

Вопросы
МАТЕРИНСТВА
и
МЛАДЕНЧЕСТВА

ВОЛОГДА 521.12

ОБЛ. БИБЛИОТЕКА

1 6 Е М МЛ

3

НАРКОМЗДРАВ СССР

МЕДГИЗ

МОСКВА • 1941

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
С. Л. Шапиро. Лечение коревых пневмоний	1
В. Д. Соболева. Роль рентгеновского исследования в изучении коревых пневмоний	5
А. Н. Корганова. К организации коклюшных групп в яслях	8
М. И. Адаменкова. Опыт применения кварца при лечении гриппа у детей раннего возраста	12
Л. Б. Шенфельд. Оценка деятельности детской консультации по данным отчета	13
А. М. Мерков. Методика анализа отчета женской консультации	17
М. Ф. Леви. Консультация для женщин на современном этапе развития	21
А. П. Кушелевский. Методика диагностики и лечения гонорреи в женских консультациях	29
✓ Т. Б. Адамян. Определение срока родового отпуска	32
В. И. Жирнов. Опыт работы консультации в борьбе с абортами	35
Р. Н. Уманская. Формы и методы работы женской консультации № 45 г. Москвы	40
М. С. Шиндлер и А. Я. Дардык. Опыт работы женской консультации 3-й городской поликлиники Харькова в 1940 г.	44

Адрес редакции: Москва, Рахмановский пер., д. 3, комн. 606
Тел. К0-17-10, доб. 1-33

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

Ответственный редактор **Ф. И. Зборовская**

Год издания 16-й	Тираж 13 180 экз.	Подписано в печать 23/III 1941 г.
Л13355. 3 п. л.	5 авт. л. 64 000 зн. в 1 п. л.	Цена 1 р. 25 коп.

Типография изд-ва «Московский рабочий», Москва, Петровка, 17.

ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА

Ответственный редактор Ф. И. ЗБОРОВСКАЯ

Ответственный секретарь М. Ф. ЛЕВИ

1941

Орган НКЗдрава СССР

№ 3

ЛЕЧЕНИЕ КОРЕВЫХ ПНЕВМОНИЙ

С. Л. Шапиро

Инфекционная клиника (зав. — проф. А. И. Доброхотова) Центрального педиатрического института

Среди причин детской смертности одно из первых мест принадлежит кори. Большая заразительность кори и восприимчивость к ней детского организма обуславливают широкое распространение этой инфекции, а тяжесть течения и многообразие присоединяющихся осложнений лежат в основе высокой летальности, которую до сих пор дает корь.

Корь обладает особой способностью резко изменять биологическое состояние ребенка в сторону понижения его иммунных способностей и повышения восприимчивости к всевозможным вторичным инфекциям. Отсюда то многообразие клинических форм и та разнообразность осложнений, которые столь свойственны этому заболеванию. Из осложнений кори первое место по частоте, а также по тяжести течения и прогноза принадлежит коревым пневмониям; они то и являются основной причиной летальности при кори.

В патогенезе коревых пневмоний играет роль своеобразное влияние на легкие самого коревого вируса и наложение вторичной инфекции. Как устанавливают новейшие клинико-рентгенологические исследования (проф. Доброхотова, Соболева и др.), уже в самых ранних стадиях коревого процесса наблюдаются изменения со стороны дыхательного тракта. Клинически можно установить одышку, не соответствующую температуре, некоторый цианоз, коробочный оттенок звука в легких и рассеянные, непостоянные сухие и влажные хрипы. Рентгенологически отмечается усиление легочного рисунка и появление прикорневых инфильтратов, связанных в настоящее время с нарушением лимфообращения в легких. Появление этих симптомов уже в стадии продромы, в том числе и при неосложненных формах кори, дало основание высказать мнение, что «нет ни одного случая кори без поражения в той или иной степени легочной ткани» (проф. Доброхотова). Эти ранние изменения в легких, обусловленные, видимо, влиянием самого коревого вируса, создают предпосылки для развития повышенной чувствительности легочной ткани к вторичным инфекциям. Наложение пневмококков, стафило- и стрептококков на подготовленную коревым вирусом почву ведет к развитию клинически выраженной пневмонии.

Частота пневмоний при кори в разных возрастных группах различна. Чаще всего она встречается у детей раннего возраста; чем моложе ребенок, тем легче возникает и тяжелее протекает легочный

процесс. Возникновение пневмоний у маленьких детей облегчается и анатомо-физиологическими особенностями легкого (богатство сети лимфатических сосудов, недостаточное развитие эластической ткани, легкость возникновения ателектазов). Неблагоприятные бытовые условия, недостаточная вентиляция помещения создают условия для проникновения микробов из загрязненного воздуха в дыхательные пути и играют большую роль в возникновении легочных осложнений. Дети-дистрофики, туберкулезные, ослабленные ранее перенесенными заболеваниями особенно часто заболевают пневмонией при кори и в самых тяжелых ее формах. Наоборот, у здоровых, крепких детей легочные осложнения при кори встречаются гораздо реже и протекают благоприятнее.

Правильное понимание сущности коревых пневмоний, механизма их развития необходимо для построения стройной системы лечения и профилактики.

Основной принцип, который должен быть положен в основу терапии, — это повышение собственных сил организма в борьбе с инфекцией, что достигается хорошими санитарно-гигиеническими условиями, правильным уходом и полноценным питанием.

Чистый воздух (систематическое проветривание помещения), достаточный доступ света и тщательное наблюдение за чистотой кожи (гигиенические ванны или ежедневные влажные обтирания), которая частично берет на себя функции легких, пораженных процессом, являются важнейшими факторами в лечении пневмоний. Борьба с предрассудками в этом вопросе является чрезвычайно важной задачей медицинских работников. Рост общей культуры населения делает эту задачу вполне разрешимой. Опыт многолетней работы убедил нас в том, что если разъяснить матерям значение этих мероприятий, то даже наименее культурные из них становятся нашими лучшими помощниками в этом деле. Полноценное, соответствующее возрасту питание, обильное питье (вода, сладкий чай, 5% глюкоза, физиологический раствор) и витамины (100—150 см³ витаминных соков, раствора шиповника или 10—15 г экстракта шиповника в день) являются вторым важным условием. Понижение аппетита у тяжелого пневмоника заставляет нередко назначать более частые кормления (но не чаще чем через 2 часа) и давать более концентрированную пищу. Грудных детей из-за нарушения акта сосания в связи с одышкой приходится временно переводить на кормление сцеженным материнским молоком. Только при правильной организации режима, ухода, питания и хороших санитарно-гигиенических условиях специальные терапевтические мероприятия дают требуемые результаты.

Разнообразие клинических форм коревых пневмоний делает необходимым применение различных методов терапии не только у разных больных, но и в разных стадиях заболевания у одного и того же больного.

Большинство коревых пневмоний относится к мелкогнездным пневмониям, среди которых различают две основные формы — вялые и бурные.

Вяло текущие пневмонии могут возникать в разных стадиях коревого процесса; они сопровождаются невысокой температурой, общей вялостью, пониженным аппетитом; имея тенденцию к длительному течению, вялые пневмонии влекут за собой значительное падение веса, нарастание дистрофии и наложение септических очагов (отиты, пиодермиты, стоматиты, некрозы кожи и т. д.). Вся картина болезни при вялых пневмониях свидетельствует о резком понижении реактивности ребенка, об истощении его иммунных способностей. Вот почему в основу лечения этих пневмоний должны быть положе-

ны мероприятия, способствующие повышению реактивности больного.

В более свежих случаях это достигается комплексным воздействием диетических и физиотерапевтических мероприятий. Среди последних, наряду с аэро- и гидротерапией, большое значение имеет диатермия легких. Этот метод глубокого прогревания тканей, ведущий к улучшению легочной вентиляции и усилению рассасывания легочного экссудата, заслуживает широкого внедрения в практику. Ежедневные сеансы диатермии (начиная с 15 до 30 минут, при силе тока в 0,2—0,6 ампера) в течение 4—8 дней резко сокращают длительность болезни и ускоряют репарацию. Техника проведения диатермии у детей несложна, но требует навыка во избежание ожогов.

В запущенных случаях, где выступают явления истощения, показано применение инсулинотерапии. Ежедневное или через день подкожное введение 2 единиц инсулина при даче внутрь за 15—20 минут до инъекции 10 г сахара (введение сахара необходимо для предотвращения возможных явлений шока) в большинстве случаев ведет к заметному повышению аппетита, остановке падения веса и дальнейшему быстрому нарастанию его. Этот метод дает эффект в тех случаях, где нет гнойного осложнения или где оно протекает спокойно, не доминируя в картине болезни. При остром течении гнойных осложнений показано применение гемотерапии (5—10 инъекций в мышцу 8—10 см³ крови от отца или матери с перерывами между инъекциями в 1—2 дня).

В особенно тяжелых случаях, где, наряду с пневмонией, уже развился комплекс септических очагов, хорошие результаты дает переливание крови (введение в вену 40—60 см³ цитратной крови), повторяемое от 2 до 4—5 раз с промежутком в 3—5 дней. Опыт показывает, что при определенном навыке техника гемотрансфузии у маленьких детей несложна и может проводиться при помощи венепункции. Проведя свыше 300 гемотрансфузий, нам ни разу не пришлось прибегнуть к венесекции.

Все эти методы лечения, чаще применяемые комбинированно с учетом клинических показаний, дали нам возможность снизить процент летальности от вялых пневмоний в клинике с 14,6 в 1935 г. до 2,5 в 1940 г.

Вторая, численно большая группа коревых пневмоний — это бурные формы. Развиваясь обычно рано, в периоде продромы или высыпания, бурные пневмонии сопровождаются высокой лихорадкой и общим тяжелым токсикозом с менингеальными или менинго-энцефалитическими симптомами. У старших детей чаще наблюдаются явления тяжелого цианоза и одышки. В легких в начале заболевания имеются очень скудные клинические данные (тимпанит, рассеянные влажные хрипы), однако уже с первых дней местные явления в легких начинают бурно развиваться и быстро принимают характер обширной пневмонии, нередко захватывающей все легочное поле. Течение бурных форм коревых пневмоний очень тяжелое; тяжесть их усугубляется наложением септико-некротических очагов как на слизистых оболочках, коже, так и в самой легочной ткани (эмпиемы, плевриты, абсцессы, бронхоэктазы).

В противовес вялым пневмониям здесь картина болезни свидетельствует о патологически повышенной реактивности организма ребенка, нередко приближающейся по клиническому выражению к анафилактическому шоку. Вот почему в основу терапии бурных пневмоний должны быть положены мероприятия, позволяющие снизить бурную реакцию организма, уменьшить токсикоз. Залогом успешной терапии в этих случаях является возможно ранняя дезинтоксика-

ция — до наслоения септических очагов. Лечение этих пневмоний сложное и требует возможно ранней госпитализации ребенка.

В борьбе с токсикозом в период, когда изменения в легких еще невелики, эффективны повторные вливания в вену 20—25% глюкозы в количестве 40—60 см³ (стерильная глюкоза нагревается до температуры тела и медленно вводится в вену при помощи одной иглы и двух шприцев). Когда пневмония принимает уже обширный характер, добиться уменьшения токсикоза введением глюкозы обычно не удастся. В этих случаях глюкоза, вводимая внутривенно или подкожно (100,0—150,0 5% раствора), играет роль ценного энергетического и питательного вещества; с этой точки зрения глюкоза заслуживает широкого применения как симптоматическое средство.

В последние годы в борьбе с токсикозом и легочным процессом широко применяются повторные переливания крови, оказывающиеся высокоэффективными при наиболее тяжелых формах пневмонии. Наряду с этим рекомендуются под контролем сердечной деятельности горячие (39°) ванны, горчичные обертывания и симптоматически дача сердечных средств. Недавно наш арсенал терапевтических средств обогатился новым химиотерапевтическим средством — сульфидином, дающим весьма хорошие результаты при лечении коревых пневмоний. Сульфидин применяется в течение 6—8 дней по 0,1—0,2 на 1 кг веса ребенка в первые 2 суток с последующим уменьшением дозы. Лечение контролируется анализами крови и мочи. Опыт показывает, что сульфидин обладает сильным терапевтическим действием при раннем применении и отсутствии тяжелых септических осложнений; при септических формах пневмонии он эффекта не дает. Сульфидин, снимая токсикоз, переводит пневмонию из бурной формы в вялую; дальнейшее лечение должно проводиться уже по принципу вялых легочных процессов (диатермия, гемотерапия, инсулинотерапия и т. д.). Наши возможности в области химиотерапии пневмоний расширяются благодаря получению новых препаратов, ценность которых в настоящее время изучается в разных клиниках Союза.

Вдумчивый анализ состояния больного ребенка, применение соответствующих методов терапии в разных стадиях патологического процесса с учетом реактивной способности ребенка в каждой фазе болезни дают возможность вылечить очень тяжелых больных.

Иммунобиологическое состояние детей, перенесших тяжелую форму коревой пневмонии, еще долгое время остается неуравновешенным. Картина крови, РОЭ, гликемическая кривая и т. д. возвращаются к норме медленно; долгое время держатся и остаточные явления в легких, устанавливаемые рентгенологически. Это приводит к тому, что реконвалесценты после кори особенно легко заболевают другими инфекциями и при этом часто дают новые рецидивы пневмонии. Учитывая это обстоятельство, следует создать для детей, перенесших тяжелую форму кори, наилучшие условия жизни. Им надо обеспечить полусанаторный режим (дополнительное питание, повышенное количество витаминов, хороший уход, длительные прогулки и сон на воздухе). Для детей, объединенных в коллективы (ясли, детские сады), этот режим должен быть создан в детском учреждении; дети, остающиеся дома, должны находиться под особым наблюдением консультации или поликлиники. Особое внимание должно быть обращено на предохранение этих детей от новых инфекций.

Несмотря на успехи современной терапии, летальность от коревых пневмоний остается еще очень высокой. Одной из причин этого является недостаточная и поздняя госпитализация больных детей. Об этом свидетельствуют данные, устанавливающие, что больше трети (а в 1940 г. даже 46%) летальных исходов в клинике падает на первые 3 дня пребывания в стационаре. Для дальнейшего снижения

смертности необходимо увеличение коечного фонда и возможно более ранняя госпитализация детей с тяжелыми формами кори. Коревые отделения стационаров должны быть хорошо оснащены и так организованы, чтобы была обеспечена возможность применения комплексных методов лечения апробированными терапевтическими средствами.

Вместе с тем надо расширить работу по профилактике коревых пневмоний. Почти полное отсутствие легочных осложнений у привитых детей показывает, что своевременное и методически правильное проведение серопротекции кори является самым верным и доступным в нашей практике способом борьбы с летальностью от кори.

То обстоятельство, что уже в продроме кори имеются изменения в легких, создающие предпосылки для дальнейшего развития пневмоний, указывает, что еще в инкубационном периоде для детей должны быть созданы наилучшие условия режима в смысле широкого пользования воздухом (прогулки и сон на изолированных площадках), усиленного питания и увеличения количества витаминов в пище. Проведение в жизнь этого режима, наряду с общеоздоровительными мероприятиями, несомненно, приведет к резкому уменьшению тяжелых форм коревых пневмоний и даст высокий эффект в борьбе с детской смертностью.

РОЛЬ РЕНТГЕНОВСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ КОРЕВЫХ ПНЕВМОНИЙ

В. Д. Соболева

Инфекционная клиника (научный руководитель — проф. А. И. Доброхотова)
Центрального педиатрического института

Изучение коревых пневмоний стоит в последние годы в центре внимания педиатрической общественности. Высокая летальность от кори, падающая преимущественно на ранний детский возраст, зависит в большинстве случаев от тяжелых осложнений кори и в первую очередь от пневмонии. Борьба с летальностью от кори — это борьба за лучшие методы лечения коревых пневмоний, за изыскание лучших способов профилактики пневмонии.

Многие исследователи заняты в последние годы изучением пневмонии при кори, однако еще не все вопросы возникновения и развития коревых пневмоний можно считать выясненными. Нет еще полного единства мнений в том, что считать основными признаками коревой инфекции и что является вторичным наслоением, осложнением ее. Еще остается открытым вопрос о том, является ли коревая пневмония результатом поражения легочной ткани коревым вирусом или же это вторичное осложнение. В педиатрической литературе эти вопросы поднимались давно. Костер называл изменения легких при кори «корью легких». Скворцов и Чистович считают, что различия между нормальными проявлениями коревой инфекции и ее осложнениями только количественные, а не качественные.

В американской литературе Кан и Койранский пытались подойти к разрешению этого вопроса путем рентгенологического обследования ранних случаев кори; из обследованных ими 130 детей у 80% были обнаружены те или иные изменения в легких и только у 20% детей изменений не найдено. 62,4% изменений падают на возраст до 4 лет и 42,2% — на возраст старше 4 лет. У большинства этих детей пневмония обычными клиническими методами обследования не обна-

руживалась. Рентгенологические изменения сводились в основном к увеличению теней вокруг корней легких, инфильтрациям в самой легочной ткани, ненормальной резкости легочного рисунка; довольно часто отмечались изменения в плевре. Обследование этих детей через 6—10 месяцев показало, что все наблюдавшиеся во время кори изменения к этому времени исчезли, у некоторых остались поражения плевры.

Фитен в остром периоде неосложненной кори находил рентгенологически в 74% случаев инфильтрации вокруг корней легких при отсутствии каких-либо клинических симптомов.

Эти рентгенологические изменения авторы объясняют расстройством лимфообращения у коревых больных, расширением лимфатических сосудов и застоем лимфы в них.

Зеккель указывает, что в остром периоде кори происходит поражение альвеол в виде жирового перерождения, слияния клеток альвеолярного эпителия и расширения капилляров. Эти изменения, которые Зеккель называет «альвеолярной энантемой», он считает причиной цианоза и одышки, наблюдаемых в остром периоде кори при отсутствии клинических проявлений пневмонии. Набухание стенок альвеол, возникающее вследствие расширения капилляров, отека и поражения эпителия, нарушает нормальную диффузию газов между кровью и воздухом; углекислота, задерживаясь в крови и действуя раздражающим образом на дыхательный центр, вызывает одышку.

