поликлиниках и других детских лечпрофучреждениях выставки по борьбе с гриппом.

3. Под личную ответственность заведующих лечпрофучреждений (детские поликлиники, детские консультации) проводить ежедневно 5-минутные беседы о профилактике гриппа с посетителями.

4. Вменить в обязанность каждому лечащему врачу проведение индивидуальных бесед о гриппе при посещении больного на дому.

5. Для проведения санитарно-просветительной работы использовать популярную литературу, плакаты и аллоскопы с диапозитивами по гриппу.

6. Вопрос о борьбе с гриппом освещать в стенгазетах детских лечпрофучреждений и местной прессе.

7. Широко развернуть санитарно-просветительную работу по профилактике гриппа среди школьников.

Врио нач. управления детских лечпрофучреждений Наркомздрава СССР

Плонская

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЖУРНАЛА «ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА» НА 1941 г.

№ 1, январь. Основные установки плана работ в области охраны матери и ребенка на 1941 г. Вопросы обезбоживания родов.

№ 2, февраль. Организация работы домов младенца.

№ 3, март. Организация борьбы с инфекционными заболеваниями в детских учреждениях. Организация работы в женской консультации.

№ 4, апрель. Организация борьбы с поносами. Организация сельского родовспоможения. Колхозный родильный дом.

№ 5, май. Борьба с детскими инфекциями в сельских условиях. Вопросы профилактики материнской и детской заболеваемости в родильных домах.

№ 6, июнь. Опыт организации единого педиатрического обслуживания на участке. Вопросы борьбы с абортom.

№ 7, июль. Вопросы воспитательной работы с детьми. Переливание крови в родильных домах.

№ 8, август. Организация детского питания. Профилактика токсикозов беременности.

№ 9, сентябрь. Организация работы детских консультаций.

№ 10, октябрь. Низовой учет, периодическая отчетность и анализ деятельности родовспомогательных и детских учреждений.

№ 11, ноябрь. Организация ухода за недоношенными детьми в родильных домах. Вопросы рационального ведения родов.

№ 12, декабрь. Подготовка и усовершенствование медицинских кадров детских и родовспомогательных учреждений.

7 статей — лекции для детских сестер и сестер-воспитательниц.

4 статьи — лекции для сельских акушерок: 1) кровотечения во время беременности и борьба с ними; 2) кровотечения в последовом и послеродовом периоде; 3) профилактика эклампсии; 4) ведение родов наружными методами исследования.

Отв. редактор **Ф. И. Зборовская**

Отв. секретарь **М. Ф. Леви**

Л13342 Год издания 16-й

Тираж 13180

Подписано к печати 4/III 1941 г

Печ. л. 3.

Авт. л. 5.

64000 зн. в 1 п. л.

Цена 1 руб. 25 коп

Типография издательства «Черная металлургия», Москва, Цветной бульвар, 30.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр
Н. И. Рудакова. Улучшить работу домов младенца	1
С. М. Кривина. Опыт работы дома младенца в Ташкенте	4
Э. М. Кравец и Р. Б. Коган. Физическое развитие недоношенных де- тей на первом году жизни	9
О. Е. Шапиро и А. С. Грозная. Опыт организации единого педи- атрического обслуживания на участке	13
А. С. Покровская. Опыт организации педагогической работы в инфек- ционных детских больницах	18
Г. И. Степанов. Роль питания в развитии зубов у детей	21
В. М. Федяевская. Типы яслей в США	24
С. И. Розенкранц. Ранний разрыв плодного пузыря как метод уско- рения родового акта	26
И. Ф. Панцевич. Переливание плацентарной крови в акушерстве	30
Ф. С. Сироткина и Ф. В. Фрейд-Брохес. Этиология и тера- пия бесплодия	33
К. М. Эпштейн. Основные показатели состояния родовспоможения в Крыму за 1939 г.	37
Н. Е. Гранат. Колхозный родильный дом на Всесоюзной сельскохозяй- ственной выставке	40
Хроника	44
Юридическая консультация	45
Официальная часть	46
Тематический план журнала «Вопросы материнства и младенчества» на 1941 г.	48

Адрес редакции: Москва, Рахмановский пер., д. 3, комн. 606.
Тел. К 0-17-10, доб. 1-33.

По всем вопросам подписки и доставки журнала обращаться
в почтовые отделения и в Союзпечать на местах