Наш собственный опыт рентгенологического обследования детей в разные периоды кори, начиная с периода продромы, позволяет утверждать, что все больные корью дети имеют изменения легочной ткани в той или иной степени. У огромного большинства детей рентгенологически обнаруживается резкое расширение корней легких, часто с инфильтрацией вокруг. Почти у всех больных детей отмечается ненормальная резкость легочного рисунка; легкие, особенно у детей младшего возраста, напоминают по рисунку пчелиные соты. Наблюдается резкое усиление бронхо-сосудистых тяжей. Все эти изменения мы находили у детей, у которых клинически пневмония не обнаруживалась. В остром периоде неосложненной кори мы обычно наблюдаем явления свойственного кори бронхита: перкуторный звук нормальный или с тимпаническим оттенком, аускультативно часто выслушивается множество сухих, нередко крупно- и среднепузырчатых, влажных хрипов. Все эти изменения, начинаясь в периоде продромы, достигают высшего развития в период высыпания и постепенно угасают вместе с побледнением сыпи.

Какова же патологоанатомическая сущность ранних рентгенологических изменений в легких? Как показывают работы крупных патологоанатомов (Кулеша, Скворцов, Давыдовский, Струков, Кудрявцева), воспалительный процесс, вызванный коревым вирусом, начинается с мельчайших бронхов. Со слизистой бронха, вследствие ее рыхлости и нежности, он переходит на окружающую бронх клетчатку, а оттуда на интерстициальную междольковую и межалвеолярную ткань. В стенке бронха и в окружающей ее клетчатке наблюдается расширение капилляров, отек, инфильтрация. Такая же инфильтрация и отек имеются в интерстициальной ткани, межалвеолярных и междольковых перегородках. Процесс распространяется по лимфатическим щелям, сопровождающим бронх; встречающиеся на пути лимфатические узлы обычно гиперплазируются, щели представляются расширенными, переполненными лимфой. На кристеллеровских срезах (работы проф. Струкова, на материале нашей клиники), наряду с перибронхитами, можно видеть расширенные лимфатические

сосуды, утолщенные межалвеолярные и междольковые перегородки, более плотный рисунок легкого.

Видимое на рентгенограммах в ранние периоды кори расширение корней легкого на основании патологоанатомических находок можно объяснить как гиперплазию лимфатических желез корней легкого. Инфильтрация вокруг гилуса зависит, повидимому, от расширения лимфатических щелей и застоя лимфы в них. Усиление рисунка легкого на рентгенограммах есть показатель той или иной силы утолщения межалвеолярных или междольковых перегородок.

Таким образом, легкие каждого коревого ребенка представляются измененными воспалительным процессом. Это еще не есть пневмония в полном смысле слова, но состояние, близкое к пневмонии. Если воспалительный процесс не останавливается, а идет дальше, то в него вовлекаются альвеолы, в которых в таких случаях наблюдается десквамация эпителия, пропитывание жидкости в просвет альвеол и скопление лейкоцитов в ней. При дальнейшем распространении процесса в него вовлекаются все большие участки легочной ткани, отдельные пневмонические очаги могут сливаться и образовывать более крупные очаги уплотнения, иногда вызывая гепатизацию целой доли.

У детей раннего возраста сама структура легочной ткани с мало развитой эластической тканью и широкой сетью заложенных в ней лимфатических сосудов и щелей ведет к тому, что воспалительный процесс в ней развивается чрезвычайно быстро и бурно.

Развитие коревой пневмонии может идти, следовательно, по двум направлениям: 1) со стороны бронха путем развития перибронхиальных очагов и вовлечения в процесс интерстициальной ткани и 2) начавшись в бронхиолах, путем перехода на альвеолы и альвеолярные ходы.

На серийных снимках можно наблюдать, как междольковые перегородки, постепенно утолщаясь, сливаются между собой и образуют пневмонические очажки. В дальнейшем эти очажки могут давать картину сливной пневмонии. Легкие ребенка с мелкоочажковой пневмонией как бы усеяны мелкими, неравномерной величины и формы, теньями-пятнами, то более плотными, то едва заметными. Наибольшее количество этих очажков расположено обычно в медиальных отделах. При переходе пневмонии в сливную, что чаще бывает у детей младшего возраста вследствие преимущественного поражения у них интерстициальной ткани, на серийных рентгенограммах можно наблюдать, как очажки, сливаясь, образуют крупные тени, иногда занимающие целую долю легкого.

При клинических методах обследования у детей с мелкоочажковой пневмонией обычно обнаруживается тимпанический оттенок перкуторного звука и аускультативно — большое количество мелких, влажных, крепитирующих и субкрепитирующих хрипов. Наряду с этим нередко выслушиваются сухие и крупные влажные хрипы вследствие обычных при кори бронхиотических изменений. Чем старше ребенок, тем чаще на первый план выступает поражение бронхов, у детей же младшего возраста больше поражается легочная ткань. Если легочный процесс имеет склонность к распространению, к сливанию отдельных пневмонических очажков, особенно у младших детей, где процесс идет преимущественно по интерстициальной ткани, то можно наблюдать симптомы уплотнения легкого: перкуторно обнаруживаются участки укорочения перкуторного звука, аускультативно там же выслушиваются участки бронхиального дыхания, хрипов немного, или же они исчезают совсем.

Еще большее значение имеет рентгеновский метод обследования для выявления поражений плевры. Вовлечение плевры в воспалитель-

ный процесс довольно частое явление при коревых пневмониях. По литературным данным и по собственному опыту, мы можем сказать, что поражения плевры встречаются приблизительно в 7—9% случаев коревых пневмоний. Такое частое вовлечение в процесс плевры объясняется самой структурой детского легкого, обилием в нем лимфатических сосудов и щелей.

Очень часто рентгенологической находкой являются интерлобиты, реже плевриты и парамедиастиниты. Клиническое определение интерлобитов, парамедиастинитов и плевритов в первые часы и дни их возникновения, ввиду скудности клинических данных, бывает затруднительным, и здесь на помощь приходит рентгеновское исследование; важность же своевременной диагностики плевритов ясна без доказательств. Нередко появление интерлобита или медиастинита сопровождается только подъемом температуры, не давая никаких опорных пунктов для диагностики, и только рентген помогает правильно поставить диагноз.

Из сказанного ясно, какое огромное значение имеет рентгеновский метод обследования детей, больных корью, какую большую помощь он оказывает в ранней диагностике легочных поражений, а отсюда и в профилактике и своевременном лечении.

Рентгеновское обследование показывает, что изменения в легких начинаются у детей с первых дней заболевания, с периода prodromы. Отсюда мы можем сделать важный организационный вывод, что профилактику пневмонии нужно начинать с периода инкубации. С этого времени к детям, контактировавшим с коревыми больными, должна быть применена не только своевременная серопротекция, но они должны быть поставлены в лучшие условия аэрации, питания и систематического врачебного надзора.

К ОРГАНИЗАЦИИ КОКЛЮШНЫХ ГРУПП В ЯСЛЯХ

А. Н. Корганова

Инфекционная клиника Центрального педиатрического института (зав. клиникой — проф. А. И. Доброхотова)

Успехи в лечении и профилактические мероприятия в борьбе с корью, дифтерией и скарлатиной привели к большому снижению смертности от этих инфекций и дали возможность обратить внимание на «забытое» до сих пор у нас заболевание — коклюш.

По мировой статистике, 80% всей заболеваемости коклюшем падает на возраст до 5 лет (Данилевич). Следовательно, в проблеме оздоровления ясельных детей борьба с коклюшем играет весьма существенную роль. Если в области специфической профилактики и лечения коклюша ведутся все новые искания и до сих пор нет еще такого метода, который заслужил бы общее бесспорное признание, то успех аэротерапии и правильного режима для детей, больных коклюшем, не подлежит сомнению.

Правильные режим, уход и питание больного коклюшем ребенка смягчают течение болезни. Кроме того, помещение ребенка в коклюшную группу в яслях дает возможность матери продолжать свою производственную работу. Это в достаточной степени объясняет, почему рациональная организация мероприятий по борьбе с коклюшем является актуальнейшей задачей яслей.

Наши мероприятия в яслях должны служить двум основным задачам: препятствовать распространению инфекции и облегчать течение коклюша у уже заболевших детей.

Успешное разрешение первой задачи возможно только при ранней диагностике коклюша, обычно же этот диагноз ставится только в период судорожного кашля, т. е. тогда, когда ребенок уже мог заразить соприкасавшихся с ним детей. Особенно опасны в смысле распространения инфекции те формы коклюша, которые почти не сопровождаются судорожным кашлем, так что он не всегда улавливается обслуживающим персоналом. Это вызывает необходимость внедрить в практику новейшие методы наиболее ранней диагностики коклюша.

В последнее время все большее значение приобретает бактериологический метод диагностики коклюша. На питательных средах, содержащих кровь, коклюшная палочка хорошо вырастается при условии, если чашки Петри, в которых содержится такая среда, во время кашля близко подносятся ко рту ребенка. Высеваемость, по данным советских авторов (Швайгер), равна в катарральном периоде — 73,3%, а в судорожном — 20—21%. По данным иностранных авторов (Мейер-Зауер и др.), в первые дни болезни высеваемость равна 90—100%, а к 5-й неделе она снижается до 15%.

Картина крови также может явиться подспорьем для ранней диагностики коклюша: у коклюшных детей уже с 1—2-й недели болезни отмечаются, как правило, лейкоцитоз и лимфоцитоз.

Особенно же следует обращать внимание на кашель детей: тщательное наблюдение за ребенком позволяет установить (из расспросов матери) возникновение кашля, дальнейшее его развитие и усиление по ночам.

В установлении диагноза коклюша тщательно собранный эпидемический анамнез имеет огромное значение.

Каждый ребенок, подозрительный по коклюшу, должен быть немедленно изъят из ясельной группы, а если в дальнейшем диагноз коклюша подтвердится, то группа, в которой находился ребенок, должна считаться карантинной. При появлении в карантинной группе новых случаев заболеваний больные дети также немедленно удаляются. Строгим соблюдением этого порядка, немедленным выведением больного ребенка из карантинной группы можно уберечь от заражения остальных детей. Так, например, в яслях № 3 Павлово-Посада (Московской области), где мы знакомимся с организацией борьбы с пневмонией, из двух групп, по 25 детей в каждой, в одной заболело 12, а в другой — 16 детей. Если же коклюшный ребенок остается в группе, то все дети заражаются коклюшем (так это было в других яслях того же Павлово-Посада).

Очень важно, чтобы в карантинных группах дети как можно меньше общались друг с другом. В манежи не следует выкладывать одновременно несколько детей, так как это увеличивает опасность распространения инфекции. Расстояние между кроватями в карантинных группах должно быть не менее 1 метра.

Если в яслях несколько детей заболело коклюшем, то целесообразно организовать коклюшную группу, строго изолировав ее от остальных детей. Для коклюшной группы выделяется особое помещение с отдельным входом, выходом и участком для прогулки детей. В этом помещении должно быть достаточно света и воздуха; надо помнить, что коклюшный ребенок под влиянием происходящего в его организме болезненного процесса становится очень восприимчив к заболеваниям дыхательных путей. В тех яслях, где имеются террасы, для коклюшной группы обязательно должна быть выделена терраса. В некоторых яслях террасы очень хорошо используются. Так, в яслях № 3 Павлово-Посада дети дважды в день выносятся на воздух и проводят там в общем не меньше 3 часов.

Проветривание помещения и пользование воздухом чрезвычайно важно для детей, больных коклюшем. Поступление свежего воздуха должно быть непрерывным — через вентиляционную систему, форточки, фрамуги. Персонал яслей нередко опасается свежего воздуха, поэтому врач должен систематически вести с ним беседы о необходимости свежего воздуха для коклюшных больных.

Наши крупнейшие клиницисты (Филатов, Кисель) давно обратили внимание на значение свежего воздуха как мощного лечебного фактора в борьбе с коклюшем. По нашим наблюдениям в коклюшной клинике, дети на воздухе кашляют гораздо реже, чем в помещении. Пребывание на свежем воздухе как в летнее, так и в зимнее время благоприятно влияет на коклюшных больных. Отсюда совершенно ясно, что дети коклюшной группы должны бывать на воздухе летом целый день, а зимой — не менее 3—4 часов, при температуре воздуха не ниже 15°.

В коклюшных группах необходимо организовать четкое наблюдение за каждым ребенком — учитывать количество приступов в сутки, характер их, длительность и число репризов (свистящий вдох) в один приступ. Все это очень важно, так как длительность и частота судорожного приступа говорят о тяжести заболевания. Врач, фельдшер, медицинская сестра должны ясно представлять себе течение болезни у каждого ребенка и общую тяжесть эпидемии. В Павлово-Посаде этот учет ведется почти во всех яслях; он несложен, и персонал быстро привык к нему (см. прилагаемую форму учета).

Дневник коклюшной группы

№ п/п.	Фамилия, имя ребенка	Возраст	Температура	Аппетит	Слул	Вес	Кашель (приступы)	Рвота	Сила кашля (покраснение или потснение)	Замечания врача о характере кашля и длительности репризов
1	Иванов Коля	2 года	N	Хороший	N	—	День 111111 Ночь 111111	—	Покраснение лица	—

Большое значение в течении коклюша имеет внимание к больному ребенку, уход за ним, поэтому для работы в коклюшных группах должен выделяться лучший персонал яслей. Частота и тяжесть приступов кашля в значительной мере зависят от возбудимости ребенка, от состояния его нервной системы. Известно, что достаточно одному ребенку в коклюшной группе начать «закатываться», как и другие дети немедленно начинают кашлять. Отвлекая ребенка играми, можно добиться сокращения числа приступов. Ласковое обращение сестры с ребенком может повлиять на снижение его общей возбудимости, а это в свою очередь способствует уменьшению приступов кашля. Поэтому очень важна правильно поставленная в группе педагогическая работа.

Серьезное внимание должно уделяться питанию детей больных коклюшем. Необходимо часто взвешивать их, не реже одного раза в семидневку, так как в первые недели судорожного периода болезни возможно падение в весе на 300, 400 и 800 г (по данным яслей Павлово-Посада). Обычно теряют в весе дети, страдающие мучительными приступами кашля с рвотой; эти дети требуют усиленного пи-

тания (дополнительные жиры и витамины). При обильной рвоте после еды ребенок должен быть вновь накормлен через 20—30 минут после рвоты. Если рвота после еды повторяется, то следует давать более концентрированную, но менее объемную пищу (сливки, творог, яйца). В тех случаях, когда коклюш протекает тяжело или течение его осложняется воспалением легких, ребенка надо поместить в больницу или же создать условия стационара на дому.

Коклюшные группы, возникая в яслях в период эпидемии, организовываются по типу дневных или закрытых групп с круглосуточным пребыванием ребенка в яслях. Лучше организовать группы с круглосуточным пребыванием в яслях, так как этим устраняется возможность распространения коклюша при доставке детей в ясли и обратно домой и создаются условия для совместного обслуживания детей нескольких яслей независимо от расстояния этих яслей от предприятий. Так, например, Старопавловские ясли № 8 обслуживали детей трех яслей, в то же время из других яслей из-за дальности расстояния доставлялось лишь немного детей; это препятствие отпадает при суточной работе коклюшной группы.

Выше мы указывали на большое значение правильного ухода, питания и прогулок для детей коклюшных групп. Иллюстрацией этого может быть следующий пример: в Павлово-Посадских яслях № 3 благодаря правильной организации режима в коклюшных группах на 68 переболевших детей не было ни одного осложнения, а прибавка в весе равнялась в среднем 400—500 г.

Небольшой подсчет, сделанный только по двум яслям — Павлово-Посадским № 3 и Старопавловским № 8, показал, что благодаря организации коклюшных групп в яслях матери сохранили 3 494 рабочих дня.

Выводы

1. При обнаружении в ясельной группе случая коклюша следует считать эту группу карантинной и каждый подозрительный по коклюшу ребенок должен немедленно удаляться из этой группы (в зависимости от местных условий) — домой или в изолятор.

2. Для детей, заведомо больных коклюшем, следует организовать в яслях коклюшные группы по типу закрытых с круглосуточным пребыванием детей в них.

3. Для обслуживания коклюшных групп выделяются лучший персонал яслей и педагогический работник.

4. В коклюшной группе необходимо проводить санаторный режим с максимальным пребыванием детей на свежем воздухе.

5. Проведение вышеупомянутых мероприятий, как показывает опыт некоторых яслей в Павлово-Посаде, резко снижает опасность распространения коклюшной инфекции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КВАРЦА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

М. И. Адаменкова

Физиологическое отделение Смоленского института ОММ (консультант — проф.
А. Ф. Петряева, зав. отделением — д-р Р. В. Поз)

За последнее время в педиатрии довольно видное место заняли физические методы лечения, особенно лечение ультрафиолетовыми лучами. Лечение кварцем рахита, спазмофилии, бронхиальной астмы, экссудативного диатеза и других болезней дает хорошие результаты. У взрослых больных кварцевое облучение применяется при гриппе и, судя по литературным данным, дает хороший эффект: больные, начавшие лечение кварцем в первый день заболевания, обычно уже на второй день имели нормальную температуру и считали себя совершенно здоровыми (Витебский). На III съезде физиотерапевтов был представлен материал клинических наблюдений, из которого видно, что лечение кварцем в самом начале заболевания совершенно купирует грипп (Аникин, Савельев и др.).

В детских учреждениях закрытого типа нередко приходится сталкиваться с инфекцией гриппа. Эти вспышки чаще приходится наблюдать осенью и весну, но бывают отдельные случаи гриппа и не зависящие от времени года. В силу анатомофизиологических особенностей дыхательных путей дети более склонны к заболеванию гриппозной инфекцией, нежели взрослые. Кроме того, как указывает Пфаундлер, дети имеют примитивный иммунитет — общий и местный, тканевой. У детей раннего возраста нет также приобретенного иммунитета против пневмококка, который чаще всего и вызывает заболевания дыхательных путей. Если к тому же принять во внимание несовершенную терморегуляцию у детей раннего возраста, то станет понятным, почему даже небольшое охлаждение нередко служит у них predisposing моментом к заболеванию гриппом. Плохо проветриваемое помещение, неправильное вскармливание также значительно понижают сопротивляемость детского организма по отношению к инфекциям.

Все это в совокупности является причиной того, что дети не только чаще заболевают гриппом, чем взрослые, но и переносят его гораздо тяжелее и дают различные осложнения (пневмонии, отиты, пиелиты, диспепсии и пр.).

Гриппозная инфекция в первую очередь поражает тех детей, которые отличаются особенно пониженной сопротивляемостью к инфекциям (дети с аномалиями конституции, дистрофики). Такие дети являются как бы постоянными носителями гриппа в детском учреждении. Это приводит к тому, что в детских коллективах раннего возраста грипп почти никогда не переводится.

В физиологическом отделении нашего института находятся дети с первых дней жизни до 1½ лет. Наряду с другими мерами, способствующими повышению сопротивляемости организма, как полноценное питание, хорошее проветривание помещения, мы применяем в борьбе с гриппозной инфекцией также и ультрафиолетовое облучение. За время с января 1939 г. до мая 1940 г., т. е. почти за полтора года, в отделении было только 24 случая заболевания гриппом с явлениями катарра верхних дыхательных путей. За этот период мы в течение 8 месяцев применяли с профилактической целью облучение кварцем детских палат.

Из 24 детей, заболевших гриппом, у 12 был выраженный острый грипп с сильным насморком, слезотечением, небольшой гиперемией

зева и температурой от 37,4 до 39,2. Остальные 12 случаев представляли стертую форму: небольшой насморк, незначительный конъюнктивит, температура от 36,8 до 37,2. Общее самочувствие детей было относительно хорошее.

Почти все дети были моложе 6 месяцев, т. е. в возрасте, когда грипп является серьезным заболеванием, грозящим тяжелыми осложнениями: 3 детей было всего 1 месяца от роду и 3 — от 1 до 2 месяцев.

Обе упомянутые группы детей подвергались лечению кварцем. Облучение проводилось через день в течение 5 минут на расстоянии 70 см. В группе детей, больных острой формой гриппа, средняя длительность заболевания равнялась 7 дням при 4 сеансах облучения кварцем, в группе с вяло протекавшей инфекцией средняя длительность заболевания была 5 дней при 3 сеансах в среднем. Мы принимали за длительность заболевания период катарральных явлений (главным образом ринит), инфекционный же период, сопровождавшийся повышенной температурой, был короче: в группе остро болевших детей температура держалась в среднем 3,8 суток, а во второй группе у всех детей всего лишь одни сутки. Это обстоятельство особенно важно, так как во второй группе преобладали самые ранние дети, возраста 1—2 месяцев.

За время болезни аппетит у детей не ухудшался, половина всех детей не потеряла в весе, а некоторые даже продолжали прибывать. Самочувствие детей было хорошим. Все дети выздоровели, причем ни у кого из них не было обычных в раннем возрасте гриппозных осложнений, за исключением одного ребенка из первой группы, у которого появился пиелит.

Наш небольшой опыт показал, что грипп, леченный кварцем в начале заболевания, дает хорошее, легкое течение, без осложнений, что чрезвычайно важно в терапии раннего детского возраста. В течение всего периода болезни у нас была возможность оставлять почти всех детей на полноценном питании, что также имело большое влияние на исход болезни.

Терапия гриппа кварцем приобретает особенно большое значение в детских коллективах раннего возраста, где грипп всегда грозит массовым распространением и нередко дает очень тяжелые последствия.

Опыт, полученный нами в физиологическом отделении института, перенесен сейчас в работу нашей терапевтической клиники, где ведется дальнейшее изучение этого вопроса.

ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ДАННЫМ ОТЧЕТА

Л. Б. Шенфельд (Москва)

Учет работы в лечебных учреждениях имеет большое практическое значение, так как он позволяет судить о результатах работы за истекшее время и принимать меры к улучшению ее качества в дальнейшем.

Отчет детской консультации может служить, пусть не совсем совершенным, но все же вполне достаточным средством для оценки работы детской консультации. Руководители большинства детских консультаций рассматривают отчетность как весьма неприятную и порою излишнюю нагрузку. Такое отношение к отчету происходит главным образом от недооценки того, в какой степени отчет может

вскрыть недостатки в работе консультации и помочь ее руководителю найти способы для их ликвидации.

Отчет детской консультации рассчитан на то, чтобы отразить, как консультация выполняет свою основную задачу — снизить детскую заболеваемость и смертность. По сути дела детская консультация отвечает за уровень детской смертности в своем районе, а чтобы активно влиять на снижение детской смертности и бороться за здоровье и жизнь каждого ребенка, консультация обязана прежде всего добиться полного охвата детей раннего возраста, проживающих в обслуживаемом ею районе. Графа отчета о числе детей, находящихся на учете консультации, должна совпадать с фактическим числом детей, проживающих на территории обслуживания консультации.

В отчете одной консультации Москвы, на основе анализа которого мы попытаемся дать оценку деятельности этой консультации за I полугодие 1940 г., сказано, что консультация охватила своим наблюдением 636 детей, из них 607 в возрасте до 1 года. Эти две цифры показывают, во-первых, как высок удельный вес детей раннего возраста среди всех детей, поступивших под наблюдение консультации, и, во-вторых, как интенсивны миграционные процессы в районе консультации. Чем менее выражены эти процессы, тем ближе число детей в возрасте до 1 года к числу всех вновь вступивших под наблюдение детей. В нашей консультации это соотношение равно 95,4%.

Сопоставляя число вновь взятых под наблюдение детей в возрасте до 1 года (607) с числом родившихся за это время в районе консультации, мы получим показатель того, как консультация справилась с охватом новорожденных. В районе консультации, деятельность которой мы анализируем, в первой половине 1940 г. родилось 612 детей. Следовательно, консультация взяла под наблюдение 99,2% всех родившихся в районе консультации детей.

Качество работы детской консультации находится в прямой зависимости от того, насколько рано ей удастся взять новорожденных под свое наблюдение. Лучшей организацией обслуживания новорожденных должна быть признана такая, при которой дети посещаются патронажной сестрой не позже первых 2—3 дней после выписки из родильного дома. Для этого детская консультация имеет все возможности, а именно: 1) получение обменных карт из родильных домов; 2) установление живой связи с женской консультацией и выявление таким образом беременных, живущих в районе детской консультации, для раннего охвата их патронажем; 3) систематическое собирание сведений (патронажными сестрами) о вновь родившихся и о женщинах, выписывающихся из родильных домов. Используя все эти возможности, консультация, безусловно, может добиться охвата новорожденных в самые ранние сроки.

В консультации, отчет которой мы разбираем, из 607 поступивших под наблюдение детей в возрасте до 1 года был 531 ребенок (87,5%) в возрасте до 1 месяца. Между тем число детей, охваченных наблюдением в течение первого месяца, должно быть очень близко к числу детей, взятых консультацией под наблюдение в возрасте до 1 года. Некоторое расхождение в этих цифрах побудило руководителя консультацией просмотреть истории развития детей, взятых консультацией на учет в возрасте старше 1 месяца. Оказалось, что из 76 таких детей 32 прибыли из других городов, 26 переселились из других районов Москвы и только 18 детей (что составляет 3% к числу детей до 1 года) были взяты под наблюдение с запозданием по вине самой консультации. Такой анализ позволил понять причину недостаточно полного охвата консультацией детей в возрасте до 1 месяца.

Охват наблюдением детей в возрасте до 1 месяца ценен при условии, если эти дети здоровы. В отчете находит отражение и этот момент: из поступивших под наблюдение консультации в возрасте до 1 месяца 531 ребенка 3 (0,56%) были больны. Совершенно очевидно, что чем ниже процент больных детей, поступивших под наблюдение консультации, тем лучше, повидимому, налажен ранний охват новорожденных наблюдением.

В отчете имеются графы о числе умерших детей и из них в возрасте до 1 года: это исходные данные для подсчета показателей смертности. Детская смертность определяется отношением числа детей, умерших в возрасте до 1 года, к числу родившихся детей. При этом следует иметь в виду, что в число умерших должны быть внесены все дети, умершие в районе консультации, независимо от того, произошло ли это дома или в больнице и пользовались ли эти дети медицинской помощью консультации, поскольку консультация несет ответственность за всех детей своего района.

Показатель смертности по данным отчета должен быть исчислен отношением числа детей, умерших в возрасте до 1 года, к числу детей, поступивших под наблюдение консультации в возрасте до 1 года (до уточнения числа родившихся по данным загса). Для этого подсчета можно условно пользоваться числом вновь взятых под наблюдение детей до 1 года, так как в хорошо работающей консультации оно близко к числу родившихся. Полученная таким образом цифра будет верна при двух условиях: если в консультации состоят на учете все новорожденные и если она знает количество всех умерших детей. Если же консультация не справляется с своевременным охватом новорожденных, то показатель смертности, исчисленный по отношению к меньшему числу поступивших под наблюдение детей в возрасте до 1 года, окажется искусственно повышенным, что дискредитирует работу консультации. Если консультация не имеет сведений о всех умерших детях, то оценка показателя смертности сразу выявит этот недостаток в отчете, а следовательно, и в работе учреждения.

В консультации, работу которой мы анализируем, умерло за полгода 38 детей моложе 1 года; по отношению к числу детей, поступивших под наблюдение консультации в возрасте до 1 года, это составляет 6,3% (показатель смертности, исчисленный на число родившихся в районе консультации, равен 6,2%).

Указанный выше показатель детской смертности можно расценивать как положительный, т. е. как показатель низкой детской смертности. Следует иметь в виду, что при исчислении этого показателя не были учтены дети, умершие в родильном доме. Это значит, что вся детская смертность в районе данной консультации находится на уровне 8 на 100 родившихся, так как детская смертность в родильных домах Москвы составляет примерно 2‰.

Остальные разделы отчета отражают другие стороны деятельности консультации. Остановимся на тех из них, которые непосредственно характеризуют качество работы учреждения.

Показателем связи консультации с родильными домами является число обменных карт. Чем лучше налажена эта связь, тем ближе число полученных консультацией обменных карт к числу родившихся.

Очень важным разделом отчета является § 8, характеризующий обслуживание детей на протяжении первого года жизни. Этот раздел состоит из двух частей: 1-я часть позволяет установить, как часто дети обслуживались консультацией (в расчет принимаются все посещения врачей и сестер в консультации и на дому); 2-я часть дает возможность подсчитать, сколько посещений

сестер, в том числе патронажных, приходится на каждого ребенка, достигшего возраста 1 года. Существуют нормативы для посещения ребенком консультации, и для патронажных посещений сестры. Здоровый ребенок при отсутствии каких-либо заболеваний должен посещать консультацию на первом году своей жизни один раз в месяц. При удовлетворительной работе консультации не должно быть ни одного ребенка, который в течение первого года жизни посетил бы консультацию меньше 4 раз. Заполнение отчета по этому разделу важно в том отношении, что материалом для него служит непосредственно история развития. Для отчета отбираются истории развития тех детей, которым исполнился год. Например, при составлении отчета за I квартал 1941 г. (на 1. IV) отбирают истории развития детей, родившихся в I квартале 1940 г., при составлении отчета за полгода 1941 г. (на 1. VII) — истории развития детей, родившихся в I полугодии 1940 г. При подсчете числа посещений на каждого ребенка принимается в расчет только его первый год жизни: ребенок родился 3. III. 1940 — следует подсчитать, сколько сделано посещений им или к нему (врачебных и сестринских) с 3. III. 1940 по 2. III. 1941 (посещения позже 2. III. 1941 в расчет не принимаются). При таком методе подсчета устанавливается совершенно точно, как обслуживались дети на протяжении их первого года жизни.

Особое значение в этом разделе имеет 2-я часть — отчетность о патронажных посещениях к детям в течение первого года жизни. В хорошо работающей консультации патронажная сестра должна посетить ребенка в первые же дни после его выписки из родильного дома, затем в течение первого месяца должно быть сделано повторное посещение, а в течение всего года из 12 полагающихся на ребенка посещений примерно $\frac{2}{3}$ посещений должны быть сделаны патронажной сестрой. Патронажные посещения сестер являются очень важным показателем работы консультации, так как от постановки патронажной работы в большой мере зависит организация борьбы за здоровье и жизнь ребенка.

По анализируемому нами отчету на 1. VII. 1940 достиг 1 года 461 ребенок. Все они посетили консультацию больше 4 раз. Это свидетельствует об удовлетворительной работе консультации. Из этого же отчета можно установить, что на одного ребенка за первый год жизни приходится в среднем 4,2 посещения сестры на дому, в том числе 3,5 патронажных посещения. Патронажных посещений сделано крайне недостаточно.

Следующие разделы отчета содержат обычные сведения об амбулаторной деятельности консультации. По этим данным можно определить ряд показателей: обращаемость к педиатрам и специалистам, число посещений каждым ребенком в среднем, а также отдельно ребенком в возрасте до 1 года и старше 1 года, посещаемость детей на дому сестрами, удельный вес посещений на дому к детям до 1 года в общем числе посещений на дому средним медицинским персоналом, удельный вес патронажных посещений к детям до 1 года в общем числе патронажных посещений, нагрузку на педиатра и специалиста на один рабочий день по приему в консультации и помощи на дому, выполнение производственного плана посещений консультации и т. д.

По анализируемому нами отчету на одного ребенка в среднем приходилось в полгода 5,5 посещения, при этом на ребенка до 1 года — 6,9 посещения, а на ребенка старше 1 года — 4,9 посещения. В среднем на одного ребенка, находившегося под наблюдением консультации, приходилось 3,9 посещения у педиатра, а на дому к ребенку до 1 года — 5,7 посещения и к ребенку старше года — 3,1 посещения. Удельный вес патронажных посещений к детям до 1 года

в общем числе патронажных посещений составляет 97,1% (детей в возрасте до 1 года в консультации было только 30,4%). На врача-педиатра в один рабочий день приходилось в среднем 13,3 посещения (недогрузка), а на рабочий день педиатра по помощи на дому приходилось в среднем 6,8 посещения (перегрузка); производственный план консультации за I полугодие 1940 г. выполнен на 91,5%.

Так, пункт за пунктом следует анализировать отчет, который обогатит руководителя лечебного учреждения огромным фактическим материалом для борьбы с недостатками на отдельных участках работы и у отдельных медицинских работников — участковых врачей, патронажных сестер и т. д.

Широкое обсуждение полученных результатов явится лучшим стимулом для того, чтобы на основе развернутого социалистического соревнования улучшить качество работы и укрепить трудовую дисциплину в учреждении.

МЕТОДИКА АНАЛИЗА ОТЧЕТА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Проф. А. М. Мерков

Кафедра санитарной статистики и организации здравоохранения (зав. кафедрой — проф. А. М. Мерков) Украинского института усовершенствования врачей

В одной из предыдущих статей¹ нами была изложена методика анализа отчета детской консультации. Отчеты женской и детской консультаций заполняются на одном и том же бланке (форма № 19), утвержденном ЦУНХУ СССР 29.XI.1938 г., но поскольку каждое из этих учреждений, даже если они являются структурными частями одной объединенной консультации, имеет свои особые задачи, то и анализ их работы должен проводиться отдельно.

Анализ отчета женской консультации имеет своей целью проверку того, в какой мере консультация выполняла поставленные перед нею задачи. Это дает возможность выявить имеющиеся в работе недостатки и своевременно исправить их. Анализ отчета должен быть делом каждого заведующего консультацией и каждого инспектора по родовспоможению в гор- или райздраве или даже самого заведующего гор- или райздраотделом. Никаких специальных статистических разработок этот анализ не требует, так как все необходимые для него показатели легко могут быть получены из данных квартального или годового отчета женской консультации.

Так как основной задачей женской консультации является охват активным диспансерным наблюдением всех беременных женщин, проживающих в районе обслуживания консультации, то наблюдение это должно начинаться возможно раньше после начала беременности и не прекращаться до окончания послеродового периода. В соответствии с этим первой группой показателей качества работы консультации являются показатели степени охвата беременных наблюдением. К ним относятся:

1. Показатель охвата беременных (в процентах), исчисляемый посредством деления среднего числа беременных, находящихся под наблюдением консультации (помноженного на сто), на число зарегистрированных рождений плюс число зарегистрированных аборт.

Этот показатель до некоторой степени условен, так как в знаменателе берется число рождений и аборт, т. е. число законченных

¹ Вопросы материнства и младенчества, № 6, 1940.

беременностей, вместо числа начавшихся беременностей, т. е. числа зачатий. Условность эта вызвана тем, что сведения о числе новых зачатий никак не могут быть получены, а погрешность, происходящая из-за замены его числом рождений и аборт, практически не может быть особенно большой.

Среднее число беременных, находившихся в данном отчетном периоде под наблюдением консультации, равняется полусумме чисел беременных, бывших под наблюдением к началу и концу отчетного периода, вступивших под наблюдение, закончивших беременность родами или абортами и выбывших из-под наблюдения по какой-либо другой причине.

Числа эти находятся в графах 1, 2, 6, 7, 8, 11, 12 раздела 2 отчетной формы женской консультации.

Пример. В консультации г. N. состояло под наблюдением к началу отчетного периода 1 216 беременных, поступило под наблюдение — 2 058; закончили беременность родами — 1 903, абортами — 108; выбыло из-под наблюдения — 109; осталось под наблюдением к концу отчетного года — 1 154.

Среднее число находившихся под наблюдением беременных:

$$\frac{1\,216 + 2\,058 + 1\,903 + 108 + 109 + 1\,154}{2} = \frac{6\,548}{2} = 3\,274.$$

Зарегистрировано рождений (в загсе) — 4 262, аборт (в здравоотделе) — 111.

Охват беременных консультациями:

$$\frac{3\,274 \times 100}{4\,373} = 74,9\%.$$

Число зарегистрированных рождений получается в загсе, а число зарегистрированных абортов берется из материалов здравоотдела.

2. Показатель своевременности охвата (распределение в процентах) беременных, вступивших под наблюдение консультации (по срокам беременности).

Срок беременности	Число поступивших под наблюдение	%
До 3 месяцев	1 718	33,9
От 3 до 7 месяцев	2 453	48,4
Свыше 7 месяцев	897	17,7
Всего	5 068	100

При правильной организации работы консультации основная масса беременных должна поступить под наблюдение со сроком беременности до 3 месяцев. К сожалению, на практике большинство беременных попадает в консультацию позже 3, а иногда даже позже 7 месяцев беременности. В последнем случае консультация не выполняет своего основного задания — профилактического обслуживания беременных и предупреждения абортов.

3. Процент охвата консультацией родивших женщин, исчисляемый путем деления числа беременностей, законченных родами, у женщин, состоявших на учете консультации (умноженного на сто), на число рождений, зарегистрированных в загсе.

$$\text{Пример: } \frac{1\,503 \times 100}{4\,262} = 35,3\%.$$

Вторая группа показателей дает представление об объеме и характере обслуживания консультацией беременных женщин за весь период беременности.

К ним относятся:

1. Показатель частоты посещений беременными консультации до родов, исчисляемый путем деления числа посещений консультации, сделанных рожавшими женщинами за период беременности, на число женщин, закончивших беременность родами.

Пример. 1 503 рожавших женщины сделали 8 717 посещений, что составит в среднем на каждую:

$$\frac{8\,717}{1\,503} = 5,8 \text{ посещения.}$$

Как известно, женщина, находящаяся под регулярным наблюдением консультации, должна за период беременности посетить консультацию в среднем 6 раз. Сопоставление этого норматива с фактическим показателем частоты посещения характеризует качество работы консультации.

2. Показатель частоты посещения консультации родильницами, исчисляемый посредством деления числа посещений консультации в послеродовом периоде на число женщин, закончивших беременность родами.

Нормативом частоты посещений в послеродовом периоде принято считать примерно 2 посещения на родильницу.

3. Показатель патронажного обслуживания беременных, исчисляемый посредством деления числа посещений на дому, сделанных патронажной сестрой, к женщинам, закончившим беременность родами за весь период их беременности на число женщин, закончивших беременность родами.

4. Показатель послеродового патронажного обслуживания, исчисляемый посредством деления числа сделанных патронажной сестрой посещений родильниц на дому на число женщин, закончивших беременность родами.

Последние два показателя характеризуют патронажную работу женской консультации.

5. Показатель точности установления срока беременности (в процентах), определяемый посредством деления числа женщин, родивших от 1 до 10 дней и свыше 11 дней раньше или позднее установленного консультацией срока декретного отпуска (помноженного на 100), на общее число женщин, получивших декретный отпуск.

Практика показывает, что консультации, охватывающие своим наблюдением беременных в раннем периоде беременности и регулярно обслуживающие их, более точно определяют сроки предстоящих родов. Следовательно, приведенный выше показатель характеризует не только акушерскую опытность врача, но и качество работы консультации.

6. Показатель качества патронажа за женщинами, получившими отказ в производстве аборта, определяемый посредством деления числа женщин, получивших отказ в производстве аборта и закончивших беременность родами (помноженного на 100), на общее число состоящих на учете консультации беременных, которым не разрешен аборт.

Этот показатель говорит о том, обеспечивает ли консультация надлежащим наблюдением и патронажем женщин, которым отказано в аборте, с целью предупреждения криминального аборта.

Пример. Получили отказ в разрешении на производство аборта 79 беременных. Выбыли из района (или города) — 7. Поступили на

учет консультации — 72; из них закончили беременность родами в течение отчетного периода — 39, имели аборт — 12, сохранили беременность — 21.

Процент сохраненных за отчетный период беременностей:

$$\frac{39}{39 + 12} = 76,5\%.$$

Примечание. Беременные (21) до окончания беременности в учет не принимаются, так же как и выбывшие из-под наблюдения.

Наконец, показатели, характеризующие объем амбулаторной работы консультации и работы по обслуживанию женщин на дому.

К этой группе принадлежат следующие показатели:

1. Распределение посещений врача консультации по видам:

	Число посещений врача	%
Беременные	10 563	60,5
По поводу советов по применению противозачаточных средств . . .	5 981	34,3
Гинекологические больные	916	5,2
Всего . . .	17 460	100

2. Показатель объема самостоятельного приема средним медицинским персоналом (в процентах), исчисляемый путем деления числа посещений, самостоятельно принятых средним медицинским персоналом (помноженного на 100), на общее число всех посещений женщинами консультации.

В число посещений, принятых самостоятельно средним медицинским персоналом, не включаются процедурные посещения. Под общим числом посещений (показываемых в знаменателе) следует понимать сумму посещений, принятых врачами, и посещений, самостоятельно принятых средним медицинским персоналом.

Как правило, все посещения должны приниматься врачом. Процент посещений, самостоятельно принятых средним медицинским персоналом, должен быть поэтому очень небольшим. Большая величина этого показателя, особенно в сопоставлении с одним из последующих показателей средней нагрузки врача, говорит либо о недостаточности врачебных штатов, либо о неправильной организации работы консультации.

3. Среднее число амбулаторных посещений на одну беременную, состоящую на учете консультации, получаемое путем деления числа амбулаторных посещений, сделанных беременными за отчетный период, на среднее число беременных, находящихся под наблюдением консультации.

4. Среднее число посещений врачом на дому на каждую из обслуженных на дому женщин, получаемое путем деления общего числа сделанных врачами посещений на дому, на число женщин, обслуженных врачами на дому.

Последней, пятой группой являются показатели, характеризующие размер нагрузки работающего в консультации медицинского персонала.

В эту группу входят:

1. Показатель среднедневной нагрузки врача амбулаторным приемом, исчисляемый посредством деления числа всех видов посещений, принятых врачами на амбулаторном приеме, на число занятых должностей врачей — акушеров-гинекологов, помноженное на число рабочих дней.

2. Показатель среднедневной нагрузки врача помощью на дому, получаемый путем деления числа посещений, сделанных врачами на дому, на число занятых должностей врачей — акушеров-гинекологов, помноженное на число рабочих дней.

3. Показатель среднедневной нагрузки амбулаторной работы среднего медицинского персонала, получаемый посредством деления числа всех амбулаторных посещений у среднего медицинского персонала на число занятых должностей среднего медицинского персонала, помноженное на число рабочих дней.

В число амбулаторных посещений (показываемых в числителе) входит число самостоятельных посещений у среднего медицинского персонала плюс число процедурных посещений.

4. Показатель среднедневной нагрузки среднего медицинского персонала помощью на дому, исчисляемый посредством деления числа посещений на дому, сделанных средним медицинским персоналом, на число занятых должностей среднего медицинского персонала, помноженное на число рабочих дней.

Последние два показателя могут быть получены только из отчета самостоятельно работающей женской консультации. В отчете женских консультаций, входящих в состав смешанной или объединенной консультации Охматдета, средний медицинский персонал, обслуживающий детскую и женскую консультацию, показывается, к сожалению, общим числом и не может быть выделен отдельно без изменения существующей формы отчета.

Вся же последняя группа показателей в сопоставлении с нормами часовой нагрузки медицинского персонала, установленными приказом Наркомздрава СССР № 748/1017 от 4.VIII.1938, и числом часов работы на день определяет, надо ли отнести недостатки работы консультации за счет чрезмерной перегрузки работающего в ней медицинского персонала или за счет плохой организации его работы и могут ли быть исправлены эти недостатки и достигнуто дальнейшее улучшение работы консультации без расширения ее штата путем более целесообразной организации работы.

Систематическое проведение такого рода анализов будет способствовать перестройке работы женских консультаций и превращению их в подлинно центры диспансерного обслуживания беременных и больных женщин и борьбы с абортами.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ДЛЯ ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ

М. Ф. Леви (Москва)

Консультация для женщин составляет неотъемлемую часть и важнейший элемент в системе советского родовспоможения. Правильная работа консультаций — основное условие проведения принципа профилактики в акушерстве. Структура консультации для женщин, а вместе с ней форма и содержание ее работы претерпели значительные

изменения за период ее существования в соответствии с требованиями, которые выдвигались перед советским родовспоможением.

В первые годы своего существования консультации обслуживали почти исключительно беременных и отчасти родильниц. За 23 года своего существования консультации для женщин прошли несколько этапов в своем развитии, начиная с первичных консультаций, в которых обслуживание женщин и детей производилось одним врачом, в большинстве случаев педиатром. Эти так называемые «смешанные консультации» и до сих пор составляют значительную часть существующих сельских консультаций, за исключением районных центров. Следующим этапом развития консультации являются «консультации для беременных и родильниц», входившие в состав так называемых «объединенных» консультаций для женщин и детей. В них обслуживание женщин производилось уже акушерами-гинекологами.

Наконец, высшим этапом в развитии учреждений этого типа является полноценная консультация для женщин, имеющая весьма широкие задачи и существующая в настоящее время во всех городах, за исключением небольших городских поселений. Эти консультации представляют лечебно-профилактические учреждения диспансерного типа, обслуживающие не только здоровых и больных беременных и родильниц, но также и женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями. Соответственно возложенным на них задачам, консультации должны охватить обслуживанием женщин, начиная с периода полового созревания и кончая климактерическим возрастом.

В качестве примера консультации для женщин с широко разветвленной лечебно-профилактической работой может служить консультация № 11 (Сталинского района Москвы). В этой консультации состоят на учете все случаи патологии беременности, в том числе все случаи токсикозов. В 1939 г. и за первую половину 1940 г. в палату беременных родильного дома № 18 (Сталинский район) Института ОММ Наркомздрава было направлено 196 женщин с осложненным течением беременности. Врач, наблюдавший за беременной в консультации, с наступлением родов у нее выезжает по телефонному вызову в родильный дом и участвует в разборе патологического случая врачами родильного дома.

Консультация тесно связана с тубдиспансером № 8, куда дает еженедельно сведения о всех беременных, достигших 32—33 недель срока беременности. Все эти женщины обследуются на дому сестрами тубдиспансера для выявления очагов туберкулеза и отбираются беременные, дети которых подлежат обязательной кальметизации в родильном доме.

В штате женской консультации имеется онкологический кабинет, через который в 1939 г. прошло 940 женщин. Было сделано 46 биопсий, 32 больные были подвергнуты рентгенотерапии, 12 оперативному лечению и т. д.

Консультация № 35 (Коминтернского района Москвы) также организовала у себя в июле 1940 г. онкологический кабинет. За 5 месяцев работы этот кабинет выявил 81 раковую больную, произвел 27 биопсий и диагностических выскабливаний, направил 16 больных для лечения лучистой энергией и т. д.

Такие же кабинеты организованы и в ряде других консультаций Москвы (№ 26 и 32 Сокольнического района, № 4 Киевского района и др.).

Консультации направляют своих пациентов в соответствующие учреждения для физиотерапии и грязелечения, на курорты, в сана-

тории и т. д. Так, консультация поликлиники № 113 (Москва) имела в 1940 г. на учете 159 длительно или часто болеющих женщин. Из них было направлено на курорты 75, на грязелечение — 19, на прочие виды лечения — 12. Физиотерапевтическое и грязевое лечение (амбулаторно) было предоставлено всем нуждающимся женщинам.

Этот широкий размах профилактической и лечебной деятельности консультаций для женщин дает соответственные результаты. Так, число эклампсий резко снизилось за последние несколько лет, составляя не более 0,6—0,7% к числу рожениц в родовспомогательных учреждениях. Количество мертворождений снизилось по меньшей мере в два раза, что зависит не только от улучшения акушерской помощи в родильных домах, но в значительной мере от работы консультации для женщин. В прилагаемой табл. 1 показана динамика падения мертворождаемости¹.

Таблица 1

Годы	Автор	Процент мертворождений	В каких городах (учреждениях)
1910—1916	Фейгель	4,13 до 4,58	Петербург—Петроград
1910—1917	Добротин	5,29	Нижегородский родильный дом
1919—1923	Кононова и Шверина	4,4	Родильные дома Москвы
1920—1921	Гиненевич	3,81	Родильные учреждения Петрограда
1920—1923	Добротин	3,15	Нижегородский родильный дом
1923—1926	Фейгель	3,25 до 3,54	Ленинград
1924—1927	Кононова и Шверина	2,6	Родильные дома Москвы
1924—1932	Рекшинская	2,5	Горьковский (Нижегородский) родильный дом
1931—1932	Новосельский	2,5	Ленинград
1937—1938	Буйко	2,09	По 5 акушерским клиникам Киева

Из этой таблицы видно, как постепенно уменьшалась год за годом мертворождаемость в наших учреждениях.

На 1.I.1940 всего по Союзу ССР было развернуто 3 910 консультаций для женщин, из них 2 143 в городах и 1 767 на селе. Из общего числа городских консультаций 428, или 20%, обслуживают исключительно женщин, из них 155 входят в состав поликлиник и амбулаторий. Остальные 1 715 городских консультаций относятся к типу «объединенных» или «консультаций для женщин и детей» по новой номенклатуре Наркомздрава Союза ССР. Еще несколько лет назад самостоятельные консультации, обслуживавшие только женщин, насчитывались единицами. Отделение консультации для женщин от детских консультаций в независимые учреждения представляет собой естественный процесс в развитии учреждений этого типа, процесс, который, несомненно, приведет к улучшению работы тех и других, а потому может быть рекомендован в городах, где для этого имеются соответствующие условия. В первую очередь это относится к поселениям, имеющим 50 000 жителей и более.

В сельских местностях преобладающее большинство составляют «консультации для женщин и детей»; число консультаций, обслужи-

¹ По статье С. Л. Кейлина, «Динамика мертворождаемости», Вопросы материнства и младенчества, № 11, 1940.

вающих только женщин, равнялось всего 48, или 2,7% общего числа сельских консультаций, из них 35 находились в районных центрах.

Деятельность консультаций для женщин в течение 1939 г. выразилась в следующих цифрах.

Принято в городских консультациях посещений: 14 554 875 врачами и 946 556 средним медицинским персоналом, а всего 15 501 431. Удельный вес обращений к среднему медицинскому персоналу равен 6,5%. На дому было сделано посещений: врачами — 224 804 и средним медицинским персоналом — 575 012, всего — 799 816 посещений, при этом удельный вес посещений на дому, сделанных средним медицинским персоналом, составляет почти 72% общего их числа.

В среднем по Союзу ССР число врачебных посещений, сделанных женщинами в городских консультациях, составляло 260 на каждую 1 000 населения. Выше этого среднего показателя была посещаемость в РСФСР (277,9 на 1 000), Карело-Финской ССР (297,9), Армянской (337,8), Таджикской (341,4) и Грузинской (376,1). Резкое отставание было отмечено в УССР — 194,8 посещения на 1 000 населения.

Что касается помощи на дому, то на каждую 1 000 населения было сделано в среднем по Союзу ССР 4 посещения врачами, а средним медицинским персоналом — 10,3 посещения, т. е. в $2\frac{1}{2}$ раза больше. Общее число посещений на дому составляло около 5,2% по отношению к числу посещений, сделанных женщинами в консультацию (включая посещения к среднему медицинскому персоналу).

Эти цифровые данные показывают весьма небольшие размеры патронажной работы, характеризуемой числом посещений на дому, сделанных средним медицинским персоналом. Относительно высокие показатели, значительно превышающие средние по Союзу ССР (10,3), дают Азербайджанская (23,4) и Грузинская ССР (41,9). В числе отстающих республик: РСФСР (9,7), УССР (6,1), Казахская ССР (5,7), БССР (4,1) и в особенности Киргизская ССР (2,2).

Деятельность сельских консультаций в 1939 г. характеризуется следующими данными. Принято посещений: врачами — 1 724 880, средним медицинским персоналом — 576 792, а всего — 2 303 672 посещения. Удельный вес обращений к среднему медицинскому персоналу весьма высок — 25,1%. На дому сделано посещений: врачами — 60 672, средним медицинским персоналом — 120 355, а всего — 181 027 посещений, причем 66,5% приходится на долю среднего медицинского персонала. Эти данные показывают, что значительная часть работы женских консультаций на селе выполняется средним медицинским персоналом, причем патронажная работа среди населения ведется крайне недостаточно. Необходимо, впрочем, заметить, что, кроме консультаций, патронажную работу на селе ведут и акушерки колхозных родильных домов, акушерских и фельдшерско-акушерских пунктов, а отчасти и сельских стационарных родовспомогательных учреждений. Таким образом, приведенные выше цифры не отражают патронажной работы среди сельского населения во всем ее объеме.

Цифровые показатели посещаемости консультаций и размера помощи на дому отнюдь не могут характеризовать качественной стороны деятельности женской консультации. В подтверждение этого можно сослаться на пример Грузинской ССР, давшей самые высокие по Союзу показатели посещаемости в консультации и на дому — 418 посещений на 1 000 населения против 285 в среднем по СССР. А между тем результаты работы консультаций Грузинской ССР по линии борьбы с абортами, составляющей одну из важнейших задач в деятельности консультации, явно неудовлетворительны, так как не приводят к уменьшению числа абортотворений.

Переходя к анализу деятельности отдельных консультаций, остановимся на основных принципах, которые должны быть положены в основу правильной постановки работы развернутой полноценной консультации, т. е. консультации городского типа. Принципы эти следующие.

Участковое обслуживание женщин. Это значит, что население каждого района города (или часть его), обслуживаемого консультацией, должно быть территориально прикреплено к одному из врачей консультации — участковому врачу и должно им полностью обслуживаться.

Принцип участковости понимается в большинстве случаев механически, по формальному признаку — обслуживания женщин, проживающих на определенной территории, своим врачом. Это еще не есть участковость. Истинной можно считать участковость лишь тогда, когда врач консультации знает контингент женщин участка, прикрепленного к нему, в частности, беременных и гинекологических больных, следит за состоянием их здоровья лично или при помощи патронажных сестер (акушерок). Тип работы участкового врача консультации приближает его к роли «домашнего врача», который должен быть своим человеком в семье. Соблюдение участковости в этом смысле поможет врачу в ряде случаев отклонить намерение той или иной женщины прервать беременность и облегчит ему задачу своевременного предоставления беременным родового отпуска.

Принцип участкового обслуживания женщин соблюдается далеко не везде, например, в Горьком, даже на Автозаводе, где, казалось бы, имеется полная возможность прикрепить организованное женское население к определенному врачу.

Затем в консультациях должно быть установлено единое обслуживание беременных женщин (при нормальном и осложненном течении беременности) и гинекологических больных. Конечно, для этого необходимо, чтобы врачи консультации имели соответствующую квалификацию.

Принцип единого обслуживания соблюдается далеко не везде и не всегда. Так, например, в консультациях Крымской АССР, не исключая Симферополя, имеющего кадры высококвалифицированных специалистов, обслуживаются почти исключительно беременные, обращение по другим поводам носит совершенно случайный характер. Так, в консультации Железнодорожного района Симферополя на общее число посещений, сделанных в 1939 г. (10 364), 93% (9 627) посещений было сделано беременными. То же самое наблюдается в консультациях Ворошиловграда (УССР).

Среди консультаций Москвы единое обслуживание женщин своего участка проводится в достаточной мере, о чем свидетельствуют некоторые цифры. Так, в консультации им. Л. Н. Рахманова (б. Центральный институт ОММ) на 21 311 посещений, сделанных в 1939 г. у врачей беременными, приходится 21 582 посещения, сделанных гинекологическими больными. В консультации при поликлинике № 113 из общего количества 36 591 врачебных посещений 16 929 сделано беременными и 2 761 родильницами, что составит 53,6% общего числа. Остальные 46,2% посещений распределяются между гинекологическими больными (12 600, или 34,4%), посещающими консультации для получения совета по предупреждению беременности и пр. В консультации им. Нансена (Москва, Сокольники) процент посещений, сделанных гинекологическими больными, составлял около 30 от общего числа посещений.

В консультации женской и детской Педиатрического института 36 013 посещений распределяются следующим образом: 12 455 посещений (34,6%) сделаны по поводу беременности, 1 591 посещение —

для получения совета по предохранению от беременности (4,4%), 10 493 — гинекологическими больными (29,1%). Остальные посещения распределяются между специалистами — урологами, венерологами, фтизиатрами и т. д.

На этих нескольких примерах видно, что консультации для женщин уже играют известную роль в обслуживании гинекологических больных врачебной помощью, хотя процент обслуживания этой категории женщин колеблется в отдельных консультациях в значительных пределах.

Необходимо добиваться того, чтобы единое обслуживание беременных и гинекологических больных было установлено во всех крупных городских консультациях. Это не только отвечает интересам женщины, но имеет неоспоримое значение в вопросе о повышении квалификации врачей, работающих в консультации для женщин, а следовательно, и в деле улучшения качества обслуживания женщин лечебной помощью.

Третьим элементом, на котором должна быть построена работа консультации, является проведение принципа профилактики. Организационные формы этого вида работы выражаются в патронаже и санитарно-просветительной деятельности.

Патронажем должны быть охвачены все беременные первых 3 месяцев беременности. В особую группу, требующую усиленного внимания, должны быть выделены беременные, получившие отказ в разрешении на производство аборта, а также группа так называемых «угрожаемых по аборту», к числу которых должны быть отнесены повторно абортирующие, а также все беременные, от которых можно ожидать насильственного прерывания беременности. При некотором опыте путем наводящих вопросов врач легко отличит такую женщину, которая обращается в консультацию не за помощью, не за советом, а лишь для того, чтобы установить факт беременности. Все эти беременные должны быть взяты немедленно на патронаж и, по возможности, привлечены в социально-правовые кабинеты, работники которых уже выработали известные технические приемы в «подходе» к этим женщинам. Если время будет упущено, то многие беременные этой категории посетят вторично консультацию уже с явлениями начавшегося и, конечно, преступного аборта или же поступят непосредственно в стационарное лечебное учреждение с начавшимся абортом.

Ранний патронаж беременных составляет необходимое условие для ограничения количества ошибок при выдаче родовых отпусков, а в особенности для профилактики преступного аборта. Никогда не следует упускать из виду, что среди беременных, обращающихся в консультацию с явлениями начавшегося аборта, есть более или менее значительное число женщин с так называемым «самопроизвольным», или «спонтанным», абортом, возникающим на почве общих болезней или местных заболеваний половой сферы. Такие женщины должны состоять на особом учете и подлежат специальному лечению, в ряде случаев стационарному и санитарно-курортному. Они требуют частых патронажных посещений, не только сестринских, но и врачебных.

Отсутствие или недостаточность патронажной работы среди беременных превращает консультацию для женщин в обычную амбулаторию, что отражается на итогах ее деятельности. К сожалению, так именно обстоит дело во многих консультациях даже в крупных центрах, что показал ряд обследований, проведенных наркомздравами СССР, РСФСР и УССР. Совершенно недостаточна в большинстве консультаций и санитарно-просветительная работа, которая носит часто формальный характер.

Так поставлено дело в консультациях Ленинграда, деятельность которых носит чисто амбулаторный характер. Патронажная работа проводится не во всех консультациях. В консультациях Ленинградской области работа поставлена неудовлетворительно. Патронажа почти совершенно не проводится.

В консультациях Горького санитарно-просветительная работа не развернута и вне стен консультации почти не ведется. Даже на Автозаводе эта работа среди населения поставлена очень слабо: за 1939 г. в клубах Автозаводского района прочитано было всего 10 лекций.

Патронаж поставлен неудовлетворительно и охватывает лишь незначительное число беременных, в связи с чем не менее двух третей женщин, поступивших в лечебницы по поводу внебольничного аборта, ни разу не посетили консультации, а следовательно, не могли быть охвачены профилактической работой и получить социально-правовую помощь.

Борьба за раннюю явку беременных в консультацию не ведется, что стоит, без сомнения, в связи с недостаточной санитарно- и культурно-просветительной работой среди населения. Большинство женщин (примерно 60%) Горького является в консультации в поздние сроки беременности, когда уже не может быть и речи о профилактике преступного аборта. Вторым последствием поздней явки является большой процент ошибок при определении срока родового отпуска: лучшие консультации дают 19—20% ошибок, а более отстающие — до 36%.

В консультациях Азербайджанской ССР, не исключая таких крупных центров, как Баку и Кировабад, не говоря уже о Нухе, Шемахе, Нахичевани и т. д., санитарно-просветительная работа ведется очень плохо, патронаж развит недостаточно, а местами совершенно отсутствует.

К этому необходимо прибавить, что и социально-правовые кабинеты не проявляют надлежащей активности в деле борьбы с абортами.

Очень плохо поставлена профилактическая работа и в пяти женских консультациях Ворошиловграда: помощь на дому и патронаж не проводятся, что относится и к женщинам, получившим отказ в разрешении на аборт, которые даже не состоят на учете консультации; санитарно-просветительная работа поставлена слабо, социально-правовая помощь совершенно неорганизована.

В консультациях Крымской АССР помощь на дому не была организована в 1940 г. Патронаж проводился совершенно недостаточно. Санитарно-просветительная работа состояла в 10—15-минутных беседах, проводимых в приемной, которым не ведется правильного учета (Симферополь, Керчь). Число проведенных вне консультации лекций невелико (Симферополь, консультация Железнодорожного района — за год 5 лекций). В последнем квартале 1940 г. можно было отметить некоторый перелом к улучшению в работе консультаций Крымской АССР.

В консультациях Калининской области санитарно-просветительная работа проводится слабо и носит случайный характер. Несколько лучше поставлено дело в Калининe, где посещаемость консультаций беременными довольно высока. Однако и здесь больше 50% беременных впервые приходит в консультацию лишь во второй половине беременности.

Многочисленность приведенных примеров, заимствованных из деятельности консультаций различных местностей Союза ССР, несомненно, свидетельствует о неудовлетворительной постановке патро-

нажной и санитарно-просветительной работы в консультациях для женщин.

Несколько лучше поставлена эта работа в консультациях Москвы. Так, среднее число патронажных посещений, сделанных во время беременности, на 1 женщину, состоявшую под наблюдением консультации, беременность которой окончилась родами (по данным за 1940 г.), составляло: по консультации им. Рахманова (Центральный институт ОММ) — 0,85 посещения; по консультации № 32 (Сокольнический район) — 0,42; № 28 им. Нансена (Сокольнический район) — 0,8; № 37 (Первомайский район) — 0,8; № 26 (Фрунзенский район) — 1,14; № 11 (Сталинский район) — 1,35 и т. д.

В одной из лучших консультаций — при Ленинградском медицинском педиатрическом институте (б. Институт ОММ) — среднее число патронажных посещений значительно ниже приведенных выше показателей — 0,18.

Одной из причин слабой патронажной работы консультации для женщин, несомненно, следует считать необеспеченность их патронажными сестрами (акушерками) и позднюю явку беременных в консультации.

Процент беременных в 1940 г., взятых под наблюдение консультации до 3 месяцев беременности (табл. 2), составлял:

Таблица 2

	В %
Консультация им. Нансена (№ 28)	38,1
„ № 32	38,9
„ им. Рахманова	42,2
„ № 11	44,0
„ Медицинского педиатрического института (в Ленинграде)	45,0
„ при поликлинике № 113 (Москва)	46,4
„ № 26	60,0
„ № 35	63,7

Из этого видно, что даже в этих лучших консультациях от 60 до 34% женщин впервые попадают на учет консультации уже после 3 месяцев беременности.

Важнейшим разделом патронажной работы является предупреждение производства абортс женщинами, получившим отказ в разрешении на аборт (так называемые угрожаемые по абортс). Этому вопросу было посвящено несколько статей в нашем журнале¹, в которых приводятся данные о проценте сохраненных различными консультациями беременностей, который колеблется от 94 (Красногорск Московской области) до 59 (Ростовская область).

По имеющимся у нас сведениям за 1940 г. (по 10 консультациям), из общего числа беременных, получивших отказ в разрешении на аборт, закончили беременность абортс 24%; у остальных 76% беременность либо уже закончилась родами, т. е. безусловно была сохранена, либо еще продолжалась к концу отчетного периода, т. е. может считаться условно сохранившейся. По отдельным консультациям процент женщин, сохранивших беременность за отчетный период, распределяется следующим образом (табл. 3).

Не умаляя значения этой работы, следует, однако, иметь в виду, что она не снижает существенным образом количества внебольничных абортс в районе деятельности консультации. Если перечислить количество сохраненных консультацией беременностей не к числу «отказных», а к общему числу внебольничных абортс, то процент сохраненных беременностей составляет всего около 9.

¹ С. Копелянская и М. М. Клячко, № 7—8, 1940. И. А. Шапиро, № 2, 1940.

Таблица 3

	В ‰
Консультация № 26	89
„ № 11	89
„ Медицинского педиатрического института (в Ленинграде)	79
„ № 51	76
„ им. Нансена	76
„ № 35	74
„ им. Рахманова при консультации № 113 . . .	74
„ № 32	64

Большие перспективы обещает и борьба за сокращение «самопроизвольных» (спонтанных аборт), как это показывает опыт Московской консультации № 11. Эта консультация направила в стационары для госпитализации 116 беременных с явлениями угрожающего аборта. Из них 78, что составляет 67,2%, выписались беременными.

Если судить на основании цифрового материала, то санитарно-просветительная работа проводится в московских консультациях достаточно интенсивно. Так, например, в консультации № 11 проведено за 1½ года 314 лекций и бесед, на которых зарегистрировано 5 714 слушателей; проведено 9 школ матерей. Каждый врач консультации прикреплен к подшефному производству, на котором он ведет санитарно-просветительную работу, выявляет длительно и часто болеющих. В консультации № 26 было проведено 480 лекций и бесед, охвативших 3 718 слушателей. Организовано 12 школ матерей (из них одна вне консультации), через которые прошло 148 беременных. Консультация при поликлинике № 113 провела 108 лекций в цеху (3 919 слушателей) и 178 бесед (в консультации 1 695 слушателей) и т. д. В консультации № 35 проведено 80 лекций (976 слушателей) и 153 беседы (1 560 слушателей) и т. д. При всей значительности этих цифр проводимую работу по санпросвету нельзя считать достаточной, в особенности если учесть среднее число посетителей, приходящих на каждую лекцию или беседу: от 8 до 18 по консультациям, поименованным выше и принадлежащим к числу лучших по этому разделу. Слаба еще посещаемость школ матерей. По материалу С. А. Бахмутской¹, обследовавшей 24 консультации для женщин в Москве с I.I по I.IX. 1940, было проведено 11 циклов (школ), через которые прошло 1 546 беременных, в среднем по 8 в месяц на каждую школу.

Можно утверждать, что санитарно-просветительная работа, роль которой весьма велика в деле раннего привлечения беременных в консультации, стоит еще на низком уровне.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРРЕИ В ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ

Кандидат медицинских наук *А. П. Кушелевский*

Московский научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

Декреты правительства от 27.VI.1936 и 29.XII.1938, явившись новым этапом в развитии дела охраны материнства и младенчества, предъявили всей медицинской организации и, в частности, врачам женских консультаций требование о лучшем и всестороннем обслу-

¹ С. А. Бахмутская, Санитарно-просветительная работа в свете некоторых цифр, Вопросы материнства и младенчества, № 1, 1941.

живании женщин. Учитывая, что обслуживание женщин сосредоточено в женских консультациях, мы в течение ряда лет отстаивали положение о том, что борьбу с женской гонорреей должны вести консультации. В 1939 г. вышла книга проф. И. Л. Брауде о женской консультации; в разделе «Диагностика и лечение женской гонорреи» автор указывает, что лечение женской гонорреи должно проводиться женской консультацией и поликлиникой, куда женщина пойдет несравненно охотнее, чем в вендиспансер; начав лечение, больная не бросит его незаконченным, как это из ложного чувства стыда может сделать иная больная, привлеченная к лечению в диспансер.

В работе женских консультаций до сих пор уделяется недостаточно внимания выявлению и диагностике гонорреи в акушерской и гинекологической практике. Между тем опыт показывает, что только активные методы выявления, диагностики и терапии гонорреи приводят к успеху.

Почему нужны активные методы борьбы с женской гонорреей?

1. Давно установлено, что гоноррея, особенно хроническая, а тем более латентная имеет очень незначительные симптомы, иногда не сопровождающиеся никакими объективными признаками. Уже одно это обстоятельство является достаточным доказательством того, что для выявления женской гонорреи нужен особый подход. В нашей практике около 80% случаев женской гонорреи было выявлено вендиспансером с помощью кон-frontации и патронажа. Если учесть эти данные, то не трудно себе представить, сколько случаев гонорреи среди больных воспалительными заболеваниями мочеполовой сферы остается нераспознанными в консультациях, особенно в районных и сельских участковых консультациях.

2. Каждая женщина, больная гонорреей, является источником заражения для окружающих, в частности, для девочек, которые часто спят со взрослыми в одной постели, пользуются одним ночным горшком, моются одной и той же губкой, мочалкой и т. д.

3. Свежие, острые формы гонорреи легче диагностируются бактериоскопически, а ранняя диагностика имеет огромное значение для abortивно-профилактического лечения свежих случаев женской гонорреи, так как излечение здесь достигается сравнительно быстро и без тяжелых осложнений с развитием восходящего процесса.

4. Женские консультации часто проводят терапию без этиологически установленного диагноза воспалительного заболевания гениталий, что затрудняет в дальнейшем нахождение гонококков в мазках выделений секрета мочеполовой сферы. Так, при хронических заболеваниях нам удавалось бактериоскопически устанавливать гонорройную этиологию только в 20% случаев, а при латентных формах этот процент был еще меньше, отчасти в связи с той полипрогмазией, которая применялась при прежнем лечении этих заболеваний. Нам приходилось многократно, иногда до 16 раз, исследовать больную, чтобы добиться подтверждения гонорройной этиологии заболевания. Отсюда очевидно, что чем раньше больная подвергается врачебному обследованию, тем раньше и легче ставится бактериоскопический диагноз и тем своевременнее приступают к местному лечению открытых и закрытых очагов гонорройной инфекции и к общей терапии.

5. Больные, находившиеся у нас на излечении, в 96% случаев доводили лечение до конца благодаря активному контролю над ними; только 4% больных вследствие перемены адреса, отъезда из Москвы в другие города и села не были доведены до полного излечения.

6. Среди осложнений гонорреи мы, хотя и не часто, но все же встречали, особенно в так называемых случаях акушерской гонорреи, гонорройные заболевания суставов, невриты, ириты, тендовагиниты и др. В выявлении этих осложнений большую роль может

сыграть непосредственная связь акушеров-гинекологов с терапевтами, невропатологами и глазниками.

Нам кажется, что приведенных данных вполне достаточно для доказательства необходимости активных методов борьбы с женской гонорреей.

Выявление этиологии заболеваний обязательно, ибо советская медицина борется не только с проявлениями болезни, но и с их причинами. Наши знания в области воспалительных заболеваний мочеполовой сферы уже находятся в той стадии, когда можно различать специфические особенности в клинике этих заболеваний в зависимости от разных возбудителей.

Клиническая картина имеет большое значение в диагностике острой и хронической гонорреи. Так, в уретре мы чаще всего находили 3 вида патологических изменений: параканикулярный инфильтрат, ложный абсцесс и полипозные разрастания в виде карункулов, папиллом, кондилом и аденом; при бартолините — 5 форм патологических изменений: каникулярный (катарральный) процесс, параканикулярный узловатый инфильтрат, ложный абсцесс, настоящий абсцесс и кисту бартолиновой железы. Зернистый кольпит встречался чаще у беременных и у девочек. Катарральный эндоцервицит развивается, как правило, в острых случаях гонорреи — эрозии (*simplex, follicularis et papillaris*), а в дальнейшем *ovulae Nabotii* и ложная эрозия — при хронической и латентных формах гонорреи. При гоноррее верхнего отдела половых органов мы диагностировали пельвеоперитониты, периметриты и различные формы сальпингитов и оофоритов вплоть до пиосальпинкса и пиовария.

Для диагностики гонорреи нужно широко пользоваться всеми методами провокации — алиментарным, химическим, медикаментозным, механическим, тепловым и иммунобиологическим (внутримышечно, интракутанно и регионарно в подслизистую и внутримышечно) с последующими мазками и, если возможно, посевами в течение 3 дней подряд. Исследования выделений на 2-й и 3-й день менструаций дали в нашем материале более положительный результат в хронических случаях запущенной гонорреи, учитывая цитобактериоскопическую диагностику, предложенную Бакштом. Большую помощь в диагностике гонорреи оказывают исследования крови: реакция Борде-Жангу во всех ее модификациях и реакция антигена, предложенная Фейгелем. Мы надеемся в скором времени внедрить ее в широкую практику.

Подробный анамнез, скрупулезные исследования, тщательное клиническое наблюдение остаются основными методами диагностики хронической и особенно латентных форм гонорреи.

Поставив диагноз гонорреи, необходимо решить вопрос, подлежит ли больная амбулаторному или стационарному лечению. В том и другом случае необходимо провести обстоятельное санитарно-просветительное воспитание больной и окружающих ее лиц, обезвреживание очага инфекции, обследование семьи и ряд мер личной и общественной профилактики. Все это проделывается через патронажную сестру под контролем врача. Терапия женской гонорреи должна вестись планомерно, систематически, соответственно стадии и форме болезни. При всех стадиях и формах заболевания обязательна общая терапия сульфопрепаратами (стрептоцидом, сульфидином, сульфазолом).

Весьма актуален вопрос об обеспечении гонорройных больных стационарной помощью. Многие авторы и мы в том числе наблюдали, что при стационарном лечении гонорреи сокращается срок болезни. В участковых и районных больницах вопрос о стационарной помощи гонорройным больным большей частью разрешается просто,

но в городах и промышленных центрах из-за большой загруженности коечного фонда госпитализировать больную даже с острым гонорройным восходящим процессом довольно затруднительно. Учитывая это обстоятельство, необходимо выделить в гинекологических отделениях больниц определенное количество коек для консервативного лечения осложненных гонорройных заболеваний.

Особо важно лечение беременных, больных гонорреей. Мы считаем необходимым помещать таких больных, особенно во второй половине беременности, в стационар.

Лечение гонорреи должно проводиться в зависимости от распространенности процесса. Неосложненные острые уретриты излечиваются, как правило, приемом внутрь белого стрептоцида. Ларауретрит (при абсцессах) вскрывается с последующей тампонадой. Бартолинит лечится аутогемотерапией по Гебнеру. Абсцесс и ложный абсцесс бартолиниевой железы лечатся хирургически.

Если гонорройная инфекция поражает шейку матки — ее цервикальный канал, то этим сразу открываются ворота для поражения важнейших вышележащих половых органов — матки, труб, брюшины и яичников. Поэтому так важно правильное лечение цервикального канала: планомерно проводимое лечение может воспрепятствовать возникновению гонорройной инфекции.

Эндоцервициты лечатся спринцеваниями, а еще с большим успехом длительными орошениями и последующими ванночками из 50% раствора протаргола и 10—50% ихтиол-глицерином с предварительной обработкой 2% содовым раствором или перекисью водорода.

В лечении гонорреи должна быть специфическая направленность. Комбинированное медикаментозно-вакцино-физиотерапевтическое лечение восходящей гонорреи дает хорошие результаты.

Современные познания в области диагностики и лечения женской гонорреи дают нам возможность при известной настойчивости справиться с гонорройной инфекцией.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА ДОРОДОВОГО ОТПУСКА ¹

Д-р Т. Б. Адамян

По материалам женской консультации № 10 Тбилиси (главврач И. Н. Езиашвили)

В работе врача женской консультации одним из наиболее трудных и ответственных моментов является определение срока родового отпуска, которым пользуются работницы и служащие.

Я хочу поделиться теми данными, которые мы получили в Тбилиси в 10-й женской консультации при определении срока декретного отпуска на основании закона от 28.XII.1936. В дальнейшем мы сравниваем данные за 1939 г. с аналогичными цифрами за предыдущие годы.

Из 1047 беременных женщин было 482 (42%) служащих и 557 (58%) работниц. Преобладали женщины в возрасте от 20 до 35 лет. В отношении перво- и повторнородящих наш материал распределяется так (табл. 1).

Как видно из этой таблицы, число первородящих в 1939 г. по сравнению с предыдущими годами повысилось почти на 12%, а повторнородящих — на 17%.

¹ Доложено на научной конференции 2-й акушерско-гинекологической клиники Тбилисского медицинского института 20.VI. 1940.

Таблица 1

	1931—1935 гг.		1936—1938 гг.		1939 г.	
	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%
Общее количество случаев	300	100	557	100	190	100
Из них:						
Первородящих	172	57,3	202	36,3	58	30
Повторнородящих	128	42,7	355	63,7	132	70

Из табл. 2 видно, что точное совпадение срока отпуска с началом родов в 1939 г. против прошлых лет увеличилось на 3% за счет уменьшения перегулов и недогулов. Число недогулов заметно снизилось, перегулы сократились приблизительно на 3%.

Таблица 2

Недогулы и перегулы	1931—1935 гг.		1936—1938 гг.		1939 г.	
	число случаев	%	число случаев	%	число случаев	%
Совпадение срока отпуска с началом родов	20	6,7	35	6,2	18	9,47
Недогулы						
1—5 дней	59	19,6	97	17,4	36	18,94
6—10 „	32	10,7	88	15,8	32	16,84
11—14 „	39	13,0	63	11,3	17	8,94
15—21 день	9	3	20	6,5	5	2,63
22 дня и более	3	1	5	0,9	2	1,05
Всего недогулов . .	162	—	288	—	110	—
Перегулы						
1—5 дней	58	19,3	92	16,5	31	16,31
6—10 „	32	10,6	77	13,8	27	14,21
11—14 „	37	12,5	53	9,6	15	7,89
15—21 день	9	3	21	3,8	7	3,68
22 дня и более	2	0,6	6	1,19	—	—
Всего перегулов . .	138	—	249	—	80	—
Итого	300	—	537	—	190	—

Распределение числа перегулов и недогулов среди перво- и повторнородящих показано в табл. 3.

Из табл. 3 видно, что чем раньше беременная привлекается в консультацию, тем точнее определяется срок беременности и тем меньше ошибок. Таблица также показывает, что процент ошибок больше в отношении повторнородящих, нежели первородящих.

Число
совпадений
за 1939 г.

В п р о ц е н т а х

7.364,73	1,57	4,57	11,57	12,10	7,89	2,10	48,42	5,26	3,15	1,57	2,10	11,01	0,63	1,57	42,1	4,21	5,26	9,47
----------	------	------	-------	-------	------	------	-------	------	------	------	------	-------	------	------	------	------	------	------

Сопоставляя наши данные с данными других авторов (табл. 4), мы видим, что число ошибок при определении срока декретных отпусков у нас весьма невелико.

Таблица 4

А в т о р ы	Число случаев	% ошибок
Жордания	1 000	27,7
Быховская	1 036	20,0
Бакшт	518	14,75
Юшкова	500	19,0
Гидерсон и Макаревич	475	34,4
Идельсон	488	23,16
Езиашвили	240	8,8
Езиашвили (сборный материал)	3 439	25,9
Адамян (1931—1938 гг.)	847	13,9
Адамян (1939 г.)	190	7,36

В основу определения срока 35-недельной беременности мы положили схему, предложенную проф. Фигурновым для определения 32-недельной беременности.

Итак, из сравнения наших данных с аналогичными данными других авторов мы вправе сделать вывод, что наша консультация не уступает другим в деле правильного определения срока беременности и декретного отпуска.

В этом, безусловно, важную роль играют квалификация и навык работников женской консультации. Руководители делом родовспоможения должны поэтому обращать серьезное внимание на эту сторону работы женской консультации.

ОПЫТ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАЦИИ В БОРЬБЕ С АБОРТАМИ

В. И. Жирнов

Заведующий женской консультацией № 51 (Москва)

Женская консультация № 51 обслуживает самые отдаленные участки Ленинского района Москвы. Среди обслуживаемых ею женщин немалый процент составляют сезонные работницы, проживающие где-то за городом и обращающиеся в нашу консультацию по месту работы. Территориально консультация № 51 расположена очень неудобно для обслуживаемого ею населения; достаточно сказать, что все ближайшие улицы и даже тот дом, в котором находится консультация, обслуживаются другой консультацией. Такая разбросанность участка безусловно отражается на качестве работы: не имея машин, врачи тратят на дальние вызовы больше 2 часов. Совершенно необходимо приблизить нашу консультацию к обслуживаемому ею участку, т. е. перевести ее с окраинных улиц ближе к центру.

Одним из важнейших разделов нашей работы является борьба с абортами, значительная часть которых может быть отнесена к самопроизвольным.

Нередко в беседе с беременной женщиной врачу удается выяснить, что она не хочет сохранить беременность, иногда она даже прямо заявляет об этом и настойчиво требует направления в абортную комиссию, хотя никаких медицинских показаний для этого не имеет. Участковый врач берет таких женщин на особый учет (что облегчается строгим соблюдением участковости в нашей консультации), на каждую из них заводится учетная карточка, они чаще вызываются к

врачу, их посещает патронажная сестра и выявляет бытовые условия. В случае надобности врач направляет такую женщину в социально-правовой кабинет, организованный здесь же, при консультации. Социально-правовой кабинет выясняет причины, побуждающие женщину прервать беременность, и старается устранить их и тем самым сохранить беременность. Под такое же наблюдение консультация берет женщин, которым абортная комиссия отказала в разрешении на прерывание беременности. Абортная комиссия на следующий же день извещает о своем решении консультацию, и та тотчас же направляет сестру социально-правового кабинета на дом к женщине, не получившей разрешения на аборт. Сестра, обследуя на месте бытовые условия этой женщины, предлагает ей явиться в консультацию к юристу, в задачи которого входит оказание возможной в таких случаях правовой и бытовой помощи.

В консультации проводятся лекции и беседы на темы о вреде аборта, женских болезнях и т. п., сопровождаемые картинками (алоскоп).

Но далеко не всегда наши попытки сохранить беременность у таких женщин увенчиваются успехом, и тогда беременность заканчивается выкидышем. Например, гр. Н., по профессии крановщица, имеет одного ребенка 3 лет. В анамнезе три аборта. Комиссия по разрешению абортов 10.IV отказывает ей в прерывании беременности. На следующий же день 11.IV сестра социально-правового кабинета посетила ее и предложила зайти к юристу, чтобы зарегистрировать отца ребенка. Через 9 дней (20.IV) гр. Н. поступила в гинекологическую больницу с выкидышем. Приведенный случай показывает, что подчас ни беседа врача, ни патронаж не могут убедить женщину сохранить беременность.

За первое полугодие 1940 г. комиссия по разрешению абортов отказала в разрешении на аборт 42 женщинам, состоявшим на учете в нашей консультации. У 9 из этих женщин (21%) произошел выкидыш, остальные 33 (79%) до сих пор сохранили беременность. Из 9 женщин, у которых беременность закончилась абортом, 5 были больны (болезнь сердца, малокровие, артрит, базедова болезнь), а остальные 4, совершенно здоровые, были направлены консультацией на комиссию лишь по их настоятельному требованию.

К сожалению, большинство абортов происходит у женщин, не обращающихся в абортную комиссию. Около 74% из них явилось в консультацию с уже начавшимся выкидышем и было направлено в гинекологические больницы, остальные 26% поступили в гинекологические больницы с кровотечением помимо консультации. Наибольший процент внебольничных абортов падает на первые 3 месяца беременности, и лишь 6,4% всех абортов приходится на беременность со сроком более 3 месяцев.

При опросе женщин, когда мы очень осторожно пытаемся выяснить, что было причиной выкидыша, ответ в большинстве случаев дается один: «Не знаю». В лучшем случае женщина отвечает: «Подняла тяжелое, упала, от расстройства» и т. п. Случается, что женщина даже выражает сожаление о том, что у нее произошел выкидыш, так как она очень хотела иметь ребенка. Этому иногда противоречит анамнез, из которого видно, что у нее уже был ряд абортов. Таким образом, выяснить путем опроса истинную причину аборта нам редко удается.

Примерно половина женщин, у которых произошли выкидыши, впервые явилась в консультацию с кровотечением, до того ни разу не побывав в ней. Немало и таких женщин, которые посещают консультацию один только раз — для установления факта беременности. Например, С., 28 лет, телефонистка (муж — слесарь), имеет одного

ребенка, отдельную комнату. Впервые явилась в консультацию 7.II, где была установлена беременность сроком в 10 недель. Через неделю (14.II) она обратилась в консультацию с начавшимся выкидышем и была направлена в гинекологическую лечебницу.

У нас бывали случаи, когда женщина, явившись в консультацию с начавшимся выкидышем, умышленно скрывала свою фамилию. Так, например, однажды в консультацию обратилась женщина с кровотечением. Ввиду экстренного случая она была принята без паспорта; назвавшись Хожайновой, 27 лет, она указала свой адрес. С диагнозом «начавшийся выкидыш» больная была направлена в гинекологическую лечебницу. Когда через несколько дней патронажная сестра пошла навестить по данному адресу Хожайнову, то к ее удивлению Хожайновой оказалась 52-летняя женщина, не рожавшая уже 25 лет.

В другом случае в консультацию явилась с паспортом гр. Попова. Врачом была установлена беременность сроком в 5 недель. Через месяц Попова явилась к нам вторично с явлениями аборта и была направлена в гинекологическую лечебницу.

Выписавшись из лечебницы, она просила исправить фамилию на больничном листе, так как она не Попова, а Кузнецова. Оказалось, что она обратилась в консультацию по паспорту своей подруги; она объяснила это опасением, что по загородной прописке ее не примут в консультацию.

Если распределить все случаи внебольничных аборт по количеству имеющих у беременных детей, то мы получим следующие цифры: бездетных — 13,7%, имеющих одного ребенка — 43,1%, двух детей — 19,5%, трех — 9,2%, больше трех — 9,2%, нет сведений — 5,3%. Наибольший процент выкидышей падает на бездетных женщин и на имеющих одного ребенка; всего лишь 18,4% всех женщин, обратившихся в консультацию с начавшимся абортом, имели больше 2 детей. Примерно 18% случаев аборта можно отнести за счет изменений в половом аппарате, часть которых развилась на почве искусственного аборта при первой беременности.

Большую роль в борьбе с абортами сыграл социально-правовой кабинет при консультации. В 20 случаях он добился улучшения жилищных условий для беременных женщин, 3 женщины получили комнаты, 30 взяты на учет районными жилищными управлениями.

Социально-правовой кабинет проводит значительную работу по выявлению подпольных абортариев, что в ряде случаев ему и удается. Так, например, в 1939 г. в консультацию явилась гражданка С. с тяжелыми осложнениями после выкидыша. В беседе с С. участковый врач выяснил, что ее муж плохо к ней относится. Она была направлена к юристу, которому удалось установить, что муж С., не желая иметь ребенка, связал ее со своими знакомыми, те направили ее к абортмахерше, а последняя за высокую плату сделала ей аборт. Фамилию и адрес этой женщины С. не знала. После долгих поисков через нескольких лиц удалось разыскать преступницу, которая оказалась Бурцевой. Она была привлечена к суду, который приговорил ее к 6 годам заключения; муж, принуждавший жену к аборту, был приговорен к заключению на 3 года; лица, занимавшиеся сводничеством, тоже были осуждены.

Второй случай. В 1939 г. в консультацию было прислано анонимное письмо, в котором указывалось, что гр. Чугаева производит у себя на дому аборт. Нам удалось выяснить, что в доме, где проживает Чугаева, за короткое время произведены аборт у 27 женщин. Дело было передано в прокуратуру, но за смертью виновной прекращено.

Третий случай. В сентябре 1940 г. в консультацию явилась гражданка Н. и сообщила, что у них в квартире производит аборт какая-

то Шура, которая приходит с Большой Калужской улицы, что и сейчас у них лежит больная Р., которая вчера заперлась в своей комнате с Шурой, а сегодня не пошла на работу. Я немедленно отправился к гражданке Р. и выяснил, что она беременна на 22-й неделе и что у нее явления угрожающего выкидыша. Она тотчас же была доставлена в гинекологическую больницу, где произошел выкидыш. Дело передано прокурору и находится в стадии следствия.

Из этих примеров видно, какие меры женская консультация принимает к тому, чтобы уменьшить число выкидышей. Если после выкидыша женщина обнаруживает то или иное заболевание половой сферы, то консультация назначает соответствующее лечение, пользуясь своим прекрасно оборудованным физиотерапевтическим кабинетом. За 6 месяцев 1940 г. у нас было 32 таких случая. Если врач считает, что женщина, для того чтобы восстановить свое здоровье после выкидыша, известный промежуток времени не должна беременеть, он прописывает ей то или иное противозачаточное средство. В первом полугодии 1940 г. у нас было на учете 50 таких женщин.

Большое значение в борьбе с абортами мы придаем санитарно-просветительной работе. Помимо индивидуальных бесед, в консультации проводятся лекции с алюскопом на тему о вреде аборта, в которых наглядно демонстрируются все опасности и тяжелые осложнения, возникающие в результате аборта, в особенности, если выкидыш был вызван каким-нибудь вмешательством. В целях большей эффективности мер борьбы с абортами мы считаем необходимым провести следующие мероприятия.

1. Даже при малейшем подозрении на угрожающий выкидыш беременных следует направлять не в гинекологическую больницу, как это делается в настоящее время, а в родильный дом. Гинекологические больницы имеют другое назначение: их основной контингент — это женщины, у которых аборт уже в ходу; врач больницы, желая сократить срок госпитализации больной, обычно не задумывается над возможностью сохранения беременности, а спешит закончить аборт и приступает к операции выскабливания, за исключением тех случаев, в которых оперативное вмешательство противопоказано. Сошлемся на следующий пример.

10.XI.1940 в консультацию явилась М., домашняя хозяйка, 36 лет, с явлениями угрожающего выкидыша: боли внизу живота и скудные сукровичные выделения при температуре 37,5°. В анамнезе 4 родов и один аборт, детей — 4. Получив наряд, больная отправилась в 7-ю гинекологическую больницу. Дежурный врач, осмотрев ее, в стационар не принял и на наряде написал: «При отсутствии каких бы то ни было выделений больная не принята. Дан совет обратиться в консультацию». На следующий день, когда выяснилось, что больная в больницу не поступила, врач консультации посетил ее на дому и констатировал, что угрожающий аборт превратился в начинающийся: наружный зев приоткрыт, выделения интенсивнее и окрашены. По вторичному наряду М. была направлена в 8-ю гинекологическую больницу, где беременность закончилась выкидышем.

Персонал гинекологических лечебниц не заботится о том, чтобы по возможности сохранить беременность, так как в большинстве случаев он имеет дело с женщинами, которым нужно произвести операцию выскабливания. В общей массе этих больных женщины с угрожающими выкидышами теряются, и, конечно, им не уделяется должного внимания.

Независимо от этого вся обстановка гинекологической лечебницы способствует дальнейшему развитию выкидыша. Женщина, «избавившись» от беременности, охотно делится своими советами и средствами с теми беременными, у которых явления угрожающего выкидыша

затихли. Выйдя из лечебницы с сохраненной беременностью, женщина, желающая избавиться от беременности, может воспользоваться этими советами и добьется желаемых результатов.

Совсем иное дело родильный дом. Здесь весь персонал, начиная с врачей и кончая санитарями, преследует одну цель: уменьшить смертность детей, сохранить матери живого ребенка, хотя бы и недоношенного. Это служит предметом соревнования между сотрудниками родильных домов, и, как известно, есть родильные дома, где детская смертность даже недоносков (не говоря о доношенных плодах) очень мала. Когда женщина с угрожающим выкидышем попадает в такое учреждение, в ней невольно развивается инстинкт материнства, особенно когда она слышит крик ребят, видит заботу и ласку матери к своим детям и т. д. Все это, несомненно, влияет на женщину и может в корне изменить все ее прежние намерения, так что, выйдя из родильного дома, она твердо решает сохранить беременность.

2. Далее, нам кажется, что для лучшего обслуживания женщин и экономии вместе с тем государственных средств необходимо пересмотреть работу врачей — акушеров-гинекологов — на здравпунктах. Работа акушеров-гинекологов в женских консультациях и на здравпунктах по сути дела дублируется: сегодня женщина обращается на здравпункт по месту работы, завтра она идет в консультацию по месту жительства; в одном месте ей прописывают одно средство, в другом — другое.

3. О женщинах, у которых произошли выкидыши. Многие женщины впервые обращаются в консультацию только тогда, когда у них появляется кровотечение в связи с начавшимся выкидышем. Консультация направляет таких женщин в гинекологическую больницу и после наблюдает за ними только до тех пор, пока у них на руках имеется больничный лист. Затем эти женщины выпадают из поля зрения консультации, потому что в дальнейшем они обращаются по месту своей работы на здравпункт. Между тем на здравпунктах нет ни патронажных сестер, ни социально-правовых кабинетов, врачи здравпунктов не посещают беременных женщин на дому, не знают бытовых условий своих больных.

В районных консультациях имеются прекрасные выставки, доски вопросов и ответов, школа матерей. Женскую районную консультацию и консультацию при здравпунктах я сравнил бы с родильным домом и гинекологической больницей при направлении в них женщин с угрожающим абортom. Беременная женщина иногда является в районную консультацию перед самым декретным отпуском; если ей выгодно, она приносит справку здравпункта о своем посещении, а если ей это невыгодно, она и не покажет этой справки. Конечно, врачу здравпункта, который впервые обследует беременную, легко ошибиться в определении срока декретного отпуска. Иное дело — в районной консультации, где есть несколько врачей и любой случай всегда может быть проконсультирован.

4. Всех женщин с угрожающим и начавшимся выкидышем необходимо в тот же день направлять в стационар в автомашинах, а то бывают случаи, что женщина, получив наряд, не отправляется в больницу, а возвращается домой и ждет начала выкидыша.

5. В смету женских консультаций на 1941 г. необходимо внести ассигнования на оказание социальной помощи социально-правовым кабинетам при консультациях.

ФОРМЫ И МЕТОДЫ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 45 г. МОСКВЫ

Р. Н. Уманская

Поликлиника № 58 в Москве (дир. Л. И. Эрман, зав. консультацией
Р. Н. Уманская)

Наша консультация, находясь в системе поликлиники, обслуживает население по участковому принципу, но имеет и прием для работниц завода им. Горбунова, который проводится специально выделенными для этого врачами консультации. Пропускная способность консультации составляет в среднем от 48 000 до 50 000 посещений в год, не считая физиотерапевтических.

Основными видами работы консультации являются.

1. Обслуживание беременных женщин всеми видами акушерской помощи, выявление и лечение патологии беременности, в том числе токсикозов, выявление сифилиса, обслуживание врачебной помощью на дому и патронажем сестер.

2. Борьба с абортацией. В этой работе мы опираемся прежде всего на санитарно-просветительную работу, на индивидуальное санитарно-гигиеническое воспитание женщины и на помощь актива, при содействии которого часто удается выявлять очаги производства абортов и устанавливать наблюдение за ними. Кроме того, мы ставим своей задачей выяснять причины, вызывающие самопроизвольный аборт.

3. Работа по предоставлению декретных отпусков. Здесь мы уделяем все внимание ранней явке женщин в консультацию и в дальнейшем при помощи патронажа добиваемся систематического посещения ими консультации — от 6 до 8 раз за время беременности.

Кроме перечисленных трех основных отраслей работы, консультация проводит лечение женских болезней, выявляет гонорройных и раковых больных. В целях снижения женской заболеваемости ведется учет часто и длительно болеющих работниц на предприятиях, которые обслуживаются всеми видами физиотерапии, местного грязелечения и направляются на санаторно-курортное лечение. В случае необходимости мы добиваемся перевода болеющих женщин на другие облегченные виды работы. Для проведения всех этих мероприятий мы устанавливаем самый тесный контакт с заводскими организациями — заводком, комиссией охраны труда, страховыми делегатами, здравпунктами и промышленно-санитарным врачом.

За 1939 г. на учете консультации состояло 2 273 беременных, а в 1940 г. — 2 490. На каждую беременную в консультации ведется карточка, в которую заносятся сведения, касающиеся патологии беременности, в том числе токсикозов, заболеваний сердца, легких, сифилиса и явлений угрожающего аборта, абортов по медицинским показаниям, внебольничных абортов и пр. Такой учет, несомненно, оправдывает себя и дает всегда полное представление о работе врача на участке.

Большая работа была проделана нами по выявлению патологических случаев беременности, в том числе токсикозов. Значительная часть женщин с осложненной беременностью была направлена для госпитализации в палаты для беременных в родильных домах, а в более легких случаях применялось амбулаторное лечение. Так, например, при токсикозах ранних сроков нами назначается аскорбиновая кислота, глюкоза, хлористый кальций, применяется диатермия; при отеках мы пользуемся магнезией, сульфозаном и т. д.

За 1940 г. нами выявлены и взяты под наблюдение следующие осложнения беременности (табл. 1).

Таблица 1

Узкий таз	Поперечное положение	Предлежание детского места	Гидромион	Токсикозы ранних сроков	Токсикозы поздних сроков (гипертония, отеки, нефропатия)	Пиелиты	Туберкулез	Сердечные заболевания	Пороки развития
6	3	2	16	52	41	9	8	32	4

Из заболеваний, весьма редко встречающихся при беременности, был один случай пузырного заноса, подтвержденный гистологическим исследованием (больная находится под наблюдением). Кроме того, был один случай токсического менинго-энцефалита, закончившийся нормальными родами, и один случай бронхиальной астмы.

Из поздних токсикозов 6 случаев закончились эклампсией. Всего у женщин, состоявших на учете консультации, было отмечено 9 случаев эклампсий; кроме упомянутых 6 случаев, в одном случае беременность протекала без отклонений от нормы, и в двух — эклампсия наступила после родов. Из 8 случаев туберкулеза во время беременности в 4 роды прошли нормально, без ухудшения со стороны туберкулезного процесса, и в 4 был произведен аборт по медицинским показаниям. Все беременные с сердечными заболеваниями разрешились благополучно, за исключением одного случая, в котором было сделано влагалищное кесарское сечение.

Раздел работы по назначению дородовых отпусков требует детальной разработки, которая нами проводится и будет служить темой для отдельной статьи, а пока мы ограничимся кратким сообщением: в 1939 г. нами дано 1 269 декретных отпусков, число ошибок составляло 18%; в 1940 г. декретных отпусков дано 1 335, ошибок было 16,5%.

Одним из важнейших профилактических моментов в работе консультации является патронаж сестер, который проводится в отношении беременных, родильниц, женщин, имевших аборт, и других групп женщин, обслуживаемых консультацией. В нашей консультации патронаж проводится участковыми сестрами в установленные часы работы. При помощи патронажа устанавливается тесный контакт между консультацией и беременной женщиной, прививаются санитарно-гигиенические навыки, изучаются ее бытовые и семейные условия и т. д. Этот вид работы количественно особенно вырос в 1940 г. и главным образом за счет увеличения патронажа беременных (табл. 2).

Таблица 2

Г о д ы	Всего патронажных посещений	В т о м ч и с л е:			
		к беременным	к родильницам	к абортировавшим	патронажные посещения социально-правового кабинета
1939 г.	1 257	700	102	430	26
1940 г.	2 675	1 250	339	880	286

Врачебная помощь на дому оказывается по участковому принципу, но в экстренных случаях она проводится любым врачом консультации, а затем больная для дальнейшего наблюдения передается участковому врачу. За последний год особенно возросла активная помощь на дому, что заметно улучшило качество обслуживания. В основном активная помощь оказывается беременным, у которых имеются отклонения от нормального течения беременности, беременным с угрожающими выкидышами, женщинам, получившим отказ в аборте по медицинским показаниям, и при других видах заболевания.

В 1939 г. врачебная помощь на дому исчислялась 874 посещениями, а в 1940 г. — 1744, т. е. она увеличилась почти в два раза.

Борьба с абортами является наиболее сложным разделом нашей работы, требующим от врачей всестороннего внимания не только в стенах консультации, но и вне ее. На предприятиях с большими женскими коллективами наша работа по борьбе с абортами проводится совместно с активом и страховыми делегатами.

Наиболее эффективной в этой работе мы считаем борьбу с угрожающими выкидышами, что зависит от своевременного направления беременных в стационары для госпитализации и от врачебного и сестринского наблюдения за ними на дому. Этот вид профилактической деятельности особенно усилился за второе полугодие 1940 г., когда все женщины с угрожающими выкидышами стали посещаться врачом на дому после выписки из лечебницы до полного выздоровления (табл. 3).

Таблица 3

Годы	Всего случаев угрожающего выкидыша	Из них госпитализировано		Сохранили беременность		Произошли выкидыши		Врачебные посещения	Сестринские посещения
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%		
1939	106	85	80	65	60	41	38	55	86
1940	205	192	93	151	72	54	26	186	100

При привычных выкидышах мы проводим всестороннее обследование и применяем медикаментозное лечение тиреоидином по определенной схеме в зависимости от срока беременности, иодистым калием, лютеогландолом, а иногда специфическое противосифилитическое лечение независимо от результатов реакции Вассермана.

С целью уменьшения количества абортов по медицинским показаниям мы назначаем противозачаточные средства всем, кому был разрешен аборт. Столь высокий охват женщин достигается с большим трудом и лишь при помощи систематического сестринского патронажа, а часто и неоднократных врачебных посещений женщин на дому.

Сохранение беременности женщинами, получившими отказ в разрешении на аборт, часто зависит от внимания врача, начиная с момента направления на комиссию и оказания ей социально-правовой помощи. Такая беременная считается у нас «угрожаемой» по аборту до второй половины беременности, а иногда и позже.

Работа по предупреждению внебольничных абортов является самой трудной из всех разделов работы консультации. В 1939 и 1940 гг. мы проводили самый подробный анализ причин, вызвавших аборт, учитывая наличие острых заболеваний с высокой температурой во время беременности. В сомнительных случаях мы производили реакцию Вассермана, обследовали женщину в быту, обращали сугубое

Таблица 4

Годы	Направлено в комиссию по разрешению аборта	Разрешено аборт по медицинским показаниям	Отказано в разрешении	Произошло выкидышей у получивших отказ	% сохраненных беременностей
1939	119	81	28	4	85
1940	152	118	34	6	84

внимание на очаги, из которых поступало большое количество аборт, и пришли к выводу, что известная часть аборт безусловно должна быть отнесена за счет заболеваний половой сферы, специфических заболеваний общего характера и, наконец, за счет острых инфекционных заболеваний во время беременности. В небольшом сравнительно количестве случаев нами был установлен несомненный криминальный аборт. В большинстве же случаев происхождение аборт осталось невыясненным, и есть основание предполагать, что значительное число из них все же имело в своей основе внешнее вмешательство при помощи самых различных средств.

К мероприятиям по борьбе с абортами нужно отнести развернутую санитарно-просветительную работу в консультации, в общезиятиях и на предприятиях. Большую работу проводит социально-правовой кабинет (работа социально-правового кабинета по борьбе с абортами будет нами описана в специальной статье). В 1940 г. в борьбу с абортами были включены сестры консультации. На городской конференции сестер нами сделан доклад «Роль сестер женской консультации в деле борьбы с абортами»¹. В консультации имеется актив, который оказывает большую помощь в борьбе с абортами, но работой актива нужно руководить, его надо воспитывать, только тогда его помощь дает положительный результат.

Консультация проводит значительную работу по оказанию помощи гинекологическим больным. Кроме стационарного лечения, гинекологические больные получают большую физиотерапевтическую помощь в диспансере; в среднем мы выдаем 550 путевок в год. В некоторых случаях широко используется физиотерапия на дому. Консультация располагает ежемесячно 10 путевками для работниц завода им. Горбунова на грязелечение в Институте курортологии и ежегодно 24 путевками в Сочи-Мацесту. Кроме местного грязелечения, мы даем ежегодно от 10 до 15 путевок на грязевые курорты в Саки, Евпаторию, Липецк и др. На амбулаторном приеме широко применяется аутогемотерапия, кальциотерапия, практикуется применение гоно вакцины, стрептоцида, препаратов фолликулина, питуикрина, маммина

У нас на учете состоит 47 гонорройных больных, выявленных в консультации и по сигнализации венерического отделения диспансера. Для диагностирования гонорреи, кроме исследований мазков, применяется в качестве подсобного метода реакция Борде-Жангу.

Раковых больных у нас учтено 36 человек, из них 7 оперированных. На врачебном патронаже состоит 30 и на сестринском — 23 больных раком и подозрительных (эрозии).

Консультация широко обслуживается лабораторией. Всем женщинам за время беременности делается от 4 до 6 анализов мочи, что в год составляет в среднем 12 000 анализов. Реакция Вассермана делается поголовно всем первобеременным, повторобеременным — по показаниям, а при поздних абортах — для выяснения причины.

¹ См. журнал «Фельдшер и акушерка», № 10, 1940.

ОПЫТ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ 3-й ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ г. ХАРЬКОВА В 1940 г.

М. С. Шиндлер (главный врач поликлиники) и *А. Я. Дардык* (заведующий консультацией)

В состав женского отделения 3-й поликлиники г. Харькова входят консультация, гинекологическое отделение с венерологическим кабинетом и социально-правовой кабинет. Работа женского отделения организована по участковому принципу: район распределен на 4 участка, к каждому из них прикреплены врач и патронажная сестра. Гинекологический прием проводится в трех отдельных кабинетах. Прием в консультации и гинекологических кабинетах ведут одни и те же врачи в различные часы рабочего дня. Этим обеспечивается единство наблюдения за здоровьем женщины во время беременности и в случае ее заболевания. Штат женского отделения в отчетном году состоял из 17 единиц, из них: врачей 5,5 (включая заведующего и консультанта-юриста), среднего медперсонала 7,5 (в том числе 1 акушерка, 3 патронажных сестры и 0,5 ставки для статистика) и санитарок 2.

Анализ первичной обращаемости по формам заболеваний (табл. 1) дает показатели снижения заболеваемости за ряд лет, что указывает на значительное укрепление здоровья женщины-матери. Заболеваемость женского населения в районе деятельности поликлиники резко снизилась не только сравнительно с 1936 г., но и сравнительно с 1939 г. За отчетный 1940 г. отмечается снижение заболеваемости по группе болезней беременности и родов на 30%, по группе болезней женских половых органов — на 50%; особенно резко сократилось число маточных кровотечений — на 36%.

Таблица 1

Первичная обращаемость по формам заболеваний

Болезни	1935 г.	1936 г.	1937 г.	1938 г.	1939 г.	1940 г.
Болезни беременности и родов	4 308	6 277	Сведений нет	656	521	456
Болезни женских половых органов (непослеродовые и невенерического происхождения)	4 769	Сведений нет	То же	3 438	3 857	3 687
Маточные кровотечения	Сведений нет	То же	"	316	317	203

Консультация для женщин сосредоточила свое внимание на охране здоровья женщин во время беременности и после родов. Всего в отчетном году беременными сделано 13 532 посещения, из них первичных — 3 003, повторных — 10 529. Родильниц принято 1 914, или 80% общего числа. (В 1939 г. процент принятых родильниц был равен 83). В 1940 г. у 1 914 женщин из числа принятых под наблюдение, против 1 815 в 1939 г., беременность закончилась родами. Все беременные женщины, проживающие в районе обслуживания поликлиники, через 2—3 недели после первой явки в консультацию охватываются патронажем. В 1940 г. на каждую беременную в среднем приходится 6 посещений.

Уже при первом посещении беременная независимо от срока беременности подвергается всестороннему обследованию как лаборато-

рией (анализ мочи, исследование белей, крови, реакция Вассермана и др.), так и всеми специалистами. Санация полости рта проводится у всех беременных (100%). Реакцией Вассермана беременные охвачены на 98%. При первом же посещении выявляется, имеет ли беременная контакт с туберкулезными больными, и осматриваются грудные железы с целью выявления онкологических заболеваний.

Каждая беременная, обращающаяся в консультацию, берется на учет на специальную карточку беременной и прикрепляется для наблюдения к определенному врачу. Ей выдается «паспорт беременной», в который вносятся все данные о состоянии здоровья, течении беременности и отмечаются посещения консультации. С этим «паспортом» беременная поступает в родильный дом.

В 1940 г. сравнительно с предыдущими годами значительно улучшилось обращение беременных в консультации по срокам беременности, как видно из следующей таблицы.

Таблица 2

Данные о явке беременных по срокам беременности

Сроки беременности	1935 г.		1940 г.	
	абс. число	%	абс. число	%
От 1 до 3 месяцев	1 431	31,1	1 200	40,0
„ 3 „ 6 „	1 932	42,1	1 422	47,3
„ 6 „ 9 „	1 234	26,8	381	12,7

Из этой таблицы видно, что процент обращаемости в консультацию до истечения 3 месяцев беременности несколько увеличился, но все еще остается невысоким.

Консультация уделяла внимание борьбе с патологией беременности, в частности, с токсикозами. В 1940 г. на 3 003 беременных было всего 28 случаев токсикозов беременности, что составляет 0,9%.

Начиная с 1939 г., консультация внимательно наблюдает беременных, которым был разрешен аборт, но которые настаивали на продолжении беременности. Таких случаев в 1939 г. было 3, а в 1940 г. — 5. Эти беременные были взяты на особый учет, к ним был установлен строгий индивидуальный подход, налажена связь с родильными домами и т. д. Из них в 1940 г. три родили в срок с благополучным исходом, у двух беременность еще продолжается.

В целях борьбы с люэсом у новорожденных и с венерическими болезнями у женщин консультация ведет поголовную вассерманизацию беременных. В 1940 г. положительная реакция Вассермана выявлена у 16 беременных, или у 0,5% (в 1937 г. — у 1,7% беременных).

В 1940 г. было оформлено 1 223 декретных отпуска беременным женщинам. Отпуск по беременности дается заведующей женским отделением при широкой консультации как с лечащим врачом, так и с остальными врачами отделения, особенно при поздних сроках явки. Результаты предоставленных в 1940 г. декретных отпусков даны в табл. 3.

В результате улучшения качества обследования и наблюдения в 1940 г. дородовый отпуск на одну беременную в районе деятельности поликлиники составляет в среднем 34 дня, в то время как в 1939 г. отпуск до родов составлял в среднем 33 дня на одну беременную.

Консультация поддерживает регулярную связь с родильными домами в районе деятельности поликлиники. Имеется живая связь и

обменные карты с 4 крупными родильными отделениями Харькова: 2-й, 21-й, 16-й и 9-й больниц (4 врача женского отделения работают в этих больницах); с остальными родильными отделениями города консультация связана обменными картами («паспорта беременных»).

Таблица 3

		%
Совпадение сроков (меньше одной недели)	612	50
Перегулы от 1 до 2 недель	195	15,9
" 2 " 3 "	66	5,4
" 3 " 4 "	29	2,4
" свыше 4 "	6	0,5
Недогулы от 1 до 2 "	143	11,8
" 2 " 3 "	59	4,9
" 3 " 4 "	41	3,4
Преждевременные роды	72	5,7

В результате улучшения качества медицинского обслуживания патронажа беременных, качества санитарно-просветительной работы и связи женской консультации с родильными домами отмечается сравнительно с 1935 г. резкое снижение болезней беременности и родов по таким формам заболеваний, как септические послеродовые и прочие заболевания, связанные с родами (заболевания грудных желез), число которых уменьшилось с 2078 случаев в 1935 г. до 325 случаев в 1940 г. (по данным первичной обращаемости женского населения в поликлинику).

Много внимания женская консультация уделяет борьбе с абортами. В частности, женщинам, которым по состоянию здоровья беременность противопоказана, широко рекомендуются противозачаточные средства (резинковые колпачки, болюсы, спринцевания и др.). Всего в этом направлении в текущем году было дано 432 совета. Одним из существенных недостатков необходимо признать неудовлетворительное снабжение противозачаточными средствами магазинов санитарии и гигиены и аптек Харькова.

Изучение данных о движении естественных и искусственных абортов и их последствий в районе поликлиники за ряд лет (по данным первичной обращаемости населения) показывает совершенно отчетливо тенденцию к общему снижению абортов не только по медицинским показаниям, но и так называемых криминальных абортов. Это видно из следующей таблицы.

Таблица 4

Число абортов за 5 лет

1935 г.	1936 г.	1937 г.	1938 г.	1940 г.
2904	264	207	161	103

Комиссия по выдаче разрешений на аборт, работающая при поликлинике, из поданных в 1940 г. 290 заявлений разрешила произвести аборт в 225 случаях¹. Отказано в аборте 65 женщинам, из коих 42 направлены в Центральную абортную комиссию.

¹ Примечание редакции. Число выданных разрешений на производство абортов нельзя не признать весьма высоким — около 77% к общему числу поданных заявлений. Это следует отнести за счет разрешения по § 1 (заболевания сердца). Как показало обследование, произведенное Наркомздравом Союза ССР, этот параграф чрезвычайно широко толкуется абортной комиссией 3-й поликлиники Харькова. Очень велик и процент заявлений, направленных в Центральную абортную комиссию, — 18,6.

Разрешения на аборт по параграфам распределяются следующим образом: § 1 — 154, § 2 — 6, § 3 — 1, § 4 — 38, § 5 — 3, § 6 — 2, § 7 — 1, § 11 — 7, § 12 — 1, § 13 — 1, § 14 — 1, § 15 — 10.

В 1939 г. прерывание беременности было разрешено 257 женщинам. Следовательно, в 1940 г. количество аборт по медицинским показаниям уменьшилось на 13%.

Все женщины, которым было отказано в разрешении произвести аборт, брались на специальный учет, и к ним немедленно направлялась патронажная сестра; в случае необходимости беременную направляли в социально-правовой кабинет. В 1940 г. из 27 женщин, направленных в социально-правовой кабинет, у 16, или 60%, были нормальные роды и в срок. Между тем, по данным Глебова и Беккера, в Ленинграде 47,3% таких женщин выпадали из поля зрения женской консультации.

За отчетный период значительно улучшилась работа в гинекологическом отделении, которое проводило лечебно-профилактическую работу амбулаторно и на дому. В 1940 г. было принято 11 722 больных. В практике работы женского отделения поликлиники применялись все новейшие методы лечения, профилактики и диагностики, как-то: протеинотерапия, гормонотерапия, физиотерапия, медикаментозное лечение, грязелечение и др. Лечение в основном было курсовое; в тех случаях, когда манипуляции проводились средним медицинским персоналом, посещение больной не входило в учет врачебных посещений.

Указ Президиума Верховного Совета СССР от 26.VI.1940 г. дал возможность улучшить обслуживание женского населения как в самой поликлинике, так и вне ее. Норма нагрузки врача по посещениям на дому увеличилась сравнительно с 1939 г. на 41%. Все же работа по активному патронажу беременных и диспансеризации гинекологических больных еще недостаточна.

Показателем улучшения обслуживания женского населения района медицинской помощью может служить также частота посещений врача одних и тех же больных — повторность посещений. В женском отделении поликлиники процент повторных больных в III квартале 1940 г. составил 2,4 по сравнению с 1,6 в I квартале.

Посещаемость на дому снизилась с 616 в 1939 г. до 364 в 1940 г. Возможно, что это объясняется уменьшением количества кровотечений (см. выше), сокращением числа родов на дому и другими факторами.

В целях борьбы с гонорреей среди женского населения и этиологической терапии ряда гинекологических болезней в нашем женском отделении функционирует венерологический кабинет. За 1940 г. этот кабинет провел 5 773 посещения, из них первичных больных — 761. Выявлено 48 гонорройных больных (6,3%), которым проведено специфическое лечение.

Увеличилась обращаемость женщин в онкологический диспансер: в 1939 г. число обращений по поводу рака матки равнялось 125, а в 1940 г. — 153.

При женском отделении с 1929 г. существует социально-правовой кабинет. В 1940 г. этот кабинет имел 1 093 посещения, из них первичных — 380. В связи с указом Президиума Верховного Совета Союза ССР от 26.VI.1940 г. несколько увеличилась обращаемость по трудовым делам. Социально-правовой кабинет уделяет большое внимание борьбе с абортами и работе с беременными, которым было отказано в аборте по медицинским показаниям. В кабинет было направлено 27 женщин, которым было отказано в аборте; из них 11, или 40%, закончили беременность абортом и 60% — родами. Право-

вая сестра провела 93 посещения этих беременных на дому: по 2 раза — 14 человек, по 5 раз — 13.

В 1940 г. значительно усилены пропаганда о вреде аборта и санитарное просвещение среди женского населения. Лекции-беседы проводятся в самой поликлинике, на предприятиях, в бараках, клубах и пр. Проведены лекции на темы: «Вред аборта», «Токсикозы беременности», «Гигиена беременной женщины», «Гоноррея и бесплодие» и др. Всего в отделении проведено 168 лекций. Кроме того, на периферии организованы лекции: о вреде аборт — 130, об обезболивании родов — 80, об уходе за ребенком — 48, о противозачаточных средствах — 19, о личной гигиене — 748 и др. Постоянной школы материнства при женской консультации нет; консультация включилась в работу школы матерей при отделении младшего детства поликлиники. Работу в области санитарного просвещения все же надо считать еще недостаточной.

Для устранения существующих недостатков в работе женского отделения поликлиники необходимо провести следующие меры:

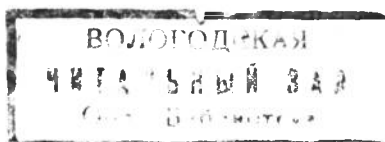
1) увеличить процент ранних явок беременных в женскую консультацию;

2) усилить патронаж беременных, особенно проживающих на отдаленных от поликлиники участках;

3) улучшить работу по активной диспансеризации гинекологических больных, в частности, на крупных предприятиях, и помощь женскому населению на дому;

4) улучшить качество работы социально-правового кабинета, особенно по обслуживанию беременных-одиночек, многосемейных и др.;

5) усилить борьбу с преступными абортами, расширить пропаганду санитарных знаний среди женского населения — о вреде абортов, о гигиене женщин и о токсикозах беременности.



ОПЕЧАТКИ

В № 11 ЖУРНАЛА „ВОПРОСЫ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА“ 1940 г.

Стр.	Строка	Напечатано	Следует читать
15	9 строка снизу	с равной степенью контакта	с разной степенью контакта
18	22 строка сверху	после 1-го дня исчезновения сыпи	с 1-го дня сыпи

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ¹

Вопрос. Какая ставка заработной платы должна быть назначена врачу, заведующему детской консультацией в городе?

Ответ. Согласно § 8 Инструкции по применению ставок заработной платы для медицинских работников, одобренной Совнаркомом СССР 32.IV.1935, врачи, заведующие самостоятельными женскими и детскими консультациями, тарифицируются по ставкам, установленным для врачей, заведующих учреждениями амбулаторного типа. При этом заведующий консультацией с числом врачей от 3 до 5 приравнивается к заведующему амбулаторией с числом посещений свыше 50 и до 100 тысяч в год (ставка заработной платы — 400 руб. в месяц); заведующий консультацией с числом врачей от 6 до 9 приравнивается к заведующему амбулаторией с числом посещений свыше 100 и до 200 тысяч в год (ставка заработной платы — 450 руб. в месяц); заведующий консультацией с 10 и более врачами приравнивается к заведующему амбулаторией с числом посещений свыше 200 тысяч в год (ставка заработной платы — 500—600 руб. в месяц).

Вопрос. Подлежит ли обложению сельскохозяйственным налогом акушерка, заведующая колхозным родильным домом?

Ответ. Ст. 27 Закона о сельскохозяйственном налоге, принятого Верховным Советом Союза ССР 1.IX.1939, устанавливает, что сельскохозяйственным налогом не облагаются акушерки, хозяйства которых не имеют заданий по посевам на полевых участках, и если данная акушерка имеет в личном пользовании поголовье скота, не превышающее количества, предусмотренного уставом сельскохозяйственной артели для колхозников данного района.

Вопрос. Каким путем может получить диплом медицинской сестры без отрыва от производства ясельная медицинская сестра, имеющая практический стаж работы, но не обучавшаяся в средней медицинской школе?

Ответ. Согласно утвержденному Наркомздравом СССР 5.IV.1940 Положению об экстернате на звание фельдшера, акушерки, медицинской сестры и т. д. (см. Официальный сборник Наркомздрава СССР, № 13—14, 1940), медицинские работники, работающие в медицинских учреждениях на должностях медперсонала, но не имеющие среднего медицинского образования, могут получить звание среднего медработника, выдержав испытание при соответствующей медицинской школе в порядке экстерната. К испытанию на звание среднего медработника (фельдшера, медсестры и т. д.) допускаются лишь те работники, которые имеют общеобразовательную подготовку в объеме не менее 7 классов средней школы. От лиц, имеющих не менее 5 лет непрерывного стажа работы в медицинских учреждениях на должностях среднего медперсонала, при отсутствии свидетельства об образовании в объеме не менее 7 классов перед зачислением на испытание требуется предварительная проверка по родному языку и арифметике в объеме 5-классов.

Испытание экстернов производится во всех средних медицинских школах соответствующего профиля в весеннюю экзаменационную сессию. Медицинским работникам, допущенным к испытанию в порядке экстерната, предоставляется для сдачи экзаменов месячный отпуск с сохранением содержания по месту постоянной работы.

Вопрос. Какой продолжительности очередной отпуск должен быть предоставлен воспитательнице детского лечебного учреждения?

Ответ. В соответствии с п. «б» § 3 Постановления Наркомтруда СССР от 5.V.1932 за № 77 «Об отпусках работникам научно-исследовательских, учебных и политико-просветительных учреждений», воспитательницам детских учреждений предоставляется очередной отпуск продолжительностью в 36 рабочих дней ежегодно.

Вопрос. Может ли быть возложено руководство практическими занятиями учащихся акушерской школы на фельдшерицу-акушерку и как должна быть оплачена эта работа?

Ответ. Согласно § 15 Положения о правах и обязанностях фельдшеров (фельдшериц, акушеров), утвержденного Наркомздравом СССР 9.VII.1940, фельдшера, фельдшерицы, акушерки с законченным средним медицинским образованием и имеющие не менее 5 лет практического стажа могут быть допущены к руководству практическими занятиями учащихся средних медицинских школ.

Оплата фельдшерицы-акушерки за руководство производственной практикой должна быть произведена в соответствии с циркулярным письмом Наркомздрава СССР от 9.VI.1940: а) при количестве практикантов от 1 до 5—30 руб. в месяц; б) при количестве практикантов от 6 до 10—40 руб. в месяц и в) при количестве практикантов от 11 до 15—50 руб. в месяц.

¹ Консультацию вел доп. И. Я. Бычков.

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
„МЕДГИЗ“

ВЫШЛИ ИЗ ПЕЧАТИ УЧЕБНИКИ

для вузов и рассылаются медицинским институтам

- | | |
|---|----------------|
| 1. В. П. Воробьев — Анатомический атлас, т. IV. | Ц. 35 руб. |
| 2. Н. Ф. Гамалея — Учебник микробиологии. | Ц. 12 р. 95 к. |
| 3. В. П. Вознесенский — Оперативная хирургия с основами топографической анатомии, изд. 2. | Ц. 17 р. 75 к. |
| 4. Н. В. Попов — Учебник судебной медицины. | Ц. 18 руб. |
| 5. Проф. Э. М. Гельштейн и проф. Б. Ф. Зеленин — Учебник частной патологии и терапии внутренних болезней. | Ц. 24 руб. |
| 6. А. Ф. Тур — Пропедевтика детских болезней. | Ц. 10 руб. |
| 7. Ф. А. Сацыперов — Учебник ботаники. | Ц. 12 р. 50 к. |
| 8. Я. С. Темкин, А. Г. Лихачев и Б. С. Преображенский — Болезни уха, горла и носа. | Ц. 12 руб. |
| 9. Под ред. А. В. Молькова — Учебник школьной гигиены. | Ц. 9 руб. |
| 10. М. Г. Данилевич — Учебник инфекционных болезней. | Ц. 15 р. 75 к. |
| 11. М. С. Маслов — Учебник детских болезней. | Ц. 19 руб. |
| 12. Е. К. Сепп, М. Б. Цукер, Е. В. Шмидт — Учебник нервных болезней. | Ц. 18 р. 60 к. |
| 13. Г. А. Баткис — Социальная гигиена. | Ц. 10 р. 35 к. |
| 14. Е. Б. Бабский, Н. К. Верещагин и др. — Курс нормальной физиологии. | Ц. 19 р. 20 к. |
| 15. И. Г. Руфанов — Учебник общей хирургии. | Ц. 18 руб. |
| 16. Д. Е. Альперн — Патологическая физиология. | Ц. 16 руб. |

Учебники для средних медицинских школ
рассылаются в адреса школ

- | | |
|---|---------------|
| 1. А. Е. Верлоцкий — Хирургическая стоматология. | Ц. 7 руб. |
| 2. Проф. В. П. Малышев — Учебник общей гигиены. | Ц. 6 р. 25 к. |
| 3. А. И. Доброхотова — Учебник болезней раннего детского возраста для школ медсестер. | Ц. 5 р. 65 к. |
| 4. Проф. М. И. Граменицкий — Фармакология с рецептурой. | Ц. 6 р. 40 к. |

Пособия для врачей и научно-исследовательская литература

- | | |
|--|------------|
| 1. Проф. Г. И. Френкель — Электрическое поле ультракороткой частоты (ультракороткие волны) в биологии и экспериментальной медицине, в. IV. | Ц. 4 руб. |
| 2. В. В. Глод — Значение выпадения функции селезенки в развитии холестеринамии и фосфатидемии. | Ц. 7 руб. |
| 3. Д. Н. Выропаев — Значение нервной системы в тканевых аллергических реакциях. | Ц. 9 руб. |
| 4. Д-р мед. наук С. О. Бадылкес — Нарушения секреции желудка функционального и воспалительного происхождения. | Ц. 20 руб. |
| 5. М. И. Авербах — Офтальмологические очерки. | Ц. 23 руб. |
| 6. Д-р мед. наук Е. С. Шахбазян — Экспериментальные материалы по вопросу о нарушении венозного кровообращения в сердце. | Ц. 12 руб. |